



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

SMÄRTA I KLINISK PRAXIS

**PATIENTERNAS PERSPEKTIV - EN
ENKÄTUNDERSÖKNING**

**TINA LJUNGBERG
ALEXANDER RODENBERG**

SMÄRTA I KLINISK PRAXIS

PATIENTERNAS PERSPEKTIV - EN ENKÄTUNDERSÖKNING

TINA LJUNGBERG

ALEXANDER RODENBERG

Ljungberg, T & Rodenberg, A. Smärta i klinisk praxis. Patienternas perspektiv – en enkätundersökning. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2012.

Bakgrund: Att mäta, utvärdera och behandla smärta hos patienter tillhör sjuksköterskans ansvarsområde och tidigare studier har visat att det finns brister i smärtbehandlingen. Smärtans negativa effekter för patienter gör det viktigt att undersöka detta omvårdnadsområde för att förbättra vårdkvalitén.

Syfte: Syftet var att undersöka förekomst av smärta hos patienter inskrivna på medicinska och kirurgiska avdelningar, deras skattning av smärta och smärtlindring samt deras upplevelse av sjuksköterskors åtgärder kring smärta.

Metod: Studien genomfördes i form av en enkätundersökning, datainsamlingen utfördes av författarna. Studien genomfördes på 7 avdelningar på Skånes Universitet Sjukhus i Malmö och Trelleborgs Lasarett. Enkäten som användes har tidigare använts i en studie på Akademiska sjukhuset Uppsala.

Resultat: Den teoretiska populationen utgjordes av 154 patienter. 90 patienter svarade på enkäten, av dessa hade 61 (68 %) upplevt smärta det senaste dygnet. 55 (61,1 %) hade skattat sin smärta >3 på NRS-skalan, 15 (24,6 %) av dessa skattade sin smärta som måttlig och 40 (65,6 %) som svår. Av de 61 som haft smärta hade 50 (82 %) blivit tillfrågade om de hade smärta men endast 21 (34,4 %) hade fått skatta sin smärta på en smärtskala. Överlag var informanterna nöjda med sin smärtlindring, mediansvar var "Nöjd" som var en 4 på en skala från 1- 5.

Sammanfattning: Smärtprevalensen var 68 %, få av patienterna fick skatta sin smärta. Statistiskt signifikanta skillnader påvisades; fler patienter på kirurgiska än medicinska vårdavdelningar fick skatta sin smärta, vidare påvisades signifikanta skillnader i hur nöjda olika åldersgrupper var med smärtlindringen.

Nyckelord: smärta, smärtbehandling, smärtlindring, smärtprevalens, smärtskattning.

PAIN IN CLINICAL PRAXIS

THE PATIENTS' PERSPECTIVE – A QUESTIONNAIRE

TINA LJUNGBERG

ALEXANDER RODENBERG

Ljungberg, T & Rodenberg, A. Pain in clinical praxis. The patients' perspective – a survey. *Degree project, 15 Credit Points. Nursing Programme*, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Health Care, 2012.

Background: Pain management is an important part of nurses' responsibilities as patient advocates and previous studies have shown shortcomings in pain management. The negative effects' of pain makes it important to examine this issue to improve the quality of care.

Purpose: The purpose of this study was to determine the prevalence of pain in inpatients at medicinal and surgical wards, how they rate their pain and their assessment of the nurses' interventions regarding pain management.

Method: A questionnaire was used. The authors handled the data gathering themselves. The study was carried out at seven wards at Skånes University hospital in Malmö and the hospital in Trelleborg. The survey had been used in a previous study at the Academic hospital Uppsala.

Results: The theoretical population consisted of 154 patients. 90 inpatients answered the survey, 61 (68 %) had experienced pain during the last 24 hours. 55 (61,1 %) had rated their pain >3 on the NRS – scale, 15 (24,6 %) of these rated their pain as moderate and 40 (65,6 %) as severe. Of the 61 that had experienced pain 50 (82 %) had been asked by the staff if they had pain, but only 21 (34,4 %) were asked to assess their pain on some kind of pain scale. The informants were on average satisfied with their pain relief, on a scale from 1 – 5 the median response was 4.

Summary: The prevalence of pain was 68 % among the informants. Only a few of the informants were asked to assess their pain. Statistical significant differences were calculated; more informants at surgical than medicinal wards was given the opportunity to assess their pain. Furthermore significant differences were calculated between the different age groups regarding satisfaction with pain relief.

Keywords: Pain, Pain assessment, Pain management, Pain prevalence, Pain relief.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Smärta	5
Smärtans negativa påverkan	6
Smärtskattning	6
Smärtlindring	7
Identifierade brister och hinder i samband med smärtbehandling	7
Motiv för en smärtprevalensstudie	9
SYFTE	9
Frågeställningar	9
METOD	9
Instrument	9
Urval	10
Population	10
Datainsamling	11
Etiska överväganden	11
Analys	12
RESULTAT	12
Smärtskattning	13
Tillfrågade om smärta och smärtskattning	14
Tillfredsställelse med smärtlindring	14
Uppdelning i medicinska respektive kirurgiska avdelningar	14
Jämförelse mellan män och kvinnor	15
Jämförelse mellan åldersgrupper	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
KONKLUSION	21
REFERENSER	22
BILAGOR	25
Bilaga 1	25
Bilaga 2	26

INLEDNING

I sjuksköterskans arbete inkluderas bedömning, skattning, övervakning och utvärdering av patientens smärta (Courtney & Carey, 2008). Sjuksköterskan ska uppmärksamma och hjälpa patienten att hantera sin smärta utifrån patientens förutsättningar samt förmedla patientens behov av farmakologiska insatser till läkare. Sjuksköterskan har en nyckelroll i smärtbehandlingen och ska agera som patientens ombud (a a). Tidigare studier har visat att det finns brister i smärtbehandlingen. Smärtans negativa effekter för patienten gör det viktigt att undersöka detta omvårdnadsområde för att förbättra vårdkvaliteten. Från Skånes Universitets Sjukhus (SUS) i Malmö efterfrågades en smärtprevalensstudie. Författarna ansåg att smärta var ett intressant omvårdnadsområde att undersöka. Inriktning i denna studie var akut smärta hos patienter inskrivna på sjukhus.

BAKGRUND

Tidigare forskning menar att smärtbehandling kan ses som en indikator på vårdkvaliteten (Melotti et al, 2005; Wadensten et al, 2011; Sawyer et al, 2010; Salomon et al, 2002). En smärtprevalens studie som genomfördes på samtliga avdelningar på Akademiska sjukhuset Uppsala 2011 visade att en stor andel av patienterna hade måttlig till svår smärta (Wadensten et al, 2011). Studier som Wadenstens et al (2011) har utförts i ett flertal länder. Resultat från studier i Spanien (Vallano et al, 2006), Italien (Melotti et al, 2005), Kanada (Sawyer et al, 2010), Frankrike (Salomon et al, 2002) och Tyskland (Strohbecker et al, 2005) indikerar att en stor andel inskrivna patienter rapporterar måttlig till svår smärta.

Tabell 1. Tidigare studiers smärtprevalens.

Författare	Smärtprevalens %
Wadensten (Sverige)	65
Melotti (Italien)	52
Sawyer (Kanada)	84
Vallano (Spanien)	47,6
Salomon (Frankrike)	55
Strohbecker (Tyskland)	63

Smärta

Smärta är ett subjektivt komplext fenomen som påverkas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Cox, 2010). IASP (International Association for the Study of Pain) (2011) definierar smärta som “an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”.

Smärta kategoriseras som nociceptiv eller neurogen (Greener, 2009). Nociceptiv smärta uppstår när sjukdom eller vävnadsskada stimulerar specifika smärtreceptorer. Nociceptiv smärta kan även uppstå när känselreceptorer överstimuleras som till exempel vid hög värme eller högt tryck (a a). Neurogen

smärta kan uppstå vid flera olika tillstånd exempelvis epilepsi, ryggskada eller stroke som kan leda till skada i perifera nerver och nerver i det centrala nervsystemet. I de skadade nerverna uppstår neurogen smärta (Greener, 2009).

