



Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa

# SJUKSKÖTERSANS SMÄRTBEDÖMNING

- EN LITTERATURSTUDIE OM  
POSTOPERATIV SMÄRTA

ELISABETH ANDERSSON  
STINA VALDENÄS

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp  
VO 1301  
Fristående kurs 61-90 hp  
Mars 2009

Examinator Ania Willman  
Handledare Sigrid Johansson  
Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona

# SJUKSKÖTERSANS SMÄRTBEDÖMNING

- EN LITTERATURSTUDIE OM  
POSTOPERATIV SMÄRTA

ELISABETH ANDERSSON  
STINA VALDENÄS

Andersson, E & Valdenäs, S. Sjuksköterskans uppmärksammande av den vuxne patientens smärta postoperativt. En litteraturstudie med livsvärldsansats. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa, 2009.

## **Sammanfattning**

*Bakgrund:* Otillräckligt behandlad postoperativ smärta kan vara ett problem för patienten. Smärtupplevelsen är komplex, vilket gör att det kan vara svårt för sjuksköterskan att adekvat bedöma och registrera patientens smärta postoperativt. Sjuksköterskan måste i kontakten med patienten vara lyhörd, öppen och följsam.

*Syfte:* Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan uppmärksammar den vuxne patientens smärta postoperativt.

*Metod:* En litteraturstudie med åtta artiklar har genomförts med deduktiv kvalitativ ansats.

*Resultat:* Det fanns brister i sjuksköterskornas sätt att uppmärksamma patienternas smärta postoperativt. Det var viktigt att sjuksköterskan såg till helheten hos patienten och använde sig av flera variabler i smärtskattningen. De sjuksköterskor som i sin profession såg till patientens livsvärld kunde på ett bättre sätt få insikt i hur patienten upplevde sin smärta.

*Slutsats:* Det är sättet som sjuksköterskan utövar sin yrkesroll på som avgör hur väl hon uppmärksammar patientens smärta. Sjuksköterskan kan bli bättre på att uppmärksamma patienternas smärta postoperativt.

*Nyckelord:* kvalitativ, litteraturstudie, livsvärld, postoperativ smärta, sjuksköterskans roll, smärtskattning, VAS

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |    |
|---|----|
| <b>BAKGRUND</b> .....   | 4  |
| <b>Smärta</b> .....   | 4  |
| <b>Olika skattningsskalor och dess användning</b> .....                           | 5  |
| <b>Teoretisk referensram</b> .....  | 6  |
| <i>Livsvärld</i> .....  | 6  |
| <i>Lidande/välbefinnande</i> .....  | 6  |
| <i>Vårdrelation</i> .....   | 6  |
| <i>Subjektiv kropp</i> .....  | 7  |
| <b>SYFTE</b> .....  | 8  |
| <b>METOD</b> .....  | 8  |
| <b>Urval</b> .....  | 8  |
| <b>Analys</b> .....   | 9  |
| <b>RESULTAT</b> .....   | 10 |
| <b>Livsvärld</b> .....  | 10 |
| <i>En kombination av olika strategier gör smärtskattningen mer komplett</i> ..... | 10 |
| <i>Smärtskattning prioriterades inte</i> .....                                    | 11 |
| <i>Sjuksköterskan bedömer icke verbala tecken på smärta</i> .....                 | 11 |
| <b>Vårdrelation</b> .....   | 11 |
| <i>Sjuksköterskan smärtskattade genom kommunikation och observation</i> .....     | 11 |
| <i>Sjuksköterskan litar på vad patienten säger</i> .....                          | 11 |
| <b>Subjektiv kropp</b> .....  | 12 |
| <i>Patienten uppmanas att berätta om sin smärta</i> .....                         | 12 |
| <i>Direkta frågor gör patientens smärta tydligare</i> .....                       | 12 |
| <b>Lidande - vårdlidande</b> .....  | 12 |
| <i>Sjuksköterskan bedömer smärta utifrån sin förförståelse</i> .....              | 12 |
| <i>Sjuksköterskan ignorerar patientens smärtsignaler</i> .....                    | 12 |
| <i>Patienten bedöms utifrån operationstyp och inte som subjekt</i> .....          | 13 |
| <b>DISKUSSION</b> .....   | 13 |
| <b>Metoddiskussion</b> .....  | 13 |
| <b>Resultatdiskussion</b> .....   | 15 |
| <b>Slutsats</b> .....   | 17 |
| <b>REFERENSER</b> .....   | 18 |
| <b>BILAGEFÖRTECKNING</b> .....  | 21 |

