



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för vårdvetenskap

---

# Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av att perioperativt vårda patienter med långvarig smärta

En kvalitativ intervjustudie

Pernilla Bergström och Linda Öberg

År 2019

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning anestesivård  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning intensivvård  
Handledare: Maria Randmaa  
Examinator: Annika Nilsson

---



## **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Patienter med långvarig smärta är i behov av en strukturerad behandling. Studier visar på otillräcklig postoperativ smärtbehandling.

**Syfte:** Att beskriva anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av att perioperativt vårda patienter med långvarig smärta.

**Metod:** Semistrukturerade intervjuer med 15 anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor, vilka baserades på kliniska vinjetter. Materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys.

**Huvudresultat:** I studiens resultat framkom fem kategorier *att vara förberedd, att vården är komplex och kunskapskrävande, att ha ett professionellt samarbete, att känna sig otillräcklig och att bemöta patienten*. Specialistsjuksköterskornas erfarenhet visade att en tydlig plan och tydliga läkemedelsordinationer gav specialistsjuksköterskorna möjlighet att förbereda sig. Detta tillsammans med en mer informerad och delaktig patient förbättrade den postoperativa smärtbehandlingen. Genom att ge extra tid till patienter med långvarig smärta minskade deras upplevelse av smärta, oro och ångest. Specialistsjuksköterskorna efterfrågade utbildning i smärtbehandling och en tydligare kontakt med smärtkliniken. Specialistsjuksköterskorna menade att det var viktigt att ha ett bra samarbete med läkarna för att optimera och påbörja smärtbehandlingen i tid. Specialistsjuksköterskorna erfor att patienter med långvarig smärta riskerade att underbehandlas. I de fall där smärtlindringen misslyckades beskrevs känslor av frustration och maktlöshet.

**Slutsats:** Genomgående för alla specialistsjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med långvarig smärta var att det krävdes en tydlig och detaljerad plan för patientens smärtbehandling vilken skulle sträcka sig perioperativt och vidare till vårdavdelning eller hemgång. Med planering och förberedelse ökade förutsättningarna för en bättre omvårdnad av patienter med långvarig smärta.

**Nyckelord:** anesthesijsjuksköterska, erfarenhet, intensivvårdssjuksköterska, kronisk smärta, långvarig smärta, postoperativ vård

## **Abstract**

**Background:** Patients with persistent pain is in need of a structured treatment. Studies showed insufficient postoperative pain treatment.

**Aim:** This study aimed to describe nurse anesthetists and critical care nurses experience in caring perioperative nursing patients with long term pain.

**Methods:** Semistructured interviews with 15 nurse anesthetists and critical care nurses, based on clinical vignettes. Data was analysed with qualitative content analysis.

**Findings:** The study results revealed five categories *being prepared, that healthcare is complex and knowledge-intensive, to have a professional collaboration, to feel inadequate and to respond to the patient*. The nurse anesthetists and the critical care nurses experiences showed that a clear plan and clear pharmaceutical prescriptions gave the nurse anesthetists and the critical care nurses the opportunity to prepare. This together with a more informed and involved patient improved postoperative pain treatment. By giving extra time to patients with persistent pain, their experience of pain, worry and anxiety diminished. The nurse anesthetists and the critical care nurses asked for training in pain treatment and a better contact with the pain clinic. The nurse anesthetists and the critical care nurses argued that it was important to have a good collaboration with the doctors to optimize and start the pain treatment on time. Specialist nurses experienced that patients with long-term pain were at risk of being undertreated. In cases where pain relief failed, feelings of frustration and powerlessness were described.

**Conclusion:** Throughout all the nurse anesthetists and the critical care nurses experiences of caring for patients with persistent pain, it was necessary to have a clear and detailed plan for the patient's pain treatment which would extend perioperative and further to the care department or home care. With planning and preparation, the conditions for a better care of patients with persistent pain increased.

**Keywords:** nurse anesthetists, experience, critical care nurse, persistent pain, long lasting pain, postoperative care.

<b>1 Introduktion</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrund	1
1.2 Att bedöma smärta	2
1.3 Långvarig smärta	3
1.4 Postoperativ smärta	4
1.5 Anestesisjuksköterskan	4
1.6 Intensivvårdssjuksköterskan	5
1.7 Teoretisk referensram	6
1.8 Problemformulering	6
1.9 Syfte	6
<b>2 Metod</b>	<b>7</b>
2.1 Design	7
2.2 Urvalskriterier och undersökningsgrupp	7
2.3 Datainsamlingsmetod	8
2.4 Tillvägagångssätt	9
2.5 Dataanalys	10
2.6 Forskningsetiska överväganden	10
<b>3 Resultat</b>	<b>11</b>
3.1 Att vara förberedd	12
3.1.1 Att ha en plan	12
3.1.2 Att vara mentalt förberedd	13
3.1.3 Att vårda en förberedd och delaktig patient	14
3.2 Att vården är komplex och kunskapskrävande	15
3.3 Att ha ett professionellt samarbete	17
3.4 Att känna sig otillräcklig	17
3.5 Att bemöta patienten	18
3.5.1 Att ge personlig kontakt och tid	18
3.5.2 Att vara professionell	19
3.5.3 Att ha förutfattade meningar och misstro patienten	20
<b>4 Diskussion</b>	<b>21</b>

4.1 Huvudresultat	21
4.2 Resultatdiskussion	21
4.2.1 Att vara förberedd	21
4.2.1.1 Att ha en plan	21
4.2.1.2 Att vara mentalt förberedd	23
4.2.1.3 Att vårda en förberedd och delaktig patient	23
4.2.2 Att vården är komplex och kunskapskrävande	24
4.2.3 Att ha ett professionellt samarbete	25
4.2.4 Att känna sig otillräcklig	25
4.2.5 Att bemöta patienten	26
4.2.5.1 Att ge personlig kontakt och tid	26
4.2.5.2 Att vara professionell	27
4.2.5.3 Att ha förutfattade meningar och misstro patienten	27
4.3 Metoddiskussion	28
4.3.1 Forskningsetiska överväganden	30
4.4 Kliniska implikationer	30
4.5 Förslag till vidare forskning	31
4.6 Slutsats	31
<b>5 Referenser</b>	<b>32</b>

## Introduktion

### 1.1 Bakgrund

Tidigare studier har visat att patienter med långvarig smärta har svårare att återfå sin tidigare funktionsnivå efter ett kirurgiskt ingrepp. De hämmas inte bara av den smärta som uppstår i samband med det kirurgiska ingreppet utan påverkas även av faktorer som mental hälsa och sin sedan tidigare nedsatta fysiska förmåga relaterad till smärtan. Flera kvantitativa studier har även visat att patienter med långvarig smärta skattar mental hälsa lägre postoperativt än patienter utan långvarig smärta (Erlenwein, Przemeck, Degenhart, Budde, Falla, Quintel, et al. 2016; Magnusson & Mannheimer 2015). Alla patienter vilka genomgår kirurgi riskerar att utveckla långvarig smärta. Patienter som lever med långvarig smärta, oavsett lokalisering, och ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp har visat sig ha en ökad risk för att utveckla långvarig smärta i området för det operativa ingreppet. (Butrick 2016; Meissner, Coluzzi, Fletcher, Huygen, Morlion, Neugebauer et al. 2015; Nilsson Mjöbo 2011). Enligt Butrick (2016) måste patienter med tidigare långvarig smärta också informeras om risken med att kirurgin kan utlösa en hypersensitisering. Enligt International Association for the Study of Pain (IASP) definieras hypersensitisering som ” *en ökad känslighet för stimulering exklusive de speciella sinnen*”. I en kvantitativ studie (Butrick 2016) visade resultatet att om patienten led av smärta preoperativt borde smärtan behandlas med optimalt resultat inför operationen. Detta innebär att operatören alltid om möjligt bör överväga minimala invasiva ingrepp såsom laparoskopier istället för öppen bukkirurgi. Planen för smärtlindring perioperativt (pre-, intra- och postoperativt) bör alltid vara att arbeta för att minska postoperativ smärta. I samma studie visade resultatet att regional anesthesi tillsammans med lokalanesthesi och opioider minskade smärtimpulsernas förmåga att nå spinalkanalens nerver. Det var också analgesisparande intra- och postoperativt och visade sig förbättra patientens upplevelse av den operativa proceduren (Butrick 2016). Flera studier visade att förhållandet och kontakten mellan vårdpersonal och patienten med långvarig smärta var avgörande för patientens upplevelse av smärta. Vårdpersonal borde vara ett psykologiskt stöd för patienten och främja patientens kunskap vilket gav förutsättningar för att samarbeta och att hitta rätt behandling. Genom att patienten gjordes delaktig främjades patientens känsla av att vara medbestämmande och med information och delaktighet i det medicinska beslutsfattandet fick patienten en ökad smärtacceptans (Náfrádi, Kostova, Nakamoto & Schulz 2018; Paul-Savoie, Bourgault, Gosselin, Potvin & Lafrenaye 2015).

Två studier visade att patienter som lever med långvarig smärta behandlas ofta med opioider. Biverkningarna av opioiderna är påtagliga i form av illamående, dåsighet och obstipation. Opioidernas effekt visade sig även avta över tid vilket troligtvis var relaterat till toleransutveckling (Busse, Wang, Kamaleldin, Craigie, Riva, Montoya et.al. 2018; Lavand'homme & Steyaert 2017). Även postoperativ smärtlindring dominerades till stor del av opioider. För att undvika biverkningar såsom andningsdepression användes opioider i kombination med annan form av smärtstillande läkemedel (Argoff 2014; De Jong & Shysh 2018; Luo & Min 2017; Rawal 2016). Enligt tidigare studier angav specialistsjuksköterskor att det var svårt att bedöma doser av läkemedel till patienter vilka hade en ökad tolerans till opioider sedan tidigare. De menade att det var svårt att avgöra om den mängd smärtlindring de gav skulle hjälpa patienten under det operativa förloppet (Coluzzi, Bifulco, Cuomo, Dauri, Leonardi, Melotti et al. 2017; Forsberg, Björn, Engström och Nilsson 2018).

Studier av Blondal och Halldorsdottir (2009), Goebel, Sherbourne, Asch, Merredith, Cohen, Hagenmaier et.al. (2010), Morgan (2014) och Tei, Dreyer och Nikolajsen (2012) visade att patienter i stor utsträckning upplevde att personalen misstrodde deras smärtskattning relaterat till det kirurgiska ingrepp de genomgått eller att de behövde orimligt höga doser av smärtlindring. Nedvärderande behandling och avsaknad av förståelse var framträdande upplevelser som patienterna beskrev under sin postoperativa omvårdnad. De upplevde ingen delaktighet i behandlingen och informerades inte om val av läkemedel eller om det togs hänsyn till deras tidigare medicinering.

## **1.2 Att bedöma smärta**

De hjälpmedel som ofta används för att bedöma smärta i den postoperativa vården är Visuella Analog Skala (VAS) och Numerisk Skala (NRS). Den visuella skalan (VAS) utgörs av en linjal där ena änden börjar med siffran noll för "ingen smärta" och i den andra änden finns siffran tio för "värsta tänkbara smärta". Patienten får då bedöma sin smärta genom att markera utmed den tio cm långa linjen. Den numeriska skalan (NRS) innebär också att patienten ska bedöma sin smärta mellan siffran noll för "ingen smärta" och tio för "värsta tänkbara smärta" men här kan patienten uppge siffran verbalt eller genom att markera på den tio cm långa linjen (Vårdhandboken, 2019). Enligt Lee, Lee, Kim, Kim, Park, Tae, et.al. (2015) framkom att smärtbedömning med hjälp av VAS eller NRS begränsades av oförmågan att uttrycka de mångdimensionella aspekterna av smärta. Det sätt på vilket specialistsjuksköterskan förklarade "värsta tänkbara smärta" kunde också variera varför



patientens egen skattade smärta kunde påverkas (Lee et al. 2015). Flera andra studier visade att efter införande av bedömningsverktyg för att skatta smärta ökade intensivvårdssjuksköterskans möjlighet att identifiera, behandla och utvärdera patientens smärta. Bedömningen av smärta säkerställdes av att alla intensivvårdssjuksköterskor på enheten använde samma bedömningsverktyg. Genom att tidigt identifiera och behandla smärtan syntes förbättringar såsom kortare vårdtid på enheten och minskad mängd administrerat läkemedel (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant & Desjardins 2011; Olsen, Rustöen, Sandvik, Miaskovski, Jacobsen & Valeberg 2015; Wikström, Eriksson, Årestedt, Fridlund, Broström 2014). I tidigare studier av Blondal och Halldorsdottir (2009), Lindberg och Engström (2011), Posso, Giaretta, de Santanna, Ranzani & Gouvea (2013), Rose, Smith, Gélinas, Haslam, Dale, Luk et al. (2012), Üzar Özçetin och Hiçdurmaz (2015) ansåg sjuksköterskorna att tidig smärtlindring var avgörande i behandlingen av smärta. De beskrev att de kunde bedöma patientens upplevelse av smärta genom att se till patientens kliniska bild. De beskrev olika synliga tecken på smärta hos patienten vilka kunde vara att patienten var orolig, grät, var ångestfylld, hyperventilerade eller kallsvettades samt såg obekvämt ut. Sjuksköterskorna använde sig även av patientens vitalparametrar som kompletterande information. De upplevde att äldre patienter i större utsträckning blev oroliga, förvirrade eller aggressiva som ett uttryck för smärta. Majoriteten av sjuksköterskorna i studier av Chatchumni, Namvongprom, Eriksson och Mazaheri (2016) och Rose et al. (2012) beskrev att det var viktigt att dokumentera patientens smärta oavsett om patienten kunde kommunicera eller ej. Sjuksköterskorna använde i större utsträckning ett hjälpmedel till att skatta smärta när patienten kunde kommunicera. Många av sjuksköterskorna erfor att patientens skattade smärta under skiftet rapporterades över i liten utsträckning.