Smärtans negativa påverkan

Smärta kan leda till ett flertal negativa konsekvenser som försämrad sömn, rörlighet, livskvalité och risk för att patienten utvecklar kroniska smärtor (Sinatra, 2010; Ead, 2005). Smärttillstånd utlöser stressreaktioner i kroppen vilket ger en ökad risk för sjuka patienter att drabbas av komplikationer som exempelvis hjärtarytmier, hjärtinfarkt och djup ven trombos (Ead, 2005). Smärta kan leda till minskad perifer cirkulation som kan ge försämrad sårhäkning. En smärtpåverkad patient har svårt att koppla av och riskerar därmed att drabbas av sömnproblem, ångest och depression, vilket har ett flertal negativa konsekvenser för patientens återhämtningsförmåga. Vidare kan smärta leda till ett underminerat immunförsvar som kan ge svåra konsekvenser för exempelvis en patient som redan är immunsupprimerad på grund av sjukdom eller behandling (a a).

Smärta efter operation är en vanlig orsak för återinläggning på sjukhus, vilket leder till höga sjukvårdskostnader och onödigt lidande för patienterna (Sinatra, 2010).

Studier har visat att smärta har en negativ inverkan på människors livskvalitet (Borge Råheim et al, 2010; Boström et al, 2003). Dessa studier fann ett samband mellan smärtans grad och upplevd livskvalité. Graden av smärta var negativt korrelerad till livskvalitén, det vill säga att ju värre smärtan var desto sämre livskvalité uppgavs (a a).

Smärtskattning

Cox (2010) anser att patienter bör ha en aktiv roll i sin smärtlindring genom att kontinuerligt skatta och beskriva sin smärta så att sjuksköterskan kan skraddars smärtlindringen. Smärtskattningsinstrument bör användas för att underlätta bedömning av smärta och utvärdera effektiviteten av smärtlindring. Smärtskattningsinstrumentet bör vara ett reliabelt verktyg och vara lätt att förstå av både sjuksköterska och patient (a a).

Exempel på smärtskattningsinstrument är; NRS (Numeric Rating Scale), VAS (Visual Analogue Scale) och VRS (Verbal Rating Scale) (Coll et al, 2011). NRS är en numerisk smärtskala graderad från 0-10 där 0 anger smärtfrihet och 10 anger värsta tänkbara smärta. Fördelen med NRS är att den är lätt att förstå, även om det existerar språkbarriärer mellan sjuksköterskan och patienten. VAS- skalan består oftast av en 100 mm lång linje där den vänstra änden representerar smärtfrihet och den högra representerar värsta tänkbara smärta. Patienten får sedan markera ut på linjen var de ligger mellan dessa två extremer, millimeterantalet utgör ett mått på graden av smärta. VRS är en skala som består av ord, patienten får välja det ord som bäst beskriver smärtans intensitet till exempel mild eller svår (a a).

Cox (2010) illustrerar ett smärtskattningsinstrument som innehåller en skattningsskala från 0-10, en bild på människokroppen där patienten ska märka ut området där smärtan sitter, hur ofta patienten har ont samt beskriva hur smärtan känns, till exempel gnagande, molande, brännande eller stickande.

Smärtlindring

Smärtbehandling ges symtomatiskt genom att påverka respektive smärttyps bakomliggande mekanismer (Cox, 2010). Smärtlindringen kan utgöras av farmakologiska och icke farmakologiska insatser (a a). Grunden för farmakologisk smärtbehandling bör enligt World Health Organisation (2008) smärtrappa utgöras av perifert verkande analgetikum (steg 1). Tillägg med ett centralt verkande lättare analgetikum kan göras vid behov (steg 2). Med perifert verkande analgetika reduceras nociceptorernas sensibilitet och flödet av smärtimpulser i perifera nerver blockeras. Centralt verkande analgetika blockerar smärtimpulser i centrala nervsystemets synapser och reducerar smärtupplevelsen i hjärnan. Till de perifert verkande analgetika hör paracetamol som har analgetisk och antipyretisk effekt, NSAID och ASA (icke-sterioda antiinflammatoriska läkemedel) exempelvis Voltaren®, Diklofenak® och Treo® som har analgetisk-, antiinflammatorisk- och antipyretisk effekt. Centralt verkande analgetika omfattar opiater som morfin och kodein. Opioidanalgetika indelas i svaga respektive starka centralt verkande opioider. Svaga centralt verkande opioider ger god analgetisk effekt genom stimulans av opioidreceptorer i hjärna och ryggmärg. Exempel på denna typ av läkemedel är Tramadol®, Dexofen® och Temgesic®. Tunga centralt verkande opioider har god analgetisk effekt genom stimulans av smärdämpande opioidreceptorer i hjärna och ryggmärg, som höjer hjärnans smärtröskel. Exempel på denna typ av läkemedel är Dolcontin®, Oxynorm® och Ketogan®. Icke-farmakologiska metoder för att förstärka smärtbehandlingen kan vara nervblockader, Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS), akupunktur, massage, värme, kyla och ryggmärgsstimulering (a a).

En studie utförd på inskrivna patienter efter kirurgiska ingrepp, visade att patienter med epiduralkateter upplevde både högre livskvalitet och mindre smärta än kontrollgruppen som hade tilldelats PCA (Patient Controlled Analgesia) pump (Ali et al, 2009). En god livskvalité är viktig för patientens återhämtning, smärta påverkar livskvaliten negativt därför är smärtlindringen en viktig del i patientens omvårdnad efter ett kirurgiskt ingrepp (a a).

Som ett led i att förbättra smärtbehandlingen har smärtombud implementerats på många sjukhus i Sverige. Ett smärtombud kan enligt SSOS (Sveriges Sjuksköterskor inom Området Smärta, 2010) definieras som en sjuksköterska med fördjupade kunskaper inom området smärta. I SSOS funktionsbeskrivning för smärtombud anges att smärtombudet tillsammans med sjuksköterska och ledning ska säkerställa att smärtskattning och smärtbehandling, utförs, dokumenteras, följs upp och utvärderas kontinuerligt (a a).

Identifierade brister och hinder i samband med smärtbehandling

Tidigare studier diskuterar olika hinder och brister som möjliga orsaker till den höga prevalens av patienter som rapporterade måttlig och svår smärta (Malouf et al, 2006; Melotti et al, 2005; Salomon et al, 2002; Sawyer et al, 2010; Strohbuecker et al, 2005; Wadensten et al, 2011).

I studien som genomfördes på Akademiska sjukhuset Uppsala (Wadensten et al, 2011) framkom brister i sjuksköterskors bruk av smärtskattningsverktyg. Sjuksköterskor underlät patienter att skatta sin smärta med hjälp av smärtskalor (a a). Wadensten et al (2011) diskuterade möjliga orsaker till att sjuksköterskorna underlät att göra patienterna delaktiga i smärtskattningen. De tog bland annat upp

att en del sjuksköterskor i första hand lutar på sin egen bedömning av patientens smärta istället för att fråga patienten och att smärtåtgärder inte prioriteras. Vidare diskuteras att en möjlig förklaring kan vara att det är svårt för sjuksköterskor som besitter ny evidensbaserad kunskap att implementera detta i praktiken på grund av bristande auktoritet på sin arbetsplats (a a).

Eads (2005) upptäckte bristande ansvarstagande kring smärtbehandling hos sjuksköterskor och läkare. I Eads (2005) litteraturöversikt framkom att tidsbrist hos sjuksköterskor var ett hinder för prioritering av smärtskattning och smärtlindring av patienterna.

Blondal & Halldorsdóttir (2009) identifierade fyra huvudsakliga utmaningar för sjuksköterskor i smärtbehandlingen; att avläsa patienten, hantera inre konflikter och moraliska dilemman, interagera med läkare och överkomma organisatoriska brister som tidsbrist.

I studierna från Italien och Kanada framkom brister i utvärderingen av patientens smärttillstånd och läkemedlens effekt (Melotti et al 2005; Sawyer et al 2010). Strohbuecker et al (2005) fann att hälften av deras informanter som led av smärta inte fått någon smärtlindring och menade i sin diskussion att denna brist i smärtbehandlingen hade avhjälpats genom förskrivning av analgetika. Malouf et al (2006) fann i sin studie att en del patienter förväntade sig smärta i samband med sjukhusvistelse och därför undvek att be om smärtlindring. Även Salomon et al (2002) rapporterade att en del patienter ansåg att de skulle stå ut med smärta och att det var lätt att bli beroende av analgetika som därför endast borde tas om smärtan blev outhärdlig.