## BAKGRUND

Smärta är ett subjektivt fenomen som kan ha många dimensioner, den är en unik upplevelse hos varje människa. En av sjuksköterskans uppgifter är att klart identifiera de många faktorer som kan påverka patientens upplevelse av smärta postoperativt (Hawthorn & Redmond, 1999). Trots dagens kunskaper är det inte ovanligt att den postoperativa smärtan kan bli otillräckligt behandlad, vilket kan medföra extra problem för patienten (Werner & Strang, 2003). Kunskapen om vad sjuksköterskans kliniska kompetens innehåller för att mäta smärta är fortfarande begränsad, vilket kan medföra svårigheter att uppmärksamma patientens smärta postoperativt (Sjöström, Jakobsson & Haljamäe, 2000). I smärtupplevelsen ingår subjektiva, beteendelaterade och fysiologiska aspekter vilka gör att det kan vara svårt för sjuksköterskan att bedöma patienternas smärta (Linton, 2005). Om inte smärtan uppmärksammas och blir tagen på allvar kan detta medföra att patienten utsätts för vårdlidande (Wiklund, 2003).

Sjuksköterskan har skyldighet att följa Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) som anger att vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten så långt det är möjligt, och i en av Socialstyrelsens författningar (SOSFS 2008:14) regleras sjuksköterskans dokumentationsansvar för sina omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskan har många aspekter att ta hänsyn till i mötet med patienter med smärta. För att kunna uppmärksamma patientens smärta behöver sjuksköterskan skapa en bra relation till patienten. Genom att sjuksköterskan uppmärksammar patientens smärta postoperativt kan hon lindra lidande (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Sjuksköterskans förhållningssätt till den postoperativa smärtupplevande patienten kan därmed få en avgörande betydelse för vården (Rawal, 1999). Det kan vara svårt att som sjuksköterska adekvat bedöma och registrera patientens smärta postoperativt på ett rättvisande och ändå nyanserat sätt (Hawthorn & Redmond, 1999). Breivik m.fl. (2008) konstaterar att en utmaning för sjuksköterskan kan vara att få med alla komponenter i bedömningen av den postoperativa patientens smärta.

### **Smärta**

Smärta definieras som en obehaglig sensorisk eller emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada (Werner & Strang, 2003). Smärta är en varningssignal som är till för att skydda människans kropp och som måste uppmärksammas av sjuksköterskan bland annat postoperativt (Hawthorn & Redmond, 1999).

Postoperativ smärta uppkommer efter operation och betraktas som en akut smärta. Efter en större operation kan smärtbehandling krävas tre till fyra dagar postoperativt. Normalt är att smärtan klingar av efter den tiden. Postoperativ obehandlad smärta kan ge negativa effekter såsom; försämrad lungfunktion, påverkan på hjärt-kärlsystemet, ökat stressvar, illamående, kräkning, minskade tarmrörelser, ökad risk för tromboser, fördröjd mobilisering, psykologiska effekter samt risk för utveckling av långvarig smärta (Rawal, 1999). Enligt Svensk förening för Anestesi och Intensivvård, SFAI (2005) är postoperativ smärta en vitalparameter som ska dokumenteras med dess intensitet och behandlingsresultat. Smärtbedömning kan ske dels genom objektiva

skalor, dels genom att patienterna beskriver sin smärta och att sjuksköterskan tolkar patientens beskrivning. Sjuksköterskan måste också kunna informera patienten om smärtbehandlingen och på så vis skapa trygghet (Bryant, 2007).

### **Olika skattningsskalor och dess användning**

Det finns många olika smärtskattningsskalor som är betydelsefulla redskap i omvårdnaden av patienter med smärta (Hawthorn & Redmond, 1999). De vedertagna instrument som används mest i postoperativ vård för vuxna är Visuell Analog skala (VAS), och numerisk skala samt verbal skattningsskala. För barn finns ansiktsskalor (Rawal, 1999). För smärta som inte är akut finns ett flertal olika instrument bl.a. McGill Pain Questionnaire som är ett instrument som mäter smärtans sensoriska, affektiva och värderingsmässiga aspekter samt intensitet. Den ger också möjlighet att ange smärtans lokalisation (Hawthorn & Redmond, 1999).