### **1.3 Långvarig smärta**

Akut smärta är en varningssignal om skada eller hot om skada. Långvarig smärta beskrivs som en smärta som kvarstår när orsaken till den akuta smärtan har försvunnit eller läkt (Jakobsson 2007). Smärta definieras som *"...en obehaglig och emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer som sådan"* (IASP 1979 s.249). Smärta på mer än 3 månader klassificeras som långvarig smärta (IASP 1979). Av hela Sveriges befolkning lider en tredjedel av långvarig smärta vilket klassificeras som det sjukdomstillstånd som skattas ge lägst livskvalitet och leder till ökad dödlighet (Erlenwein et al. 2016; Magnusson & Mannheimer 2015). Flera studier visade att mellan 10–50% av alla patienter som genomgått kirurgi drabbades av långvarig postoperativ smärta. Patienter som

utvecklade långvarig postoperativ smärta skattade vanligtvis sin smärta högre den första veckan efter operationen än de patienter vars smärta försvann när den kirurgiska åkomma läkt ut (Butrick 2016; Meissner et al. 2015; Nilsson Mjöbo 2011).

#### **1.4 Postoperativ smärta**

Akut postoperativ smärta är den smärta som uppstår i samband med ett kirurgiskt ingrepp. I samband med ingreppet orsakas en vävnadsskada och en inflammatorisk process. Samtidigt uppstår en smärtekänslighet vilken förstärks fysiologiskt av segmentella reflexer. Den postoperativa smärtan står i relation till det operativa ingreppets storlek och lokalisation och avtar normalt successivt i samband med läkningsprocessen (Meissner et al. 2015; Norrbrink & Lundeberg 2010; Nilsson Mjöbo 2011; Rawal 1999). Den upplevda smärtan beror också på psykologiska faktorer som patientens tidigare erfarenheter, rädsla och oro vilket leder till en stor individuell variation i upplevelsen (Nilsson Mjöbo 2011; Rawal 1999).

#### **1.5 Anestesisjuksköterskan**

Enligt svensk sjuksköterskeförening ansvarar anestesisjuksköterskan för den anesthesiologiska omvårdnaden av patienten från det att patienten kommer till operationsavdelningen fram till dess att patienten är färdigopererad och överflyttad till den postoperativa avdelningen. Anestesisjuksköterskan arbetar med att informera patient och anhöriga för att skapa trygghet inför operationen. Anestesisjuksköterskan ska klara av att bedöma, etablera och hålla fria luftvägar samt övervaka patientens ventilation, cirkulation, anestesiidjup och temperatur under operationen. Vidare ska anestesisjuksköterskan kunna administrera ordinerade läkemedel, observera och utvärdera effekter av dem samt dokumentera och rapportera hela det perioperativa vårdförloppet men också arbeta preventivt för att optimera patientens postoperativa återhämtning. Arbetet sker i högteknologisk miljö som ställer krav på kunskap om att handha och kunna felsöka, medicinskteknisk utrustning i samband med omvårdnaden av patienten (Svensk sjuksköterskeförening 2012a). Anestesisjuksköterskans arbete sker i huvudsak inne på operationssalen där patientflödet är kontinuerligt och rutiner utgör grunden för patientsäkerheten. Innan patientens ankomst till operationssalen har anestesisjuksköterskan noggrant kontrollerat och iordningställt de läkemedel som kommer att behövas. En förberedd operationssal skapar möjlighet för anestesisjuksköterskan att helt fokusera på patientens fysiska och psykosociala behov. Anestesisjuksköterskan har ett relativt kort vårdmöte med patienten och för att skapa en känsla av delaktighet hos patienten är det viktigt att informera patienten innan anestesi påbörjas (Aagaard, Laursen, Rasmussen &

Sörensen 2017a; Aagaard, Sörensen, Rasmusen & Laursen 2017b; Berg, Kaspersen, Unby & Hollman Freisman 2013). I de fall där patienten är vaken under en operation som utförs i regional anesthesi blir anesthesisjuksköterskan ännu viktigare för patientens psykosociala välbefinnande. Anesthesisjuksköterskan är ofta den enda person patienten kan se och interagera med under operationen och som samtidigt kan upplevas upptagen av teknisk utrustning runt patienten. Anesthesisjuksköterskan förmedlar trygghet genom att vara synlig eller ha ögonkontakt med patienten (Karlsson, Ekebergh, Mauleon & Almerud Österberg 2012; Sundqvist & Carlsson 2014).

### **1.6 Intensivvårdssjuksköterskan**

Intensivvårdssjuksköterskan har en bred kompetens relaterat till intensivvårdspatientens omvårdnadsbehov och behandling i samband med akut sviktande funktioner i vitala organ. Intensivvårdssjuksköterskan ska kunna övervaka, bedöma, utföra och utvärdera omvårdnads- och medicinska åtgärder. Vid vård av postoperativa patienter arbetar intensivvårdssjuksköterskan med att smärtlindra med mål att optimera patientens postoperativa återhämtning (Gulbrandsen & Stubberud 2009). Detta görs i ett nära samarbete med andra vilket ställer krav på intensivvårdssjuksköterskan som en del av ett professionellt team. Ett interprofessionellt team främjar vården av patienten och patientsäkerheten och dess funktion avgörs av de enskilda medlemmarnas inställning och vilja att samverka (Bjurling-Sjöberg, Wadensten, Pöder, Jansson & Nordgren 2017; Donovan, Aldrich, Gross, Barcahs, Thornton, Schell-Chaple et.al. 2018; Kvarnström 2008). I intensivvårdssjuksköterskans möte med anhöriga är det viktigt att förmedla information och skapa delaktighet. Det är också en stor utmaning för intensivvårdssjuksköterskan att ge mening till den situation som patienten befinner sig i och förmedla hopp men också att bemöta och kommunicera med patienter och anhöriga när patienten är i livets slutskede (Kisorio & Langley 2016; Wetzig & Mitchell 2017). Arbetsmiljön på intensivvårdsavdelningen är högteknologisk med avancerad medicinteknisk utrustning vilken underlättar intensivvårdssjuksköterskans arbete att övervaka och bedöma patientens tillstånd. Dock försvåras den dagliga praktiska omvårdnaden vilket skapar ett större och mer tidskrävande patientnära arbete. Intensivvårdssjuksköterskan har i sitt uppdrag en stor utmaning i att hantera införande av ny teknisk utrustning men också hantera teknisk utrustning vilken inte fungerar (Alasad 2002; Carter, Kiraly, Hochmann, Stephens & Osborne 2007; Tunlind, Granström & Engström 2015).

## **1.7 Teoretisk referensram**

Katie Erikssons omvårdnadsteori utgår från ett humanvetenskapligt perspektiv där de bärande begreppen är lidande, vårdande, människan, hälsa och värdighet. Katie Eriksson menar att patienters lidande kan delas in i olika former. *Sjukdomslidandet* kan vara smärtor eller fysiska begränsningar som patienten upplever till följd av sin sjukdom eller aktuella situation.

*Livslidandet* utgörs av följderna av sjukdom eller situation och dess påverkan på det vardagliga livet. *Vårdlidandet* utgörs av vårdssituationer där närvaro eller frånvaro av möten med vårdpersonal kan lindra eller öka patientens upplevda lidande. För att bemöta patienter med långvarig smärta behöver vårdpersonal se till hela människan och bemöta denne med respekt och ödmjukhet. Vårdandet skapas i relationen mellan patient och anestesi- och intensivvårdssjuksköterskan, där anestesi- och intensivvårdssjuksköterskans förmåga att se hela patientens aktuella lidande är avgörande för patientens välbefinnande. Lidande kan förutom smärta och sjukdom även upplevas på ett existentiellt plan (Eriksson 2018).

## **1.8 Problemformulering**

Patienter som lever med långvarig smärta upplever sig ofta otillräckligt smärtlindrade postoperativt. Denna patientgrupp har en komplex sjukdomshistoria och risken att dessa patienter inte uppmärksammas anamnestiskt kan leda till onödigt vårdlidande. I mötet mellan patient och vårdpersonal upplever ofta den här patientgruppen en misstro där deras egen skattade smärta uppfattas som överdriven av vårdpersonal. Tidigare forskning har visat att patienter med tidigare långvarig smärta, oavsett lokalisation, i större utsträckning utvecklar långvarig smärta i området för det kirurgiska ingreppet samt att otillräcklig smärtbehandling postoperativt ökar risken ytterligare. Tidigare forskning har även visat att det ofta uppstår en problematik kring hur otillräcklig smärtbehandling postoperativt kan öka graden av postoperativa infektioner. Författarna till föreliggande studie saknar tidigare forskning om specialistsjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter med långvarig smärta i samband med operativa ingrepp. Bristen på tidigare studier resulterade i att författarna vill undersöka hur specialistsjuksköterskor inom anestesi och intensivvård har erfarenhet av att vårda denna patientkategori preoperativt, intraoperativt och postoperativt.

## **1.9 Syfte**

Syftet var att beskriva anestesi- och intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av att perioperativt vårda patienter med långvarig smärta.

## **2 Metod**

### **2.1 Design**

Studien är en intervjustudie med en kvalitativ ansats och beskrivande design (Polit & Beck 2017).

### **2.2 Urvalskriterier och undersökningsgrupp**

Studien genomfördes på en anestesiavdelning på ett sjukhus i Mellansverige med operationsavdelning, intensivvårdsavdelning (IVA) och uppvakningsavdelning (UVA). Operationsavdelningen bestod av 12 operationssalar och där bedrevs dygnet-runt-verksamhet med möjlighet till både planerade och akuta operationer. Avdelningen hade 38 hel- eller deltidsanställda anestesisyterskor som ansvarade för patientens omvårdnad i samband med patientens operation på operationsavdelningen. Efter avslutad operation flyttades patienten över till den postoperativa enheten, som kunde vara både UVA och IVA. Patientens övervakningsbehov avgjorde val av enhet. UVA hade 20 vårdplatser. De specialistutbildade sjuksköterskorna på UVA bestod av 12 anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor vilka ansvarade för patientens postoperativa omvårdnad. UVA bedrev dygnet-runt-verksamhet under vardagar med delvis öppet under helgen. IVA hade åtta vårdplatser och där arbetade 28 intensivvårdssjuksköterskor med ansvar för intensivvårdspatientens omvårdnad. På helger och jourtid när UVA var stängt transporterades den postoperativa patienten till IVA. Deltagarna valdes ut med ändamålsenligt urval eftersom studien krävde att deltagarna hade egen erfarenhet av patientgruppen för att kunna besvara studiens syfte (Polit och Beck, 2017). Inklusionskriterier var anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor i aktiv tjänstgöring med erfarenhet av att arbeta med den tilltänkta patientgruppen. Deltagarna skulle ha arbetat i mer än ett år på respektive enhet och var tillgängliga för att delta i en intervju. Exklusionskriterier för deltagarna var anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor vilka var föräldra- eller tjänstledighet samt de med administrativ tjänstgöring. Deltagarna i studien var anesthesisyterskor vilka arbetade på operationsavdelningen samt anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor som arbetade på IVA och UVA. Samtliga deltagare var kvinnor i åldrarna 30 till 67 år där medianvärdet för ålder var 42 år. Deltagarna hade arbetat som sjuksköterska i mellan sju och 40 år med medianvärdet 20 år som grundutbildad sjuksköterska. Deltagarna hade arbetat som specialistsjuksköterska mellan 1,5 och 33 år med medianvärdet 10 år. På den avdelning där de arbetade vid tillfället för respektive intervju hade samtliga arbetat minst ett år och den som arbetat längst på samma avdelning hade varit där i 20 år. Medianen för hur länge deltagarna arbetat på aktuell avdelning var fyra år.

