

Dokumentering inom hjärtkirurgiska patienters postoperativa smärtvård

Marianne Excell

Examensarbete

Vård 13

2016

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Sjukskötare
Identifikationsnummer:	16713
Författare:	Marianne Excell
Arbetets namn:	Dokumentering inom hjärtkirurgiska patienters postoperativa smärtvård
Handledare (Arcada):	Anna Holmström
Uppdragsgivare:	Mejlans, Hjärtkirurgiska avdelningen M10
<p>Sammandrag:</p> <p>Dokumentering av smärtvården har inte varit sammanhängande på hjärtkirurgiska patientens vårdstig. Det här torde bero på att det mellan enheterna inte har funnits enhetliga riktlinjer för dokumentering. Det här examensarbetet är ett beställningsarbete från Hjärtkirurgiska avdelningen M10 i Mejlans. Examensarbetets syfte är att kartlägga ifall principerna gällande dokumentering har blivit mer sammanhållande, samt att undersöka hur noggrant dokumentation sker inom smärtvårdens olika delområden på den hjärtkirurgiska patientens vårdstig under vintern 2016, efter fortbildning som hållits under hösten 2015. De centrala frågeställningarna är: hur inverkar smärthandledning upplevelsen av den akuta smärtan, hur har dokumenteringen utvecklats under den undersökta perioden, vilka delområden inom smärtbehandling dokumenteras det noggrannare om och vilka delområden får mindre uppmärksamhet. Materialet till examensarbetet har samlats in av en arbetsgrupp. Statistik om smärtdokumentering samlas in den första veckan varje månad med hjälp av redskapet Care Bundle. För analys av materialet har innehållsanalys använts. Metoden i examensarbetet är triangulering. Genom den ser man på ett visst tema ur tre olika synvinklar, för att resultatet skulle vara så pålitligt som möjligt. Det har tagits reda på vad litteratur påstår om smärtvården, varefter det har tagits reda på hurdana forskningsresultat det finns om de samma rubrikerna och slutligen framgår det i examensarbetets analys den tredje stärkande synpunkten på ämnet. Bakgrundslitteraturen berättar om vad som borde dokumenteras om smärta och smärtvård och om själva dokumenteringen om smärtvård. I anknytning till detta är examensarbetets teoretiska referensram VIPS-modellen, som används som modell för dokumentering. Bakgrundsmaterialet är brett på grund av den använda metoden. I analysen framkommer det synpunkter på till exempel hur smärta ska evalueras, varför dokumentering är nödvändigt, betydelsen av patienthandledning och olika smärtskattningsinstruments tillförlitlighet. I det här examensarbetet behandlas inte läkemedelsbehandlingen i smärtvården.</p>	
Nyckelord:	Dokumentering, akut smärta, handledning, smärtevalivering
Sidantal:	62 + bilaga
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	30.5.2016

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	16713
Author:	Marianne Excell
Title:	Documentation of heart surgical patients' postoperative pain care.
Supervisor (Arcada):	Anna Holmström
Commissioned by:	Meilahti, Heart surgical ward M10
Abstract:	
<p>Documentation has not been consistent in the care of heart surgical patients. This might relate to that the units have not had uniform guidelines for how to documentate. This thesis is a pre-ordered work from the heart surgical ward M10 in Meilahti. The aim of this thesis is to map whether the principles according to documentation have become more cohesive and to research how specifically documentation is done within the different areas of pain care for the heart surgical patients during winter 2016 after training that was given during autumn 2015. The central questions are: how does instructing about pain affect the experience of acute pain, how has documentation developed during the examined period, which parts of pain care are documented more carefully and which parts get less attention. The material in this thesis has been gathered by a working team. Statistics of pain documentation are gathered every first week of the month with the tool Care Bundle. Content analysis was used for analysis of the material. The method in this thesis is triangulating. With triangulating, a theme is seen from three different angles, to get the result to be as truth worthy as possible. It has been noticed what literature states about pain care, and after that it was found out what results of research there is about the same headings and finally in the analysis of this thesis the final and strengthening point of view on the topic is cleared out. The background consists of what should be documented about pain and pain care and about the pain documentation itself in pain care. Combined to this the theoretical frame for this thesis is the VIPS-model, that is used as a model for documentation. The background is wide because of the method used in this study. The analysis clears out insights of for example how pain should be evaluated, why documentation is necessary, the meaning of instructing the patients and the validity of different tools for pain assessment. In this thesis pain medication in pain care is not discussed.</p>	
Keywords:	Documentation, acute pain, instructing, pain assessment
Number of pages:	62 + attachment
Language:	Swedish
Date of acceptance:	30.5.2016

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoitaja
Tunnistenumero:	16713
Tekijä:	Marianne Excell
Työn nimi:	Kirjaaminen sydänkirurgisen potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa
Työn ohjaaja (Arcada):	Anna Holmström
Toimeksiantaja:	Meilahti, Sydänkirurgian osasto M10
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Kivunhoidon kirjaaminen ei ole ollut yhtenäistä sydänkirurgisen potilaan hoitopolulla. Tämä johtunee siitä, ettei yksiköissä ole ollut yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä. Tämä opinnäytetyö on tilaustyö Meilahden Sydänkirurgian osastolta M10. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ovatko kivun kirjaamisen periaatteet yhtenäistyneet, sekä tarkastella kuinka täsmällisesti eri kivunhoidon osa-alueista kirjataan sydänkirurgisen potilaan hoitopolulla talvella 2015-2016, syksyn 2015 aikana toimeenpantujen koulutusten ja uudistusten jälkeen. Keskeiset kysymykset ovat: miten kivun kirjaaminen on kehittynyt seurattulla ajanjaksolla, mistä kivunhoidon osa-alueista kirjataan tarkemmin ja mitkä osa-alueet jäävät vähemmälle huomiolle, miten kivun ohjaus vaikuttaa akuutin kivun kokemiseen. Opinnäytetyön materiaali on kerätty työryhmän puolesta. Kivunhoidon kirjaamisesta kerätään tilastoa kuukauden ensimmäisellä viikolla kivun hoitotyön Care Bundle apuvälineen avulla. Materiaalin analysointiin on käytetty sisällönanalyysia. Opinnäytetyön menetelmä on triangulaatio. Sillä tarkastellaan tiettyä aihetta kolmesta eri näkökulmasta, jotta lopullinen tulos olisi mahdollisimman luotettava. On tarkasteltu mitä kirjallisuus sanoo kivunhoidosta, jonka jälkeen on selvitetty millaisia tutkimustuloksia näistä samoista otsikoista on saatu ja lopuksi opinnäytetyön analyysissä käy ilmi vielä kolmas vahvistava näkökulma aiheesta. Taustakirjallisuus kertoo mitä kivusta ja kivunhoidosta tulisi kirjata sekä itse kivunhoidon kirjaamisesta. Tähän liittyen opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on VIPS-malli, jota käytetään kirjaamisen mallina. Taustamateriaali on tässä työssä käytetyn menetelmän takia laaja. Analyysissa tulee esille näkökulmia esimerkiksi kuinka usein kipua tulee arvioida, miksi kirjaaminen on välttämätöntä, potilasohjauksen merkityksestä sekä eri kipumittareiden luotettavuudesta. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä kivunhoidon lääkehoitoa.</p>	
Avainsanat:	Kirjaaminen, akuutti kipu, ohjaaminen, kivun arviointi
Sivumäärä:	62 + liite
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	30.5.2016

INNEHÅLL

1	INLEDNING	7
2	BAKGRUND	8
2.1	Akut postoperativ smärta.....	8
2.2	Postoperativ smärtvård	9
2.3	Patienthandledning om smärta.....	12
2.4	Smärtskattningsinstrument.....	15
2.5	Centralt inom evaluering av smärta.....	18
2.6	Dokumentering i patientjournalen.....	21
3	FORSKNINGSÖVERSIKT	25
3.1	Smärtmätare och smärtskattning	26
3.2	Centralt inom smärtbehandling och evaluering av smärta.....	28
3.3	Handledning av smärta	30
3.4	Smärtdokumentation	31
4	TEORETISK REFERENSRAM	33
4.1	VIPS-modellen.....	33
4.2	Sammankoppling av VIPS-modellen med tidigare dokumenteringsforskning	36
5	PROBLEMBESKRIVNING OCH STUDIENS SYFTE	37
6	METOD OCH STUDIENS GENOMFÖRANDE	38
6.1	Triangulering.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
6.2	Innehållsanalys som resultatanalys.....	38
6.3	Datainsamling och genomföring av studien	40
7	RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS AV RESULTATET	43
8	ETISK REFLEKTION	52
9	AVSLUTNING	54
9.1	Kritisk granskning	54
9.2	Diskussion	56
	Källor	59
	Bilagor	63

Figurer

Figur 1. Kopplingen mellan omvårdnaden och dokumentationen	24
Figur 2. Dokumentering enligt VIPS.....	34

Tabeller

Tabell 1. Artikelsökningen	26
Tabell 2. Care Bundle i september 2015.....	41
Tabell 3. Statistiken för januari & februari 2016.....	43

1 INLEDNING

I det här arbetet avses med ordet *smärta* den akuta smärtan som uppkommer postoperativt. Vården av smärta är starkt betingat med attityder, både hos patient och vårdaren. Smärta accepteras, ifall det anses höra till, och därmed kan patienter lida av hårda smärtor. (Sailo & Vartti 2000 s. 63) Förebyggande av smärta är en bättre målsättning för smärtvården efter operationen, än endast lindrande av smärta. Akut smärta är ett tecken på vävnadsskada. Om inte smärta förebyggs kan det leda till förändringar i centrala nervsystemet, vilket ökar sensitiviteten för smärtreningar i framtiden. Det kallas hyperalgesi, vilket även kan orsaka långvariga smärttillstånd (Rawal 1999 s. 31).

Arbetet är ett beställningsarbete från Hjärtkirurgiska avdelningen M10 i Mejlans i Helsingfors. På grund av att det är ett beställningsarbete var temat redan avgränsat i början. Trots det hade jag som skribent möjlighet att formulera mina egna frågeställningar kring temat, i samarbete med avdelningsskötaren, och på så sätt själv ta reda på faktorer som jag anser vara intressanta och viktiga inom smärtvården. Studien behandlar noggrannhet inom dokumentering i den postoperativa vården bland hjärtkirurgiska patienter. Arbetet handlar endast om akut smärta. Målsättningen för arbetet är att kartlägga situationen gällande dokumenteringen på hjärtkirurgiska patientens vårdstug, och analysera hur och vad sjukskötare dokumenterar om den postoperativa smärtavården och smärta. Genom aktiv dokumentering kan vårdpersonalen bidra till att kvaliteten i smärtvården ökar och att smärtvården kan utvecklas. Via dokumentation får den vårdpersonalen, som är inblandad i patientens vård en uppfattning om vad som gjorts och vad som har planerats att göras. Ytterligare framkommer patientens egna smärtupplevelser via adekvat dokumentation. (Sailo & Vartti 2000 s. 97) I studien behandlas inte läkemedel som används inom postoperativ smärtvård. Därtill syftar *han* till patienten och *hon* till sjukskötaren.

2 BAKGRUND

Akut smärta definieras som en plötslig smärta som är förbigående. Smärtan beror på en vävnadsskada och fungerar som en signal om att något inte är som det ska. Genom god smärtvård kan den akuta smärtan behandlas och smärtan försvinner oftast när skadan har läkt. (Iivanainen & Syväoja 2012 s. 78) Smärta är inte endast ett somatiskt fenomen, utan smärtan är kopplad till fysiska, psykologiska, sociala, kulturella och andliga delområden i personens liv. Förmågan som sjukskötare att förstå smärtans mångdimensionalitet ökar kunskapen om att patienter med samma vävnadsskada kan uppleva smärtan på mycket olika sätt (Hawthorn & Redmond 1999 s. 40, 47). Bakgrunden är tillsammans med forskningsöversikten viktiga delar i den här studiens metod, det vill säga för trianguleringen. Därför ger det här kapitlet en helhetsomfattande uppfattning om akut smärtvård, smärtbedömning och dokumentering inom den postoperativa vården. Dessa är delar som är väsentliga för en sjukskötare att känna till och därför är rubrikerna relevanta för den här studien.

2.1 Akut postoperativ smärta

Upplevelsen av smärta, smärtans grad och hur man beskriver den är alltid beroende av individens egen uppfattning. (Hammar 2011 s. 48) Smärta beror på vävnadsskada och är en skyddsmekanism för kroppen. Genom att noggrant planera och genomföra smärtbehandling kan man försnabba processen i rehabiliteringen efter operationen och därmed kan patienten fortare ha möjlighet att åka hem. Faktum är att man inte alltid kan eliminera all smärta, men all smärta kan trots det behandlas. Olika metoder och läkemedel används beroende på smärtans läge och grad och på de sätten kan bland annat skadliga responser, så som hypertensivitet och pulshöjning, dämpas (Jokela m.fl. 2012).

Andra skadliga effekter som kan uppstå av akutsmärta är nedsatt andningsfunktion och nedsatt funktion i utsöndringen, med andra ord fungerar urinutsöndringen och tarmen inte som de ska. Då andningsfunktionen stöds genom effektiv smärtbehandling, leder det till färre lung- och sårkomplikationer. Det betyder alltså att god smärtvård korrelerar med att patienten snabbare kommer igång med rehabiliteringen. Den akuta smärtan för-

svinner allmänt efter att vävnadsskadan har läkt, men det förutsätter att patienten får smärtbehandling till den akuta smärtan. Annars kan det finnas en risk att smärtan blir kronisk. Hos den hjärtkirurgiska patienten sträcker sig smärtan inom området mellan övre delen av buken ända till området mellan skulderbladen (Salanterä m.fl. 2013 s. 3, 5,14).

Andningssvårigheter och nedsatt andningsfunktion efter thoraxkirurgi är kopplade till postoperativ smärta. På grund av detta ger tillräcklig smärtbehandling möjlighet till återhämtning samt djupandning och sekretelimination från lungorna. Nedsatt andningsfunktion ökar risken för perifera atelektaser och intrapulmonell shuntning, vilka leder till hypoxemi. Atelektaser kan bildas av nedsatta andningsrörelser, försvagad hostförmåga och försämrad ciliefunktion. Atelektaser höjer risken för lunginflammation. Risken för tromboser höjs av begränsad rörelseförmåga och postoperativ smärta, vilket understryker vikten av tidig mobilisering. (Rawal 1999 s. 15, 23) Rastlöshet, immobilisering, skyddande kroppsrörelser och felaktiga kroppsrörelser kan vara tecken på smärta. Andra tecken utöver de tidigare nämnda är ihopbitna tänder, rynkad panna och slutna ögon (Hawthorn & Redmond 1999 s. 34).

2.2 Postoperativ smärtvård

En viktig del av vården och rehabiliteringen efter en operation är vården av smärta. Det är viktigt dels av mänskliga, etiska och ekonomiska orsaker. Om man inte minimerar smärtan kan det leda till lidande hos patienten, vårdtiden kan dra ut och risken för postoperativa komplikationer stiger. Faktorer som påverkar upplevelsen av smärta är hurdan operation det är frågan om, vilken smärtlindringsmetod som används, hurdana förväntningar patienten har haft gällande smärta, preoperativ smärta, användningen av analgetika, samt patientens ålder. Därtill spelar patientens egna önskemål och förväntningar gällande vården av smärta en stor roll. Det beror på att patientens reaktion på smärtbehandlingen är en kombination av vårdarens förslag och utförande av smärtvården och patientens egna tankar om vården. (Kontinen & Hamunen 2014 s. 28)

Vanligen leder läkning av vävnadsskadan till att smärtupplevelsorna börjar försvinna. Stora operationer kräver mestadels smärtbehandling i tre till fyra dagar postoperativt.

Smärtans grad är kopplad till hur stor vävnadsskadan är och var den befinner sig. I allmänhet är buk- och thoraxkirurgi mer smärtsamt än operationer i perifer mjukvävnad. (Rawal 1999 s. 8-9)

På avdelningen infinner sig sjukskötaren nära patienten hela tiden. Då har sjukskötaren möjlighet att lära sig att bedöma patientens behov av smärtlindring. Genom regelbunden utvärdering av smärta kan skötaren hitta bästa smärtlindringsmetoderna för patienten, samt genomföra läkemedelsbehandlingen. Stöd till bedömningen fås genom användning av smärtermätare. Patienten är själv expert på att bedöma sin egen smärta (Salanterä m.fl. 2013 s. 5,6). Till sjukskötarens uppgifter hör att förstå vad som inverkar på patientens upplevelse av smärta och hur patienten uttrycker smärtan. Kvaliteten av sjukskötarens bedömning byggs upp av hennes öppenhet, observationsförmåga och hennes mellanmänniska färdigheter (Hawthorn & Redmond 1999 s. 18). Därtill bör sjukskötaren ha kunskaper angående de smärtlindrande läkemedlens verkningsmekanismer, biverkningar, dosering och tillämpning i olika situationer, så att hon även kan förebygga och behandla eventuella biverkningar (Hawthorn & Redmond 1999 s.19).