Brister i organisation och kunskap

Wadensten et al (2011) skriver att avdelningschefer och liknande organisatoriska ledare har ett stort ansvar att implementera rutiner och avsätta tid för smärtbehandling och kontrollera att dessa följs. I Gunnarsdóttir & Grétarsdóttirs litteraturöversikt (2011) identifierades systematiska brister på organisatorisk nivå avseende engagemang och resurser till smärtlindring. Bland sjukvårdspersonal var vanliga hinder för adekvat smärtlindring bristande kunskap och svårigheter att bedöma och utvärdera smärta regelbundet. I litteraturöversikten utvärderades 10 interventionsstudier som antingen var randomiserade eller quasi experimentella med kontrollgrupper. Interventionerna inriktades på sjuksköterskors kunskap, rutiner, bedömning, utvärdering och dokumentation av smärta. Några av dessa interventioner visade en lovande effekt på studiedeltagarna då många av deras patienter hade mindre smärta och var nöjdare med sin smärtlindring (a a).

Betydelsen av sjuksköterskans kunskaper om smärta och smärtbehandling visades i en interventionsstudie med fall och kontrollgrupp utförd på två jämförbara sjukhus (Mac Lellan, 2004). På ett av sjukhusen genomfördes en intervention som bestod av ett utbildningsprogram för sjuksköterskor. Utbildningsprogrammet innehöll delar som smärtfysiologi, smärtskattning, hur patienterna kan bli mer delaktiga i sin smärtlindring, akut smärthantering, användande av inhalations analgetika med mera. Mätningarna bestod av att patienterna smärtskattades med NRS-skalan fem gånger per dag, på operationsdagen och två dagar postoperativt. Resultatet visade att på det sjukhus där interventionen genomförts hade medianen på smärtpoängen enligt NRS-skalan signifikant reducerats, medan på det andra

sjukhuset som användes som kontrollgrupp sågs ingen signifikant reduktion (a a).

Motiv för en smärtprevalensstudie

Med hänsyn till de negativa konsekvenser smärta kan medföra för patienten borde det vara högst relevant att undersöka detta omvårdnadsområde. Utifrån tidigare studier identifieras ett behov av förbättringar i rutiner kring smärtbehandling hos inskrivna patienter. Att göra punktprevalensmätningar på inskrivna patienter kontinuerligt är en metod för att undersöka kvaliteten i verksamheten, där denna studie kan utgöra en utgångspunkt för framtida studier. Vidare kan föreliggande studie användas som underlag för att systematisera arbetet kring smärtbehandling. Den kan också tänkas utgöra en utgångspunkt för studier på högre nivå där orsaker till brister och förslag på åtgärder identifieras.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka förekomst av smärta hos patienter inskrivna på medicinska och kirurgiska avdelningar, deras skattning av smärta och smärtlindring samt deras upplevelse av sjuksköterskors åtgärder kring smärta.

Frågeställningar

Hur många patienter på kirurgiska och medicinska avdelningar hade smärta?
Hade smärtan uppmärksammats av vårdpersonalen?
Fanns det skillnader i smärtprevalens, grad av smärta och smärtbehandlingsrutiner relaterat till ålder, kön och typ av vårdavdelning?

METOD

Studien genomfördes på SUS (Skånes Universitet Sjukhus) i Malmö och på Trelleborgs Lasarett. Författarna valde att utföra denna studie i form av en enkätundersökning.

Instrument

Instrumentet som användes består av en enkät som tidigare är använd i en stor studie på Akademiska sjukhuset Uppsala och utarbetades av Wadensten et al (2011). Enkäten var inspirerad av ett instrument för postoperativa smärtor utformat av Idvall (2002) verksam på Malmö högskola. Enkäten som var utarbetad av Wadensten et al (2011) är inte validerad. Författarna har fått tillåtelse att använda enkäten av Malmö högskola. För att förtydliga innehållet gjordes en korrigering i alternativen till sjätte frågan för att svarsalternativen bättre skulle överensstämma med frågan. Frågan var; hur nöjd är du med din smärtlindring under senaste dygnet? Svarsalternativen ändrades från; inte alls bra, lite bra, ganska bra, bra eller mycket bra till; inte alls nöjd, lite nöjd, ganska nöjd, nöjd och mycket nöjd. Malmö högskolas logotyp användes istället för Akademiska

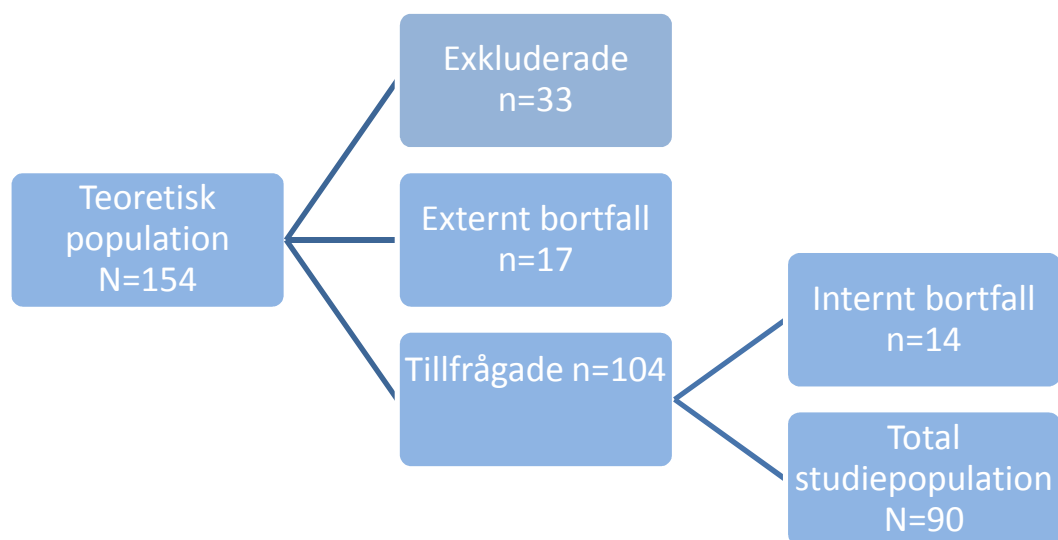
sjukhuset Uppsala. Enkäten består av demografiskdata (kön, personnummer) och sex slutna frågor (bilaga 1). Ett informationsbrev utformades (Bilaga 2) och tilldelades potentiella deltagare.

Urval

I studien ingick sju vårdavdelningar, tre från SUS Malmö och fyra från Trelleborgs Lasarett. Fyra av de deltagande vårdavdelningarna var kirurgiska och tre var medicinska. Första kontakten med avdelningarna gick via två kliniska adjunkter verksamma på respektive sjukhus som fungerade som gatekeepers. Därefter kontaktades respektive avdelningschef som delgavs information om studien, samtliga avdelningar var intresserade att delta och tillstånd inhämtades från avdelnings- och klinikchefer. Studiepopulationen utgjordes av samtliga inskrivna patienter på de sju inkluderade avdelningarna. Inklusionskriterier för deltagande i studien var att deltagarna hade tillräckliga kunskaper i svenska för att förstå enkäten, var över 18 år och utan fysiska eller psykiska tillstånd som omöjliggjorde deltagande i studien.

Population

Den teoretiska studiepopulationen (samtliga belagda vårdplatser) utgjordes av sammanlagt 154 patienter från 7 avdelningar. Av dessa exkluderades 33 då det inte svarade mot inklusionskriterierna. Vidare saknades 17 patienter som vid tillfället för datainsamling befann sig på operation, undersökning eller permission. Därför tillfrågades 104 patienter om deltagande, av dessa avböjde 14 patienter. Totalt besvarade 90 patienter enkäten vilket gav en svarsfrekvens på 86,5 %. Det externa bortfallet blev således 50 patienter (32,5%) och det interna 14 patienter (13,5%).



Figur 1. Illustration av bortfall.

Tabell 2. Demografiskdata över studiepopulationen.

Variabler	Total studiepopulation N=90
Män	47
Kvinnor	43
Medianålder	74
Variationsvidd (range)	39 år-100 år
39 - 60 år	21
61 – 80 år	40
81 – 100 år	29
Kirurgiska patienter	53
Medicinska patienter	37

Datainsamling

Efter etiskt godkännande enligt policyn för etisk bedömning av uppsatser på grundnivå fastställdes datum för datainsamling vilket blev den 28/3 2012 i Malmö och 29/3 2012 i Trelleborg. Informationen skickades ut via e-mail till samtliga avdelningschefer. Veckan innan datainsamlingen skickades en påminnelse via e-mail till samtliga avdelningschefer om datum för datainsamling.