Samtliga deltagare som från början valde att delta i studien fullföljde sin medverkan. Då ingen valde att avbryta under studiens gång finns inget bortfall ur studien.

### 2.3 Datainsamlingsmetod

Två fiktiva patientfall med klinisk diagnos och läkemedelslista, designades av författarna med hjälp av en intensivvårdssjuksköterska på en smärtenhet (se tabell 1). Detta för att presentera patientfall som representerar patientgruppen vilka lever med långvarig smärta. Vinjetterna är framtagna för att få deltagarna att reflektera och förmedla sina egna upplevelser och erfarenheter kring patientgruppen med långvarig smärta.

**Tabell 1.** Beskrivning av vinjetterna (patientfall 1 och 2).

<b>Patientfall 1 (Vinjett 1)</b>	<b>Patientfall 2 (Vinjett 2)</b>
<p><b>S:</b> Anna född 1993</p> <p><b>B:</b> Endometriosis, diagnosticerat 2012. Har sedan sjukdomsdebuten stått på fulldos T.Alvedon och opioider. Relaterat till att sjukdomen går i skov har dosen av opioider varit tidvis hög. Står också på T.Oxycodone 10mg x2 och K.Oxynorm 5mg vb. max x 3/dygn. Använder i hemmet TENS (Transkutan Elektrisk Nervstimulering) med god effekt.</p> <p><b>A:</b> Kommer in via akuten pga appendicit. Opereras och kommer till UVA postoperativt. Det är gjort en laparoskopisk appendektomi utan komplikationer. Anna skattar 8–9 i VAS. Hon är motoriskt mycket orolig och jämrar sig högljutt.</p>	<p><b>S:</b> Ove född 1946</p> <p><b>B:</b> Första kontakt med vården år 2000 pga ryggsmärta. Har opererats på Spinecenter x 2. Nu utan möjlighet till vidare åtgärd. Diskbräck med sammanväxning av kotorna L1 och L2. Stelopererad i L3 och L4. Ove har en ständig smärta från ländryggen med känselbortfall och köldkänsla i fötterna. Ove har en SCS- en baksträngsstimulator, med någon effekt. Ove står på fulldos T.Alvedon, T.Oxycontin 5mgx2, T.Metadon 5mgx2 samt T.Klonidin.</p> <p><b>A:</b> Kommer in för planerad operation av navelbräck. Ove skattar VAS 8–9. Han är gråblek i ansiktet, sammanbiten och ligger blick stilla.</p>

Författarna utformade tillsammans en intervjuguide med semistrukturerade frågor (Graneheim & Lundman 2004). För att öka tillförlitligheten och säkerställa att svaren på intervjufrågorna svarade på syftet gjordes en provintervju med en intensivvårdssjuksköterska som uppfyllde inklusionskriterierna för att delta i studien. Efter prov-intervjun reviderades syftet och två frågor tillkom i intervjuguiden, ”Vad väcker det för känslor” och ”Kommer du ihåg någon egen vårdsituation i samband med att vi pratar om det här”. Författarna genomförde en ny provintervju med en anestesijüksköterska där svaren på intervjufrågorna tydligare svarade på syftet vilket gjorde att den andra prov-intervjun kunde inkluderas i

studien. Intervjuerna genomfördes med en presentation av de två vinjetterna vilket följdes upp av en semistrukturerad intervju med sex frågor och följdfrågor för utförligare beskrivning och förtydligande vilket ökar tillförlitligheten. Frågor som ställdes under intervjun var: *”Hur upplever du när du ska vårda patienter som Anna och Ove”, ”Vad väcker det för känslor”, ”Relaterat till patientfallen i vinjett ett och två, hur skulle du ha agerat i dessa situationer”, “Hur upplever du att vårda patienter med långvarig smärta jämfört med patienter utan långvarig smärta?”, “Hur anser du att patienter med långvarig smärta bör vårdas pre-intra- och postoperativt?”* och slutligen *”Kommer du ihåg någon egen vårdsituation i samband med att vi pratar om det här”*. För att utveckla och förtydliga svaren ställdes följdfrågor som *“På vilket sätt?”, “Hur kände du då?”* och *“Vad tänkte du då?”*.

## **2.4 Tillvägagångssätt**

Ansökan om tillstånd för studien skickades till verksamhetschefen för anestesikliniken på ett sjukhus i Mellansverige. När ansökan blivit godkänd kontaktades respektive vårdenhetschef för anestesiklinikens tre avdelningar: operations-, intensivvårds- och uppvakningsavdelningen för att få hjälp att via mail vidarebefordra informationsbrev och förfrågan om deltagande. Detta mail skickades ut till samtliga anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. För deltagarnas fortsatta konfidentialitet fanns författarnas kontaktuppgifter i informationsbrevet och svar gavs endast till författarna utan insyn från respektive vårdenhetschef. Av de tillfrågade specialistsjuksköterskorna tackade 18 ja till att delta i studien. För att få en jämn fördelning över avdelningarna valdes de första 15 deltagarna ut där varje avdelning representerades av fem deltagare vardera. Av deltagarna var fem utbildade anesthesisjuksköterskor, sju utbildade intensivvårdssjuksköterskor och tre hade både anesthesi- och intensivvårdsutbildning. Samtliga intervjuer genomfördes inom deltagarnas arbetstid och på lämplig plats efter överenskommelse med varje deltagare. Av 15 intervjuer genomfördes 11 av båda författarna där den ena författaren intervjuade och den andra författaren dokumenterade kontexten i varje enskild intervjusituation. Resterande fyra intervjuer fördelades mellan författarna vilka genomförde två intervjuer vardera. Även här dokumenterades kontexten i intervjusituationen. Intervjuerna tog mellan 20–50 minuter med ett medianvärde på 23 minuter. Insamling av data gjordes från och med 10 december 2018 till och med 25 januari 2019. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon samt en diktafon med Mp3 spelare. Intervjuerna transkriberades ordagrant för ytterligare tillförlitlighet och jämfördes sedan mot ljudfilerna under

genomlyssningen. Ljudfilerna flyttades över på ett USB minne och filerna på mobil och MP3 enhet destruerades. USB minnet förvaras inlåst under rekommenderad tid.

## 2.5 Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys utfördes enligt Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant för att öka studien tillförlitlighet enligt Polit och Beck (2017). Transkriberingarna lästes flera gånger och analyserades av båda författarna. Texterna analyserades utifrån syftet och vidare identifierades meningsbärande enheter vilka kondenserades ner och benämndes med koder, subkategorier och kategorier. Materialet färgkodades och presenterades och granskades av flera personer under handledningsträffar vilket stärker studiens giltighet och tillförlitlighet. En meningsbärande enhet består av ord och uttalanden vilka relaterar ett centralt innehåll i texten. De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att med mindre text behålla hela innehållet. Koderna visar textens centrala budskap. Koderna samlas under ett antal subkategorier och kategorier vars manifesta innehåll svarar mot studiens syfte (se tabell 2).

**Tabell 2.** Exempel på analysprocessen från meningsbärande enheter till kod, subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman 2004).

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategorier
”men det som är viktigt är att dom är informerad hur de kan komma att må efteråt. Att det inte kommer som en chock. Oftast så tänker dom att jag trodde aldrig att det skulle vara så här ont jag kunde aldrig tänka mig att det skulle vara så här”.	Det är viktigt med information till patienterna inför operation om hur de förväntas må	Information om förväntad postoperativ smärta	Att vårda en förberedd patient	Att vara förberedd
”Det kan vara svårt att läsa av patienten ibland. Alla har olika sätt att uttrycka sig och ibland vet man inte riktigt vart man har patienten”.	Patienten kan vara svår att tolka och läsa av	Frustration i att inte kunna kommunicera		Att känna sig otillräcklig

## 2.6 Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden har gjorts enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002). I enlighet med informationskravet informerades deltagarna i studien både skriftligt



och muntligt om syftet med studien samt att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde välja att avstå från att delta i studien. Inför varje enskild intervju skrev deltagaren under en samtyckesblankett i enlighet med samtyckeskravet. Deltagarna behöll ett exemplar av samtyckesblanketten och författarna förvarade ett exemplar tillsammans med övrigt material till studien. Författarna informerade deltagarna om att författarna har ett ansvar över att det insamlade materialet är avidentifierat och att deltagarnas personuppgifter behandlas konfidentiellt under tiden för arbetet med studien. Vidare ansvarar författarna för att USB-stickan med ljudfiler förvaras inlåst under rekommenderad tid i enlighet med konfidentialitetskravet. Författarna tar i enlighet med nyttjandekravet ansvar för att allt insamlat material samt uppgifter endast används till föreliggande studie och inte kommer att användas eller lånas ut för icke-vetenskapliga syften eller för kommersiellt bruk. Relaterat till undersökningsgrupp föreligger inget beroendeförhållande. Då studien endast handlar om specialistsjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med långvarig smärta har ingen ansökan till Forskningsetiska Rådet gjorts.

### 3 Resultat

Resultatet bygger på fem kategorier, *"Att vara förberedd"*, *"Att vården är komplex och kunskapskrävande"*, *"Att ha ett professionellt samarbete"*, *"Att känna sig otillräcklig"* och *"Att bemöta patienten"*. Kategorierna bygger på sex subkategorier vilka presenteras i tabell 3. Resultatet presenteras i löpande text med citat vilka förtydligar subkategoriernas innebörd. Efter varje citat finns en siffra vilken hänvisar till den deltagare som informationen kommer ifrån.

**Tabell 3.** Kategorier och subkategorier som framkommit under analysprocessen.

Kategori	Subkategorier
Att vara förberedd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att ha en plan</li> <li>• Att vara mentalt förberedd</li> <li>• Att vårda en förberedd och delaktig patient</li> </ul>
Att vården är komplex och kunskapskrävande	
Att ha ett professionellt samarbete	
Att känna sig otillräcklig	

Att bemöta patienten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att ge personlig kontakt och tid</li><li>• Att vara professionell</li><li>• Att ha förutfattade meningar och misstro patienten</li></ul>
----------------------	--



### 3.1 Att vara förberedd

#### 3.1.1 Att ha en plan

De intervjuade specialistsjuksköterskorna påpekade behovet av att identifiera patienter med långvarig smärta före operationen. Det framkom att de upplevde en brist i att de parametrar som styrde över hur patienten bedömdes inför anestesi och operation inte tog hänsyn till tidigare smärta i anamnesen. Här framhöll specialistsjuksköterskorna att det fanns en stor risk att smärtanamnesen kunde missas i den preoperativa bedömningen. De betonade att det var viktigt att det fanns en plan att luta sig mot med en behandlingsstrategi vilken inkluderar ordinerade läkemedelsdoser. Om patienten inte uppmärksammades preoperativt behandlades patienten enligt de rutiner som fanns för det operativa ingreppet med standardiserade doser av läkemedel. Specialistsjuksköterskor påtalade att patienter som kom in akut riskerade att passera i flödet utan att det uppmärksammades att det var en patient med långvarig smärta i anamnesen samt att detta i större utsträckning resulterade i att patienten fick smärtgenombrott postoperativt på UVA. Samtliga intervjuade specialistsjuksköterskor erfor att risken för postoperativ smärta ökade om plan för smärtbehandling saknades samt att de gånger det fanns en plan preoperativt skulle den utvärderas och optimeras under patientens vårdförlopp. De ansåg att behandlingen av patienter med långvarig smärta begränsades av bristande ordinationer och till viss del även av läkarnas bristande erfarenhet.

*”Men det måste ju vara att dom på preopmottagningen är mera på tårna och börjar redan där och prata om att man ska ha en strategi och att man följer den linjen tills det inte funkar då och då får man väl omvärdera det hela.” (3)*

Specialistsjuksköterskorna upplevde också att en del patienter med långvarig smärta var bättre grundmedicinerade eftersom de ofta hade en pågående vårdkontakt med smärtkliniken. Den kontakten förbättrade planeringen kring patientens smärtbehandling under det operativa förloppet.

*”...om man har en långvarig smärtproblematik så har man kanske kontakt med smärtmottagningen och att man kanske tar den vägen också preoperativt.” (2)*

Specialistsjuksköterskorna menade att dokumentation är viktigt. Den skapar förutsättningar för patientens omvårdnad under patientens pågående vårdtillfälle samt inför framtida vårdkontakter.