Efter att man behandlat smärtan med smärtlindrande läkemedel hör det till att patienten utvärderar smärtans intensitet, långvarighet, art och lokalisering på nytt och även tar ställning till om läkemedlet har gett önskad effekt. Den nya evalueringen kan ske med hjälp av smärtermätare. (Saano & Taam-Ukkonen 2013 s. 566) Även då är det patienten som vet bäst hur effektiv smärtbehandlingen har varit och patientens åsikter om sitt mående bevisar om vårdmålen har uppnåtts (Salanterä m.fl. 2013 s. 6).

Sjukskötarens uppgift inom smärtvården på bäddavdelningen är att regelbundet uppfölja patientens smärtupplevelser och att på basis av dessa, i kombination med läkarens ordinationer, uppdatera patientens vårdplan. (Sailo & Varti 2000 s. 121) Beteendeförändringar som irritation, orolighet, tillbakadragenhet, obekvämlighet, uttryckning av missnöje, aptitlöshet och ovanlig kroppsställning kan vara orsakade av smärta (Salanterä m.fl. 2013 s. 14). Därtill är även kallsvettning, trötthet, torra slemhinnor och avvinkande hudfärg tecken på smärta. Sjukskötaren ska notera om patienten får biverkningar som illamående, uppkastningar, svettningar eller andningssvårigheter (Sailo & Varti 2000 s. 123).

Det finns andra faktorer än läkemedelsbehandling som sänker upplevelsen av smärta. Dessa kan exempelvis vara lägesvård, användning av kylpåse, pep-flaska, motion, samtal mellan vårdpersonal och patient, rätt inställning hos sjukskötaren och patientens förmåga till avslappning. Patientens dåliga ställning i sängen kan inverka på andningen och göra det tungt att andas, och spändhet i kroppen kan bidra till sänkt blodcirkulation. Även klämmande klädesplagg eller tillskrynklade lakan kan kännas mycket obekväma. Sjukskötaren uppmuntrar patienten att själv i första hand korrigera sin ställning och att röra på extremiteterna. Med sjukskötarens inställning menas att patienten kan uppfatta vårdaren som kommenderande och argisint, om hon inte bemöter sina patienter som individer med individuella behov och smärtupplevelser. Därtill ska sjukskötaren ge patienten den tid han behöver, för att det bidrar till lugn och tillit. (Sailo & Vartti 2000 s.124, 126)

Smärtvården på intensivvården

På intensivvårdsavdelningen är patienten kontinuerligt övervakad av sjukskötaren, vilket ger möjligheter till god smärtlindring. Som vårdare är det viktigt att lägga på minnet att smärtan som patienten upplever existerar i den stunden som patienten känner den och smärtan är sådan som patienten själv beskriver att den är. Smärta som uppkommer hos en patient som vårdas på intensivvården innebär inte endast en fysisk känsla av obehag, utan är även förknippat med rädsla. Patienten kan uppleva känsla av otrygghet, samtidigt som han kan känna ångest och även dödsångest. Patientens kön spelar ingen roll i behovet av smärtlindrande läkemedel. Patienten kan sakna kunskap av sådant som händer runt omkring honom och då kan patienten inbilla sig något, istället för att ha en faktabaserad kunskap om känningar och händelser. Därför är det även viktigt att tala om för patienten om diverse kanyler och slangar som patienten är kopplad till, för att de kan orsaka känsla av obehag hos patienten. När patienten är tvungen att skapa en egen bild om sin omgivning, som inte baserar sig på kunskap, blir upplevelserna av smärta starkare. Även den ställningen som patienten har legat i under operationen kan i sig självt orsaka smärta och därför har patienter emellanåt smärta på andra ställen i kroppen än i själva operationsområdet. Patienten kan även ha fått liggsår under operationen, vilket höjer smärtupplevelsen. (Sailo & Vartti 2000 s. 127-129)

I evalueringen av smärta på intensivvården kan vårdaren bra använda sig av VAS-skalan, som beskrivs i kapitel 2.4, men då är det viktigt att skalan är tydlig och den kan även vara förstorad för att underlätta bedömningen. Patientens rörelser är klumpiga på grund av svullnader och synförmågan kan vara påverkad av läkemedel. Principerna i smärtvården är de samma som på baddavdelningen, men patienten kan ha svårare att uttrycka sig ännu i den första postoperativa fasen. Därför är monitorering viktigt och där kan sjuksköterskan se ändringar i vitala värden som är tecken på smärta. Sjuksköterskan ska även komma ihåg att även om patienten sover är det inte ett tecken på att patienten inte har smärtor. Praktiska hjälpmedel som glasögon, tandproteser och hörselapparater är det viktigt att patienten får till sitt förfogande så snabbt som möjligt, för de underlättar den redan svåra kommunikationen efter operationen. (Sailo & Varti 2000 s. 130-131)

Sjuksköterskan har ofta möjlighet att självständigt fatta beslut om vilket smärtlindrande läkemedel hon ger till patienten, bland de läkemedel som läkaren har ordinerat. Det är viktigt att ta i beaktande vårdåtgärder som görs och evaluera om patienten behöver läkemedel före åtgärden utförs. Det är grundläggande att utvärdera effekten av smärtlindringen och att dokumentera den. Det som ska dokumenteras är smärtans läge samt intensitet, vilken vårdåtgärd som gjorts och varför. Därtill ska det dokumenteras hur länge det tog för att få önskad effekt av smärtlindringen och hur länge smärtekänningarna var borta, alltså om doseringen var tillräcklig. (Sailo & Varti s. 146-147)

2.3 Patienthandledning om smärta

Patienthandledningens syfte är att medvetandegöra patienten om sitt eget tillstånd och hur patienten själv kan bidra till och ta ansvar för sin situation eller sjukdom. Handledningen kan ske mellan patient och vårdare, men även patientens anhöriga kan vara delaktiga i handledningen. Mest anständiga utrymmet för handledning skulle vara ett avskilt rum, som ett klassrum, men handledning ges även i patientrummen, i dagsalar och i korridorer, samt i andra utrymmen som finns på avdelningen. Ett större avskilt rum skulle möjliggöra grupphandledning. De yttre faktorerna påverkar patientens och de anhörigas uppfattning och inläring, samt i själva handledningen som vårdaren ger. Patientens ålder är inget hinder för inläringen. (Hallila 2005 s. 97)

Sjukskötaren ska tänka på att hon kan använda sig av både muntlig och skriftlig metod i handledningen. Materialet som används ska vara evident och vårdaren ska använda sig av nyaste fakta. Om det inte uppfylls kan man tänka sig att patienten inte får bästa möjliga informationen om hur han ska vara delaktig i vården eller hur han ska ta hand om sig själv. Sjukskötare stöder den handledningen de ger på sin egen arbetserfarenhet, på handledningsanvisningar som getts på enheten och på sin yrkesutbildning. Sjukskötaren ska vara empatisk, ha en förmåga att lyssna till patienten och ge respons till patienten. Ytterligare färdigheter som är viktiga är förmåga till reflektion och talang att gestalta patientens situation. Före vårdaren påbörjar handledningen ska hon kartlägga vad patienten redan vet från förut. I följande skede ska vårdaren upplysa patienten om vad som är målsättningen med handledningen och därefter ska vårdaren utvärdera vilken inlärningsmetod som skulle vara lämpligast för patienten och hans anhöriga. I sista skedet är det meningen att vårdaren gör en bedömning om handledningens resultat, alltså om patienten är kunnig att utföra det som han har fått handledning om. (Hallila 2005 s. 99-100, 103)

I handledningen om smärtbedömning ska det framkomma hur olika smärtskattningsinstrument används och varför det är viktigt att regelbundet utvärdera smärtans grad. I en situation där patienten har svårt att föreställa sig vad den maximala smärta kunde vara, kan sjukskötaren ge exempel på att patienten kan föreställa sig den värsta smärtan han varit med om i sitt liv och reflektera smärtan som uppkommit efter kirurgiska ingreppet med den. (Sailo & Varti 2000 s. 103)

Preoperativ smärthandledning

Om patienten får både muntlig och skriftlig handledning om smärta före operationen, kan det minska ångestkänslor postoperativt. Handledningen om bedömning av smärta och vården av smärta ökar senare patientens tillfredsställelse med smärtvården. Patientens smärtregleringsförmåga kan vara verksammare efter operationen, om han har fått handledning före operationen, och samtidigt kan han känna sig mer beredd inför kirurgiska ingreppet. Preoperativ vägledning sänker patientens oro före operationen. (Salanterä m.fl. 2013 s.9) Före operationen ska sjukskötaren kartlägga patientens regelbundna medicinering, samt höra med patienten om han har några önskemål gällande smärtbehandlingen efter operationen. Religion kan även påverka acceptansen av att använda

olika läkemedel. Därtill ska sjukskötaren handleda om andra möjliga tillvägagångssätt att lindra smärtan (Sailo & Vartti 2000 s.119-120).

Patienten bör få information om syfte och användning av smärtnätare preoperativt för att då har patienten bättre utgångspunkter till att använda mätaren rätt, vilket ger mer tillförlitliga mätresultat av postoperativ smärta. Utöver att berätta om hur smärtan kan bedömas är det viktigt att berätta hur smärtan behandlas. Muntligt givna anvisningar kan kompletteras med en broschyr som till exempel omfattar olika smärtbehandlingsmetoder och beskriver olika smärtskattningsinstrument som används på avdelningen. (Rawal 1999 s. 26, 33)

Sjukskötarens engagemang i preoperativ handledning minskar uppkomsten av problem efter operationen. Patienter kan ha hört felaktigheter eller andras upplevelser om postoperativ smärta och det är sjukskötarens uppgift att lyssna till patienten och korrigera de missvisande uppfattningarna han kan ha. För patienten kan redan den ovanliga sjukhusomgivningen bidra till förvirring och oro. Diskussion mellan patient och vårdare är viktigt, för att det kan lugna en osäker patient. (Sailo & Vartti 2000 s. 118-119)

Postoperativ smärthandledning

Patienter som har handletts gällande smärtans inverkan, betydelsen av smärtbehandling, tidig rehabilitering, icke-medicinal smärtlindring samt målsättningarna med smärtbehandlingen har ofta lättare att hantera akut smärta. Patienter ska uppmuntras att tala om för sjukskötaren om de smärtupplevelser som han känner. Postoperativ handledning gynnar patientens förmåga att hantera den akuta smärtan. (Salanterä m.fl. 2013 s.9) Patienten kan instrueras att säga till åt vårdpersonalen om sin smärta innan den blir för svårhanterlig (Rawal 1999 s. 29).

Patienten kan känna sig ängslig och rädd efter en operation. Sjukskötaren kan med hjälp av handledning minska uppkomsten av dessa känslor. Patienten får en uppfattning om hur han kan reglera smärtan, då han får mer information om ämnet och därmed är patienten nöjdare med smärtvården. Allt detta bidrar till att patienten repar sig snabbare efter operationen. Patientens känsla av ångest kan även öka på grund av handledning och därför måste vårdaren uppmärksamma informationens innehåll och mängd. Sådan hand-

ledning som ökar patientens kännedom av smärta, andningsövningar för avslappning och sätt att korrigera smärtan kan sänka patientens upplevelser av smärta och ångest, samt öka patientens engagemang i vården. Patienter kan vara rädda för att bli beroende av starka smärtlindrande mediciner och även kan de vara rädda för eventuella bieffekter. Patienter kan ha den uppfattningen att det är meningen att stå ut med smärtan. Därför är det viktigt med en sakkunnig och verklighetsförankrad handledning om ämnet. (Salanterä m.fl. 2013 s. 8-9)

Kommunikationen mellan patient och vårdpersonal spelar en stor roll i smärtbehandlingen. I sådana situationer där patienten missförstått budskapet, inte känner tillit eller inte känner ett intresse är det troligt att han inte kommer att fullfölja de instruktioner han fått och kommer att känna sig missnöjd med behandlingen. I kommunikationen ska vårdaren vara försiktig att hon inte ger dubbla budskap, för att en patient som är rädd och orolig kan tolka en kommentar som “det är bra att vara aktiv, men du ska inte överdriva” som att det inte är bra att röra på sig. Att ta hänsyn till patientens egna behov och hans situation gör att vårdaren har bättre förutsättningar att få patienten att ta eget ansvar. Det tillsammans med relevanta mål i vården gör att båda delarna känner sig engagerade och bestämda. I diskussionen är det mer produktivt att ställa öppna frågor istället för slutna frågor, därför att öppna frågor utvecklar samtalet i motsats till slutna frågor, som avbryter diskussionen. (Linton 2013 s. 250- 251) Patientens livssituation kan se ut så att han helt enkelt inte kan anpassa den handledning han får, till exempel på grund av brister i resurser i den sociala omgivningen. I sådana fall räcker det inte med att ge information till patienten om hur han ska ta hand om sig själv, utan vårdpersonalen ska i verkligheten antyda till patienten hur han tillämpar informationen (Hallila 2005 s. 99).

2.4 Smärtskattningsinstrument

Inom evaluering av smärta används olika metoder. Smärtmätare används som verktyg inom bedömningen av smärta. Observation och användning av olika övervakningsapparater hör också till sjukskötarens uppgifter. (Saano & Taam-Ukkonen 2013 s. 566) Smärtskattningsinstrument som används är VAS, vilket står för Visual Analog Scale, NRS, Numeric Rating Scale och VRS, som betyder Verbal Rating Scale (Brantberg &

Allvin 2014). I vissa situationer kan även en så kallad ansiktsskala användas, men i allmänhet är den menad för smärtskattning hos barn (Sailo & Varti 2000 s. 105).

Användning av smärtskattningsinstrument möjliggör att smärtan blir konkretare och dessutom underlättas dokumenteringen av smärta. Därtill är det viktigt att patientens smärta alltid evalueras med samma instrument under hela vårdperioden (Iivanainen & Syväoja 2012 s. 78). Det är viktigt för att smärtbedömningen får mer nytta av att samma instrument alltid används. Smärtskattningsinstrumenten ger en helhet tillsammans med intervjuer och observation om patientens smärta. De objektiva värden som smärtmätarna ger är svårare att kringgå av vårdpersonalen än endast annan form av bedömning (Hawthord & Redmond 1999 s. 18, 194).

VAS; Visual Analog Scale

Smärtmätaren har en skala på 0 till 10, där noll står för *ingen smärta* och tio den *värsta möjliga smärtan*. Patienten utvärderar sin smärta med hjälp av den horisontala balken, där han placerar markören vid den aktuella intensiteten av smärtan. (Brantberg & Allvin 2014) Med hjälp av VAS-mätaren kan patienten exakt utvärdera den aktuella smärtan vid mätningstillfället. Ytterligare ger VAS-skalan en bedömning av smärtlindringens verkningsgrad (Salanterä m.fl. 2013 s. 13). Skalans validitet och trovärdighet är god. Mätaren möjliggör det för patienten att uttrycka sin smärta i sifferform. Olägenhet med användning av VAS är att den metoden ofta tar en aning längre tid och att det behövs ett särskilt instrument till mätningen. Skalan kan vara svårförståelig under den tidiga postoperativa tiden, men å andra sidan är skalan oberoende av språk. Med hjälp av VAS kan det även mätas annat än smärta, så som patientens uppfattning om sin tillfredsställelse, illamående eller klåda (Rawal 1999 s. 26-27).

NRS; Numeric Rating Scale

Den numeriska skalan används genom att patienten värderar sin smärta på en skala 0-10, där noll står för *ingen smärta* och tio den *värsta tänkbara smärtan*. (Brantberg & Allvin 2014) Genom att använda den numeriska smärtmätaren kan patientens postoperativa växlingar i smärtekänningar och i smärtans intensitet värderas noggrant. På samma sätt som vid användningen av VAS-skalan, kan man bedöma lindringen av smärtan efter smärtbehandlingen med NRS-skalan. NRS-mätare lämpar sig även väl för patienter med

demenssjukdomar (Salanterä m.fl. 2013 s. 13-14). Fördelen med NRS är att det inte behövs någon utrustning till mätningen och att den är ofta lättbegriplig bland de flesta patienterna. Nackdelar utgörs av att det kan finnas språkhinder mellan vårdaren och patienten eller andra orsaker till att patienten inte begriper skalan. I sådana fall då patienten har svårt att bedöma sin smärta utgående från skalan kan det vara bra att endast fråga om patienten mår bra och om han är tillfredsställd med den smärtbehandlingen som ges (Rawal 1999 s. 27).

VRS; Verbal Rating Scale

I den verbala evalueringen av smärta använder man ord istället för siffror, för att beskriva smärtan. Skalan på smärtan är då Ingen- Lindrig- Obehaglig- Besvärlig- Fruktansvärd- Outhärdlig. Skötaren graderar sedan skalan med siffrorna 1-5. (Brantberg & Allvin 2014) Utöver de ovannämnda orden för att beskriva smärta kan patienten noggrannare förklara hurdan smärtan är genom adjektiv som stickande, ihållande, pulserande, återkommande, strålande eller tryckande. Genom en mer ingående beskrivning kan vårdpersonalen få en uppfattning om den underliggande orsaken till smärtans uppkomst (Iivanainen & Syväoja 2012 s. 79). En nackdel med VRS är att skalan endast har fem steg och att det därför är svårt att ta tag på de små ändringarna, som sker i patientens smärttillstånd (Dueholm Bech m.fl. 2015).