Datainsamlingen den 28/3 och 29/3 2012 påbörjades kl 09.00. På samtliga avdelningar inleddes datainsamlingen med en genomgång av tillvägagångsätt och studiens inklusionskriterier tillsammans med en sjuksköterska från varje vårdavdelning. Patienter som av sjuksköterskorna inte ansågs svara mot inklusionskriterierna tillfrågades inte om deltagande i studien. De patienter som mötte inklusionskriterierna och var tillgängliga tillfrågades om deltagande i studien. Datainsamlingen utfördes genom att författarna inledningsvis presenterade sig kortfattat för närvarande patienter på respektive patientrum och informerade om studien och delade ut informationsbrev. Introduktionen till studien genomfördes i en del fall individuellt på grund av nedsatt hörsel, enmanssal eller om medpatienterna saknades för tillfället. De patienter som sov eller saknades noterades och försök till ny kontakt togs senare under dagen. De patienter som gav sitt godkännande till deltagande i studien tilldelades enkäten samt ett kuvert att försluta sina svar i. Patienter som inte ansåg sig ha tillräcklig ork eller funktion för att läsa och svara på enkäten erbjöds assistans av författarna genom recitation av frågorna och svarsalternativen. Av de 90 informanterna fick 50 stöd i form av recitation och notering av svar.

Etiska överväganden

Alla patienter som tillfrågades informerades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan att uppge orsak. Sovande patienter väcktes inte, en notering gjordes och återbesök skedde senare under dagen. Patienter med svår smärta uppmanades att kontakta sjuksköterskan för att få hjälp med smärtlindring, i ett fall kontaktade författarna en sjuksköterska på förfrågan av patienten. Innan datainsamlingen då projektplanen utarbetades genomfördes en diskussion mellan författarna och handledaren kring svårt sjuka patienters inställning till att svara på enkäten och deras eventuella behov av assistans. Detta diskuterades även på etikseminariet.

Analys

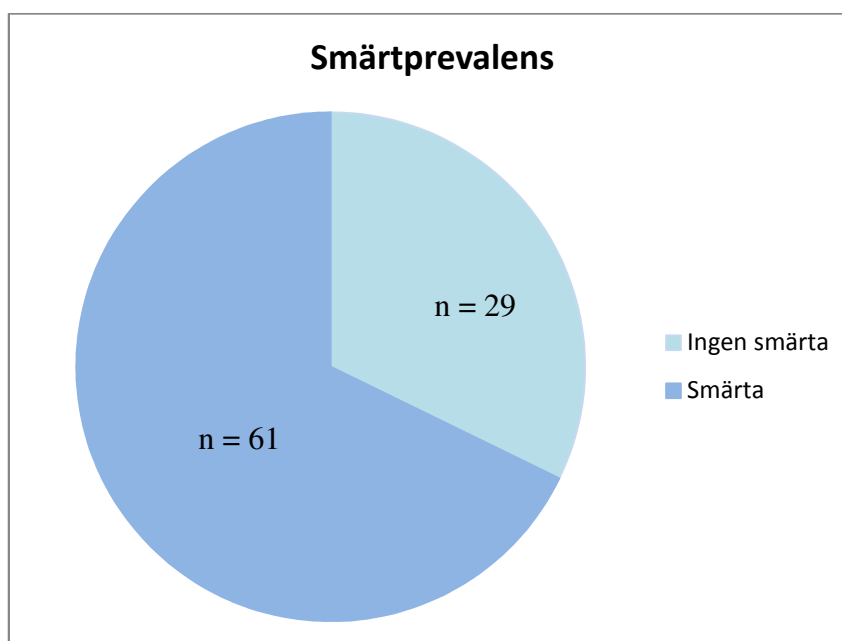
Författarna valde att redovisa resultaten genom deskriptiv statistik som enligt Polit & Beck (2008) är användbart för att göra materialet överskådligt. Vidare användes komparativ statistik för att observera eventuella skillnader. Samtliga variabler antog diskreta värden och bearbetades i nominal- eller ordinalskala. Statistiska metoder som användes var Median och Chi2-test (χ^2). Chi2-test används för att avgöra om observerade skillnader mellan grupper är signifikanta (Ejlertsson, 2002). Chi2-test (χ^2) användes för beräkning av eventuell statistisk signifikans i de skillnader som observerades mellan kirurgiska och medicinska avdelningar, åldersgrupper och kön. P-värde $< 0,05$ ansågs vara signifikant.

Datahantering

Ett kalkylblad i Excel utformades för bearbetning av insamlad data, alla variabler tillgavs numeriska värden för statistisk analys. Författarna överförde gemensamt svaren från enkäterna till kalkylbladet i anknytning till datainsamling. Varje enkät gavs en unik kod så svaren lätt kunde kontrolleras. Författarna satt vid varsin skärm där den ena datorn fjärrstyrdes av den andra så att den uppläsande författaren kunde säkerställa att rätt siffror fördes in på kalkylbladen. Personnummer registrerades inte. Efter slutförd databearbetning förvaras enkäterna i ett låst brandsäkert skåp.

RESULTAT

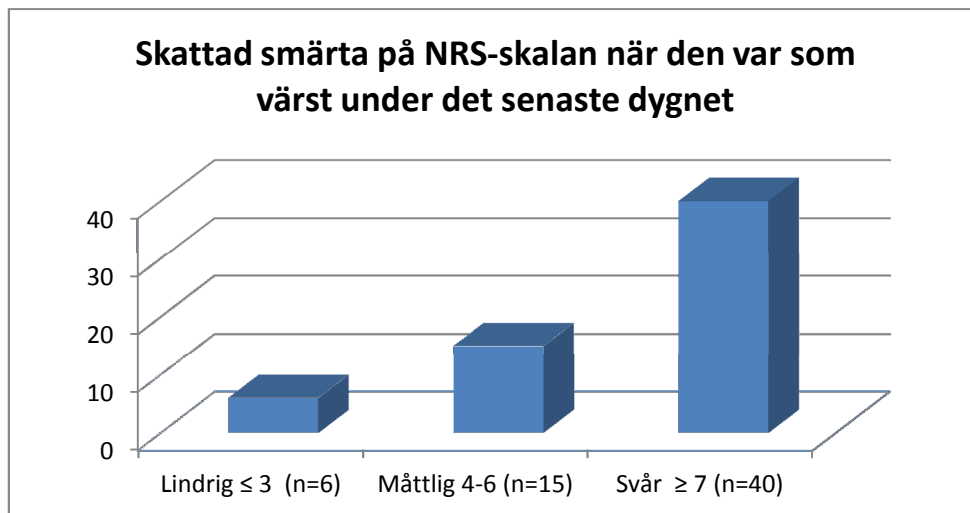
Sammanlagt uppgav 61 av de 90 informanterna att de haft smärta det senaste dygnet och 29 uppgav att de varit smärtfria under samma period. Se figur 2.



Figur 2. Förekomst av smärta i den totala studiepopulationen (N=90), 68 % hade haft smärta det senaste dygnet och 32 % uppgav att de varit smärtfria.