*”Vad funkade och vad funkade sämre..så är det ju superbra om man skriver en plan eller ett recept på nåt sätt. Så här gjorde vi för då kan man gå in i journalen efteråt och läsa hur ont hade hon då? Han hade ju tydligen inte alls ont...Då gör vi på exakt samma sätt eller så modifierar vi lite grann om det är nån annan form av operation men vi använder oss av kunskap som nån redan har tagit reda på en gång i tiden.” (11)*

Anestesisjuksköterskans mål är alltid att patienten ska vakna smärtfri enligt de intervjuade specialistsjuksköterskorna. De påtalade att det var viktigt att redan vid patientens ankomst till operationsavdelningen planera och påbörja smärtbehandlingen för den postoperativa vården. Samtliga specialistsjuksköterskor framhöll betydelsen av att den plan som upprättades måste sträcka sig över hela vårdförloppet. Den här patientgruppen, ansågs kräva individuell planering på grund av patienternas behov av höga doser av läkemedel. De menade att planen skulle göras av anestesilog och gärna tillsammans med smärteamet.

*“Att det finns en plan från början. Så att man inte står där och har vas 8-9 när vi vaknar. Att vi redan innan att narkosläkaren framför allt har en plan från början. Att det inte bara ska vara jag som narkossköterska som tänker till och liksom fångar den här bollen.” (10)*

Den detaljerade planen med tydliga ordinationer tillsammans med bra information och anamnestisk kunskap skapade förutsättningar och trygghet i att administrera höga doser läkemedel och ge en bra vård. Specialistsjuksköterskorna betonade att brist på strategi och ordinationer skapade dåliga förutsättningar för specialistsjuksköterskans möjlighet att ge god omvårdnad.

*” Ibland så kommer dom och så har dom en plan som räcker hela vägen, ibland finns det ingen plan alls ibland finns det en plan som räcker till op och inte ut till UVA och definitivt inte till avdelningen så det liksom finns olika modeller på det där. Eeh...det finns stora utvecklingsmöjligheter där och jobba på.” (12)*

Specialistsjuksköterskorna underströk möjligheten att planera och diskutera upplägget under ett morgonmöte för att optimera vården av patienter med långvarig smärta. Planeringen gjorde det möjligt att fördela patienterna under dagen för att skapa de förutsättningar specialistsjuksköterskan behövde för att ge en bra vård.

### **3.1.2 Att vara mentalt förberedd**

Specialistsjuksköterskorna som intervjuats ansåg att de behövde få information och förbereda sig mentalt inför mötet med den här patientgruppen. De menade att om det i journalen

framkom att patienten stod på höga doser av läkemedel mot smärta visade det att det inte var någon lätt patient. De hade tidigare erfarenhet av att behandlingen av patienter med långvarig smärta var problematisk vilket gjorde att omvårdnaden krävde mer energi och merarbete. Det kunde upplevas som jobbigt men var också en utmaning i att kunna göra ett bra jobb.

*”ja vet jag att jag ska få sådana här patienter.. jag ska ärligt säga att ja.. ladda lite extra för det kräver att du ska vara fokuserad du lär vara .. du lär ta dig tid och du måste ha empatin och förståelsen. För har du en dålig dag på jobbet ska du inte ha såna här patienter för då kan du inte bemöta dom professionellt. För dom kräver det. Så min känsla är att jag måste tagga upp och att jag måste känna mig tillfreds och att jag måste...ge det där extra.” (1)*

Specialistsjuksköterskorna erfor att smärta inte var ett problem på operationsavdelningen men blev ett problem postoperativt. En indikation för en ökad toleransnivå hos patienten kunde visa sig i att patienten krävde högre doser läkemedel än förväntat vid start av anestesi. Det ledde till ett behov av eftertanke på val av läkemedel och doser och här måste anestesisjuksköterskan tänka brett och inte följa gängse rutin. De menade vidare att det var viktigt att patienten fick tillräckliga doser under operation för att uppnå smärtlindring postoperativt och att det var viktigt att vara förberedd på att läkemedel och doser inte är som för den vanlige postoperativa patienten.

Specialistsjuksköterskornas erfarenhet visade att patienter med långvarig smärta kunde vara svårbehandlade då många av patienterna lever med en hypersensitisering. Patientens grundsmärta plus den akuta smärtan efter det operativa ingreppet gjorde det mer komplicerat att smärtlindra patienten. De upplevde att det ofta blev en balansgång mellan höga läkemedelsdosor och att upprätthålla patientens vitala funktioner. Specialistsjuksköterskorna ansåg att eftersom det finns bra beredskap och möjlighet till monitorering på den postoperativa avdelningen, skapade det en trygghet i att administrera höga doser läkemedel även om patientens andning påverkades.

*”Men det är ju toppen att jobba här...vi har ju liksom övervakningen. Det är väl bara att spruta och är det så att dom slutar andas då så är det inga problem tänkte jag säga..men då kan vi ju ta hand om det här.” (7)*

### **3.1.3 Att vårda en förberedd och delaktig patient**

Specialistsjuksköterskorna ansåg att patienter med långvarig smärta krävde god förberedelse eftersom det utöver deras grundsmärta nu tillkom smärta från det kirurgiska ingreppet. De menade att det var viktigt att inte lova smärtfrihet efter operationen. Postoperativ smärta är vanligt och målsättningen var att lindra den tillförda smärtan.

*"...men det som är viktigt är att dom är informerade hur de kan komma att må efteråt. Att det inte kommer som en chock. Oftast så tänker dom att jag trodde aldrig att det skulle vara så här ont, jag kunde aldrig tänka mig att det skulle vara så här. Att dom får vara mentalt förberedda på att dom kommer att uppleva en större smärta....än en genomsnittlig postop-patient." (1)*

Specialistsjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att patienten var informerad om att postoperativ smärta var att förvänta sig. De såg vikten av att med information göra patienten delaktig och om möjligt utforma planen tillsammans med patienten.

Specialistsjuksköterskorna erfor att bristande eller felaktig information preoperativt skapade oro och rädsla vilket ibland var grunden till patientens upplevda smärta. De beskrev ett behov av att förklara för patienten vad skattad smärta innebar enligt VAS. Det för att ge specialistsjuksköterskorna och patienten samma förutsättningar vilket leder till en gemensam bild av skattad smärta.

*"Som jag sa då tidigare att man försöker informera så mycket som möjligt om olika saker. Kan patienten smärtskalan tror du när dom kommer? Vet dom vad vi pratar om? Många gånger tror jag inte att dom vet. Och det kan ju vara...det är där jag menar att man skulle kunna i förebyggande syfte då ge en bra information." (13)*

### **3.2 Att vården är komplex och kunskapskrävande**

Samtliga intervjuade specialistsjuksköterskor menade att när kända smärtpatienter ska planeras för operation bör smärtenhetens läkare och smärtsjuksköterskor ansvara för patienten då de redan har både anamnestisk kunskap och en relation till patienten. Smärtenheten kan då vara involverade i patientens smärtbehandling under hela vårdförloppet. Specialistsjuksköterskorna upplevde att smärtenheten sällan kontaktades vid akuta operationer på grund av att akuta patienter bedömdes och opererades inom en kortare tidsram. De framhöll att patienter med långvarig smärta har en ökad känslighet för smärta vilken kan triggas av det operativa ingreppet och den nytillkomna smärtan. Det medförde att dessa patienter i större utsträckning kunde uppleva kraftigare smärta postoperativt än vad som var normalt för ingreppet. Specialistsjuksköterskorna betonade vikten av att arbeta profylaktiskt och deras tidigare erfarenhet visade att det är viktigt att tänka brett och att bryta smärtan tidigt. Specialistsjuksköterskor ansåg att smärta generellt är komplext eftersom den kan vara både fysiskt och psykiskt betingad. De menade att smärtan påverkas av patientens tidigare upplevelser och att den psykiska delen av smärtan är svår att lindra.

*"...det är inte bara kroppslig smärta utan det är själslig smärta många gånger ..ja...så att man ..det gäller ju både att skilja på dom och behandla båda sorterna. Om jag säger så då..." (12)*

Specialistsjuksköterskorna ansåg att det var komplicerat att vårda patienter med långvarig smärta. De menade att med mer kunskap och erfarenhet vore de mer bekväma i vården av patienter med långvarig smärta. Eftersom patienterna kräver högre doser läkemedel än förväntat blev det ibland svårt att avgöra om den uteblivna förväntade effekten berodde på toleransutveckling eller en kirurgisk komplikation.

*".. så skulle jag nog börja med att försöka ge nåt smärtstillande och har inte det nån.. har inte den förväntad effekt så skulle jag nog börja kolla upp när det gäller bukstatus och känna mig för liksom, har det hänt nånting som gör att det här..att det gör så här jäkla ont?" (13)*

Specialistsjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att göra en individuell bedömning och frångå normala rutiner eftersom dessa patienter skiljer sig från den normala patienten. Vidare betonade de att det var svårt att bedöma patientens smärta genom att se till den kliniska bilden av patienten. Specialistsjuksköterskorna gav uttryck för att de i större utsträckning behövde göra egna bedömningar kring patientens smärtbehandling när smärtenheten var stängd, på jourtid och helger. De ansåg att patienter med långvarig smärta riskerade att underbehandlas gällande läkemedel av både läkare och sjuksköterskor.

Specialistsjuksköterskorna erfor att vid höga doser opioider i anamnesen krävdes höga doser eller andra läkemedel för att uppnå effekt i den postoperativa smärtbehandlingen. Därför ansåg specialistsjuksköterskorna att patienten bör ha fått sin grundmedicinering innan ankomst till operation vilken skulle utgöra grunden för den postoperativa smärtlindringen och underlätta den fortsatta behandlingen.

*"Man kan ju tänka att eftersom dom står på så mycket smärtstillande så har de redan en grund och att det är viktigt att behålla den i första hand och sedan bygga på för att ta bort det värsta av smärtan som har tillkommit i och med det här nya som har hänt." (15)*

Specialistsjuksköterskorna efterfrågade i stor utsträckning regional anestesi och blockader vilka medför att patienten inte behöver lika mycket smärtstillande läkemedel postoperativt. Specialistsjuksköterskorna betonade att när patienten fått regional anestesi och blockader var det viktigt med ordinationer för läkemedel att ge för att möta smärtan i tid när effekten av blockaden avtog.

*"Och sen så ska man nog göra så optimalt som möjligt under operationen med smärtlindring. Gärna lokalt och blockader och vad man nu kan hitta på för nånting. Man ska ta hela arsenalen om man tycker att man behöver. Eller kan ..och då kanske man inte behöver ge så mycket krut postoperativt." (13)*

Specialistsjuksköterskorna menade att det fanns en skillnad i val av läkemedel i behandlingen av patienten beroende på om patienten planerades för hemgång eller till vårdavdelning. Om

patienten planeras till vårdavdelning på sjukhuset togs inte hänsyn till läkemedelsdosering och halveringstid i samma utsträckning.

### **3.3 Att ha ett professionellt samarbete**

Specialistsjuksköterskorna betonade vikten av att det vanligtvis var anestesiologen vilken styrde behandlingen och därför behövde involveras för att få en bra strategi. De menade vidare att samarbetet mellan läkare och specialistsjuksköterska var viktigt för att optimera smärtbehandlingen vilken kunde påbörjas redan inne på operationsavdelningen. När smärtbehandlingen blir otillräcklig upplevde specialistsjuksköterskorna att de behövde hjälp och stöd från läkaren. De erfor att bristen på respons och uteblivet läkarstöd skapade problem i omvårdnaden av patienten. Specialistsjuksköterskorna ansåg att erfarenhet och kompetens men även intresse varierade hos läkarna vilket påverkade val av strategi.

Specialistsjuksköterskorna efterfrågade kompetensen från smärtteamet för konsultation i smärtbehandlingen när befintlig behandling var otillräcklig. De erfor också att mer erfarna läkare var mer bekväma att ordinera höga doser och kombinationer av läkemedel.