Val av smärtmätare

Det är meningen att patienten själv väljer vilken smärtmätare han vill att hans smärta utvärderas enligt och det ska dokumenteras i patientjournalen. (Salanterä m.fl. 2013 s. 13) Sjukskötaren kan föreslå vilka smärtmätare som skulle kunna passa till patienten eller beroende på situation även kombinera olika smärtmätare med varandra (Sailo & Varti 2000 s. 106).

Val av smärtmätare kan vara beroende av flera olika faktorer. Vid olika tillfällen av patientens vårdperiod kan det vara skäl att använda sig av olika instrument, beroende på patientens tillstånd. Andra faktorer som påverkar valet av smärtskattningsinstrumentet är smärtans komplexitet, patientens koncentrationsförmåga, patientens kognitiva förmåga samt patientens verbala förmågor. Smärtskattningsmätaren ska vara lätt att använda både för sjukskötaren och patienten, samtidigt som den ska vara känslig, trovär-

dig, valid och flerdimensionellt. Om de ovannämnda kriterierna uppfylls, kommer ett visst instrument att väljas. (Hawthorn & Redmond 1999 s. 162)

2.5 Centralt inom evaluering av smärta

Forskning visar på att patienter anser att sjukskötare undervärderar patienternas smärta och de känner sig inte delaktiga i planeringen av vården. (Hallila 2005 s. 90) Den slutsatsen drogs att smärtvården underskattas i vårt land och den kunde förbättras genom ordentlig planering och dokumentering. Patienten har rätt att bestämma vilka metoder som används inom den smärtvård som berör honom. Smärtvården handlar om att känna igen, ställa upp målsättningar, välja metoder samt själva genomförandet att lindra smärta. Igenkänningen av smärta är en väsentlig del för att endast då kan man lyckas med smärtlindringen. Dels sker igenkänningen genom muntlig kommunikation, men också används den non-verbala metoden. Icke-verbala igenkänningen handlar om att sjukskötaren bedömer smärtan utgående från fysiologiska faktorer, som blodtryck, kroppsvärme och andningsfrekvens. (Hallila 2005 s. 90-91)

Det centrala i vården av smärta är att värdera smärtan före och efter smärtlindring och bedömning av eventuella bieffekter. Patienten bedömer smärtans intensitet, långvarighet, vilken typ, det vill säga att patienten beskriver hurdan smärtan är och till sist lokaliserar patienten smärtan. Därtill är det patienten som evaluerar om smärtlindringen har gett önskad effekt. (Saano & Taam-Ukkonen 2013 s. 566) Depression, ångest och räds-lor påverkar patientens upplevelse av smärta. Ytterligare kan tidigare otrevliga upple-velser om smärta eller tidigare operationer påverka upplevelsen av smärta och medföra rädsla hos patienten (Salanterä m.fl. 2013 s. 3, 10). Smärtan ska evalueras med jämna mellanrum på avdelningen, men även att bedöma smärta allt för ofta kan utveckla irri-tation hos patienten. Smärtskattningen kan göras mer sällan, då man uppnått en godtag-bar nivå i smärtvården och patienten känner sig mer involverad i vården då han själv evaluerar smärtan (Rawal 1999 s. 29).

Det kan finnas vissa skillnader i smärtekänsligheten mellan de olika könen. Kvinnor kan behöva mer smärtlindring per kilogram kroppsvikt än män, för att uppnå samma analge-tiska nivå. Skillnaderna kan bero på hur individen lär sig samhällets normer eller hor-

monella fluktuationer. Dessa faktorer kan påverka hur individen uppfattar smärtan och hur han uttrycker den. (Salanterä m.fl. 2013 s. 11) Kvinnor kan även vara mer medvetna om sitt hälsotillstånd samt meddelar med lägre tröskel om sina känningar än män. Dessutom kan män i allmänhet vara mindre mottagliga för hjälp än kvinnor. Speciellt inför kvinnor kan män ha det svårt att uttrycka smärta på grund av samhälleliga normer. Dock har inte forskning kartlagt hur omfattande könets inverkan är på smärtupplevelsen. Personlighet kan också bidra till skillnader i upplevelse och utformning av smärta. Extroverta människor kan ha lättare att tala om för sjukskötaren om sina smärtekänningar, än introverta personer. På samma sätt som med kön ska det ändå inte inom smärtvården dras entydiga slutsatser om personlighetens inverkan på smärta (Hawthorn & Redmond 1999 s. 30, 37).

En del patienter kan känna att de har svårt att tala ut om sin smärta till vissa personer, som till exempel nära familjemedlemmar. Orsaken till det kan vara att patienten inte vill väcka oro hos sina närmaste. Patienter kan även undanhålla sina smärtupplevelser från personalen, för att de tror att skötarna är så upptagna med annat vårdarbete, och därför inte vill vara till besvär. I sådana fall spelar sjukskötarens intresse gentemot patienten och speciellt vården av smärta en stor roll. Om sjukskötaren visar att hon bryr sig, är sannolikheten att patienten berättar om sina upplevelser högre. (Hawthorn & Redmond 1999 s. 35-36)

Sänkt medvetandegrad hos patienten

Patienter med sänkt medvetandegrad har svårigheter med att utvärdera smärtan och då kan vårdaren med hjälp av att observera andningsfrekvens, puls och blodtryck få en uppfattning om patienten har smärta. Därtill kan man observera huden om färgen har ändrat eller patienten är kallsvettig. Också ansiktsuttryck, orolighet och muskeltonus kan signalera smärta. Hög ålder behöver nödvändigtvis inte betyda att man skulle ha svårigheter med smärtskattning. Då kan det hända att patienten behöver mera tid av vårdaren för handledningen och utvärderingen av smärta. (Brantberg & Allvin 2014) Hos de patienter som är inkapabla att kommunicera måste sjukskötaren utvärdera smärtan utgående från de observationer hon gör om patientens beteende som tyder på smärta (Salanterä m.fl. 2013 s.12). Sjukskötaren kan bland annat observera ljud som patienten

kan släppa som skrik, gråt, stönande, kvidande och snyftande (Hawthorn & Redmond 1999 s. 33).

Smärtskattning hos åldringar

Andelen åldringar på de kirurgiska avdelningarna är hög nuföriden. Många av de över 75-åriga patienterna lider redan preoperativt av kronisk smärta samt nedsatt funktionsförmåga. Dessutom använder mången receptbelagda mediciner före kirurgiska ingreppet och polyfarmaci lägger ofta hinder i vägen för läkemedelsbehandlingen. Hos åldringar kan det därför vara skäl att utvärdera vården av smärta och mängden smärtlindrande läkemedel individuellt. Då kan eventuella bieffekter försöka undvikas. Därtill kan för stora mängder opioider förlänga tiden på sjukhuset efter det kirurgiska ingreppet. (Pesonen 2011 s. 156-157) Underbehandling av smärta är vanligare hos åldringar än hos yngre patientgrupper, trots att akut smärta förekommer speciellt hos äldre patienter. Orsaker till detta kan vara någon form av åldersdiskriminering, med vilket det menas stereotypiskt tänkande och förutfattade meningar gällande den åldrande befolkningen. Det existerar felaktig kunskap om smärta hos åldringar, som att smärtkänsligheten minskar och att smärttoleransen ökar då en människa åldras. Därtill kan det uppkomma att vårdpersonalen inte tror på patientens egen smärtskattning (Hawthorn & Redmond 1999 s. 60). Hos patienter med nedsatt syn kan det vara bra att använda förstorade smärtskattningsinstrument och ibland kan en åldring även känna att ansiksskalan är den lättaste att uppfatta (Sailo & Vartti 2000 s. 103).

Smärtans grad i rörelse och i vila

Smärtan varierar beroende på om patienten är i rörelse eller i vila. Det är sällan möjligt att ha fullständig smärtfrihet som mål i smärtvården, för att det inte praktiskt taget är möjligt och heller inte säkert. Målen med smärtvården kan å andra sidan vara faktorer som välbefinnande i vila och i rörelse samt i samband med hostningar. (Rawal 1999 s. 25, 27) Andra sätt att lindra smärta är att försöka slappna av och att vila och därtill är lägesvård också en viktig del av att dämpa smärta (Hallila 2005 s. 90). Postoperativa smärtan är beroende av om patienten rör sig eller är stilla. Därför måste smärtan bedömas i båda situationerna och målet är då att behålla smärtintensiteten under en förutbestämd gräns (Rawal 1999 s. 29). Vid bedömningen ska sjukskötaren höra efter

hur patienten uppfattar smärtans grad, lokalisering och därtill ska sjukskötaren själv göra en bedömning om patientens beteende (Salanterä m.fl. 2013 s.12).

2.6 Dokumentering i patientjournalen

Målsättningen med evidensbaserad dokumentering är att patienterna får tillförlitlig information om vården som berör dem och om alternativ gällande deras hälsa. Därtill avskas olika icke-vetenskapliga och ineffektiva sätt att hjälpa från vården, krafterna riktas lämpligare och mer ekonomiskt. Adekvat dokumentering är en fördel med tanke på informationsflödet, för att då kommer man ifrån ospecifik muntlig fakta som är beroende av vårdarens minne. Det förutsätter att vårdaren söker fram den evidensen som finns tillgänglig gällande korrekt dokumentering, vilket i sig kräver tid och ett nytt förhållningssätt. (Hallila 2005 s. 13) Grundprincipen är att det som har dokumenterats har skett och det som inte står skrivet inte har hänt. I patientjournalen ska det framkomma vårdplanen, samt verkställande och uppföljande av vården. Därtill är det även lagstadgat att uppgifterna i patientjournalen är sekretessbelagda och tystnadsplikten kvarstår även efter att vårdförhållandet har avslutats (Hallila 2005 s. 18, 20).

Då vårdaren dokumenterar ska hon beakta att hon dokumenterar på ett sådant sätt att även patienten och hans anhöriga kan förstå vad som står skrivet. Det betyder att ett allmänt uppfattbart språk ska användas. Det som dokumenteras ska vara korrekt, verkligt, tillräckligt omfattande och utföras utan fördröjning för att patientsäkerheten ska uppfyllas. Ytterligare är dokumentering ett rättsskydd för vårdaren. (Hallila 2005 s. 21) Vårdplanen innefattar bakgrundsinformation om patienten, den egentliga vårdplanen, sammanfattning om vården, planering om fortsatt vård eller demobilisering. Själva dokumenteringen bygger på det som står i vårdplanen. Då vårdaren dokumenterar ska det framkomma hur patienten har blivit vårdad och vad det har resulterat i. Det sker alltså en bedömning, vilket ska hända i alla skeden under patientens vårdperiod. Det kan finnas olika mål med dokumenteringen beroende på enheten, till exempel selfrihet, tydlighet, bedömning eller att endast det viktigaste rapporteras. Något som dokumentering alltid bidrar till är ökad patientsäkerhet (Hallila 2005 s.56-57). Speciellt dokumentering av läkemedelsöverkänslighet och effekten av tidigare smärtbehandling samt biverkningar är faktorer som bidrar till ökad patientsäkerhet (Sailo & Varti 2000 s. 98).

Lag om dokumentering i patientjournalen

Sådana personer som deltar i patientens vård har rätt att göra anteckningar i patientens journal. Grundläggande för trygghet av god vård, som består av ordnande, planering, tillhandahållning samt uppföljning, är tillräckligt omfattande dokumentering. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga och endast allmänt kända begrepp eller förkortningar får användas. Därtill ska anteckningarna göras genast efter att något mätts eller observerats. De centrala delarna som ska framkomma i dokumentationen är orsak, anamnes, status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos och hälsorisk. Slutligen ska det även framkomma slutsatser, alltså planering, genomförande och uppföljning av vården. Därtill dokumenteras framskridningen av sjukdomen och till slut ges ett slututlåtande. Av dokumentationen ska det framgå hur vården har genomförts och vilka slutsatser som dragits, samt om något avvikande har uppkommit. I ett fall där patienten inte är villig att ta emot vård, ska det även dokumenteras och bekräftas på ett pålitligt sätt. (Finlex 2009)

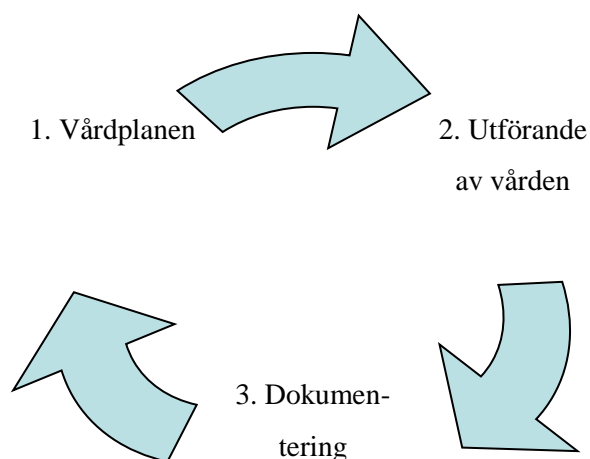
Dokumentering av smärta

I patientjournalen ska det framkomma effekten av given vård och behandling. Resultaten av effektiviteten görs genom bedömningar av förändringar i patientens tillstånd och dessa förändringar dokumenteras. Fortgående bedömningar görs så att patientens tillstånd jämförs med de utsatta vårdmålen, och dokumenteringen sker oberoende av om målet är uppnått eller inte. (Björvell 2014) Genom att vårdpersonalen dokumenterar utvärderingen av smärta blir iakttagbar på samma sätt som andra mätresultat, som temperatur, blodtryck eller puls. Dokumentering av värden möjliggör upprepad utvärdering av smärtan och därmed kan till exempel otillräcklig smärtbehandling påvisas (Rawal 1999 s. 29-30). I texten borde alltid framkomma patientens egen uppfattning om smärtbehandlingens effekt, samt sjukskötarens bedömning om situationen. Då smärtan utvärderas och dokumenteras regelbundet undviker man att återigen prova på metoder till smärtlindring vilka inte tidigare har fungerat hos patienten (Hallila 2005 s. 94). Det är även mycket väsentligt inom handledningen att vårdaren dokumenterar det som patienten fått handledning om. Orsaken till varför vikten av dokumentering understryks här, är att patientens inläring blir mer kontinuerlig och effektivare om följande vårdare fortsätter handledningen där föregående vårdare senast har blivit, och inte upprepar sådant som patienten redan handletts i (Hallila 2005 s. 98).

Smärta borde dokumenteras under en skild rubrik i patientjournalen. Under rubriken *smärta* kan det sedan dokumenteras om olika delområden, som är delaktiga i hela smärtbehandlingsprocessen. För tillräcklig dokumentation av smärta måste sjukskötaren ha kunskap om smärta och veta varför smärta uppkommer. (Sailo & Vartti 2000 s. 106,109) Genom regelbunden och adekvat dokumentering skapar sjukskötaren möjligheten till kontinuitet i vården, gällande planering, genomförande och utvärdering. Dokumenteringen bevisar det som sjukskötaren har gjort under sitt arbetspass och det är väsentligt att dokumentera om alla områden inom patientens vård. Då patientens smärta dokumenteras med noggrannhet leder det till individuell och värdefull vård. Sjukskötaren kan dokumentera i patientjournalen sådant som patienten själv sagt om sin smärtupplevelse, då det möjliggör att patienten blir mer delaktig i sin vård och då blir hans förutsättningar att aktivt delta i vården bättre. I sådana situationer där det behövs läkar-konsultation är det dessutom lättare för sjukskötaren om hon har tydlig och ställningstagande dokumentation som hon kan stöda sina frågor på (Sailo & Vartti 2000 s. 97-99).

Genom kritisk granskning av sjukskötarens egna observationer, det vad patienten berättar om sitt tillstånd samt information som sjukskötaren har fått tidigare, kan en målinriktad vårdplan göras upp (Hallila 2005 s.29). Sammanfattningsvis klargör figuren på följande sida kopplingen mellan de olika skedena i omvårdnaden. I vårdplanen som finns i patientjournalen ska det framgå hur patientens smärtor behandlas. Utgående från vårdplanen utför sjukskötaren vårdåtgärder och därefter dokumenterar hon vad som gjorts och hurdana effekter det framkommit. Efter dessa arbetsskeden kan det även leda till att något nytt kommer upp, vilket kan leda till att sjukskötaren ska uppdatera vårdplanen och därmed påbörjas de olika arbetsskeden på nytt.

Figur 1. Kopplingen mellan omvårdnaden och dokumentationen



Bristfällig dokumentering

Dokumenteringen i vårdplanen ska omfatta framkomsten av den akuta smärtan, målsättningarna med smärtvården, vilka metoder som används för att uppnå dessa mål och utvärderingen av smärtvården. Utvärderingen av framkomsten av smärta och utvärdering av smärtvårdens inflytande ska göras av både vårdare och patient, eller av någondera. (Hallila 2005 s. 95) Bristfällig dokumentering kan handla om att vårdaren förkortar något eller skriver på ett sätt som är typiskt för den enheten hon jobbar på, exempelvis "operationsinfo +". Patienten kan senare anse att han inte fått till exempel godtycklig handledning och då kan vårdaren heller inte juridiskt bevisa att hon skulle ha handledlet patienten om alla de väsentliga delområdena. Därför är det själ att dokumentera det som planerats och vårdare och patient har kommit överens om under handledningen eller diskussionen (Hallila 2005 s. 104-105). Bristfällig dokumentation är en bland orsakerna till otillräcklig smärtbehandling. Bristerna i dokumentationen syns i dess ofullständighet, inkonsekvens samt i dokumentationens oriktighet. En orsak till det kan vara en överlag otillräcklig dokumentationsvana. Därtill kan smärta anses vara något mindre betydande och därför inte är värd en omfattande bedömning och dokumentation (Hawthorn & Redmond 1999 s. 43, 51).