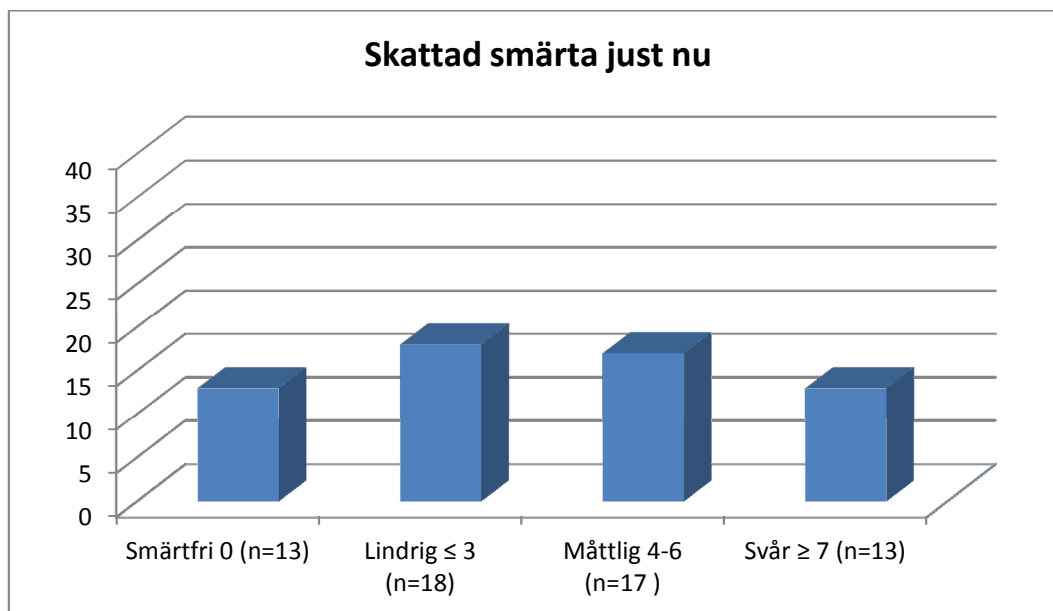
Smärtskattning

I enkäten ombads informanterna skatta sin smärta på NRS-skalan (Numeric Rating Scale), då den var som värst de senaste 24 timmarna samt hur det var vid tillfället då enkäten besvarades. De senaste 24 timmarna hade 40 informanter skattat sin smärta som svår, samtliga informanternas smärtskattning redovisas i figur 3 nedan.



Figur 3. Beskrivning av hur informanterna (n=61) skattat sin smärta på NRS-skalan, där lindrig smärta definieras som ≤ 3 , måttlig smärta 4-6 och svår smärta ≥ 7 .

Informanterna ombads skatta sin smärta som den var då de besvarade enkäten, antal informanter med svår smärta var vid datainsamlingstillfället 13 vilket visas i figur 4 nedan.



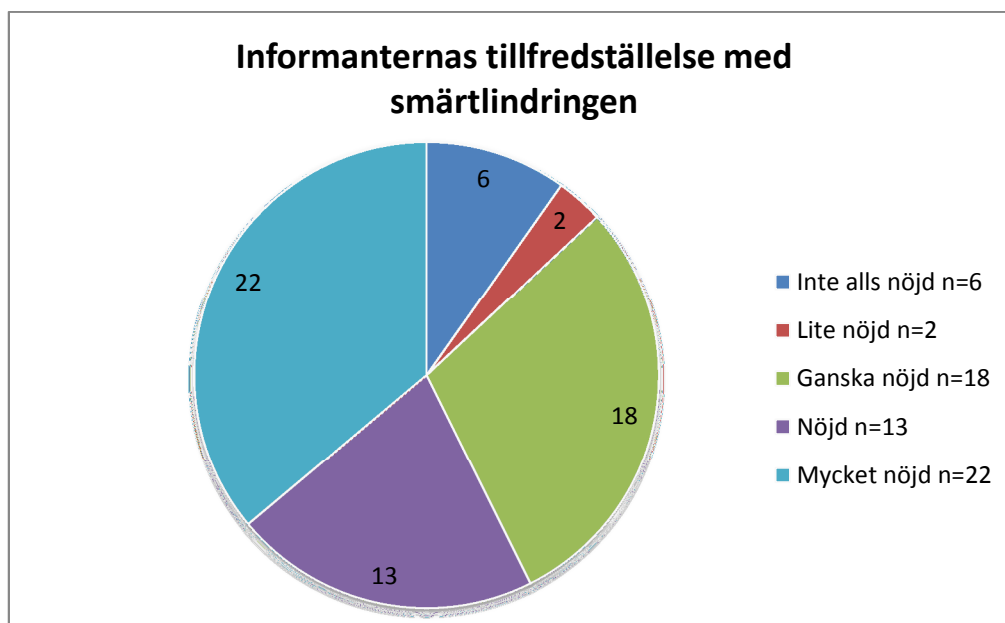
Figur 4. Beskrivning av hur informanterna (n=61) skattat sin smärta på NRS-skalan vid tidpunkten för datainsamling. Smärtfrihet definieras som 0.

Tillfrågade om smärta och smärtskattning

Informanterna fick ange om de tillfrågats av vårdpersonalen om sitt smärttillstånd det senaste dygnet samt om de fått skatta sin smärta på någon typ av smärtskala. Av de 61 informanter som uppgav att de haft smärta de senaste 24 timmarna hade 50 tillfrågats någon gång under det senaste dygnet om de led av smärta. Av de 50 som tillfrågats om de led av smärta hade 21 fått skatta sin smärta på någon form av smärtskala.

Tillfredställelse med smärtlindring

En stor del av informanterna rapporterade att de var nöjda eller mycket nöjda med sin smärtlindring (35 av 61). Fördelning av samtliga informanters svar kring tillfredställelse med smärtlindring redovisas i figur 5.



Figur 5. Illustration över fördelning av hur nöjda informanterna var med sin smärtlindring.

Uppdelning i medicinska respektive kirurgiska avdelningar

En indelning av de olika avdelningarna i medicinska och kirurgiska gjordes för att identifiera eventuella skillnader. Smärtprevalensen var 40 av 53 (75,5 %) på de kirurgiska avdelningar och motsvarande 21 av 37 (56,8 %) på de medicinska. Skillnaden var inte statistiskt signifikant ($p = 0,0616$).

Smärtskattning

Informanterna från de kirurgiska avdelningarna skattade generellt sin smärta högre än de från medicinska avdelningar. Median för de kirurgiska patienternas smärtskattning de senaste 24 timmarna beräknades till 8 på NRS-skalan och medianen för de medicinska låg på 7. Median för smärtan vid tidpunkten för datainsamling beräknades till 4 för de kirurgiska patienterna och 2 för de medicinska. Dessa skillnader var inte statistiskt signifikanta.

Tillfrågade om smärta och smärtskattning

Personalens insatser skiljde sig mellan kirurgiska- och medicinska avdelningar. På de kirurgiska avdelningarna tillfrågades patienterna om smärta i 85 % av fallen medan motsvarande siffra på de medicinska avdelningarna låg på 76 %. Denna skillnad var inte signifikant.

Betydligt fler informanter från de kirurgiska avdelningarna fick skatta sin smärta. På de kirurgiska avdelningarna fick 45 % skatta sin smärta, motsvarande siffra på medicinska avdelningar var 14,3%. Denna skillnad var statistiskt signifikant ($p = 0,0164$).

Tabell 3. Antal patienter som tillfrågats om de lider av smärta indelat i kirurgiska och medicinska avdelningar.

Tillfrågade om smärta: Kirurgiska avdelningar	Tillfrågade om smärta: Medicinska avdelningar	p-värde
34	16	n.s

Tabell 4. Antal patienter som fått skatta sin smärta med hjälp av en smärtskala indelat i kirurgiska och medicinska avdelningar.

Fått skatta smärta: Kirurgiska avdelningar	Fått skatta smärta: Medicinska avdelningar	p-värde
18	3	0,0164

Informanternas tillfredställelse med smärtlindring

Skillnader i hur nöjda respektive patientgrupp var med sin smärtlindring var relativt liten. De kirurgiska patienterna som generellt sett hade skattat sina smärtor högre på NRS-skalan både det senaste dygnet och vid tidpunkten för datainsamlingen var trots det lite nöjdare med sin smärtlindring. Median på de kirurgiska avdelningarna var "Nöjd" (d v s 4 av 5) kontra "Ganska nöjd" (d v s 3 av 5) på de medicinska avdelningarna. Skillnaden var inte statistisk signifikant.

Jämförelse mellan män och kvinnor

Smärtprevalensen var bland män 31 av 47, och bland kvinnor 30 av 43. Inga variabler visade på statistiskt signifikanta skillnader. I tabell 5 redovisas hur männen respektive kvinnorna hade skattat sin smärta när den var som värst de senaste 24 timmarna

Tabell 5. Smärtskattning på NRS-skalan det senaste 24 timmarna.

	Män	Kvinnor	p-värde
Lindrig smärta ≤ 3	5	1	n.s
Måttlig smärta 4-6	6	9	n.s
Svår smärta ≥ 7	20	20	n.s

Vid tidpunkten för datainsamling skattade män och kvinnor sin smärta i enlighet med tabell 6. Inga statistiskt signifikanta skillnader påvisades.

Tabell 6. Smärtskattning på NRS-skalan vid tidpunkten för datainsamling.