*”Sen tror jag att det handlar om erfarenhet hos narkosläkarna. Absolut det tror jag, erfarenhet... Och då blir det ju okunskap... Erfarenhet och okunskap. Och sen kanske intresse också. Vissa är.... mer intresserade och ser det här som ett stort problem och vissa inte.”(9)*

Samtliga specialistsjuksköterskor efterfrågade en tydlighet i överrapporteringen av patienten. Det upplevdes som viktigt att alla beslut rörande behandlingen samt eventuella överenskommelser mellan personal och patient framgick tydligt i överrapporteringen och att specialistsjuksköterskan skulle vara insatt i patientens situation. Specialistsjuksköterskorna identifierade också en brist i att inte få återkoppling gällande den smärtbehandling som påbörjades på operationsavdelningen och hur den hade effekt för patienten postoperativt. De upplevde att en återkoppling skulle kunna bidra till en ökad utveckling i smärtbehandling på operationsavdelningen

### **3.4 Att känna sig otillräcklig**

Samtliga specialistsjuksköterskor upplevde att vården av patienter med långvarig smärta väckte många olika känslor och reaktioner. Patientgruppen upplevdes som komplicerad och svår att vårda men framkallade även känslor av uppgivenhet och maktlöshet i att det var svårt att hjälpa patienterna. Det beskrevs som psykiskt jobbigt att vårda den här patientgruppen. Specialistsjuksköterskorna beskrev en känsla av kontrollförlust i den svåra situation som uppstod i att vårda patienter med svår smärta. De upplevde en frustration när patienten var

synbart smärtpåverkade. Det skapade känslor av obehag och ovisshet i att inte veta om de läkemedel och omvårdnadsåtgärder som utfördes skulle lindra patientens smärta.

*"...man får inte bukt med smärtan alltså det är frustrerande när man inte kan hjälpa när ingenting funkar det känns lite hopplöst. Faktiskt...så jag tycker det är jobbigt. Med smärtpatienter." (5)*

Specialistsjuksköterskorna upplevde ibland att det kunde vara svårt att veta vad smärtan orsakades av vilket gav upphov till känslor av tveksamhet. Många gånger upplevde de känslor av frustration och maktlöshet i de fall där smärtlindringen misslyckades. De beskrev en frustration då de upplevde att läkarna hade en annan syn på patientens situation och behov men även att läkarna ibland valde att avvakta eller inte hade tid.

*"Och ibland kan jag bli frustrerad på läkarna också för att det känns om att man måste tjata på dom. Man får ...alltså oftast är det att nej men vi väntar lite. Ibland känns det som att man inte orkar vänta. Men jag behöver hjälp nu, jag vill ha andra förslag."(5)*

Specialistsjuksköterskorna gav också uttryck för frustration i de situationer när de upplevt att patienten har lagt sig i vården. Vidare beskrevs att patienterna ibland upplevdes som gnälliga vilket ledde till att specialistsjuksköterskorna kände sig frustrerade.

Anestesisjuksköterskorna beskrev en rädsla och osäkerhet inför att patienter med långvarig smärta skulle vakna upp och inte vara tillräckligt smärtlindrade eftersom smärtan då var svår att bryta. Specialistsjuksköterskorna upplevde det frustrerande att inte kunna hjälpa och känslan av att inte ha gjort ett bra jobb fanns där. De beskrev att sparsamma ordinationer ofta orsakade att patienten blev missnöjd och ibland ledsen på grund av bristfällig smärtlindring. Detta bidrog till känslor av oro och otillräcklighet hos specialistsjuksköterskorna.

*"När jag inte kan göra så att patienten mår bra. Det är frustrerande faktiskt..jag menar vi är ju inte här..alla jobbar ju inom sjukvården av en orsak liksom så jag menar man vill ju att patienterna ska ha det bra i den möjligaste mån det går. Man vill ju inte att dom ska ligga och skrika av smärta direkt eller. Det är inget roligt. Jag tycker det är lite jobbigt faktiskt och man känner att man har gjort allt. Det är också jobbigt när man söker läkare och dom inte har tid och det finns inga ordinationer och det blir ett mer jobb och patienten ligger och har ont." (2)*

### **3.5 Att bemöta patienten**

#### **3.5.1 Att ge personlig kontakt och tid**

Specialistsjuksköterskorna erfor att genom att lyssna på patienten och ta hänsyn till patientens tidigare erfarenheter så blir patienten bekräftad. Specialistsjuksköterskorna beskrev att de om



möjligt ska ge extra tid och visa empati vilket lindrar och förebygger patientens upplevelse av smärta, oro och ångest.

*“Jag tror att det kan hjälpa deras smärta lite grann att man är förstående för att försöka få ner deras oro lite grann. För oro kan ju också göra att man upplever att det gör mer ont.” (14)*

Specialistsjuksköterskorna beskrev vidare vikten av att vara öppen för att patienten var expert på sin egen smärta och var insatt i sin behandling samt att specialistsjuksköterskan borde ta vara på patientens kunskap och göra patienten delaktig. De menade att en trygg patient var lättare att göra delaktig och därmed mer benägen att våga säga till vid upplevd smärta. De beskrev att patienter med långvarig smärta i större utsträckning hade ett behov av att ha personal i närheten under den postoperativa vårdtiden.

*“Oftast försöker vi ju skicka en undersköterska dit och sitta om det går... Men man försöker ju alltid hitta sätt att lösa det. Och sen ganska ofta om inte annat så har dom ju nån anhörig som sitter där och då vet man att dom är ju inte helt själv. Men man försöker hitta nån som kan sitta där i alla fall.” (5)*

Samtliga intervjuade specialistsjuksköterskor upplevde att patienter med långvarig smärta tog mer av den enskilda specialistsjuksköterskans tid. Patienterna krävde även mer potentia läkemedel med längre duration vilket medförde att tiden för avancerad övervakning postoperativt blev förlängd. Det gav upphov till ett merarbete vilket specialistsjuksköterskorna upplevde tog mer resurser.

*“För det är ju jobbigt dels blir det förlängd postoperativ tid det blir oroligt det är nån som ligger och har ont..det är ju personalkrävande det är ju liksom bara problem om man inte får en bra smärtlindring. Det är ju ingen trevlig upplevelse för patienten heller.”(6)*

### **3.5.2 Att vara professionell**

Specialistsjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att ha ett professionellt förhållningssätt i mötet med patienten. Att tro på patienten och undvika att ha en förutfattad mening i mötet med smärtpatienter och att lita på att patienterna var ärliga i sin smärta genom att ta hänsyn till patientens integritet. Specialistsjuksköterskorna ansåg att det måste finnas en förförståelse för hur patientens livskvalitet i vardagen påverkats av att leva med långvarig smärta. De påtalade vikten av att kunna visa empati och sympati med patienterna. De ansåg vidare att deras roll var att lindra patienternas smärta och genom att vara öppen för patientens individuella behov och få patientens förtroende kan patienten bli nöjd trots smärtan.

*“Jaa..vissa patienter som har haft smärta väldigt länge så tror jag att smärtan har tagit upp sånt stort fokus av deras liv under så lång tid vilket är helt förståeligt men så att det liksom eh..det är som att vissa av dom här*

*patienterna inte kan tänka på annat än just sin smärta och det tror jag är jättesvårt när man inte har upplevt den smärtan att sätta sig in i hur det faktiskt är.” (4)*

### **3.5.3 Att ha förutfattade meningar och misstro patienten**

Specialistsjuksköterskorna beskrev att personalens egna värderingar syns i omvårdnaden av patienten. De menade att det ibland fanns en attityd i personalgruppen vilken drabbade patienten och att både erfarenhet och fördomar låg till grund för en förförståelse av patienten som inte speglade verkligheten. De underströk vikten av att överrapporteringen mellan sjukvårdspersonal ska vara professionell och utan egna värderingar. De ansåg att egna värderingar har en negativ inverkan på den förmedlade rapporten och specialistsjuksköterskan som tar emot den. Vidare ansåg specialistsjuksköterskorna att patienter med långvarig smärta väckte tankar om att det kunde bli svårt och skapa ett merarbete vilket påverkade specialistsjuksköterskans inställning till patienten.

*”...det var inte första gången postoperativt som det var bekymmer med smärta och man inte visste riktig vad man skulle göra liksom och det känns ju jaa...när man redan innan vet att det kommer att bli så postoperativt så kan som sköterska känna redan att det kommer att bli svårt med den här patienten redan innan man har träffat den. Och det kan ju också påverka mig hur jag liksom bemöter alltså att jag redan från början tänker att det här kommer att bli en svår patient.” (4)*

Specialistsjuksköterskorna erfor att patienterna mötte fördomar överallt i vården och var vana att uppfattas som jobbiga. Vidare lyfte de aspekten av att vara medveten om sina fördomar, vilket kunde skapa förutsättningar för reflektion och ett sätt att höja vårdkvaliteten. Många specialistsjuksköterskor beskrev en misstro till patientens egen skattade nivå av smärta i förhållande till det operativa ingreppet. De erfor att patienter med långvarig smärta ofta fått kämpa för att få förståelse i sin situation och att vårdpersonal ofta tror att patienten överdriver sin smärta.

*” Nej det är ju lite jobbigt om det känns ju liksom jaha ..hur kan man skatta så högt när man ligger och sover? Eller om man tittar på tv det blir ju liksom lite ja..problem så att säga.” (6)*

Specialistsjuksköterskorna beskrev att okunskap och oförståelse för bakomliggande orsaker ledde till att patienten lättare blev misstrodd. De framhöll problematiken kring att det inom vården ibland uppstår en misstanke om att patienten skattar sin smärta högre för att få mer läkemedel i syfte att tillfredsställa ett missbruk.

## **4 Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Syftet med studien var att beskriva anestesi- och intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av att perioperativt vårda patienter med långvarig smärta.

I studiens resultat framkom fem kategorier *att vara förberedd, att vården är komplex och kunskapskrävande, att ha ett professionellt samarbete, att känna sig otillräcklig och att bemöta patienten*. Specialistsjuksköterskornas erfarenhet visade att en tydlig plan och tydliga läkemedelsordinationer gav specialistsjuksköterskorna möjlighet att förbereda sig. Detta tillsammans med en mer informerad och delaktig patient förbättrade den postoperativa smärtbehandlingen. Genom att ge extra tid till patienter med långvarig smärta minskade deras upplevelse av smärta, oro och ångest. Specialistsjuksköterskorna efterfrågade utbildning i smärtbehandling och en tydligare kontakt med smärtkliniken. Specialistsjuksköterskorna menade att det var viktigt att ha ett bra samarbete med läkarna för att optimera och påbörja smärtbehandlingen i tid. Specialistsjuksköterskorna erfor att patienter med långvarig smärta riskerade att underbehandlas. I de fall där smärtlindringen misslyckades beskrevs känslor av frustration och maktlöshet.

### **4.2 Resultatdiskussion**

Diskussionen bygger på de fem kategorier som framkom i resultatet, *att vara förberedd, att vården är komplex och kunskapskrävande, att ha ett professionellt samarbete, att känna sig otillräcklig samt att bemöta patienten*.

#### **4.2.1 Att vara förberedd**

##### **4.2.1.1 Att ha en plan**

Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att den preoperativa bedömningen utgjorde en viktig del i planeringen av patientens hela operativa förlopp och styrde val av läkemedel. Det syntes ett stort behov av att identifiera patienter med långvarig smärta men de betonade att patientens smärtproblematik inte alltid uppmärksammades i det preoperativa samtalet. Studier har visat att det tog tid att identifiera alla detaljer i patientens upplevelse av smärta. Samarbete med andra professioner som smärtläkare och smärtsjuksköterska samt fysioterapeut kunde vara nödvändigt under behandlingen (Meissner et al. 2015; Nilsson Mjöbo 2011; Tumber 2014). Eriksson (2018) beskrev vikten av att göra patienten delaktig i planeringsprocessen och respektera patientens autonomi och integritet. Genom att kunna

erbjuda individuell vård till varje enskild patient, upplevde patienten minskat vårdlidande. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev vidare att när patientens smärtanamnes missades behandlades patienten rutinmässigt i förhållande till det operativa ingreppet vilket medförde att patienter med långvarig smärta riskerade att underbehandlas. Detta menade de ökade risken för att patienten utvecklade ett smärtgenombrott postoperativt. En studie av Carroll, Hah, Mackey, Otterstad, Kong, Lahidji et.al. (2013) visade att det perioperativt finns kort tid för förberedelse i att minska den långvariga postoperativa smärtan och att det trots kunskap och erfarenhet är svårt att förutsäga vilka operativa ingrepp som ökar risken för att patienten ska utveckla långvarig postoperativ smärta. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att när planen saknades eller var otillräcklig sökte de information i patientens journal i form av dokumentation från patientens tidigare vårdkontakter och eventuella operativa förlopp. Relaterat till bristen på planering menade specialistsjuksköterskorna att det var viktigt att dokumentera utförligt inför framtida vårdkontakter. Sundqvist och Carlsson (2014) framhöll betydelsen av att vara påläst inför mötet med patienten för att få förutsättningar att ge bästa möjliga vård. I föreliggande studie efterfrågade specialistsjuksköterskorna en tydlig plan för ordinationer av smärtstillande läkemedel som stöd i administrationen av höga doser läkemedel. En studie av Mackintosh-Franklin (2014) beskrev att sjuksköterskans hantering för optimal smärtbehandling till största del grundade sig i administrering av ordinerade läkemedel. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie betonade vikten av att det fanns en plan för patientens smärtbehandling inför hela det operativa förloppet men också för den postoperativa vården och vården på vårdavdelningen. Studier av Meissner et al. (2015) och Nilsson Mjöbo (2011) visade att otillräcklig smärtbehandling postoperativt försenade återhämtningen och rehabiliteringen hos patienten och påverkade patientens upplevelse av den operativa situationen på ett negativt sätt. Butrick (2016) och Meissner et al. (2015) menade att användning av strategier och program för smärthantering, säkerställer en förbättrad vård för patienten. Dessa strategier innehåller förebyggande analgesi, regional analgesi vid behov, standardiserade protokoll för olika typer av kirurgi, interprofessionella team och tidig rehabilitering för att minska smärta och öka patientens nöjdhet. De beskrev att minimal invasiv kirurgi kan reducera postoperativ smärta avsevärt jämfört med öppen kirurgi vilket förkortade återhämtningstiden och tiden för den totala sjukhusvistelsen. Tumber (2014) menade att det inte alltid är möjligt att helt smärtlindra patienten postoperativt trots multimodala analgetiska tekniker. En omfattande och evidensbaserad perioperativ behandlingsplan för att hantera smärtan ansågs emellertid förbättra förutsättningarna och minska opioidrelaterade biverkningar. Vidare menade Tumber

(2014) att etablerade riktlinjer kan hjälpa till att sammanfatta det aktuella kunskapsläget och fungera som en mall för perioperativ smärtbehandling. I föreliggande studie visade specialistsjuksköterskornas sammanlagda uttalanden att en tydlig plan skapade förutsättningar för att ge en bra omvårdnad.