3 FORSKNINGSÖVERSIKT

I forskningsöversikten behandlas endast forskning. Temaområdena är de samma som i bakgrundsdel, och meningen är att se om den tidigare forskningen ger samma resultat, som bakgrunden. Det här görs för att studiens metod det vill säga triangulering utgår från att man i en studie ser på ett tema från tre olika synpunkter. I det här arbetet är första synpunkten bakgrunden tillsammans med forskningsöversikten, den andra är statistiken och den sista är resultatet av innehållsanalysen.

Artikelsökningen och avgränsningar till temat

I resultatanalysen och forskningsöversikten har endast västerländska forskningar använts. Eftersträvan var att kunna använda endast nordisk forskning, som skulle gå endast cirka tio år tillbaka i tiden. Orsakerna till det är att forskningarnas utgångspunkter och sampel ska vara mer jämförbart med den finska sjukvården och befolkningen i Finland samt för att smärtvården och dokumenteringen överlag har utvecklats mycket under de senaste decennierna. Ett undantag finns i kapitel 3.3Handledning om smärta. Forskningen var sammanställd i slutet av 90-talet, men det undersökta och resultatet motsvarade det som den här studien försökte få svar på. Därtill var forskningen gjord i Finland. I denna studie behandlas, som tidigare nämnts, inte användningen av smärtlindrande läkemedel eller deras effekter inom postoperativ smärtvård. I tabellen på följande sida har framlagts själva artikelsökningen. I tabellen sammanfattas vilka databaser eller tidskrifter, som använts i studiens forskningsöversikt samt i analysen av resultatet. I forskningsöversikten har det använts sju av artiklarna och i resultatet har det använts de övriga åtta artiklarna. De artiklarna som valts till forskningsöversikten belyser de delarna, som är viktiga för arbetet och dess syfte. De stöder även de delarna som har tagits upp i föregående kapitel samt den kategoriseringen, som framkommer i kapitlet om resultatanalysen.

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Intressanta artiklar	Använda artiklar
22.10 -15	Google Scholar	Kivun mittaus, kipumittari, kivunhoito	557	3	-
22.10 -15	Google Scholar	Leikkauksen jälkeisen kivun hoito	2250	7	-
28.10 -15	Hoitotieteen laitos	Kipu, kivun	224	5	-
31.10 -15	Nordic Journal of Nursing Research	Documentation	63	3	-
15.10 -15	Science Direct	Pain, postoperative pain, NRS, documentation	1034	8	2
28.9 -15	DiVa	Smärtbehandling	2	1	1
15.10 -15	Science Direct	Pain, assessment, postoperative, NRS	3561	9	5
15.10 -15	Issue lab	Surgical nurse	355	2	1
30.11 -15	Journal of Clinical nursing	Documentation	151	11	4
14.4 - 16	Journal of Clinical nursing	Pain assessment, NRS	4	2	2

Tabell 1. Artikelsökningen

3.1 Smärtmätare och smärtskattning

Smärta är en subjektiv upplevelse vilket kan orsaka svårigheter i att uttrycka det och i att bli förstådd. Därför är det motiverat att använda smärtmätare. Trots det har det visat sig vara svårt att i verkligheten ta i bruk smärtmätare som NRS, VAS och VRS och smärtan bedöms i stället utgående från ifall den alls existerar eller hur mycket smärta patienter brukar ha efter en viss sorts operation. Därtill beaktas patientens ålder, kön och etniska bakgrund och vitala värden vid bedömningen av smärta. Användning av smärtmätare underlättar kommunikationen mellan patient och vårdare gällande patientens smärta. (Wikström m.fl. 2014 s. 53) Användning av VAS-skalan vid bedömning av

postoperativ smärta ökar möjligheten att patienten får opioider som smärtlindrande åtgärd (Sandh & Boström 2012 s. 48).

Forskning visar att smärtmätare anses vara användbara då patienten inte talar om för vårdaren om sin smärta, för att han inte vill besvära sjukskötaren, eller i sådana fall där patienten fortfarande påverkas av olika substanser efter kirurgiska ingreppet. (Wikström m.fl. 2014 s. 54) Ofta förekommande smärtbedömning anses vara essentiellt speciellt under det första postoperativa dygnet och bedömningen är bristfällig om smärtan bedöms mer sällan än med 3-4 timmars mellanrum. Det är speciellt viktigt hos de patienter, som inte själva meddelar att de har smärta. Genom användning av smärtmätare kunde vårdpersonalen följa med intensiteten av smärtan i olika situationer under dagens lopp och även justera medicineringen enligt behov. Därtill ser man tydligare hur olika smärtlindringsinterventioner har verkat. För övrigt skapar smärtmätare kontinuitet i vården ifall alla som är inblandade i patientens vård använder samma metod. Smärtmätaren är som ett gemensamt språk som minimerar uppkomsten av missuppfattningar, eftersom smärtan då kan beskrivas på ett enhetligt sätt. Utöver det prioriteras läkemedelsbehandlingen av patienter som bedömer att de har hög smärta. Genom frekventa mätningar samlas data in om patientens smärta och då kan val av smärtlindringsmetod motiveras utgående från variablerna, vilket skapar en känsla av säkerhet hos vårdpersonalen vid val av åtgärder. (Wikström m.fl. 2014 s.54-55)

Genom frekvent smärtbedömning kan vårdaren upptäcka smärtan i tid så att smärtan inte utvecklas till outhärdlig. Förutom det möjliggör upprepad smärtbedömning upptäckt av bieffekter av läkemedel, bedömning av smärtans intensitet och bedömning av patientens förmåga till mobilisering och förmåga att genomföra nödvändiga postoperativa övningar. Låga smärtskattningsvärden korrelerar med tidigare övergång till ett normalt liv. Trots att mätarna har visat sig vara ett bra sätt att bedöma smärtan måste patientens kognition beaktas före val av smärtmätare. Dessutom uppkommer svårigheter i smärtvården då patienten bedömer sin smärta med ett lågt värde, men ändå vill ha smärtlindring eller tvärtom. Därför måste sjukskötaren alltid vid bedömningen av smärtan se på helheten, alltså använda sitt kliniska öga. (Wikström m.fl. 2014 s. 55-56)

Risker med användning av smärtskattningsmätare är till exempel att sjukskötaren lägger till egna värderingar i mätresultatet, eller att patienten bedömer sin smärta utgående från vad andra patienter har för smärta. Förutom dessa kan det även hända att vårdarens okunskap om användningen av smärtmätarna leder till att hon inte alls använder smärtskattningsinstrument i smärtbedömningen. Användning av smärtmätare kan behöva motiveras och förklaras för patienter för att de ska kunna förstå hur de använder dem. Problem i värderingen av smärta kan även uppkomma ifall patientens kognitiva förmåga växlar under vårdperioden och även avsaknad av preoperativ handledning kan leda till svårigheter att värdera den postoperativa smärtan. (Wikström m.fl. 2014 s. 56-57)

Till följd av att sjukskötaren har en ingående kunskap om användning av smärtskattningsmätare kan hon lättare tolka värden som fås. Hon ska kunna förstå att det finns skillnader i mätresultaten, för smärta är en subjektiv upplevelse och upplevelsen av smärta och hur patienten uttrycker den varierar mellan varje människa. Vårdaren ska bedöma patientens förmåga att evaluera smärtan och förklara för patienten vad ändpunkterna i smärtskattningsmätarna betyder. Bedömningen ska fullbordas med en diskussion med patienten om läkemedlens effekter och verkningsgrad, möjliga bieffekter samt patientens egna tankar om smärtvården. Då får vårdaren en fullständigare uppfattning om mätningens betydelse för patienten. Vidare är det nödvändigt att utvärdera smärtan både i vila och rörelse och det måste patienten även bedöma. Genom den kunskapen kan vårdpersonalen komma med en tillräcklig och anpassad smärtlindringsmetod för patienten. (Wikström m.fl. 2014 s. 57-58) Det kunde även vara bra för en sjukskötarestuderande att redan under studietiden bekanta sig med olika mätinstrument och att öva sig att använda dem. Att bekanta sig med smärtmätare, i kombination med handledning, gör att studerandens förmåga att bedöma patientens egentliga behov av vård utvecklas (Hall-Lord & Wilde 2006 s. 385).

3.2 Centralt inom smärtbehandling och evaluering av smärta

Smärta ska utvärderas regelbundet, utgående från hur kritisk den är, och dokumenteras adekvat. Även patientens kliniska tillstånd ska noteras. Smärtbehandling och -evaluering är essentiella delar av sjukskötarens uppgifter. För det mesta använder sig sjukskö-

tare av verbal kommunikation med patienten då smärtan utvärderas. (van Dijk m.fl. 2012 s. 66)

I sådana fall där behandlingen av akut smärta inte påbörjas i tid kan det leda till att smärtan utvecklas till kronisk. Otillräcklig smärtvård kan handla om att smärtbehandlingen inleds för sent och att den inte är adekvat. Patienterna får inte i verkligheten den information av vårdpersonalen som de skulle behöva gällande smärtbehandlingen, trots att vårdpersonalen rapporterar att de har informerat patienten. Därtill finns det utredningar som visar att sjukskötare inte använder sig av smärtskattning, inte använder effektivaste smärtbehandlingsmetoderna och inte utvärderar smärtan på nytt efter läkemedelsbehandling. Av sjukskötaren förväntas rätt attityd, kunskap och erfarenhet för att hon ska kunna begripa smärtan, sätta igång behandlingen och utöver dem ännu utvärdera behandlingens effekt. (Sandh & Boström 2012 s. 44).

Ett villkor för tillräcklig smärtbehandling är att sjukskötaren reagerar och genomför smärtbehandlingsprocessen. Sjukskötare använder inte alltid smärtskattningsinstrument, utan sjukskötaren värderar patientens smärta utgående från sina egna erfarenheter och uppfattningar. Också brist på tillgång till smärtskattningsinstrument kan vara orsak till ofullständig smärtbedömning. Om vårdaren skulle använda smärtmätare skulle patienten och sjukskötaren ha ett gemensamt språk vilket höjer individualiteten i vården. Utöver användning av smärtskattningsmätare är det essentiellt att vårdaren ställer direkta frågor till patienten om dennes smärta och hur smärtlindringen har fungerat, samt andra frågor så vårdaren får reda på annat som tangerar patientens upplevelse av smärta. Genom att kombinera icke-verbala tecken och vad patienten verbalt uttryckt om sin smärta får vårdaren en mer helhetsomfattande uppfattning om smärtan. (Sandh & Boström 2012 s. 47)

Forskning tyder på att vårdpersonal och patienter inte värderar smärta på samma sätt. (van Dijk m.fl. 2012 s. 65) För att uppnå en nöjaktig nivå på smärtvården ska smärtan utvärderas regelbundet och noggrant. I användningen av smärtskattningsinstrument finns det riktlinjer för sjukskötare. Om till exempel NRS stiger över en viss nivå, ska smärtan åtgärdas exempelvis med analgetika. Problemet ligger då i att en del sjukskötare endast följer riktlinjerna utan att ställa tillägsfrågor till patienten. Det kan leda till

att patienten får mer smärtlindring än vad han egentligen skulle behöva. I sådana fall kan det leda till överbehandling. I forskningen undersöks sambandet mellan två smärtskattningsinstrument, NRS och VRS. Efter bypass-operationer ombads patienter att utvärdera sin smärta utgående från NRS, som var "översatt" till VRS. Det framkom att patienterna ansåg NRS 1-3 vara "mild smärta", 4-6 "lagom smärta" och 7-10 "svår smärta". Variationer fanns mellan olika professioner inom sjukvården. En del sjukskötare evaluerade NRS 0 enligt VRS som "ingen smärta", NRS 1-3 som "lite smärta", NRS 4-5 "smärtsamt men uthärdligt", NRS 6-8 "betydande smärta" och NRS 9-10 som "outhärdlig smärta". En annan grupp sjukskötare som jobbar med akutsmärta evaluerade enligt följande: NRS 1-2 "lite smärta", NRS 3-4 "smärtsamt men uthärdligt", NRS 5-7 "betydande smärta" och NRS 8-10 "outhärdlig smärta". (van Dijk m.fl. 2012 s. 65-66, 68)

Sjukskötare undervärderar patienternas smärta, oberoende av riktlinjerna de har fått. Däremot är det svårt att veta hur mycket smärta en patient, som utvärderar smärtan som "medelmåttig", lider av. Kvinnor bedömer sin smärta med ett högre NRS-värde än män, samtidigt som unga värderar lägre än äldre. Sjukskötare och patienter har olika syn på hurdan smärta är uthärdlig och vad som ses som outhärdligt. Därför ska sjukskötare i smärtbehandlingen inte endast utgå från ett numeriskt värde, med risk för ogynnsamma effekter, utan även diskutera med patienten om smärtan och smärtlindringens möjligheter. Utöver det ska patientens allmäntillstånd evalueras. Ett tillägg till numerisk utvärdering kan vara en enkel tilläggsfråga som "Vill du ha smärtlindring?". Både överbehandling och vanvård är ogynnsamma tillstånd inom smärtvården. (van Dijk m.fl. 2012 s. 67, 69-70)

3.3Handledning av smärta

Utebliven information om orsaker till smärta kan medföra missnöje hos patienten. Vårdare har i samband med utvärderingen av smärta ett utmärkt tillfälle att handleda patienten om orsaker till och behandling av smärta. Handledning redan preoperativt minskar den postoperativa upplevelsen av smärta och patienten känner sig mer tillfredsställd. Osäkerhet och otrygghet som orsakas av att patienten inte blivit preoperativt handledd om smärta, kan leda till att patienten inte talar om för skötaren om sina smärtupplevelser

efter operationen. (Sandh & Boström 2012 s. 47) Forskning gällande det preoperativa delområdet har mest fokuserat på hur patienter ska handledas och vilken information som ska ges till patienter. Därtill har det även undersökts kring ångest och stress kopplat till operationen. Resultatet i de tidigare studierna visar att patienten gynnas av preoperativ handledning. Konkret märktes att patientens ångestkänslor dämpades och kunskapskänslan samt känslan av kontroll ökade. Ångestkänslor som uppkommer hos patienten före operationen kan dämpas med hjälp av handledning, humor och musik. Därtill visar det sig att sjukskötare i allmänhet övervärderar mängden ångest som patienten egentligen har (Leinonen 1999 s. 125).

3.4 Smärtdokumentation

Sjukskötare anser att ett enklare sätt att dokumentera smärtskattningen skulle leda till att hon använde sig av det oftare och att de sedan dokumenterar resultatet. Problem återstår i att dokumentera enhetligt, trots att elektronisk dokumentering har använts redan länge. Elektronisk dokumentering kan leda till smärtans grad inte bedöms tillräckligt ofta. Problemet kunde undvikas genom att vårdpersonalen har ett överenskommet kontinuerligt dokumenteringssätt och det förutsätter utveckling av ett lätt tillgängligt program för dokumentering av postoperativ smärta. Genom dokumentering av patientens smärta och sådant som tangerar detta, som bieffekter av läkemedel, patientens aktivitet och tillfredsställelse leder till mer ingående förståelse mellan patient och vårdare, vilket kan leda till att smärtbedömningen görs mer aktivt. (Wikström m.fl. 2014 s. 57)

Sjukskötare rapporterar inte alltid muntligt eller dokumenterar om patienten har smärtor, och speciellt smärtintensiteten blir ofta odokumenterad. Förutsättningar för god smärtvård är att smärtan utvärderas och att det dokumenteras. Riktlinjer gällande smärtvården ska finnas och de ska regelbundet granskas. (Sandh & Boström 2012 s. 48) Vidare är det väsentligt i vården av smärta att den ska kunna bedömas och planeras och det förutsätter att vården dokumenteras (Hall-Lord & Wilde 2006 s. 377).