	Män	Kvinnor	p-värde
Smärtfria 0	6	7	n.s
Lindrig smärta ≤ 3	8	10	n.s
Måttlig smärta 4-6	8	9	n.s
Svår smärta ≥ 7	9	4	n.s

Tabell 7. Antal informanter som tillfrågats om de lider av smärta och om de fått skatta den, uppdelat efter kön.

	Män	Kvinnor	p-värde
Tillfrågade om smärta	27	23	n.s
Fick skatta smärtan	11	10	n.s

Jämförelse mellan åldersgrupper

Informanterna delades in i åldersgrupper för att identifiera eventuella skillnader mellan yngre och äldre patienter. Indelning gjordes i tre åldersgrupper; 39-60 (n=21), 61-80 (n=40) och 81-100 år (n=29). Smärtprevalensen och hur åldersgrupperna skattade sin smärta skiljde sig relativt lite och denna skillnad var inte signifikant. Skillnaderna som observerades i personalens insatser det vill säga i vilken utsträckning informanterna blivit tillfrågade om smärta och fått skatta smärtan skiljde sig inte signifikant. Detta redovisas i tabell 8.

Tabell 8. Smärtprevalens, smärtskattning, tillfrågande om smärta och smärtskattning det senaste dygnet, indelat i åldersgrupper.

Variabler	39 – 60 år n=21	61 – 80 år n=40	81 – 100 år n=29	p-värde
Smärtprevalens N=90	16	27	18	n.s
Skattad smärta Lindrig ≤ 3	1	4	1	n.s
Skattad smärta Måttlig 4 - 6	4	5	6	n.s
Skattad smärta Svår ≥ 7	11	18	11	n.s
Tillfrågade om smärta	14	22	14	n.s
Fått skatta sin smärta	7	10	4	n.s

Tillfredställelse med smärtlindring

En signifikant skillnad fanns mellan åldersgrupperna, den äldsta åldersgruppen var statistiskt signifikant mindre nöjda med sin smärtlindring i jämförelse med den näst äldsta åldersgruppen. Figur 9 illustrerar jämförelser av de olika åldersgruppernas tillfredställelse med smärtlindringen.

Tabell 9. Tillfredsställelse med smärtlindring, jämförelser mellan åldersgrupper.

Åldersgrupper	Inte alls nöjd	Lite nöjd	Ganska nöjd	Nöjd	Mycket nöjd	p-värde
39 - 60 & 61 - 80	0 & 2	2 & 0	4 & 6	3 & 9	7 & 10	n.s
39 -60 & 81 - 100	0 & 4	2 & 0	4 & 8	3 & 1	7 & 5	n.s
61 - 80 & 81 - 100	2 & 4	0 & 0	6 & 8	9 & 1	10 & 5	0,0007

DISKUSSION

Diskussionen har delats in i metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras styrkor och svagheter i den använda metoden. I resultatdiskussionen görs jämförelser och kopplingar till annan forskning.

Metoddiskussion

För att möjliggöra ett så stort deltagande som möjligt inom tidsramen för denna studie ansåg författarna att en befintlig enkät var lämpligt att använda istället för att utforma en egen.

Instrument

Enkäten som användes i denna studie var inte validerad. Enkäten bygger på frågor som använts i andra smärtprevalensundersökningar bland annat på Idwalls (2002) instrument för postoperativsmärta vilket var ett validerat instrument. Wadenstens et al (2011) enkät har även använts i en pilotstudie som utfördes av studenter från Malmö Högskola på inskrivna patienter på SUS Malmö och Ystad lasarett (Carnklint & Kusljic, 2011). Det kan ses som en svaghet att enkäten inte är validerad, därmed är det svårare att jämföra resultatet med andra studier (Polit & Beck, 2008). Valet av detta instrument gjordes då inget annat validerat instrument hittades som motsvarade syftet med studien. I enkäten ombads informanterna svara på om de blivit tillfrågade om de led av smärta och om de fått skatta smärtan på en smärtskala. I frågan framgår det inte att det är specifikt sjuksköterskan som avses, därmed kan författarna inte säkert veta av vem informanterna tillfrågats.

Urval

Denna studies inriktning var mot generell akut smärta hos patienter inskrivna på sjukhus, därför hade författarna inga specifika krav på avdelningarna i urvalet. På grund av den rådande arbetssituationen på sjukhusen var det svårt att få tillgång till att göra empiriska studier. Därför fick de avdelningar som var intresserade och ansåg att de hade möjlighet att medverka inkluderas. Urvalet utgjordes således av bekvämlighets urval som beskrivs av Polit & Beck (2008). Förfrågan om deltagande skickades ut via kontaktpersoner till respektive sjukhus, de vårdavdelningar som anmälde sitt intresse fick delta i studien. Inklusionskriterierna medförde att en del patienter exkluderades och inte fick göra sin röst hörd, dessa patienter kan tänkas lida av smärta i lika stor utsträckning som de inkluderade informanterna. Inom ramen för denna studie var inklusionskriterierna rimliga då författarna inte hade tillgång till tolkar. Inklusionskriterierna medförde en begränsning i antalet etniciteter som deltog i studien då en del av de som avböjde eller hade bristande språkkunskaper var av

annan etnisk härkomst. Vidare saknades tillräckliga resurser för att kunna inkludera patienter som enligt sjuksköterskorna hade kognitiv funktionsnedsättning. Det interna bortfallet var relativt litet (13,5 %), därför anser författarna att resultatet inte påverkats av detta i någon större utsträckning. Inga övertalningsstrategier användes när potentiella deltagare avböjde att medverka.

Datainsamling

Avdelningarna visste på förhand när denna studie skulle genomföras. Detta kan ha påverkat avdelningarnas rutiner kring smärta under denna period och därmed även resultatet, vilket kan ses som en svaghet i studien. På samtliga avdelningar hade författarna kontakt med en sjuksköterska som gav information om vilka patienter på respektive avdelning som svarade mot inklusionskriterierna. Författarna följde respektive sjuksköterskas rekommendationer om vilka patienter som inte svarade mot inklusionskriterierna. För att understryka att författarna inte var anställda av sjukhusen användes civila kläder och en namnskylt där det framgick att författarna var sjuksköterskestudenter.

Under projektplansarbetet fördes en diskussion om sjuksköterskor som arbetade på avdelningarna skulle utföra datainsamlingen. Författarna ansåg att detta möjligtvis kunde påverka deltagarna i deras vilja att delta. Möjliga risker kunde vara att patienterna antingen kände sig tvingade att delta på grund av sjuksköterskornas auktoritet alternativt att de skulle avböja i större utsträckning om någon annan än författarna själva förmedlade informationen om studien. Vidare kunde det finnas risk att patienterna inte vågade vara ärliga i sina svar på grund av rädsla för att det skulle påverka deras vård, med tanke på att några av frågorna direkt handlar om sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Författarnas närvaro under datainsamlingen medförde att informanterna fick likvärdig information och gjorde det möjligt för informanterna att ställa frågor om det var något i enkäten informanterna inte förstod eller behövde få förtydligat, vilket stärker reliabiliteten. Författarna upplevde att majoriteten önskade att delta i undersökningen trots svår sjukdom, dock behövde de stöd i form av recitation och notering av svar. Ett flertal av informanterna (50 av 90) önskade assistans, författarna vet inte om detta har påverkat resultatet. Under datainsamlingen blev författarna väl bemötta av samtliga i vårdpersonalen som hade en positiv inställning till studien. Informanterna hade överlag en positiv inställning till författarnas närvaro och studien.

Etiska överväganden

Under datainsamlingen respekterades informanternas behov av sömn och ingen väcktes av författarna. Många patienter önskade trots svår sjukdom och funktionsnedsättning delta i studien, detta hade diskuterats mellan författarna innan datainsamling. De svårt sjuka hade ofta väldigt ont och om dessa hade exkluderats fanns risk för bias i resultatet. Om informanter utesluts ur studien utan en giltig anledning kan detta leda till bias i resultatet (Polit & Beck, 2008). Dessa informanter erbjöds hjälp av författarna att besvara enkäten vilket skedde genom att författarna läste frågor och svarsalternativ och fyllde i valda svar under informanternas övervakning.

Analys

Ett kalkylblad i Excel användes för analysen. Författarnas förkunskaper var goda i detta program och därmed var risken för fel i analysprocessen mindre än om t e x SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) hade använts då ingen av författarna hade någon erfarenhet av detta verktyg.