#### **4.2.1.2 Att vara mentalt förberedd**

Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att de behövde få information och förbereda sig inför möte med den här patientgruppen. Deras tidigare erfarenhet av patienter med långvarig smärta bidrog till en medvetenhet i att patienterna kräver mer energi och ett mer komplicerat arbete. Sundqvist och Carlsson (2014) beskrev i sin studie vikten av att förbereda sig mentalt och vara påläst inför mötet med patienten för att kunna hantera situationen och ge patienten bästa möjliga omvårdnad. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie erfor att det ofta blev en balansgång mellan höga läkemedelsdoser och att upprätthålla patientens vitala funktioner. När de var mentalt förberedda på det upplevdes det inte som ett problem. En studie av Mackintosh-Franklin (2014) beskrev hur sjuksköterskor vilka hanterade postoperativ smärta upplevde att de hade bra förutsättningar för att kunna smärtbehandla patienten.

#### **4.2.1.3 Att vårda en förberedd och delaktig patient**

Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie erfor att patienter med långvarig smärta har behov av god förberedelse preoperativt om förväntad smärta efter det operativa ingreppet. Studier beskrev att postoperativ smärta alltid är att förvänta sig efter operativa ingrepp (Mackintosh-Franklin 2014; Norrbrink & Lundeberg 2010) men att patienter med långvarig smärta i större utsträckning riskerade att få en ökad upplevelse av smärta (Butrick 2016). Eriksson (2018) beskrev hur individuell vård förmedlar en respekt för människovärdet hos patienten. Genom att ha ett inkännande bemötande och värna patientens autonomi och tro på patienten kan vårdpersonalen minska patientens vårdlidande. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie erfor att bristande information preoperativt skapade en orolig patient. Butrick (2016) beskrev att när patienter får samlad information om vilken smärta de borde förvänta sig postoperativt upplever de mindre smärta och oro jämfört med information som ges i samband med procedurer. En studie av Náfrádi et al. (2018) beskrev att en patient som är informerad och delaktig i planeringen av behandlingen upplever minskad oro. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev ett behov av att förklara för patienten vad skattad smärta innebär enligt VAS. En studie av Eriksson, Wikström, Årestedt,

Fridlund, Broström (2014) beskrev en svårighet i att beskriva en smärtskattningsmodell för patienterna då smärtan är subjektiv och inte alltid kan beskrivas som en siffra.

#### **4.2.2 Att vården är komplex och kunskapskrävande**

Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie erfor att det fanns en skillnad i planeringen av elektiva och akuta patienter och att kända smärtpatienter som planeras för operation ska planeras tillsammans med smärtkliniken. De menade att smärtbehandlingen av patienter med långvarig smärta är komplicerad eftersom smärta kan vara både fysiskt och psykiskt betingad. Eriksson (2018) belyser vikten av att lindra patientens sjukdomslidande och att lidande består av många olika delar. Det är ett fysiskt lidande som kan hjälpas med läkemedel mot exempelvis smärta men patienterna kan även uppleva ett psykiskt eller existentiellt lidande som kräver andra behandlingar. Meissner et al. (2015) och Nilsson Mjöbo (2011) beskrev att behovet fanns av strukturerad hantering och behandling av slutenvårdspatienter med komplex akut smärta. De beskrev att för att optimera patientens behandling och snabbt identifiera patienter med stor risk att utveckla långvarig smärta bör smärtläkare tillsammans med en smärtsjuksköterska och fysioterapeut kopplas in tidigt. Butrick (2016) beskrev hur långvarig postoperativ smärta ökade belastningen av tidigare långvarig smärta och att den perioperativa smärtan bidrar till en central sensitisering med efterföljande långvarig postoperativ smärta vilken blir komplex. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev vidare att bristen på specialistkompetens på obekvämt arbetstid upplevdes som ett problem i vården av patienter med långvarig smärta. De erfor att de behövde en fördjupad kunskap om smärta och smärtbehandling. Meissner et al. (2015) och Nilsson Mjöbo (2011) beskrev att den otillräckligt hanterade postoperativa smärtbehandlingen ansågs bero på bristfällig kunskap och förståelse för akut smärtbehandling hos sjuksköterskor och läkare inom slutenvården. De ansåg också att bristfälliga resurser samt att flera avdelningar delar ansvaret för den postoperativa vården spelar in. En annan del i hanteringen av postoperativ smärta ansåg de berodde på interprofessionella konflikter och normer. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie betonade betydelsen av att patienterna har fått sin grundmedicinering preoperativt och det underlättade smärtbehandlingen under hela det operativa förloppet. Vidare efterfrågades smärtbehandling i form av lokal och regional anestesi i stor utsträckning med en plan för fortsatt behandling när effekten av den avtog. Meissner et al. (2015) beskrev hur patientkontrollerad analgesi, epidural och regional analgesi samt hur minimal invasiv kirurgi kunde minska förekomsten av postoperativ smärta och biverkningar. Meissner et al. (2015) betonade dock att det bör noteras att optimal postoperativ smärtlindring var beroende

av andra faktorer än det administrerade läkemedlet. Tumber (2014) beskrev hur det inte alltid är möjligt att helt smärtlindra patienten postoperativt trots multimodala analgetiska tekniker.

#### **4.2.3 Att ha ett professionellt samarbete**

Anestesisjuksköterskorna i föreliggande studie erfor att samarbetet mellan anestesilog och anestesisjuksköterska var viktigt för att optimera smärtbehandlingen perioperativt. Specialistsjuksköterskorna erfor också att när behandlingen blev otillräcklig och de efterfrågar läkarstöd fick de ofta liten respons. Kvarnström (2008) beskrev att svårigheter med interprofessionellt samarbete ibland gav upphov till obalans och konflikter vilka ofta berodde på fördelningen av beslutstagande men också att alla parter inte hade tillgång till samma information. Blondal och Halldorsdottir (2009) beskrev sjuksköterskans frustration i att inte få respons av läkare gällande patientens smärtbehandling. Blondal och Halldorsdottir (2009) och Mallik (1997) beskrev att som en del i ett team är det specialistsjuksköterskans roll att företräda patienten samt våga göra sin röst hörd och konsekvent förmedla sin kunskap och uppfattning om patientens behov. Responsen från ansvarig ordinerande läkare avgjordes av tidigare kunskap om, och förtroende för specialistsjuksköterskan. De beskrev att om läkaren kände dem sedan tidigare fanns ett förtroende och de blev lyssnade på. Andra beskrev hur de blivit avfärdade av läkare de inte kände sedan tidigare och att de slagits för patientens rätt till smärtlindring med "ord, näbbar och klor" (Blondal och Halldorsdottir 2009 och Mallik 1997).

Samtliga specialistsjuksköterskor i föreliggande studie betonade vikten av tydlighet i alla överrapporteringssituationer. Studier av Fabila, Hee, Sultana, Assam, Kiew och Chan (2016) och Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne och Engström (2014) visade att det vid överrapporteringen från operationsavdelningen till den postoperativa avdelningen är viktigt att säkerställa att alla relevanta delar av förloppet förmedlas med en tydlighet vilken kan möta informationskravet. Vidare beskrevs att överrapporteringen underlättas och blir mer koncis för alla parter om personalen använder standardiserade överrapporteringsverktyg (Fabila et al. 2016; Randmaa et al. 2014).

#### **4.2.4 Att känna sig otillräcklig.**

Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev hur vården av patienter med långvarig smärta upplevdes som komplicerad och frustrerande. De beskrev en uppgivenhet och en maktlöshet men också en känsla av kontrollförlust när smärtbehandlingen misslyckades och de inte kunde hjälpa patienten. Specialistsjuksköterskorna upplevde att de

inte gjorde ett bra jobb när patienterna fortsatte att skatta sin upplevda smärta högt och de  
erfor att patienterna ibland upplevdes som gnälliga vilket ledde till att  
specialistsjuksköterskorna kände sig frustrerade. Studier av Lindberg och Engström (2011)  
och Blondal och Halldorsdottir (2009) beskrev hur sjuksköterskan såg det som en stor del av  
sin roll att smärtlindra patienten och upplevde det som ett personligt misslyckande, med  
känslor av frustration och känslor av obehag när det inte lyckades. Specialistsjuksköterskan i  
föreliggande studie beskrev också en frustration när läkaren hade en annan syn på patientens  
situation, valde att avvakta eller inte hade tid. Eriksson (2018) beskriver hur utebliven vård  
utgör en stor del av vårdlidandet och kan vara både omedvetet och medvetet från personalens  
sida. Att känna till patientens behov utan att tillgodose det är alltid en kränkning av patientens  
värde som människa. En studie av Blondal och Halldorsdottir (2009) beskrev hur  
sjuksköterskan när de inte fick respons från läkaren ibland valde att ändra dosen på  
smärtstillande läkemedel på eget initiativ och hur de också valde icke-farmakologiska  
alternativ för att hjälpa patienten att lindra smärtan. Anestesisjuksköterskorna i föreliggande  
studie beskrev en rädsla i att patienter med långvarig smärta och ökad toleransnivå för  
läkemedel, skulle vakna med smärta och att smärtan då skulle vara svårare att bryta. Här  
menar Tumber (2014) att anesthesiologerna vilka behandlar patienter med komplex smärta bör  
utnyttja både den erfarenhet och vetenskap som finns att tillgå i form av läkemedel under den  
perioperativa smärtbehandlingen.

#### **4.2.5 Att bemöta patienten**

##### **4.2.5.1 Att ge personlig kontakt och tid.**

I föreliggande studie beskrev specialistsjuksköterskorna att patienter med långvarig smärta  
har behov av mer personlig kontakt än andra patienter. Eriksson (2018) beskrev hur  
patientens lidande kunde bero av vårdpersonalens förmåga att bemöta patienten i varje möte  
samt hur patientens egen förmåga att uppnå en acceptans påverkade patientens upplevelse av  
smärta. Specialistsjuksköterskorna menade att det hade inverkan på resursfördelningen på  
avdelningen och de poängterade att det var viktigt att planera så att patienter med långvarig  
smärta fördelas under dagen i syfte att personalen vårdade en i taget.

Specialistsjuksköterskorna beskrev vidare att de med personlig kontakt och genom att visa  
empati skapade en situation där patienten kände sig trygg. Genom att ta vara på patientens  
egen kunskap om sin upplevda smärta blir patienten delaktig i vården vilket skapar bättre  
förutsättningar för den fortsatta vården av patienten. Tumber (2014) beskrev hur en



patientcentrerad vårdmodell där patienten deltar i beslutsprocessen ökar patientens känsla av belåtenhet i behandlingen under det operativa förloppet. Studien stödjer delar av resultatet i föreliggande studie där specialistsjuksköterskorna beskrev hur patienter med långvarig smärta vilka känner sig delaktiga och bekräftade blir mer nöjda samt hur denna patientgrupp behöver mer tid och omvårdnad under hela vårdförloppet.