Patientjournalen är ett väsentligt redskap inom vården och fungerar som ett hjälpmedel för kommunikation inom vårdpersonalen. Speciellt det som sjukskötaren dokumenterar spelar en betydande roll i journalen. Det hör till sjukskötarens uppgifter att dokumentera

om de vårdåtgärder som gjorts, och att dokumentera om patientens bakgrund och patientens vårdbehov. Då riktlinjerna för dokumentation är standardiserade, samt patientcentrerade, är det möjligt att bedöma resultatet av vården. Studier visar även att läkare använder sjukskötarens dokumentationer som källa för information om patientens vård och tillstånd. Det visade sig även att det dokumenterades en hel del onödig information, vilket gjorde det svårare att hitta den viktiga informationen bland mängden. Genom dokumentation kan de olika arbetsgrupperna, som är inblandade i patientens vård, följa upp vårdens inverkan på patienten. Kritik finns även gentemot standardiserad dokumentation, nämligen att dokumentationen endast blir en lista av avklarade uppdrag, i stället för att behålla och beskriva det holistiska i vårdandet. Den aspekten bör tas i beaktande, då det görs standardiseringar i dokumenteringsprinciperna mellan de olika arbetsgrupperna, som är inblandade i patientens vård. (Törnvall & Wilhelmsson 2008 s. 2117- 2118, 2122)

Kvaliteten i smärtvården kan endast bedömas utgående från det som har dokumenterats av sjukskötare, och samtidigt är det den enda möjligheten att undersöka och utveckla smärtvården till mer effektivare. Genom att jämföra det som dokumenterats kan även organisationen förbättra sin verksamhet. I journalen kan det senare läsas av hur patientens smärta har vårdats, smärtbedömningen och patientens respons till vården. Sådan helhets täckande dokumentering ger en bättre förståelse om hurdan vård patienten har behövt. När dokumentering har övergått till elektroniska journaler är det väsentligt att det finns enhetliga och standardiserade metoder för dokumentering. (Samuels 2012 s. 89, 93)

4 TEORETISK REFERENSRAM

När den teoretiska referensramen skulle väljas, kretsade idéerna kring antingen en teori om omvårdnad eller om omvårdnadsdokumentation. Efter övervägande mellan olika möjliga teoretiska referensramar valdes VIPS-modellen, för att det är en relativt ny metod. Teorier som övervägdes var olika omvårdnadsteorier, men på grund av att arbetet fokuserar på dokumentation kändes VIPS-modellen mer lämplig som referensram. Som sökord användes *omvårdnadsteori*, *dokumentering*, *documentation*, *VIPS-modell* och *VIPS dokumentering*. VIPS-modellen konkretiserar och strukturerar dokumentationen för sjukskötare. Dokumentation är något som diskuteras mycket och vikten med omsorgsfull dokumentation poängteras allt mer. Därför passar modellen mycket väl som en referensram för det här arbetet och det är dessutom något som sedan kan styra ens dokumentering i arbetslivet.

4.1 VIPS-modellen

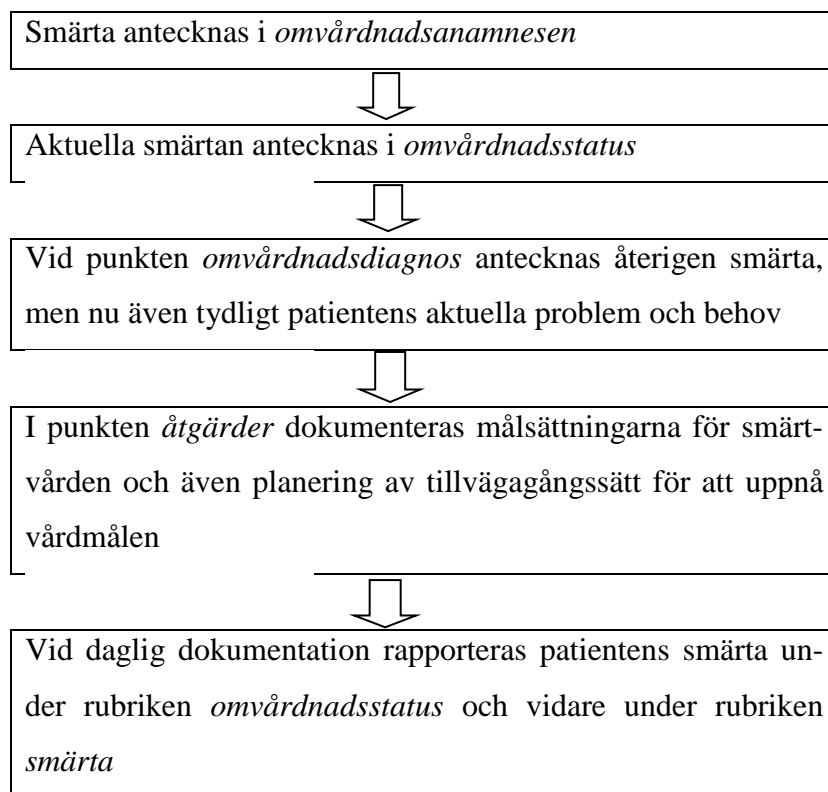
VIPS-modellen bygger på huvudtankarna om personcentrerad vård och omvårdnadsprocessen. Modellen har uppkommit genom att patientens synpunkter och medverkan i vården ville klargöras. VIPS är ändå inte en modell för själva omvårdnaden, utan en modell för dokumentationen. VIPS-modellen är inte ett rätlinjigt arbetssätt, utan handlar om en process, där det är essentiellt att kunna ställa sig kritiskt för planering av vården och för utförda åtgärder, samt att diskutera vården och ständigt fylla på i insamlingen av data. Kritik mot modellen har även lyfts fram. Problem som lyfts fram är att dokumentationen inte alltid sker på samma sätt, vissa tycker att dokumenteringsmodellen är tidskrävande och skapar svårigheter i informationsutbytet. Då VIPS-modellen utvecklades var det meningen att utforma en modell för elektronisk dokumentering. (Ehnfors m.fl. 2013 s. 11, 15, 26)

Grundtanken bakom omvårdnadsprocessen är att sjukskötaren ska se den enskilda individens behov och värderingar, samt visa respekt för patientens integritet. Processen byggs upp av fem steg. Dessa är 1. Bedömning med analys, 2. Precisering av behov eller diagnos, 3. Förväntat resultat eller mål, 4. Planerade och genomförda åtgärder och 5.

Resultat och utvärdering. Meningen är alltså att lyfta fram individualiserad vård. Kritik mot denna form av omvårdnad är att den kan tänkas vara mer tidskrävande och den sägs vara ett linjärt tankesätt, vilket kan vara ett hinder för utveckling av kreativitet och intuition i vårdarbetet. Personcentrerad vård i sin tur handlar om att individens perspektiv har lika stor vikt för vården, som den professionella personens. Det innebär att personen ska få bästa möjliga utgångspunkterna till att självständigt fatta beslut och även att dessa beslut ska respekteras utan att de moraliseras. (Ehnfors m.fl. 2013 s. 13-14, 17, 20)

VIPS-modellen används som en grund för helhetsomfattande dokumentering. Benämningen kommer från fyra moment; *Välbefinnande, Integritet, Prevention* och *Säkerhet*. Dokumenteringsmallen innehåller termer som är kopplande till patientens vård. När sjuksköterskan dokumenterar kan hon välja bland dessa termer, för att skapa en tydlig och konsekvent text. VIPS-modellen fungerar alltså elektroniskt och enheten kan själv välja bland termerna och endast använda de som är väsentliga just inom det specialområdet. (Sailo & Varti 2000 s. 108-109) Till följande presenteras ett exempel på hur dokumentering sker med hjälp av VIPS-modellen.

Figur 2. Dokumentering enligt VIPS



(Sailo & Varti 2000 s. 109)

Välbefinnande

Som nämnts kommer modellens namn från fyra begrepp. De fyra begreppen är delar inom omvårdnaden. Det första begreppet är välbefinnande. Det är basen och kärnan för omvårdnad. Begrepp som använts som synonymer för välbefinnande är "hälsa" och "att må bra", men "välbefinnande" har ändå valts att användas på grund av begreppets ändamålsenlighet och naturlighet inom omvårdnaden. Redan enligt Florence Nightingale var välbefinnande det önskade målet för omvårdnad. Välbefinnande innebär ett tillstånd då det råder lättnad och lindring hos individen och ska inte uppfattas som absolut känsla av frid och ro. (Ehnfors m.fl. 2013 s. 27)

Integritet

Integritet kan handla om fysisk, personlig och social integritet. Integritet omfattar "respekt för patienten som person", "lyhördhet för människornas olikhet" och "lyhördhet för människors sårbarhet". Vissa synbarligen enkla situationer kan kännas kränkande och hotande för individens värdighet. Personcentrerad vård byggs upp, som tidigare nämnts, av individens värderingar och upplevelser, vilka är starkt kopplade med begreppet integritet. (Ehnfors m.fl. 2013 s. 27-28)

Prevention

Inom omvårdnaden spelar både förebyggande av ohälsa samt befrämjande av hälsa en betydande roll. Meningen med prevention är inte endast att ta itu med de problem som redan finns, utan att också kunna se långsiktigt och kunna förebygga eventuella problem i senare skeden. Preventionen delas vanligen in i primär-, sekundär och tertiärprevention. I korthet handlar primärprevention om att känna igen riskerna före några symptom uppkommit hos patienten. Å andra sidan handlar sekundärprevention om att minska de reaktioner som uppstått av de symptom som uppkommit och att försöka förstärka individens motståndskraft, till exempel genom att minska biverkningarna under en undersökning. Sjukskötarens största fokus ligger inom sekundärprevention. Slutligen tertiärpreventionen, som handlar om bland annat om rehabiliterande åtgärder eller vård efter att patientens tillstånd försämrats eller efter att det skett ett återfall. (Ehnfors m.fl. 2013 s. 28-29)

Säkerhet

Begreppet säkerhet är mycket omfattande. Det kan handla om praktiska aspekter, som att ha rätt teknik vid administrering av läkemedel eller att se till att patienten inte har risken att falla ur sängen. Säkerhet kan också handla om förtroende, men patienten kan även känna osäkerhet gentemot vårdpersonalen och deras kompetenser, och orsaken till det kan vara osäkerhetskänslor, som uppstår efter ett sjukdomsutbrott. Vidare kan begreppet patientsäkerhet även kopplas till det här sammanhanget. (Ehnfors m.fl. 2013 s. 29) Patientsäkerhet är en viktig del inom dokumentering och det har behandlats tidigare i kapitel 2.6 *Allmänt om dokumentering*.

4.2 Sammankoppling av VIPS-modellen med tidigare dokumenteringsforskning

Som tidigare nämnts anser en del av vårdpersonalen att det är svårt att dokumentera enhetligt och enligt en viss standard. Meningen med hela VIPS-modellen är att höja kommunikationen mellan vårdare, att öka patientsäkerheten och att möjliggöra evaluering av vårdens fortskridande. Patientjournalen är ett verktyg som sjukskötaren använder dagligen och det är ett av de mest betydande sätten hur vårdaren kan säkerställa kvaliteten av vården. VIPS-modellen erbjuder ett strukturerat sätt för elektronisk dokumentering, genom att den bygger på användning av nyckelord. Modellens nyckelord, alltså grundtankar och begrepp, är baserade på forskning och teorier, vilka används inom vården. Tanken är ändå att begreppen ska vara så lättförståeliga att de kan användas inom praktiskt vårdarbete. (Ehrenberg m.fl. 1997 s. 408) Oberoende av att sjukskötare önskar sig ett standardiserat mönster för dokumentation, finns det även kritik mot VIPS-modellen. Det elektroniska sättet att dokumentera stöder inte alltid den kliniska utvärderingen, som sjukskötaren utför i sitt arbete, på grund av att det endast innehåller vissa standarder. Därför ska sjukskötaren vara uppmärksam på och kunna bedöma vad som är viktigt att dokumentera. VIPS-modellen används och fungerar väl inom många specialområden. Modellen möjliggör att sjukskötaren kan planera vården utgående från nyckelorden, som finns i dokumenteringssystemet och ger då en struktur även till vården i sig självt. Det igen ger möjligheter till att lägga uppmärksamhet till problem, som patienten kan ha och då kan sjukskötaren fortare ingripa i situationen (Ehrenberg m.fl. 1997 s. 408-409).

5 PROBLEMBESKRIVNING OCH STUDIENS SYFTE

Arbetets syfte är att kartlägga ifall principerna gällande dokumentering har blivit mer sammanhållande, samt att undersöka hur noggrant dokumentation sker inom smärtvårdens olika delområden på den hjärtkirurgiska patientens vårdstug under vintern 2016, efter fortbildning som hållits under hösten 2015.

De centrala frågeställningarna

Studiens centrala frågeställningar är:

- Hur inverkar smärthandledning upplevelsen av den akuta smärtan?
- Hur har dokumenteringen utvecklats under den undersökta perioden?
- Vilka delområden inom smärtbehandling dokumenteras det noggrannare om och vilka delområden får mindre uppmärksamhet?

6 METOD OCH STUDIENS GENOMFÖRANDE

I det här kapitlet framkommer det vilka metoder som använts vid utförandet av hela studien, samt i resultatanalysen. Senare i kapitlet beskrivs datainsamlingens faser och hur studien framskrider. Datainsamlingen belyses även med en tabell, för att tydliggöra den.

6.1 Triangulering

Som metod för den här studien används triangulering. Genom triangulering kan man skapa en helhetstäckande bild om det som undersöks, vilket ökar validiteten i studien eller forskningen. Triangulering kan användas på många olika sätt, bland annat kan det innebära användning av olika forskningsmetoder, samarbete mellan olika forskare eller att kombinera användning av olika källor för att lösa ett problem. Inom triangulering kan både kvalitativ och kvantitativ metod kombineras. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998 s. 225) I det här arbetet handlar det om en metodologisk triangulering, där både kvalitativ och kvantitativ metod har kombinerats, för att skapa mer tillförlitlighet i resultatet.

6.2 Innehållsanalys som resultatanalys

Innehållsanalys kan vara både kvalitativt och kvantitativt. (Hallila 2005 s. 115) Genom innehållsanalys kan en mängd information organiseras och karakteriseras systematiskt och objektivt. Innehållsanalys har använts speciellt inom sociala området och kopplas ofta samman med teorier om kommunikation. Med metoden kan olika företeelser kategoriseras, beskrivas och uttryckas i mängder. Kategorier som uppkommer vid analysen kan återigen analyseras och uttryckas i kvantitet med hjälp av statistiska metoder. Det betyder att kvalitativ innehållsanalys är ett sätt att analysera upprepningar i till exempel ett dokument, det vill säga hur många gånger samma sak uppkommer i en viss kontext. Metoden kan användas bland annat inom analys av brev, tal, rapporter, böcker, artiklar och andra litterära källor. Vid kategoriseringen av fenomen som upprepas är det meningen att komma fram med en förenklad term för fenomenet, och när analysen är klar

finns det olika kategorier, vilka beskriver de fenomen som är ofta förekommande. Den som utför analysen får själv välja vad kategorierna kallas, men benämningarna ska ha en logisk struktur genom hela analysen (Kyngäs & Vanhanen 1999 s. 3-5).

Meningen är då att ett material bearbetas och komprimeras så att det kan beskrivas med generaliserande och korta begrepp, eller att likheterna mellan fenomenen som upprepas kan lyftas fram. Då dokumentering undersöks med hjälp av innehållsanalys bör det först finnas föreskrifter gällande hur det ska dokumenteras, varefter det kan analyseras hur ofta något framkommer, utgående från det som dokumenterats. Analysblanketten bör vara entydig och utgå från de föreskrifter som angetts för dokumentering. Innehållsanalys som utförs på det här sättet kan endast uppnå validitet då hela materialet analyseras med samma mätinstrument och materialet är konsekvent. (Hallila 2005 s. 114-115)

I innehållsanalysen är arbetsskeden tematisering och kategorisering. Först tematiseras materialet, för att skapa överskådlighet och därefter kategoriseras den genom att skapa större sammanhang av de teman som skapats i det första arbetsskedet. Tematisering innebär alltså att förenkla ett material till en samling av teman med ett huvudsakligt innehåll. Kategorisering igen står för gruppering av de olika temaområdena för att skapa en struktur. (Jacobsen 2012 s. 146-147) Dessa utgör så kallade underkategorier och i underkategorierna handlar det om att finna likheter och olikheter. Det kallas för abstrahering. Då underkategorier med liknande innehåll slås samman uppstår överkategorier och namngivningen av den nya kategorin bör belysa vad underkategorierna handlar om. Det kan vara svårt att komma på namn för de nya kategorierna och ofta används det därför begrepp som är allmänna. Slutligen samlas alla överkategorier ihop med ett generellt begrepp, som kopplar ihop alla kategorier med varandra (Kyngäs & Vanhanen 1999 s. 6-7).

I bilagorna finns det en tabell på de artiklar, som använts i resultatanalysen. Åtta artiklar användes i innehållsanalysen. Sökord som användes för att avgränsa artikelsökningen är bland annat *dokumentering*, *NRS*, *assessment* och *postoperative pain*. Först lades de olika artiklarna under olika teman utgående från första genomläsningen och därefter gjordes den slutgiltiga kategoriseringen av artiklarna. Artiklarna granskades utgående från relevans för arbetet och med tanke på de delar inom smärtvård och dokumentering,

vilka har understrukits i det här arbetet och därtill de delområden som kommer fram i statistiken. Speciellt den första centrala frågeställningen gällande handledningens inverkan på patientens upplevelse av akut smärta påverkade också hur artiklarna granskades. Kategoriseringen med innehållsanalysen skedde utgående från de delarna som finns i bakgrunden och forskningsöversikten och de slutliga kategorierna uppkom efter att artiklarna hade lästs igenom flera gånger.