Resultatdiskussion

Smärtprevalensen det senaste dygnet var 68 % i denna studie, liknande resultat återfinns i tidigare studier på patienter inskrivna på sjukhus (Wadensten et al, 2011; Melotti et al, 2005; Sawyer et al, 2010; Vallano et al, 2006; Salomon et al, 2002; Strohbuecker et al, 2005). Trots stor internationell spridning på studierna ligger resultaten överlag med undantag för Sawyers studie relativt nära varandra. De studier som har gjorts visar att smärta hos inskrivna patienter är ett utbrett problem både internationellt och i Sverige. Denna studies resultat visade att smärta och smärtbehandling fortfarande är ett underprioriterat område och behovet av förbättringar är överhängande.

I denna studie skattade 40 av de 61 (65,6 %) informanterna sin smärta som svår (det vill säga ≥ 7 på NRS) när den var som värst det senaste dygnet, detta var en större andel än i Wadenstens et al (2011) studie där endast 42,1 % rapporterade svår smärta. Vid tidpunkten för datainsamlingen hade andelen med svår smärta reducerats till 21,3 % i denna studie, i Wadenstens et al (2011) studie låg motsvarande andel på 8,9 %. Orsaken till att en så pass stor andel informanter i denna studie rapporterade svår smärta jämfört med Wadensten et al, (2011) kan tänkas bero på att en större andel av informanterna i denna studie var inskrivna på kirurgiska avdelningar. Denna studie och Wadenstens et al (2011) observerade att kirurgiska avdelningar har högre smärtprevalens.

Personalen hade tillfrågat 50 av 61 (82 %) informanter i denna studie om de led av smärta, i Wadenstens et al (2011) studie hade lika stor andel (82 %) tillfrågats om smärta. Möjliga orsaker till att alla som har smärta inte blir tillfrågade kan tänkas vara vad tidigare studier pekat på; personal inom en del områden förväntar sig inte att deras patienter har smärta i lika stor utsträckning och en del sjuksköterskor utgår från sin egen bedömning av patienters smärttillstånd (Wadensten et al, 2011). En annan förklaring som Salomon et al (2006) tar upp kan vara att vissa patienter undanhåller sitt lidande av oro för att bli beroende av analgetika.

Endast 21 av de 61 (34,4 %) informanterna hade fått skatta sin smärta på någon typ av smärtskala. Detta var en något mindre andel än i studien av Wadensten et al (2011) där 38,7 % fick skatta sin smärta. En studie av Jonasson & Almerud Österberg (2010) där 57 smärtenheter undersöktes fann författarna att smärtskattningsverktyg används i väldigt liten utsträckning och utan systematik i det dagliga arbetet. Utvärderingen av smärta är viktig för att kunna bedöma patientens omvårdnadsbehov (SSOS, 2010). Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor ska sjuksköterskan bedöma varje patients status till exempel smärtstatusen för att utvärdera behovet av omvårdnad (Socialstyrelsen, 2005). Det är endast patienten själv som vet hur svår dennes smärta är, genom att inte låta patienten skatta smärtan går personalen miste om värdefull information som behövs för att kunna ge en adekvat smärtbehandling. Om sjuksköterskor brister i smärtskattnings rutiner så innebär detta att de inte fullgör sina arbetsuppgifter. En

möjlig orsak till att få informanter fått skatta sin smärta kan som Wadensten et al (2011) nämner i sin studie vara att sjuksköterskor förlitar sig på sin egen bedömning av patienters smärttillstånd utan att låta patienten skatta sin smärta. Detta förfarande är inte gynnsamt för patienterna. Cox (2010) menar att patienter bör ha en aktiv roll i smärtlindringsprocessen genom att beskriva och skatta sin smärta så att sjuksköterskan ska kunna göra en adekvat bedömning av vilken smärtbehandling patienten har behov av.

I denna studie var en stor del informanter nöjda med sin smärtlindring trots att de led av måttlig eller svår smärta. Att patienter är nöjda med sin smärtlindring trots måttlig till svår smärta konstaterade också Idvall (2002) i sin studie på postoperativa patienters tillfredsställelse med smärtlindring. Sawyer et al (2010) och Wadensten et al (2011) fann också att patienter generellt var nöjda med sin smärtlindring trots måttlig eller svår smärta.

Smärtprevalens och smärtupplevelse relaterat till kön

I denna studie observerades inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelse av smärta och smärtlindring. I andra studier (Melotti et al, 2005; Salomon et al, 2002; Vallano et al, 2006) visade resultaten på en signifikant högre smärtprevalens bland kvinnor. Kvinnor skattade även sin smärta högre än män i dessa studier (a a). Liknande studier som gjorts har dock inte observerat några signifikanta skillnader mellan könen (Strohbuecker et al, 2005; Wadensten et al, 2011; Sawyer et al, 2010).

Smärtprevalens och smärtupplevelse relaterat till typ av avdelning

Skillnader i smärtprevalens mellan kirurgiska och medicinska avdelningar observerades i denna studie men dessa skillnader var inte signifikanta (P-värde 0,0616). Rutinerna kring smärtskattning skiljde sig däremot signifikant (P-värde 0,0164) där de kirurgiska patienterna fick skatta sin smärta i större utsträckning än de medicinska. Wadensten et al (2011) observerade liknande resultat när det gällde smärtskattning, teorin till denna skillnad var att sjuksköterskor på kirurgiska avdelningar har mer erfarenhet av systematisk smärtbehandling och har använt sig av smärtombud längre än medicinska avdelningar. Denna studies resultat visade att det fanns systematiska brister i smärtskattnings rutiner framförallt på medicinska avdelningar. Rutiner kring smärtskattning borde implementeras på alla typer av avdelningar för att ge patienterna en mer aktiv roll i sin smärtlindring samt att detta rutinmässigt dokumenteras. Ett systematiskt arbete kring smärtskattning kan förbättra patienters smärtbehandling och därmed vårdkvalitén. Även Wadensten et al (2011) menar att detta är viktigt för att förbättra vårdkvalitén.

För att uppnå ett systematiskt förbättringsarbete krävs förändringar på organisatorisk nivå som tidigare studier har visat (Blondal & Halldorsdóttir, 2009; Gunnarsdóttir & Grétarsdóttir, 2011; Nilsson Kajermo et al, 2008).

Smärtprevalens och smärtupplevelse relaterat till ålder

I denna studie observerades inga signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna i smärtprevalens eller smärtskattning. I andra studier fann författarna att unga vuxna patienter lider av smärta i större utsträckning än äldre patienter (Vallano et

al, 2006; Melotti et al, 2005).

Det enda signifikanta skillnaden mellan åldersgrupperna som observerades i denna studie var hur nöjda de olika grupperna var med sin smärtlindring. Den äldsta gruppen (81 – 100 år) av informanterna var mindre nöjda med sin smärtlindring än den näst äldsta åldersgruppen. Detta skulle kunna relateras till att det var en mindre andel av informanterna i den äldsta åldersgruppen som blev tillfrågade och fick skatta sin smärta, jämfört med de andra två åldersgrupperna även om dessa skillnader inte var signifikanta.

Andra studier (Al-Windi, 2005; Fröjd et al, 2011) visade att äldre generellt sett är nöjdare med kvaliteten i sjukvården än yngre patienter. Dessa studier undersökte dock flera andra parametrar än smärtlindring som t ex självbestämmande och vårdpersonalens engagemang (a a).

Framtida studier

Denna studies resurser var begränsade och därför kunde inte personer med kognitivfunktionsnedsättning och icke svensktalande inkluderas. Att undersöka dessa grupper kan utgöra inriktning i framtida studier. Informanternas åldrar i denna studie varierade från 39 till 100 år, undersökningar på unga vuxna och barn kan utgöra en inriktning i framtida studier. Tidigare studier har visat att yngre patienter upplevde mer smärta än äldre patienter (Vallano et al, 2006; Melotti et al, 2005).

Generellt var informanterna i denna studie nöjda med sin smärtlindring trots måttlig eller svår smärta. Sjuksköterskor bör inte vara nöjda om patienterna skattar sin smärta som svår, med denna och Wadenstens et al (2011) studie som grund kan slutsatsen dras att problemet inte ligger där, snarare återfinns bristerna i att sjuksköterskor underlåter att ta reda på hur ont patienterna har genom att inte låta dem skatta sin smärta. Varför detta inte utförs rutinmässigt kan utgöra en frågeställning för framtida studier.