#### **4.2.5.2 Att vara professionell.**

Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie betonade att det var viktigt att lita på att patienterna är ärliga i sin skattade upplevelse av smärta och när patienterna uppfattades som gnälliga kunde det vara ett uttryck för rädsla och oro. Andra studier visade att sjuksköterskor beskrev hur patientens egen skattning var den viktigaste parametern i att bedöma patientens smärta (Lindberg & Engström 2011; Ucuzal & Doğan 2015). Eriksson (2018) beskrev hur livslidandet medför att människan upplever ett hot mot sin hela existens i att leva som människa. Lidandet kan orsakas av att inte bli bekräftad som människa. Detta kan leda till känslor och uttryck för rädsla och förtvivlan. Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie erfor att patienterna ofta hade ett minskat förtroende för vården och de betonade hur viktigt det är i bemötandet med patienten att ha en förförståelse för hur patientens liv och livskvalitet kan påverkas av att leva med långvarig smärta. I en studie av Hamood, Hamood, Merhasin, och Keinan-Boker (2018) beskrevs att majoriteten av kvinnor som lever med långvarig smärta efter bröstcanceroperationer har slutat yrkesarbeta på grund av sin dagliga smärta.

#### **4.2.5.3 Att ha förutfattade meningar och misstro patienten**

Specialistsjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att deras egna värderingar visade sig tydligast i bedömningen av patientens smärta. Det framkom att specialistsjuksköterskan ibland tvivlade på patientens skattade upplevelse av smärta. De upplevde mistänksamhet de gånger patienten skattade sin upplevda smärta högt samtidigt som patienten såg opåverkad ut kliniskt. Blondal och Halldorsdottir (2009) beskrev hur sjuksköterskorna i större utsträckning tvivlade på patientens skattade upplevelse av smärta när orsaken till smärtan var oklar eller när de bad om doser över det "normala". Ucuzal och Doğan (2015) beskrev att trots att sjuksköterskorna i studien beskrev att den viktigaste parametern i att bedöma patientens smärta var patientens egen skattning hade sjuksköterskorna svårt att tro på patientens skattade smärta om patienten samtidigt kunde distraheras eller om patienten somnade. I en studie av

Paul-Savoie, Bourgault, Potvin, Gosselin och Lafrenaye (2018) beskrevs hur sjuksköterskor lättare kände empati med patienter med en synlig fysisk skada eller synligt symptomgivande sjukdomar. I föreliggande studie erfor specialistsjuksköterskorna att okunskap och oförståelse för bakomliggande orsaker ledde till att patienten misstroddes. Eriksson (2018) beskrev hur patienter kan drabbas av ett ökat sjukdomslidande i samband med vårdpersonalens bemötande och attityd. Sjukdomslidandet bottnar i känslor av skam och skuld men också i känslor av att förnedras av andra människor och uppstår i samband med patientens sjukdom eller behandling av sin sjukdom. Vidare beskrev Eriksson (2018) att vårdlidandet ökar när vårdpersonalens bedömning blir att patientens beteende inte är trovärdigt. Studier har visat att sjuksköterskor har bristande kunskap i att behandla smärta (Desai & Chaturvedi, 2012; Francis & Fitzpatrick, 2013). Ucuzal och Doğan (2015) beskrev en stor kunskapsbrist och förståelse för patientens sänkta livskvalitet i samband med smärtan. Andra studier beskrev hur sjuksköterskornas erfarenhet och utbildning hade inverkan på sjuksköterskornas inställning till patienter med smärta (Forsberg, Björn, Engström & Nilsson 2018; Goebel et al. 2010; Jakobsson 2007; Morgan 2014; van Dijk, Schuurmans, Alblas, Kalkman, van Wijck 2017).

I föreliggande studie framkom att specialistsjuksköterskorna ibland misstänkte att patienterna överdrev sin smärta för att få läkemedel i syfte att tillfredsställa ett missbruk. Busse et al. (2018) beskrev hur patienter med långvarig smärta behöver ökade doser för att nå effekt och lindring. En studie av Blondal och Halldorsdottir (2009) beskrev sjuksköterskors känslor av inre konflikt och moraliska dilemma i svårigheten att vårda patienter med känt missbruk och smärtproblematik. Sjuksköterskorna i studien beskrev vidare att de saknade riktlinjer och kunskap i vården av den här patientgruppen. Även Forsberg et al. (2018) och Coluzzi et al. (2017) har beskrivit svårigheter för specialistsjuksköterskorna i att bedöma val av läkemedel och doser till patienter med en ökad tolerans.

### **4.3 Metoddiskussion**

Genom att använda ett ändamålsenligt urval var det möjligt att nå ut till rätt grupp av deltagare. Det krävdes att deltagarna hade erfarenhet av och arbetade aktivt som anesthesi- eller intensivvårdssjuksköterskor inom anesthesi eller postoperativ vård och i samband med sitt vardagliga arbete träffade på patienter med långvarig smärta. Samtliga som svarade och anmälde intresse för att delta i studien uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna för

studien med en arbetslivserfarenhet på 10 år (medianvärde) som specialistsjuksköterska vilket gjorde att författarna upplevde urvalsmetoden som lämplig samt stärkte studiens giltighet.

För att presentera patientgruppen med långvarig smärta togs två vinjetter fram. Syftet med de två vinjetterna var att beskriva hur en patient med långvarig smärta kan te sig i det postoperativa skedet vilket var tänkt att trigga igång ett resonemang hos deltagarna. I intervjuguiden var två av frågorna relaterade till patientfallen i vinjetterna. Författarna tror att vinjetterna kan ha hjälpt informanterna till att resonera kring patientgruppen med långvarig smärta både genom att de tänker specifikt på de fall som är beskrivna men också att de blivit påmind om egna fall de varit med om. Den sista frågan i intervjuguiden gav deltagaren möjlighet att berätta om egna patientfall och erfarenheterna kring dem. Deltagarnas egna erfarenheter kring patientfall är en stor del av resultatet. För att stärka studiens giltighet och för att säkerställa att intervjufrågorna gav svar på studiens syfte genomfördes två provintervjuer. Efter den första provintervjun reviderades två av frågorna vars svar inte svarade mot syftet och ytterligare en fråga tillkom. Den första provintervjun exkluderades ur studien. Den andra provintervjun svarade på studiens syfte och valdes därför att inkluderas i resultatet. Författarna saknar tidigare erfarenhet av att genomföra intervjustudier vilket kan ha påverkat resultatet av intervjuerna.

Författarna till studien valde att ta hjälp av samtliga enhetschefer vid anestesikliniken för att vidarebefordra information och inbjudan till de specialistsjuksköterskor som svarade mot studiens inklusionskriterier. Det menar författarna skulle kunna ha påverkat deltagarnas motivation att delta i studien. För att inte riskera att de som valde att delta i studien skulle kunna identifieras av enhetscheferna så hänvisades anmälan om intresse att delta direkt till författarna. Författarna anser att svarsfrekvensen var tillfredsställande och ingen påminnelse mejlades ut. Författarna i föreliggande studie ansåg att en jämn representation med fem specialistsjuksköterskor från varje avdelning var viktigt för studiens resultat. För att reducera eventuella skillnader mellan författarnas sätt att genomföra intervjuerna genomfördes de första 11 intervjuerna av författarna tillsammans där den ena intervjuade och den andra dokumenterade kontexten. Rollerna varierades mellan författarna där båda fick liknande erfarenhet och vana att intervjua. De sista fyra intervjuerna fördelades mellan författarna vilka genomförde två vardera. Intervjuerna är genomförda på respektive deltagares arbetsplats under arbetstid. Det kan ha påverkat deltagarna, då inte alla fått tid avsatt för intervju. Dock hade ett kollegialt samförstånd tagits i att undvara deltagaren under intervjun. Under en intervju ringde deltagarens telefon och en annan intervju avbröts kort för att en

kollega knackade på dörren. Trots några få störningsmoment tror författarna att intervjuerna förmedlar deltagarnas erfarenheter på ett trovärdigt sätt (Polit & Beck 2017).

Datansamlingen gjordes under en begränsad tid på ett sjukhus i Mellansverige och speglar situationen som den var då. Lokala rutiner och föreskrifter samt utbildningsinsatser inom området på det specifika sjukhuset skulle kunnat förändra resultatet över tid vilket i sådant fall hade kunnat påverka studiens giltighet.

Data har analyserats med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Samtliga intervjuer är ordagrant transkriberade och har lästs igenom flera gånger av båda författarna. Det anser författarna stärker studiens giltighet. Författarna har var för sig tagit ut meningsbärande enheter och därefter evaluerat varandras för att hitta eventuella feltolkningar av texten. Därefter har de meningsbärande enheterna kondenserats och kodats för att därefter samlas in under olika kategorier. Författarna sökte vid flera tillfällen sig tillbaka till intervjuerna vilket visar att ingen information förlorades under analysprocessen vilket stärker studiens giltighet. Resultatet presenteras med citat från intervjuerna med deltagarna. Inget citat är hämtat från intervjun med deltagare nummer åtta då den deltagarens sätt att uttrycka sig gjorde deltagaren svår att citera. Innehållet i den intervjun bidrog dock i lika stor utsträckning till studiens resultat som övriga intervjuer. Studiens giltighet stärks av att resultatet bygger till lika stora delar på samtliga intervjuer och det finns citat som stärker alla delarna av resultatet. Citaten som finns presenterade i resultatet svarar väl mot studiens syfte och stärker tillförlitligheten genom att påvisa att det är deltagarnas egna åsikter enligt Graneheim och Lundman (2004).

#### **4.3.1 Forskningsetiska överväganden**

Författarna till föreliggande studie har tagit hänsyn till forskningsetiska överväganden enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) vilket finns beskrivet i metoden. Det föreligger inget beroendeförhållande mellan författarna och deltagarna i studien vilket ökar studiens trovärdighet enligt Polit och Beck (2017).

#### **4.4 Kliniska implikationer**

Föreliggande studies resultat visar att bristen på en tydlig plan gällande patientens smärtbehandling upplevs som ett stort problem. Studiens resultat visar på flera förbättringsområden i planeringen av det operativa förloppet för varje enskild patient. Resultatet visar också att deltagarna upplevde sig ha bristande kunskaper och efterfrågade

möjlighet till kontinuerlig utbildning. Författarna till föreliggande studie ser en möjlighet till utveckling och förbättringar i den preoperativa bedömningen där frågor om patientens upplevda smärta bör vara obligatoriska för att tidigt identifiera problematiken. Författarna anser också att utbildning bör prioriteras av arbetsgivaren relaterat till den otillräckliga smärtlindring patienter med långvarig smärta upplever postoperativt men också för att främja specialistsjuksköterskans trygghet i sin kompetens.

#### **4.5 Förslag till vidare forskning**

Tidigare forskning visar en brist på studier om specialistsjuksköterskans erfarenhet av att vårda patienter med långvarig smärta i samband med operativa ingrepp. Med en djupare förståelse för hur specialistsjuksköterskor upplever svårigheter i att vårda patienter med långvarig smärta i det operativa förloppet, kan framtida forskning ligga till grund för att synliggöra specialistsjuksköterskans perspektiv i den perioperativa vården av patienten. Förslag till vidare forskning skulle kunna vara en interventionsstudie med införande av en tydlig plan preoperativt för patienter med långvarig smärta.

#### **4.6 Slutsats**

Genomgående för alla specialistsjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med långvarig smärta var att det krävs en tydlig och detaljerad plan för patientens smärtbehandling vilken ska sträcka sig perioperativt och vidare till vårdavdelning eller hemgång. Med planering och förberedelse ökade förutsättningarna för en bättre omvårdnad av patienter med långvarig smärta.

## 5. Referenser

Aagaard, K., Laursen, B.S., Rasmussen, B.S. & Sørensen, E.E. (2017a) Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment. *Journal of perianesthesia nursing*, 32(5), pp. 453–463. doi: 10.1016/j.jopan.2016.02.010.

Aagaard, K., Sørensen, E.E., Rasmussen, B.S. & Laursen, B.S. (2017b) Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. *Journal of perianesthesia nursing*, 32(6), pp. 619–630. doi: 10.1016/j.jopan.2016.08.006.

Alasad, J. (2002) Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience. *International journal of nursing studies*, 39(4), pp. 407–413.

Argoff, C. E. (2014) Recent management advances in acute postoperative pain. *Pain practice*, 14(5), pp. 477–487. doi: 10.1111/papr.12108.