6.3 Datainsamling och genomföring av studien

De sjukskötare, som är involverade i patientens vård bör ha tillräcklig kunskap om smärtbedömning, samt om hur den bedömningen dokumenteras i det dokumenteringssystemet som används på avdelningen. Det att vården inte längre dokumenteras för hand, ska inte vara ett hinder för att de väsentliga delarna blir dokumenterade. De faktorer som åtminstone ska finnas i patientjournalen är de tre följande. För det första ska det dokumenteras smärtans grad, enligt den valda smärtmätaren, för det andra vilken metod som används för smärtlindring, och den sista faktorn som ska dokumenteras är de skadeeffekterna som uppkommer inom smärtvården. (Kontinen m.fl. 2012 s. 119)

För kartläggningen av hur smärta dokumenteras inom vården av den hjärtkirurgiska patienten används en så kallad *Care Bundle*. Med Care Bundle samlas information in under en viss period varje månad, oftast under månadens första vecka, från patientjournalerna. Care Bundle baserar sig på information som har samlats från ”Vård av kortvarig smärta hos vuxenpatienter efter ett kirurgiskt ingrepp”, som även används som bakgrundsmaterial i kapitel 2 i den här studien. Med Care Bundle bedöms kvaliteten i vården. Tanken med redskapet är att alla delar som den omfattar ska uppfyllas för varje patient, med tanken allt eller inget. Den har använts i HUUCS på kirurgiska bäddavdelningarna, som ingår i kirurgiska resultatenheten, sedan april 2014.

Informationen som samlades in under hösten 2015 behandlar tio olika punkter inom smärtvården, vilka syns i tabellen på följande sida. Totala antalet patienter, vars vård har utvärderats under september månad är 15 personer. I tabellen finns de tio frågor som används i Care Bundle, och frågorna evalueras med skalan Ja- Nej- Delvis. Analysen av

materialet finns i kapitel 7. Statistiken till höger som är märkt med fet stil är statistik från hjärtkirurgiska patientens hela vårdstig. Där är samplet 217 patienter.

N = 15 N = 217	Ja (%)	Nej (%)	Delvis (%)	Ja (%)	Nej (%)	Delvis (%)
1. Vårdaren har handlett patienten om orsakerna till smärta	7	93	-	30	70	-
2. Vårdaren har handlett patienten gällande evaluering av smärta	0	100	-	37	63	-
3. Patienten har fått handledning om vården av smärta	47	53	-	43	57	-
4. Patienten har fått handledning om eventuella bieffekter	13	87	-	21	79	-
5. Vårdaren har i samarbete med patienten valt den använda smärtnätaren (VAS, NRS, VRS)	0	100	-	42	58	-
6. Patientens smärta i vila har värderats åtminstone en gång per skift	7	13	80	36	12	52
7. Patientens smärta i rörelse har värderats åtminstone en gång per skift	7	27	67	33	22	45
8. Patientens smärtas lokalisering, typ eller långvarighet har utvärderats	73	27	-	50	25	25
9. Patientens smärta har vårdats då VAS >30 (skala 0-100mm) eller NRS >3 (skala 0-10) eller VRS >1 (skala 0-4)	33	7	60	49	10	41
10. Patientens egen utvärdering av smärta har alltid värderats efter smärtlindringsinterventionen	0	33	67	19	37	43

Tabell 2. Care Bundle i september 2015

Planeringen av studien påbörjades på hösten 2015 tillsammans med avdelningssköterskan på enheten, som beställt arbetet. Då skulle de enheter vilka jobbar inom hjärtkirurgi i Mejlans förnya sina principer för dokumentation, för att skapa enhetlighet i dokumentationen mellan avdelningarna. Uppdateringarna gällande smärtdokumentering påbörjades

i oktober 2015. Den statistik som används i analysen av resultat i den här studien har samlats in av en arbetsgrupp i Mejlans, och en av avdelningens sjukskötare, som är ansvarig för insamlingen av data, efter att de nya föreskrifterna gällande smärtdokumentering togs i bruk. Statistiken bygger på materialet, som byggs upp av det som sjukskötarerna har dokumenterat om smärtvården på hjärtkirurgiska patientens vårdstug. Under våren 2016 har materialet analyserats och arbetet slutförts. På grund av att samplet i datainsamlingen har varit så liten, handlar det om en kvalitativ undersökning. Under januari månad var samplet sex patienter och i februari var samplet 11 patienter. Efter förnyelserna och standardiseringarna av dokumenteringsprinciperna, hade det kommits överens om att lämna bort möjligheten att evaluera till exempel att patientens smärta har *Delvis* utvärderats en gång under 8 timmar. I januari och februari har utvärderingen skett endast enligt *Ja* och *Nej*. Övrigt har frågorna behållits samma jämfört med tabellen som visats tidigare, gällande situationen angående dokumentering i september 2015.

7 RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS AV RESULTATET

Tidigare forskning tyder på att sjukskötarnas smärtdokumentering är ofullständig (Idvall & Ehrenberg 2002 s. 735). Diskussioner mellan patienter, som lider av smärtproblematik, och sjukskötaren dokumenterades sällan, medan vilket läkemedel som använts i smärtvården ofta dokumenterades. Därtill dokumenterades det läkemedelsdosen samt tidpunkt för administrering. (Idvall & Ehrenberg 2002 s. 735) Kategorierna som lyfts fram i tabellen nedan är dokumentering av smärta, vilket omfattar handledning av smärta, smärtbedömning och smärtvården samt smärtmätare och de är fokusområden i kommande analys.

	Januari Ja (%) N = 6	Januari Nej (%)	Februari Ja (%) N = 11	Februari Nej (%)
1. Vårdaren har handlett patienten om orsakerna till smärta	100	0	82	18
2. Vårdaren har handlett patienten gällande evaluering av smärta	100	0	82	18
3. Patienten har fått handledning om vården av smärta	100	0	82	18
4. Patienten har fått handledning om eventuella bieffekter	100	0	82	18
5. Vårdaren har i samarbete med patienten valt den använda smärtmätaren (VAS, NRS, VRS)	100	0	73	27
6. Patientens smärta i vila har värderats åtminstone en gång per skift	33	67	64	36
7. Patientens smärta i rörelse har värderats åtminstone en gång per skift	17	83	64	36
8. Patientens smärtas lokalisering, typ eller långvarighet har utvärderats	67	33	55	45
9. Patientens smärta har vårdats då VAS >30 (skala 0-100mm) eller NRS >3 (skala 0-10) eller VRS >1 (skala 0-4)	83	17	73	27
10. Patientens egen utvärdering av smärta har alltid värderats efter smärtlindringsinterventionen	0	100	9	91

Tabell 3. Statistiken för januari & februari 2016

Dokumentering

Lagstiftningen kräver ändå att sjukskötaren dokumenterar bedömningar, diagnoser, vårdplaner, vårdåtgärder samt åtgärdernas resultat. Patientjournalen möjliggör kontinuiteten i vården, och fungerar som ett arbetsredskap för vårdpersonalen. Genom dokumentering kan vården kvalitetssäkras, granskas och övervakas. Därför bör journalen innehålla sanningsenlig och tillförlitlig information. (Idvall & Ehrenberg 2002 s. 735, 740) Det som sjukskötaren dokumenterar ska vara genomtänkt och det ska vara kopplat med patientens tillfrisknings process. Förutsättningen för det är att sjukskötaren reflekterar och kritiskt granskar det som dokumenteras och det kräver att hon har uppmärksamhet i situationer där hon vårdar patienten (Tower m.fl. 2012). Något som möjliggör att dokumenteringen blir mer enhetlig är användningen av VIPS-modellen. Då kan avdelningen välja vilka rubriker som ska användas inom dess specialområde och det stöder sjukskötarna i deras arbete och dokumentering. Det är då svårare att lämna något odokumenterat när det finns en tydlig ram för hur dokumentering ska ske.

Smärtvårdens största målsättningar är att minimera patientens känsla av obehag och för- snabba läkningsprocessen, samtidigt som sjukskötaren ska vara alert på att undvika uppkomsten av komplikationer. I det postoperativa skedet är smärtlindring en väsentlig del av vården och är även en förutsättning för att postoperativa fasen går smidigare, men de ovannämnda delarna är samtidigt lika väsentliga i smärtvården. Vidare ingår bedömning av smärtecken och utvärdering av smärtan efter smärtlindringsinterventionen till sjukskötarens roll. Patienter kan ha den uppfattningen att smärta är något som inte går att undvikas i den postoperativa fasen och då tror de att smärta är något som de bör stå ut med. (Idvall & Ehrenberg 2002 s. 735) Sjukskötare anser att dokumentering är utmanande och arbetsamt, trots att dokumentering är en viktig källa för information gällande patientens välmående. Patientjournalen utgör även ett juridiskt skydd för sjukskötaren gällande patientens vård (Jefferies m.fl. 2012 s. 647).

Något som är tidskrävande för sjukskötare är att de ofta måste överföra information mellan olika datainsamlingssystem, vilket för med sig extra arbete. När sjukskötaren är tvungen att dokumentera flera gånger på olika ställen, är risken för feldokumentering större och samtidigt är det tidskrävande. Avdelningar har ofta olika principer gällande dokumentering och det gör det svårt att göra en helhetsbedömning om patientens vård.

Individualiserad dokumentering och enhetlighet i det mellan olika avdelningar möjliggör att sjukskötare inte behöver utföra dubbeldokumentering. Enligt forskningen använder sjukskötare 27,5 % av sin arbetstid till dokumentering. (Hendrich m.fl. 2008 s. 31-32)

Genom användning av VIPS-modellen skulle patientens individuella behov komma fram i dokumenteringen, uttryckligen genom grundtanken om personcentrerad vård och omvårdnad. Både *integritet* och *välbefinnande* är starkt förknippade med individualiserad vård. Enligt VIPS kan enheterna välja de rubriker som är väsentliga för patientens vård inom det specialområdet. Termen *prevention* i modellen omfattar också bedömningen av patientens tillstånd och bedömning av vården som patienten fått. Dokumentering och sista termen i modellen, *säkerhet*, kan kopplas samman i den här kontexten med patientsäkerhet. Samtidigt som sjukskötaren bedömer patientens status, hör det även till att lägga uppmärksamhet vid eventuella risker som patienten kan utsättas för under vårdtiden (Ehnfors m.fl. 2013 s. 95). Kartläggning av eventuella risker hör till patientsäkerheten, vilket i detta fall kan kopplas ihop med begreppet säkerhet i VIPS-modellen.

Ett sätt att utveckla smärtvården är att introducera standardiserade, elektroniska vårdplaner, som färdigt innehåller rekommendationer för smärtvården. Sjukskötare är av den åsikten att ett standardiserat system skulle underlätta deras arbete och samtidigt öka deras kunskaper. (Wadensten m.fl. 2011 s. 631) VIPS-modellen stöder sjuksköternas önskemål om ett standardiserat system och bidrar på så sätt med många fördelar för dokumentationen på avdelningen för att än en gång understryka modellens nytta inom dokumentation.

Handledning av smärta

Den tidigare forskningen stöder det material som samlats ihop och den statistiken som finns tidigare i kapitlet. Patienten kan behöva handledning och enligt statistiken har patienterna alltid blivit handledda i januari månad. Patienterna har handletts angående orsaker till smärta, vården av smärta samt evaluering av den akuta smärta. Därtill har de fått handledning om bieffekter, som kan uppkomma av till exempel läkemedel. Det förutsätter då att sjukskötaren kan sin sak och att kommunikationen sker smidigt mellan

sjukskötare och patient. Som tidigare nämnts ska smärtan utvärderas med jämna mellanrum och enligt statistiken är det något som har utförts mindre regelbundet på avdelningen i januari, men i februari har bedömningen av smärta i rörelse och i vila blivit noggrannare.

Genom att sjukskötaren skapar en säker miljö för patienten, känner patienten sig tryggare i sin omgivning och kan då vara mer aktiv i sin egen vård. Sjukskötare bör vara mer uppmärksamma för patienters tidigare erfarenheter och hurdana uppfattningar och hurdan kunskap patienten har från tidigare gällande smärtvården. Patienter förväntar sig bli bemötta som enskilda individer och många av patienterna förstår att smärta inte alltid kan elimineras helt, men att det ändå är möjligt att dämpa smärtan. Sjukskötaren ska lita på patientens upplevelse och bedömning av sin smärta, även om det inte överensstämmer med vad sjukskötaren själv skulle bedöma. Speciellt i sådana situationer är användningen av smärtmätare bra, för att det ger båda parterna ett gemensamt språk att utgå ifrån. (Eriksson m.fl. 2014 s. 41)

Attityder utgör ett stort hinder för kommunikationen. Patienter kan vara rädda för att bli beroende av läkemedel, eller rädda för eventuella bieffekter. Sjukskötaren igen kan ha svårt att frånsä sina egna uppfattningar och erfarenheter, speciellt hos sådana patienter, vars smärtvård inte följer den smärtvården som vanligen fungerar bäst hos patienter. Det kan leda till att patienten blir vanvårdad. Tidsbrist, underbemanning, stor arbetsmängd och prioritering av andra arbetsuppgifter är orsaker till att smärtbedömningen kan bli utebliven. (Eriksson m.fl. 2014 s.41) För att inte sådana felaktiga uppfattningar ska uppkomma hos patienterna är det mycket viktigt att de får tillräcklig handledning redan före operationen, så som det nämnts i kapitlet *Preoperativ smärthandledning*.

Enligt statistiken om dokumenteringsaktivitet har till exempel handledningen om orsakerna till smärta gjorts endast i 7% av fallen i september, medan resultatet i januari var hela 100%, respektive 82% i februari. Alla delar inom handledningen har dokumenterats noggrannare i januari i jämförelse till både september och februari. Det som är ändå viktigt att lägga uppmärksamhet vid är att samplet i januari är betydligt mindre än samplet i de övriga månaderna. Handledningens inverkan på patientens smärtupplevelse har påvisats vara betydande, som det framkommer både i bakgrunden och i for-

skningsöversikten. Därför är det speciellt viktigt att sjukskötare sätter tid på handledningen vid sidan om andra arbetsuppgifter. För att koppla resultatet om handledningens inverkan på patienten med en av de centrala frågeställningarna, kan den slutsatsen dras att både pre- och postoperativ handledning inverkar på patientens upplevelser och uppfattningar om smärta. Med handledningen kan sjukskötaren eliminera patientens felaktiga uppfattningar om smärtans uppkomst samt om smärtbehandlingens avigsidor.

Smärtbedömning och smärtvård

Det finns evidens på att patienter tycker att användningen av NRS gör det lättare att kommunicera med sjukskötaren om smärtan. (Eriksson m.fl. 2014 s. 44) Det kräver ändå att sjukskötaren grundligt förklarar mätarens funktion till patienten och hon behöver även ha kliniska kunskaper om smärtvården, så att smärtbedömningen blir så fullständig som möjligt. Under sjukhusvistelsen möter patienten många nya ansikten och många olika arbetsgrupper inom vårdpersonalen. Därför är det speciellt viktigt att ha en gemensam mätare, som alltid används vid bedömningen av smärta. Användningen av NRS kan även höja vårdpersonalens kunskaper om patienters smärta. Behandling av smärta är beroende av ifall smärtintensitet har dokumenterats. Det finns motstridig forskning gällande det här, för att tidigare forskning tyder på att mycket frekvent smärtbedömning inte har ett samband med dämpad smärtintensitet, samtidigt som det sägs att utveckling i hela smärtbedömnings processen sänker smärtintensiteten (Eriksson m.fl. 2014 s. 44). Orsakerna till det här kan förklaras genom att smärtbedömning är ett mycket invecklat fenomen och det finns en hel del vanor och attityder kopplat till ämnet. På en avdelning kan det vara svårt att införa nya sätt att bedöma smärta, samtidigt som det kan vara svårt att motivera patienterna till att använda sig av NRS. Felbedömningar och sjukskötarnas förutfattade meningar om smärta är fortfarande problem inom smärtvården. Då NRS används kan det emellanåt krävas följdfrågor, så att patienten med egna ord har möjlighet att beskriva sin smärta. Det är rekommenderat att patienten får extra smärtlindring om NRS är över 3. (Eriksson m.fl. 2014 s. 44-45)

Statistiken i september visar att om smärtan har evaluerats att överskrida VAS 30, NRS 3 eller VRS 1, har patienten i 33 % av fallen fått extra smärtlindring och i 7 % av fallen har inga extra åtgärder tagits i bruk. I sista kolumnen ”Delvis”, i tabellen på sidan 38, beaktas patienter, som inte velat ha extra smärtlindring, eller vars smärta har lindrats

med extra smärtlindring utan att smärtan har evaluerats. Patientens egna önskemål har dokumenterats för varje patient. Den kolumnen omfattade 60 % av patienterna. Samplet i september var 15 patienter på den hjärtkirurgiska avdelningen. I januari hade alternativet *delvis* slopats helt och då kunde smärtlindringen också bedömas helt enkelt enligt *ja* och *nej*. I januari hade 83 % av patienterna fått extra smärtlindring, enligt samma kriterier som ovan och 17 % av patienterna hade inte fått smärtlindring. I februari var motsvarande värden 73 % och 27 %.