KONKLUSION

I denna studie visade resultatet att en stor andel av informanterna led av smärta (61 av 90) och att många av dessa (40 av 61) hade haft svår smärta det senaste dygnet. Smärtskattningsverktyg används inte i tillräcklig utsträckning. Framförallt på de medicinska avdelningarna identifierades en bristande användning av smärtskattningsskalor. Detta pekar på att det finns ett behov av förbättringar inom detta omvårdnadsområde. Generellt var patienterna nöjda med sin smärtlindring trots måttlig eller svår smärta. Genom att systematisera smärtbehandlingen kan sjuksköterskan verka för att minska lidandet hos sina patienter. Ytterligare förbättringsförslag kan vara att implementera systematiska rutiner i användandet av smärtskattningsverktyg i det dagliga arbetet. Patienternas aktiva roll i bedömningen av smärtan är viktig och kan utgöra en del i att förbättra vårdkvalitén.

REFERENSER

Ali, M (2009) Prospective, randomized, controlled trial of thoracic epidural or patient-controlled opiate analgesia on perioperative quality of life. *British Journal of Anaesthesia* no 104 s.292-297

Al-Windi, A (2005) Predictors of satisfaction with healthcare: a primary healthcare – based study. *Quality in primary care* No 13 s. 67-74

Blondal, K & Halldorsdottir, S (2009) The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of clinical nursing* No 18 s. 2897-2906.

Boström, B et al (2003) A comparison of pain and health-related quality of life between two groups of cancer patients with differing average levels of pain *Journal of clinical nursing* no 12 s. 726-735

Borge Råheim, C et al (2010) Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease *Heart & Lung* vol 40 (3) s. e90-e101.

Carnklint, J & Kusljic, M (2011) Tvärsnittstudie av patienters upplevelse av smärta och smärtlindring student essey *MUEP: Malmö högskola/Hälsa och samhälle*

Coll, A et al (2004) Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review *Journal of Advanced Nursing* 46 (2), s.124–133

Courtenay, M & Carey, N (2008) The Impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *Journal of clinical nursing* no 17 s. 2001 - 2013

Cox, F (2010) Basic principles of pain management; assessment and intervention *Nursing standard* vol: 25 no 1 sid 36-39

Ead, H (2005) Improving pain management for critically ill and injured patients *Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN)*

Ejlertsson, G (2002) *Grundläggande statistik -med tillämpningar inom sjukvården* 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur AB

Fröjd, C et al (2011) Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perception of quality of care. *Journal of nursing management* No 19 s. 226-236.

Greener, M (2009) Chronic pain: nociceptive versus neuropathic. *Nurse Prescribing* Vol 7 No 12 s.540 - 547

Gunnarsdóttir, S & Grétarsdóttir, E (2011) Systematic Review of Interventions Aimed at Nurses to Improve Pain Management *Vård i Norden* vol 31 no 102 s.16-21

Idvall, E et al (2002) Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. *Journal of Advanced Nursing* 37 s.532–540.

Idvall, E (2002) Post-operative patients in severe pain but satisfied with pain relief. *Journal of clinical nursing* No 11 s.841-842.

International Association for the Study of Pain (2011) Pain terms (IASP taxonomy) >www.iasp-pain.org< 2012-05-16.

Jonasson, C & Almerud Österberg, S (2010) Kartläggning av organisation, arbetssätt och kvalitet i specialiserad smärtvård i Sverige. *Vård i Norden* vol 30 No 2 s.38-41

Mac Lellan, K (2004) Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *Journal of advanced nursing*; vol 46 (2) s. 179 - 185

Malouf, J et al (2006). A Survey of Perceptions with Pain Management in Spanish Inpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*; vol. 32 s.361-371

Melotti, R M et al (2005). Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *European Journal of Pain*; vol 9 s.485-495

Nilsson Kajermo, K et al (2008) Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization *Journal of nursing management* vol 16 s. 305-314

Polit, D & Beck, C (2008) *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing practice* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Salomon, L et al (2002). Pain Prevalence in a French Teaching Hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*; Vol 24 No 6 s.586 - 592

Sawyer, J et al (2010) Pain Prevalence Study in a Large Canadian Teaching Hospital. Round 2: Lessons Learned? *Pain Management Nursing*; vol 11 s.45-55

Sinatra, R (2010) Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain *Pain medicine* No 11 s. 1859-1871

Strohbuecker, B et al (2005) Pain Prevalence in Hospitalized Patients in a German University Teaching Hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*; Vol 29 No 5 s.498 - 506

SSOS Sveriges Sjuksköterskor inom Området Smärta (2010) *Funktionsbeskrivning för smärtombud Styrelsen SSOS*

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor* Artikelnummer: 2005-105-1

Vallano, A et al (2006) Prevalence of pain in adults admitted to Catalonian hospitals: A cross-sectional study *European Journal of Pain* No 10 s. 721–731

Wadensten, B et al (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*; 20, s. 624–634.

World Health Organization (2008) *Scoping Document for WHO Treatment Guideline on Pain Related to Cancer, HIV and other progressive life-threatening illnesses in adults.*

Prevalensmätning smärtskattning

2012-03-28 enkäten ska besvaras mellan kl 9 och 15

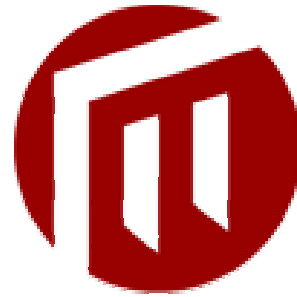
Avd

Kön

Kvinna

Man

Personnummer



MALMÖ HÖGSKOLA

Patienten kan ej besvara enkäten

1. Har Du under det senaste dygnet haft smärta?

Ja

Nej

Om ja fortsatt besvara nedanstående frågor:

2. Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan när den var som värst under det senaste dygnet?

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

3. Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver Din smärta just nu.

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

4. Har personalen frågat Dig under senaste dygnet om Du har smärta?

Ja

Nej

5. Har Du under senaste dygnet med hjälp av en smärtskala fått skatta Din smärta?

Ja

Nej

6. Hur nöjd är du med din smärtlindring under senaste dygnet?

Inte alls nöjd

Lite nöjd

Ganska nöjd

Nöjd

Mycket nöjd

TACK för Din medverkan

<p>Projektets titel (obligatoriskt): Punkt prevalensundersökning- Smärta Hos ineliggande patienter på SUS Malmö och Trelleborgs lasarett</p> <p>Studieansvarig/a: (student/er) Tina Ljungberg tel 072-2003082 Alexander Rodenberg tel 076-2707192 Din E-post som student vid Malmö högskola: (ej din privata e-post) m10p0339@student.mah.se m09p2036@student.mah.se</p>	<p>Datum: 28-29 mars 2012</p> <p>Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000</p> <p>Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet</p> <p>Nivå: Grundnivå</p>
--	---

Hej,

Du har fått detta brev eftersom du ingår i det urval av patienter som utgör populationen i denna studie som ligger till grund för vårt examensarbete på sjuksköterskeprogrammet vid Malmö högskola. Vi som genomför denna undersökning heter Tina Ljungberg och Alexander Rodenberg. Syftet är att undersöka förekomst av smärta hos ineliggande patienter, deras skattning av smärta och smärtlindring samt deras upplevelse av vårdpersonalens åtgärder och uppmärksammande av smärtskattning/lindring.

Att lida av smärta har många negativa effekter vilket gör det viktigt för oss i sjukvården att smärtilstånd uppmärksammas och behandlas. Denna sortens undersökning är till för att ge en bild av hur det ser ut och meningen är att identifiera eventuella brister för att kunna förbättra vårdkvaliteten. Ditt deltagande är frivilligt och du kan avbryta när du vill utan att uppge orsak. De uppgifter du lämnar kommer inte lämnas ut. Studiens resultat kommer publiceras på statistisk gruppnivå.

Ert medverkande kräver att ni på medföljande enkät anger kön, födelseår och svarar på de övriga sex frågorna som består av tre ja/nej frågor och tre graderingsfrågor, därefter försluter ni era svar i det medföljande kuvert. Resultaten presenteras i vårt examensarbete som efter examination publiceras i Malmö Högskolas elektroniska bibliotek. Har du några frågor angående studien vänligen kontakta oss på nedanstående telefonnummer.

Tack för din medverkan

Med vänlig hälsning

Tina Ljungberg 072-2003082

Alexander Rodenberg 076-2707192