Berg, K., Berg, K., Kaspersen, R., Unby, C. & Hollman Freisman, G. (2013) The interaction between the patient and nurse anesthetist immediately before elective coronary artery bypass surgery. *Journal of perianesthesia nursing*, 28(5), pp. 283–290. doi: 10.1016/j.jopan.2012.10.008.

Bjurling-Sjöberg, P., Wadensten, B., Pöder, U. Jansson, I & Nordgren, L. (2017) Balancing intertwined responsibilities: A grounded theory study of teamwork in everyday intensive care unit practice. *Journal of interprofessional care*, 31(2), pp. 233–244. doi: 10.1080/13561820.2016.1255184.

Blondal, K. & Halldorsdottir, S. (2009) The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of clinical nursing*, 18(20), pp. 2897–2906. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x.

Busse, J. W., Wang, L., Kamaleldin, M., Craigie, S., Riva, J.J., Montoya, L. et.al. (2018) Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 320(23), pp. 2448–2460. doi: 10.1001/jama.2018.18472.

Butrick, C. W. (2016) Persistent Postoperative Pain: Pathophysiology, Risk Factors, and Prevention. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 22(5), pp. 390–396. doi: 10.1097/SPV.0000000000000298.

Carroll, I., Hah, J., Mackey, S., Otterstad, E., Kong, J.T., Lahidji, S. et.al. (2013) Perioperative interventions to reduce chronic postsurgical pain. *Journal of reconstructive microsurgery*, 29(4), pp. 213–222. doi: 10.1055/s-0032-1329921.

Carter, B. G., Kiraly, N., Hochmann, M., Stephens, R., Osborne, A. (2007) ICU staffing: identification and survey of staff involved in providing technical support services to Australian and New Zealand intensive care units. *Anaesthesia and intensive care*, 35(2), pp. 259–265. doi: 10.1177/0310057X0703500216.

Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksoon, H.& Mazaheri, M. (2016) Thai Nurses' experiences of post-operative pain assessment and its' influence on pain management decisions. *BMC Nursing*, 15, pp. 1–8. doi: 10.1186/s12912-016-0136-8.

Coluzzi, F., Bifulco, F., Cuomo, A., Dauri, M., Leonardi, C., Melotti, R.M. et.al. (2017) The challenge of perioperative pain management in opioid-tolerant patients. *Therapeutics & Clinical Risk Management*, 13, pp. 1163–1173. doi: 10.2147/TCRM.S141332.

De Jong, R. & Shysh, A. J. (2018) Development of a Multimodal Analgesia Protocol for Perioperative Acute Pain Management for Lower Limb Amputation. *Pain Research and Management*, 2018. doi: 10.1155/2018/5237040.

Desai, G. & Chaturvedi, S. K. (2012) Pain with No Cause! Nurses' Perception. *Indian Journal of Palliative Care*, 18(3), pp. 162–164. doi: 10.4103/0973-1075.105685.

Donovan, A. L., Aldrich, J.M., Gross, A.K., Barcahs, D.M., Thornton, K.C., Schell-Chaple, H.M., et.al. (2018) 'Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Critical care medicine*,46(6), pp. 980–990. doi: 10.1097/CCM.0000000000003067.

Eriksson, Katie (2018). *Vårdvetenskap, Vetenskap Om Vårdandet Om Det Tidlösa i Tiden*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B., Broström, A. (2014) Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*, 27(1), pp. 41–46. doi:10.1016/j.apnr.2013.10.006.

Erlenwein, J., Przemec, M., Degenhart A., Budde, S., Falla, D., Quintel, M.et al. (2016). The Influence of Chronic Pain on Postoperative Pain and Function After Hip Surgery: A Prospective Observational Cohort Study. *Journal of Pain*, 17 (2): 236–47. Doi:10.1016/j.jpain.2015.10.013.

Fabila, T.S., Hee, H.I., Sultana, R., Assam, P.N., Kiew, A. & Chan, Y.H. (2016) Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. *Singapore Medical Journal*, 57(5), pp. 242–253. doi: 10.11622/smedj.2016090.

Forsberg, M., Björn, C., Engström, M. & Nilsson, A. (2018) Nurse Anesthetists' Reflections on Caring for Patients With Previous Substance Dependence: Balancing Between Professionalism and Preconceptions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(1), pp. 69–77. doi: 10.1016/j.jopan.2016.01.004.



Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, ISBN:91-7307-008-4 Utgivare: Vetenskapsrådet Copyright © Vetenskapsrådet Tryck: Elanders Gotab [www.codex.vr.se>texts>HSFR](http://www.codex.vr.se>texts>HSFR) [Hämtad 2018-11-10]

Francis, L. & Fitzpatrick, J. J. (2013) Postoperative pain: nurses' knowledge and patients' experiences. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 14(4), pp. 351–357. doi: 10.1016/j.pmn.2012.05.002.

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F. & Desjardins, S. (2011) Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), pp. 1495–1504. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.012.

Goebel, J. R., Sherbourne, C.D, Asch, S.m., Merredith, L., Cohen, A.b., Hagenmaier, E., et.al. (2010) Addressing Patients' Concerns about Pain Management and Addiction Risks. *Pain Management Nursing*, 11(2), pp. 92–98. doi:10.1016/j.pmn.2009.03.009.

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

Greenwood, J. E. & Biddle, C. (2015) Impact of Legislation on Scope of Practice Among Nurse Anesthetists. *Journal for Nurse Practitioners*, 11(5), pp. 498–504. doi: 10.1016/j.nurpra.2015.03.004.

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D. (2009) *Intensivvård-Avancerad omvårdnad och behandling*. 1:3. Studentlitteratur AB, Lund.

Hamood, R., Hamood, H., Merhasin, I. & Keinan-Boker, L. (2018) Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. *Breast cancer research and treatment*, 167(1), pp. 157–169. doi: 10.1007/s10549-017-4485-0.

IASP Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. (1979) *Pain (03043959)*. Lippincott Williams & Wilkins, 6(3), p. 249. <https://www.iasp-pain.org/> [Hämtad 20190408 10:09]

IASP Definition of sensitisation <https://www.iasp-pain.org/> [Hämtad 20190408 10:09]

Jakobsson, U. (2007). *Långvarig smärta*. Lund: Studentlitteratur AB

Karlsson, A.-C., Ekebergh, M. Mauleon, A.L. & Almerud Österberg, S. (2012) Is that my leg? patients' experiences of being awake during regional anesthesia and surgery. *Journal of perianesthesia Nursing*, 27(3), pp. 155–164. doi: 10.1016/j.jopan.2012.02.005.

Kisorio, L. C. & Langley, G. C. (2016) Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive & critical care nursing*, 33, pp. 30–38. doi: 10.1016/j.iccn.2015.11.002.

Kvarnström, S. (2008) Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of interprofessional care*, 22(2), pp. 191–203. doi: 10.1080/13561820701760600.

Lavand'homme, P. & Steyaert, A. (2017) Opioid-free anesthesia opioid side effects: Tolerance and hyperalgesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 31(4), pp. 487–498. doi:10.1016/j.bpa.2017.05.003.

Lee, J.J., Lee, M.K., Kim, J.E., Kim, H.Z., Park, S.H., Tae, J.H. et.al. (2015) Pain relief scale is more highly correlated with numerical rating scale than with visual analogue scale in chronic pain patients. *Pain physician*, 18(2), pp. E195-200.

Lindberg, J.-O. & Engström, Å. (2011) Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management. *Pain Management Nursing*, 12(3), pp. 163–172. doi: 10.1016/j.pmn.2010.03.009.

Luo, J. & Min, S. (2017) Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. *Journal of pain research*, 10, pp. 2687–2698. doi: 10.2147/JPR.S142889.

Mackintosh-Franklin, C. (2014) Registered nurses' personal responses to postoperative pain: a descriptive qualitative study. *Pain management nursing*, 15(3), pp. 580–587. doi: 10.1016/j.pmn.2013.03.001.

Magnusson, S., & Mannheimer, C. (2015). *Långvarig smärta: Behandling och rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.

Mallik, M. (1997) Advocacy in nursing--a review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 25(1), pp. 130–138.

Meissner, W., Coluzzi, F., Fletcher, D., Huygen, F., Morlion, B., Neugebauer, E., et.al. (2015) Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Current Medical Research & Opinion*, 31(11), pp. 2131–2143. doi: 10.1185/03007995.2015.1092122.

Morgan, B. D. (2014) Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), pp. 165–175. doi: 10.1016/j.pmn.2012.08.004.

Náfrádi, L., Kostova, Z., Nakamoto, K. & Schulz, P.J. (2018) The doctor–patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives. *Chronic Illness*, 14(4), pp. 256–270. doi: 10.1177/1742395317739961.

Nilsson Mjöbo, H. (2011) Prediktion av postoperativ smärta ger nya möjligheter. *Läkartidningen*, (22), pp. 1244–7.

Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2010) *Om smärta-ett fysiologiskt perspektiv*. Studentlitteratur AB, Lund.

Olsen, B. F., Rustöen, T., Sandvik, L., Miaskovski, c., Jacobsen, M. & Valeberg, B.T. (2015) Development of a pain management algorithm for intensive care units. *Heart & Lung*, 44(6), pp. 521–527. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.09.001.

Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Gosselin, E., Potvin, S. & Lafrenaye, S. (2015) Assessing patient-centred care for chronic pain: Validation of a new research paradigm. *Pain Research & Management*, 20(4), pp. 183–188. doi: dx.doi. /16771.

Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E. & Lafrenaye, S. (2018) The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. *Pain Research & Management*, 24(7) pp. 1–8. doi: 10.1155/2018/6375713.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Tenth. Wolter Kluwer.

Posso, M. B. S., Giaretta, V.M.A., de Santanna, A.L.G., Ranzani, R.C.M. & Gouvea, A.L. (2013) Nurses` perception of the management of chronic non-malignant pain with opioids. *Scielo Analytics*, 14(1), pp. 7–11.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. & Engström, M. (2014) SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ open*, 4(1), p. e004268. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268.

Rawal, N. (2016). Current Issues in Postoperative Pain Management. *European Journal of Anaesthesiology*, 33(3): 160–71 doi:10.1097/EJA.0000000000000366.

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

Rose, L., Smith, O., Gèlinas, C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E. Et al. (2012) Critical care nurses' pain assessment and management practices: A survey in Canada. *American Journal of Critical Care*, 21(4), pp. 251–259. doi: 10.4037/ajcc2012611.

Sundqvist, A.-S., & Carlsson, A. A. (2014) Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), pp. 281–288. doi: 10.1111/scs.12057.

Svensk sjuksköterskeförening, (2012)a. Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesivård.  
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>  
[Hämtad 2018-11-05 13:45]

Svensk sjuksköterskeförening, (2012)b. Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård.  
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf> [Hämtad 2018-11-05 13:45]

Tei, R. M. H., Dreyer, P., & Nikolajsen, L. (2012). Inadequate Postoperative Pain Relief in Chronic Pain Patients – A Qualitative Study. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(01): 3–14.  
<https://www-idunn-no.zorac.aub.aau.dk/nsf/2012/01/art07>.

Tumber, P. S. (2014) Optimizing perioperative analgesia for the complex pain patient: medical and interventional strategies. *Canadian journal of anaesthesia*, 61 (2), pp. 131–140. doi: 10.1007/s12630-013-0073-x.

Tunlind, A., Granström, J. & Engström, Å. (2015) Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), pp. 116–123. doi:10.1016/j.iccn.2014.07.005.

Üzar Özçetin, Y. S. och Hiçdurmaz, D. (2015) Approaches of intensive care nurses towards sensory requirements of patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21–22), pp. 3186–3196. doi:10.1111/jocn.12965.

Ucuzal, M. & Doğan, R. (2015) Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. *International Emergency Nursing*, 23(2), pp. 75–80. doi:10.1016/j.ienj.2014.11.006.

van Dijk, J. F. Schuurmans, M.J., Alblas, E.E., Kalkman, C. J., van Wijck, A.J. (2017) Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of clinical nursing*, 26(21–22), pp. 3500–3510. doi: 10.1111/jocn.13714.

Vårdhandboken, 2019. *Vas-skala, smärtskattningsinstrument, bedömning och dokumentation*. (<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningsinstrument/>) [Hämtad 190402 12:18]

Wetzig, K. och Mitchell, M. (2017) The needs of families of ICU trauma patients: an integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, pp. 63–70. doi:10.1016/j.iccn.2017.02.006.

Wikström, L., Eriksson, K., Årestedt, K., Fridlund, B., Broström, A. (2014) Healthcare Professionals' Perceptions of the Use of Pain Scales in Postoperative Pain Assessments. *Applied Nursing Research*, 27(1), pp. 53–58. doi: 10.1016/j.apnr.2013.11.001.