Många patienter lider fortfarande av postoperativ smärta, vilket betyder att det ännu finns en hel del faktorer som kan bearbetas inom postoperativa smärtvården, så att patienter inte behöver lida. Inom den bearbetningen ingår även adekvat smärtbedömning. Smärta är en subjektiv upplevelse, vilket innebär att patientens smärtbedömning också således är subjektiv. Vissa patienter kan känna att smärtan är uthärdlig, även om de uppger att NRS är fyra eller fem och många patienter anser att NRS 7 är gränsen för att smärtan ska behandlas med opioider. Överadministrering av läkemedel kan medföra sidoeffekter, som illamående och uppkastningar, men även skadliga tillstånd som över-sedation och respiratorisk kris. Med användning av NRS kan sjukskötaren se ändringar i patientens smärttillstånd. Genom användning av NRS kan sjukskötaren försöka finna den lämpliga mängden analgetika för patienten, så att patienten varken blir övervårdad eller vanvårdad. För att undvika båda scenarierna kan det vara skäl att fråga patienten vad han anser vara hans NRS-gräns för användning av extra smärtlindrings interventioner. (van Dijk m.fl. 2016 s. 261)

Som även tidigare nämnts påverkar många faktorer patientens upplevelse av smärta och de är ålder, kön, kultur, tidigare erfarenheter, typ av kirurgi, smärtans betydelse för individen samt psykologiska faktorer. Till exempel i kulturella faktorer finns inget rätt eller fel, utan det handlar endast om skillnader, som patienten har i sin egen kultur. Det kan handla om med hur låg tröskel patienten talar om för sjukskötaren om sina smärtupplevelser, i vissa kulturer är det mer acceptabelt än i andra. De olika faktorerna påverkar bedömningen med numerala skalan, för att patienten speglar till sina tidigare smärtupplevelser, då han ska jämföra sin nuvarande smärta med den värsta smärtan han varit med om. Patienten kan även känna sig osäker att bedöma smärtan med ett högt värde, om sjukskötaren ger ett intryck av att hon inte tror på patientens bedömning, utan

hon anser att patienten har bedömt smärtan för högt. Hela smärtvården, omfattande bedömning och behandling, ska ha ett holistiskt grepp, så att hela personen tas i beaktande. Patienter vill i allmänhet vara delaktiga även i sin smärtvård och tala om för sjukskötaren när de vill och när de inte vill ha smärtlindring. Dock måste sjukskötaren känna till vilka skadeeffekter som kan uppkomma av inadekvat smärtbehandling, som till exempel pneumoni och tala om för patienten om dessa möjliga problem som kan uppkomma. (van Dijk m.fl. 2016 s. 261, 267)

Vissa studier visar även att patienter inte själva spontant talar om för sjukskötaren om de har smärtor. (Williamson & Hoggart 2005 s. 801) Därför är det viktigt att sjukskötaren ser till att patienten har tillräcklig kunskap om hur smärtan kan lindras, och vid behov handleder hon patienten om det. Otillräcklig kommunikation mellan sjukskötaren och patienten, otillräcklig kunskap hos båda parterna, ofullständig smärtbedömning, varierande attityder samt avsaknad av standardiserad dokumentering är orsakerna bakom ofullständig smärtvård. Därtill ska smärtan bedömas systematiskt, för att effektiv smärtvård kan möjliggöras. Enligt tidigare forskning är smärtdokumentationen knapp och det saknas information om smärtans intensitet, grad, läge och tecken på smärta. Därtill användes systematiska smärtbedömningsmetoder sällan. Smärtbedömningen ska ske med 3-6 timmars mellanrum och dessutom ska bedömningen alltid göras före och efter smärtlindringsinterventionen. Regelbunden smärtbedömning skapar tillit mellan sjukskötaren och patienten. Smärtbedömningen ska göras för varje patient, trots att de skulle ge en uppfattning av smärtfrihet (Eriksson m.fl. 2014 s. 45). Smärta beror sällan på endast psykologiska faktorer, men påverkas trots det starkt av rädsla, ångest och depression. Omgivningen påverkar även hurdan erfarenhet patienten får av smärtan. Endast smärtintensiteten ger heller inte en tillräckligt omfattande bild om patientens smärtupplevelse, utan är endast en del av en större helhet. Smärta beskrivs ofta som ett extra vitalt värde, som tillika med andra vitala värden ska mätas och dokumenteras regelbundet (Williamson & Hoggart 2005 s. 799, 801).

I en forskning hade sjukskötaren frågat om patientens smärtor hos 82 % av patienterna och så gott som samma värde, 83 %, hade bevisats i en tidigare forskning. (Wadensten m.fl. 2011 s. 628) Motsvarande värden i resultatet i den här studien är för januari 33 % och februari 64 % samt ursprungligen i september 7 % (Ja) och 80 % Delvis. De här

vården är då patienten är i vila. Det som menas med *delvis* är att patientens smärtbete-
ende har bevakats medan patienten har sovit eller att patienten har intervjuats av sjuk-
skötaren. I samma forskning hade 38,7% av patienterna själv fått bedöma sin smärta
med hjälp av NRS och i en annan forskning hade 56 % av patienterna använt sig av nå-
gon smärtskattningsmätare när de hade bedömt sin smärta. I vården av smärta har sjuk-
skötaren en mycket viktig roll, speciellt med tanke på att se till att patienten själv aktivt
deltar i smärtbedömningen och hennes roll är viktig även för att se till att åtgärder för
smärtlindring görs. Det finns skillnader i hur sjukskötare bedömer smärtan och hur pati-
enter bedömer smärtan, men det finns även forskning som tyder på att sjukskötare och
patienter bedömer smärta rätt lika (Wadensten m.fl. 2011 s. 630). Emellanåt litar sjuk-
skötaren endast på sina egna uppfattningar om patientens smärta, istället för att använda
sig av en pålitlig smärtskattningsmätare samtidigt som hon intervjuar patienten.
(Wadensten m.fl. 2011 s. 628, 630)

Smärtmätare

De smärtmätare som behandlats i den här studien har visat sig ha god validitet, de är
tillförlitliga och lämpar sig väl för smärtevaluering i kliniska vården. Den visuella ska-
lans nackdelar är att det behövs ett skilt verktyg för att smärtan ska kunna bedömas och
det kan medföra praktiska svårigheter i evalueringen. Till exempel kan patienter med
sänkt kognition ha svårigheter att använda mätaren konsekvent. Växlingar i bedömning-
ar med VAS kan undvikas genom att sjukskötaren visar till patienten vad det senaste
bedömda värdet var. Av de nämnda skalorna är ändå VAS den statistiskt starkaste, för
att den ger jämförbara resultat. Den numerala skalan å sin sida anses vara tillräckligt
känslig för förändringar i patientens smärtbedömningar och ändringar i patientens till-
stånd. Därtill kan data, som samlats in med hjälp av NRS, lättare analyseras än data som
samlats in med hjälp av de andra mätarna. Patienter som behöver en mätare med god
sensitivitet har mest nytta av NRS. Den sista mätaren, VRS, har sina starka sidor i att
den är tydlig och enkel att förstå och använda, men samtidigt saknar den sensitiviteten
som NRS har och de verbala bedömningarna kan även lättare bli missförstådda. VRS
kräver dessutom en större förändring i smärtan förrän ändringen syns på smärtskalan,
jämfört med till exempel VAS, där redan små ändringar syns genast. Därför kan det dras
den slutsatsen att NRS och VAS har högre sensitivitet än VRS. Forskning visar på att
patienter med akut smärta anser att då VAS är över 3 är det ännu *måttlig smärta*, men

mätningar över 5 är tecken på *svår smärta*. Äldre patienter känner sig i allmänhet mest bekväma med att använda VRS för bedömning av smärtan. Överlag föredrar patienterna att använda antingen NRS eller VRS istället för VAS, för att numerala skalan ger lätt förstådda resultat, och verbala skalan är enkel att förstå i sin helhet. Oberoende av vilken smärtmätare patienten väljer att använda, är det patientens utvärdering som sjukskötaren ska stöda sig till i smärtvården, för att patienten själv vet bäst om den smärta han upplever. (Williamson & Hoggart 2005 s. 798-800, 802-803)

Då smärtan med NRS är över tre ska smärtan behandlas med läkemedel eller ska smärtan lindras med andra metoder. Efter smärtlindringsinterventionen ska sjukskötaren tillsammans med patienten bedöma smärtan på nytt och det här ska dokumenteras. Användningen av smärtmätare vid bedömningen av smärta är viktigt, också i de situationer då sjukskötaren bara frågar patienten om hans smärtor, för att det hjälper patienterna att uttrycka sina smärtupplevelser och kommunikationen mellan vårdaren och patienten blir bättre. Samtidigt har patienten möjlighet att själv vara aktiv i sin egen vård. Användningen av till exempel NRS gör att sjukskötaren och patienten har lättare att kommunicera kring smärtan, och därför är smärtmätare endast en fördel för sjukskötare i deras arbete. (Wadensten m.fl. 2011 s. 625, 631) Patientens delaktighet ökar också då han får välja vilken smärtmätare han vill använda. I den här studiens resultat visar det sig att i januari valdes smärtmätaren tillsammans med patienten i 100 % av fallen och i februari hade värdet sjunkit till 73 %. Ursprungliga situationen i september var att smärtmätaren aldrig valdes tillsammans med patienten. Användningen av NRS är bättre på kirurgiska avdelningar än på andra avdelningar, och de kirurgiska avdelningarna har även någon skötare som är specialansvarig för smärtvården på avdelningen, vilket kännetecknar att de arbetar aktivare med smärtvård (Wadensten m.fl. 2011 s. 630).

8 ETISK REFLEKTION

God vetenskaplig praxis är ett ganska brett begrepp. Det omfattar bland annat att den som utför studien ska ta hänsyn till etiken i den egna branschen, ska vara ärlig, omsorgsfull och noggrann när undersökningen görs samtidigt som ursprungskällorna ska bedömas med omsorg och noggrannhet. Personen som utför studien ska använda sig av metoder, som är etiskt hållbara, det vill säga att studiens utförare under insamlingen och bearbetningen av materialet använder sig av arbetssätt, som till exempel skyddar respondenternas identitet. Undersökningslov hör också samman med etisk hållbarhet. (Arcada 2014) Den här studien har fått examensarbetslov från Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

I arbetet finns inte informanter och statistiken har samlats in av en arbetsgrupp, som har bearbetat statistiken utgående från det som stått i patientjournalerna. Patienters identitet har inte kommit fram i något skede av studiens genomförande, så anonymitet har inte behövt beaktas i arbetet. Artiklarna som används i arbetet har bearbetats med noggrannhet och sanningsenligt.

Etiken i dokumentering

Inom vården och dokumentationen ska sjukskötaren utgå från etiska principer. En sjukskötare råkar emellanåt ut för sådana situationer där hon måste överväga vad hon ska dokumentera. Lagstiftning gällande dokumentation kan i sådana fall underlätta beslutsfattandet. De grundläggande etiska principerna inom sjuk- och hälsovården är att respektera livet, godhet, rättvisa, sanningsenlighet, ärlighet samt individens frihet. (Hallila 2005 s. 23)

Patienten är den enda som i verkligheten vet hur smärtan känns. Därför är det väsentligt att lyssna till honom och hur det känns för honom. Patienten har rätt till att bli hörd och till att de människor som omringar honom tror på att han har smärta då när han uppger sig ha det. Då patienten lider av smärta blir hans världsbild snävare. Genom att patienten kommer fram med sina upplevelser om smärta försöker han få tillbaka den världen som smärtan har tagit bort. (Sailo & Varti 2000 s. 62) Sjukskötaren ska med värdighet

sköta människor i alla åldrar och i olika livssituationer. I vården ska sjukskötaren stöda individens egna styrkor, förbättra hans livskvalitet, förebygga sjukdom och lindra lidande. Sjukskötaren ska uppskatta patientens självbestämmanderätt och hon ska även förbereda patienten möjlighet att ta del i avgöranden som gäller hans vård (Finlands sjuksköterskeförbund rf. 2014).

I sådana situationer där patientens delaktighet faller bort, till exempel för att sjukskötaren fokuserar på sitt tekniska kunnande, glöms människan bort från helheten. Patientens smärtvård kräver att sjukskötaren har känslighet för patientens behov och att hon är kunnig att bemöta dessa. Därtill krävs det att sjukskötaren bemöter patientens lidande utan förutfattade meningar och hon ska inte döma patientens lidande eller smärtor. Där- emot ska hon ha styrka att bemöta och behandla dessa. I kombination med föregående och att sjukskötaren förstår smärta har hon möjlighet att känna empati. (Sailo & Vartti 2000 s. 63)

Inom sjukvården ska patienter bemötas så att deras människovärde inte kränks. Det betyder att vården även ska ordnas på ett sätt som inte förödmjucar patienten samtidigt som patientens integritet och livsinställning ska tas i beaktande. Vården ska ske i ömse- sidig förståelse och i en sådan situation där patienten vägrar ta emot vård, kan han er- bjudas ett annat medicinskt tillvägagångssätt för vården. Patienten måste förstå vad vår- den innebär för att kunna fatta beslut om sin vård. Möjligheten att själv fatta beslut om sin vård förutsätter även att sjukskötaren litar på att patienten är kapabel till sådana be- slut och förstå att patienten har rättighet till det. Som sjukskötare krävs det mångahanda färdigheter och mod, för att kunna leva sig in i patientens erfarenheter om smärta. Orsa- kerna till det är att bemötandet av människor som lider av smärta även påminner sjuk- skötaren om sin egen hjälplöshet och egna restriktioner. (Sailo & Vartti 2000 s. 64-65)

Speciellt inom vården på intensivvården är patienten helt bunden till det som sjukskötaren utför, dokumenterar och för vidare till den övriga personalen, för att patienten ofta är så hjälplös ännu i det skedet. Utgångspunkterna är att ge individualiserad vård åt patienter- na och att ha hög standard på vården. Då är det viktigt att förbättra och utveckla kvali- teten av vården kontinuerligt och att se till att patienten får den bästa möjliga vården. (Sailo & Vartti 2000 s. 147-148)

9 AVSLUTNING

I det avslutande kapitlet kommer diskussionen och den kritiska granskningen. I kritiska granskningen betraktas arbetet med ett kritiskt öga och i diskussionen diskuteras resultaten från föregående kapitel, varefter nya uppkomna förslag för fortsatt forskning ges.

9.1 Kritisk granskning

I kvalitativa studier innebär kritisk granskning av validitet att man granskar om insamlade data är pålitligt och att man förhåller sig kritiskt till den. Det finns något som kallas för *intern validitet* och *extern validitet*. Med den först nämnda avses om resultatet uppfattas vara riktigt och om resultatet motsvarar det som man ville få svar på. Extern validitet å andra sidan handlar om hur generaliserbart och överförbart resultatet är. (Jacobson 2012 s. 161, 171) Den här studien har en god intern validitet, men den externa validiteten blir inte så stark på grund av att samplet i det datamaterial som samlats in var så pass litet. Det skulle ha blivit ett betydligt mer givande och mer generaliserbart resultat ifall det skulle ha funnits tillgång till statistik över några fler månader och om samplet för varje enskild månad skulle ha varit större.

Den metoden som använts i studien gör ändå resultatet mer tillförlitligt och överlag höjer den arbetets validitet. Det som redan framkom i studiens bakgrund, bestyrktes i forskningsöversikten och samma slutsatser gjordes även i resultatet. Det var ett önskemål av uppgiftsgivaren att i bakgrunden ta upp delar i smärtevaleringen, som att bedöma smärta hos åldringar och att bedöma smärta hos patienter med sänkt medvetandegrad. Det skulle ha varit bra att hitta forskning även om de delarna, men arbetet skulle ha blivit alldeles för brett i så fall och den statistiken, som samlades in behandlade ändå inte de delarna och därför kändes det inte längre relevant i slutet av arbetet. Det lämnades ändå med, för att det är viktigt att en sjukskötare även känner till de delarna i smärtvården. Med kapitlet *smärtvården på intensivvården* ville det lyftas fram att smärtvården där skiljer sig från smärtvården i andra delar av den postoperativa processen. Meningen var att det skulle framkomma statistik från januari och februari även från andra enheter, än endast den hjärtkirurgiska avdelningen, för att kunna göra en jämförelse mellan hur det dokumenteras under hela vårdstigen i jämförelse till bäddavdelningen. Kapitlet lämna-

des ändå i bakgrunden, trots att det inte behandlades övrigt i arbetet, för att i kapitel 6.3 i tabellen finns det ändå statistik om hur det har dokumenterats på patientens hela vårdstig, vilket också inkluderar intensivvårdstiden.

Innehållsanalys anses vara en krävande metod för att analysera material. Det kräver att den som bearbetar materialet sätter sig in i materialet och utför kategoriseringen med noggrannhet. Därtill ska metoden användas systematiskt utgående från studiens syfte. (Kyngäs & Vanhanen 1999 s. 11) Studiens metod, trianguleringen, valdes utgående från att det var intressant att få en så omfattande uppfattning om smärtvården och dokumentationen som möjligt. Artikelsökningen gjordes till största delen under hösten 2015. Den gjordes organiserat i tur och ordning för varje enskild kategori. Artikelsökningen avgränsades genom användningen kategorier utgående från rubriceringen i början av arbetet. De sökord som användes avgränsades också utgående från det som behandlats tidigare. Studiens metod, triangulering, behölls i tankarna under hela artikelsökningen och den styrde de sökord som användes, samtidigt som den styrde valet av artiklarna som slutligen har analyserats. Därtill gav den statistik som är insamlad i september lite riktlinjer för artikelsökningen till analysen, för att då kunde artiklar med rätt tema och relevans för arbetet väljas ut bland alla de artiklar, som lästes igenom.

Genom en intervju skulle man ha fått mer åsikter om hur sjukskötare på avdelningen har uppfattat smärtvården efter förändringarna i smärtdokumenteringsriktlinjerna. Det hade varit ett annat tillvägagångssätt och det skulle också ha varit en intressant metod. De centrala frågeställningarna i studien blev besvarade och även syftet uppfylldes. Mer diskussion kring det finns i följande kapitel.

Jag har jobbat och varit på praktik på den avdelningen, som har beställt det här arbetet. Därför känner jag att det är viktigt att lyfta fram för- och nackdelar med att göra ett arbete som också behandlar ens egen arbetsplats. De fördelar som en person har om hon jobbar på samma plats som hon utför en undersökning om är att hon blir ofta bättre bemött än en utomstående person. Dessutom har personen en kännedom om hur enheten fungerar och därmed har hon fördelen att kunna granska kvaliteten i informationen, som hon sedan ska bearbeta. De nackdelar som kan framkomma är att den som utför studien inte är objektiv och att hon fokuserar sig på hur saker och ting brukar göras på just den

avdelningen. Trots att man är ibland en del av organisationen som undersöks ska man kunna hålla den distansen som krävs och kunna ställa sina egna uppfattningar och erfarenheter till sidan. (Jacobsen 2012 s. 22-23) Om jag skulle ha utfört en intervjustudie skulle jag antagligen ha haft det en aning lättare att intervjua mina egna kollegor än att träffa sjukskötare från andra enheter. Jag tror att kollegorna också skulle ha haft det lättare att tala om för mig om deras åsikter gällande dokumenteringen på avdelningen och vad de tycker att är viktigt att lägga uppmärksamhet till inom smärtvården.

Med följande citat vill det lyftas fram att den statistik som samlats in även kan ha sina avigsidor och kan vara värd att ifrågasättas: ”Bedömning är approximativt eller ungefärligt beräkande och det kan även vara otillförlitlig slarvig aktivitet som baserar sig på antaganden.” (Hallila 2005 s. 111) Det som dokumenteras kan inte mätas, utan det görs bedömningar utgående från dem. Då patientjournalerna undersöks måste det göras bedömningar och tolkningar utgående från det som står och till slut dras det slutsatser av det som står. Det som samlas in ska göras av en behörig person som kan bedöma kvaliteten av vården vederbörligt och tillförlitligt. (Hallila 2005 s. 111, 119) Det material som samlats in för arbetet har gjorts med innehållsanalys med hjälp av redskapet som kallas för *Care Bundle*.

9.2 Diskussion

Problem i smärtskattningen ligger även i att de olika arbetsgrupperna, som jobbar på avdelningen, inte har gemensamma riktlinjer om smärtvården. Därtill saknar avdelningar tillgång till smärtskattningsinstrument, vilket gör det omöjligt att till exempel använda VAS. Om smärtskattningsinstrument inte har använts på avdelningar förut kan till exempel användningen av NRS påbörjas stegvis för bara några patienter i taget. Införandet av ett nytt tillvägagångssätt är ändå inte helt problemfritt, för att det beror på hur överskötare, avdelningsskötare och läkare inställer sig till smärtvården och hurdan kunskap de har om det delområdet. (Wadensten m.fl. 2011 s. 630) Det är något som även kan vara en underliggande orsak till att smärtskattningen tillsammans med patienten får så litet uppmärksamhet. Smärtan bedöms på avdelningen en gång på åtta timmar. Det som evidensen säger är att i första postoperativa skedena ska smärtan bedömas mer frekvent, det vill säga till och med med 3-4 timmars intervall. En annan källa talade för att

bedömningen ska ske med 3-6 timmars mellanrum. Det som ändå säkert är det viktigaste är att smärtbedömningen sker regelbundet. Efter att patientens smärta är under kontroll kan sjukskötaren ha mer tid emellan evalueringarna.

Det som dokumenteras noggrannare på hjärtkirurgiska avdelningen är handledningen av smärta och vården av smärta. Det är speciellt viktigt att handledningen görs och dokumenteras med noggrannhet, för att handledning påverkar så starkt på hur patienten upplever smärtan efter operationen. Det som ofta blir odokumenterat är patientens egen utvärdering av smärta efter smärtlindringsinterventionen. Det är ändå något som har lyfts fram i det här arbetet att är viktigt för att patienten ska känna sig och kunna vara delaktig i vården. En fundering som stiger fram är ifall sjukskötaren frågar patientens bedömning av smärtan och nöjer sig endast med svaret att smärtan har blivit lindrigare efter smärtlindringsinterventionen och inte dokumenterar det sedan, för att det inte känns väsentligt längre. Överlag var dokumenteringsaktiviteten bättre i januari jämfört med februari. Det kan säkert bero på att riktlinjerna togs i bruk kring årsskiftet och att det då i början har varit mer motiverande att hålla sig till de nya reglerna och sjukskötarna har antagligen blivit mer påminda om nya riktlinjerna i januari, i jämförelse till februari. Speciellt till exempel statistiken om att sjukskötaren väljer smärtmätaren tillsammans med patienten har först stigit från noll procent till hundra, varefter det har sjunkit drastiskt till 73 %. Orsaker till att det inte riktigt kan göras en direkt jämförelse med september är att det då inte fanns gemensamma riktlinjer gällande dokumenteringen. Det skulle ha varit intressant att se ett längre tidsförlopp och följa med hur statistiken sätter sig mer långsiktigt.

Den här studiens målsättning var att se om principerna gällande dokumentering har blivit mer sammanhängande och att se om dokumenteringen har blivit mer sammanhängande mellan avdelningarna under vintern 2015- 2016. Tyvärr fick jag material att analysera endast för månaderna september, januari och februari, så en mer ingående analys kunde därför inte göras. Dokumenteringsaktiviteten var ganska knapp i september så någon form av förbättring har ändå förnyelserna bidragit med. Det besvarar en av de centrala frågeställningarna: hur har dokumenteringen utvecklats under den undersökta perioden. Den förändringen som skedde mellan september och januari var alltså betydande. På de fem första punkterna skedde det en drastisk ändring under den här peri-

oden. Det beror säkerligen på att den handledningen som patienterna har fått inte har dokumenterats tidigare, men genom de nya riktlinjerna har dokumenteringsnoggrannheten blivit bättre.

Dokumenteringsaktiviteten av tre punkter har fortsatt att stiga under hela perioden. De är smärtbedömning i rörelse och i vila minst en gång per åtta timmar och patientens egen smärtevaluering efter smärtlindringen. Dessa punkters betydelse har lyfts fram i hela studien och det är viktigt att de tas i beaktande och dokumenteras, med tanke på patientens delaktighet och demobilisering. För att besvara den sista centrala frågeställningen är ändå handledningen den delen som det i januari och februari har dokumenterats mest aktivt om. Den delen som fått minst uppmärksamhet under de två månaderna är helt tydligt patientens egen utvärdering om smärtan. De resterande delarna har dokumenterats ändå bättre än vad läget var ursprungligen, med ett undantag. Det är ganska intressant att det som i september dokumenterats allra mest aktivt var smärtans lokalisering, vilket helt tydligt fick mycket mindre uppmärksamhet i januari och februari. Det kan bero på att sjukskötarna under de månaderna har lagt mer uppmärksamhet vid att dokumentera mer helhetstäckande än tidigare, för att uppnå de nya föreskrifterna och då ligger sjuksköternas fokus på fler områden än tidigare.

Nya frågor som uppkom under processen är ”Hurdana uppfattningar har avdelningens sjukskötare om de nya principerna angående dokumenteringen?”, för att det skulle jag gärna ha gjort en intervjustudie om. Annat som kunde vara intressant är att hur länge liknande fortbildning påverkar dokumentering hos sjukskötare. Det skulle förutsätta att den som utför studien skulle ha en längre tidsperiod som hon skulle ta reda på hur sjuksköternas dokumenteringsbeteende förändras mer långsiktigt.

KÄLLOR

Arcada. 2014, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf. Hämtad 4.5.2016.

Björvell, Catrin. 2014, *Patientjournalens innehåll och funktion*, Vårdhandboken, publicerad 27.2.2014. Tillgänglig: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Dokumentation/Patientjournalens-innehall-och-funktion/> . Hämtad 22.10.2015.

Brantberg, Anna Lena & Allvin, Renée. 2014, *Smärtskattningsinstrument*, Vårdhandboken, publicerad 28.4.2014. Tillgänglig: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smartskattningsinstrument/>. Hämtad 9.10.2015.

van Dijk, Jacqueline F.M.; Vervoort, Sigurd C.J.M; van Wijck, Albert J.M; Kalkman, Cor J. & Schuurmans, Marieke J. 2016, Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 53, publicerad 1/2016, s. 260-269.

van Dijk, Jacqueline; van Wijck, Albert; Kappen, Teus; Peelen, Linda; Kalkman, Cor & Schuurmans, Merieke. 2012, Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 49, s. 65-71.

Dueholm Bech, Rune; Lauritsen, Jens; Ovesen, Ole & Overgaard, Soeren. 2015, The verbal rating scale is reliable for assessment of postoperative pain in hip fracture patients, *Pain Research and Treatment*, publicerad 5.5.2015. Tillgänglig: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/676212>. Hämtad 4.5.2016.

Ehnfors, Margareta; Ehrenberg, Anna & Thorell-Ekstrand, Ingrid. 2013, *Nya VIPS-boken*, Studentlitteratur AB, 2 uppl., Lund, 235s.

Ehrenberg, A; Ehnfors, M & Thorell- Ekstrand, I. 1997, *Nursing Informatics*, The VIPS Model – Implementation and validity in different areas of nursing care, s.408-409, 631s.

Eriksson, Kerstin; Wikström, Lotta; Årestedt, Kristofer; Frilund, Bengt & Broström, Anders. 2014, Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments, *Applied Nursing Research*, vol. 27, nr 1, publicerad 2/2014, s. 41-46.

Finlands sjuksköterskeförbund. 2014, Etiska riktlinjer för sjukskötare, Sairaanhoidaja-liitto, publicerad 17.11.2014. Tillgänglig: <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/etiska-riktlinjer-sjukskotare/>. Hämtad 9.10.2015.

Finlex. 2009, Social- och hälsovårdministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009, publicerad 30.3.2009. Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2009/20090298>. Hämtad 13.10.2015.

Hall-Lord, Marie Louise & Wilde Larsson, Bodil. 2006, Registered nurses' and student nurses' assessment of pain and distress related to specific patient and nurse characteristics, *Nurse Education Today*, vol. 26 nr 5, publicerad 7/2006, s. 377-387.

Hallila, Liisa. 2005, *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*, Tammi, Otavan kirjapaino Oy. 188s.

Hammar, Anne-Marja. 2011, *Kirurgian perusteet*, WSOYpro Oy, 1 uppl., Helsingfors. 420s.

Hawthorn, Jan & Redmond, Kathy. 1999, *Smärta - bedömning och behandling*, Studentlitteratur, Lund. 325s.

Hendrich, Ann; Chow, Marilyn; Skierczynski, A. Boguslaw & Lu, Zhenqiang. 2008, A 36- Hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time?, *The Permanente Journal*, vol. 12 nr 3, publicerad 5.6.2008, s. 25-33.

Idvall, Eva & Ehrenberg, Anna. 2002, Nursing documentation of postoperative pain management, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, nr 6, s. 734-742.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo. 2012, *Hoida ja kirjaa*, Sanoma Pro Oy, 7 uppl., Helsingfors. 672 s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring*, Studentlitteratur AB, 2 uppl., Lund. 327 s.

Jefferies, Diana; Johnson, Maree; Nicholls, Daniel & Lad, Shushila. 2012, A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation, *Nurse education today*, vol. 32 nr 6, s. 647-651.

Jokela, Ritva; Kairaluoma, Pekka; Kujala, Mirkka; Nieminen, Päivi; Nilson Marcus & Nilsson, Eija. 2012, *Kivun hoito leikkauksen jälkeen*, HUS, publicerad 8/2012. Tillgänglig: <http://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaanhoidopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/sivut/default.aspx?redirected=1>. Hämtad 21.9.2015.

- Kontinen, Vesa & Hamunen, Katri. 2014, Tavoitteena tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoito, *Finnanest*, publicerad 5.3.2014, nr. 1, s. 28-34, ISSN 0781-4364. Tillgänglig:
http://www.finnanest.fi/files/kontinen_hamunen_tavoitteena_tehokas_ja_turvallinen_yksilollinen_leikkauksen_jalkeisen_kivun_hoito.pdf Hämtad 21.9.2015.
- Kontinen, Vesa; Jokela, Ritva; Ravaska, Pirjo; Rautakorpi, Pirkka & Hamunen, Katri. 2012, Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta, *Finnanest*, publicerad 29.3.2012, nr 2, s. 119, ISSN 0781-4364. Tillgänglig:
https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf. Hämtad 21.9.2015.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa. 1999, Sisällön analyysi, *Hoitotiede*, Vol 11 nr 1, s. 3-12.
- Leinonen, Tuija. 1999, Research in peri-operative nursing care, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 8 nr 2, s. 123-138.
- Linton, James Steven. 2013, *Att förstå patienter med smärta*, Studentlitteratur, 2 uppl., Lund. 312 s.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen- Julkunen, Katri. 1998, *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, WSOY, 2 uppl., 313 s.
- Pesonen, Anne. 2012, *Kivun mittaamisen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen*, publicerad 29.3.2012, nr 2, s. 156-160, ISSN 0781-4364. Tillgänglig:http://www.finnanest.fi/files/vaitos_pesonen.pdf
Hämtad 10.10.2015.
- Rawal, Narinder. 1999, *Postoperativ smärta*, Studentlitteratur, Lund, 176s.
- Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna. 2013, *Lääkehoidon käsikirja*, Sanoma Pro, 1-2 uppl., Helsingfors. 733 s.
- Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie. 2000, *Kivunhoito*, Tammi, Tammerfors. 261 s.
- Salanterä, Sanna; Heikkinen, Katja; Kauppila, Marjo; Murtola, Laura-Maria & Siltanen, Hannele. 2013, *Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö*, Hoitotyön tutkimussäätiö, publicerad 19.2.2013. Tillgänglig:
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf . Hämtad 10.10.2015.

Samuels, Joanne G. 2012, Abstracting pain management documentation from the electronic medical record: comparison of three hospitals, *Applied Nursing Research*, vol. 25 nr 2, s. 89-94.

Sandh, Marie & Boström, Barbro. 2012, Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer, *Vård i Norden*, vol. 32 nr 106, s. 44-49. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:583601/FULLTEXT01.pdf>. Hämtad 28.9.2015.

Tower, Marion; Chaboyer, Wendy; Green, Quentine; Dyer, Kirsten & Wallis, Marianne. 2012, Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, publicerad 10/2012, s. 2917-2929.

Törnvall, Eva & Wilhelmsson, Susan. 2008, Nursing documentation for communicating and evaluating care, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17 nr 16, s. 2116-2124, publicerad: 8/2008.

Wadensten, Barbro; Fröjd, Camilla; Swenne L., Christine; Gordh, Torsten & Gunningberg, Lena. 2011, Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden, *Journal of Clinical nursing*, publicerad 3/2011, vol. 20 nr 5/6, s. 624-634.

Wikström, Lotta; Eriksson, Kerstin; Årestedt, Kristofer; Frilund, Bengt & Broström, Anders. 2014, Healthcare professionals perceptions of the use of pain scales in postoperative pain assessments, *Applied Nursing Research*, vol. 27 nr 1, s. 53-58, publicerad 2.11.2013.

Williamson, Amelia & Hoggart, Barbara. 2005, Pain: A review of three commonly used pain rating scales, *Journal of Clinical Nursing*, publicerad 8/2005, Vol. 14 nr 7, s. 798-804.

BILAGOR

Författare	Artikels namn	Årtal	Land	Centralt innehåll/ Nyckelord
van Dijk, Jacqueline m.fl.	Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study	2016	Nederländerna	Smärtskattning, NRS
Eriksson, Kerstin m.fl.	Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments	2014	Sverige	Smärtskattning, NRS
Hendrich, Ann m.fl.	A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time?	2008	USA	Dokumentering, tidsanvändning
Idwall, Ewa & Ehrenberg, Anna	Nursing documentation of postoperative pain management	2002	Sverige	Dokumentering, patientjournal, smärtbedömning
Jefferies, Diana m.fl.	A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation	2012	Australien	Dokumentering, patientjournal
Tower, Marion m.fl.	Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes	2012	Australien	Dokumentering
Wadensten, Barbro m.fl.	Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden	2011	Sverige	Smärtskattning, NRS
Williamson, Amelia & Hoggart, Barbara	Pain: a review of three commonly used pain rating scales	2005	Storbritannien	Smärtskattning, VRS, VAS, NRS