VAS är en 10 cm lång linjal med markering *ingen smärta* och *värsta tänkbara smärta* i vardera änden. På denna linjal kan en rörlig markör föras och på detta sätt kan smärta, illamående och välbefinnande skattas. På baksidan av denna linjal finns en numerisk skala som sätter en siffra på den visuella skattningen. Här får patienten möjlighet att förmedla sin smärtupplevelse på ett dokumenterbart sätt (Rawal, 1999). VAS bör introduceras preoperativt då det kan vara svårt för patienten att förstå skalan efter anestesi (Mc Lafferty & Farley, 2008). Sjuksköterskan måste vara medveten om att VAS bäst används för att följa ändringar i smärtintensiteten och att den endast utgör ett komplement i smärtbedömningen av patienten (Werner & Strang, 2003). Även Jacobsson (2004) bekräftar att VAS endast mäter smärtans intensitet och att sjuksköterskan inte får glömma smärtans multidimensionella fenomen.

Med numerisk skala använder sig patienten av siffrorna 0 – 10 för att gradera sin smärta. Siffran 0 motsvarar ingen smärta och 10 motsvarar värsta tänkbara smärta. Kräver ingen utrustning och är lätt att förstå för de flesta patienter (Rawal, 1999).

Verbal skattningsskala/ beskrivande skala, är ett sätt för patienten att gradera smärta genom att använda orden: ingen smärta, lätt-, måttlig -, medelsvår-, svår- till outhärdlig smärta (Rawal, 1999).

Rawal (1999) har länge förespråkat vikten av att använda smärtskattning för att bedöma patienternas smärta och har därför utarbetat "Örebromodellen", som infördes år 1991. Hörnstenarna i modellen är smärtskattning och dokumentation av smärta. Vanligtvis finns ett team av anestesilog och smärtsjuksköterska som kan konsulteras på sjukhuset. På vårdavdelningarna finns det sjuksköterskor som är smärtombud, vilka ska öka kompetensen hos kollegorna i att bedöma och behandla smärta (Rawal, 1999).

I en reviewartikel av Solomon (2001) påtalas vikten av överensstämmelse mellan sjuksköterskans och patientens skattning av smärta. Här kommenteras också svårigheten att bedöma smärta pga. dess komplexitet. Sjuksköterskan måste använda olika instrument för att bedöma patientens smärta samt reflektera över hur egna värderingar kan påverka smärtbedömningen av patienten. Det visade sig att desto mer erfaren sjuksköterskan var, desto mer underskattade hon smärtan (Solomon, 2001). En orsak

till detta kan vara att sjuksköterskan inte ser till hela människan och inte bemöter patienten utifrån en livsvärldsansats (Dahlberg m.fl. 2003).

### **Teoretisk referensram**

Till föreliggande studie valdes livsvärldsansatsen som teoretisk referensram för att förstå hur sjuksköterskan uppmärksammar patienternas smärta postoperativt, då smärta är en subjektiv upplevelse som är unik för varje patient. Denna ansats betonar människors upplevelser och erfarenheter. Livsvärlden fokuserar på relationen mellan världen och subjektet. Kan varje patient ses som unik och bli mött och bemött av sjuksköterskan så förutsättningslöst som möjligt så medför det ökad förståelse för den unika situationen. Patienten blir bekräftad i sin livsvärld. Vårdvetenskapen utgår från ett etiskt patientperspektiv som i sig kan bli förklarat utifrån vårdvetenskapens centrala begrepp; Livsvärld, Lidande/ Välbefinnande, Vårdrelation och Subjektiv kropp. Utifrån det etiska patientperspektivet betraktar sjuksköterskan patienten som den främste experten på sig själv (Dahlberg m.fl., 2003).

### **Livsvärld**

Livsvärldsbegreppet kommer från fenomenologin och är den värld som människan dagligen lever i och förhåller sig till (Wiklund, 2003). Dess ansats utgår från patientens perspektiv och erfarenheter (Dahlberg m.fl., 2003). Genom kroppen ges tillgång till världen och hela tiden finns det ett interaktivt förhållande dem emellan (Bengtsson, 2005). När sjuksköterskan möter en patient utifrån livsvärldsperspektivet innebär det att sjuksköterskan intresserar sig för patientens upplevelse. Sjuksköterskan måste i kontakten med patienten vara lyhörd, öppen och följsam för att fånga patientens livsvärld (Dahlberg m.fl., 2003), annars kan det vara svårt för sjuksköterskan att uppmärksamma patientens upplevda smärta. Idvall, Bergqvist, Silverhjelm och Unosson (2008) visar i sin studie att sjuksköterskan bör ta hänsyn till hur varje patient individuellt upplever smärta postoperativt.

### **Lidande/välbefinnande**

Om inte sjuksköterskan beaktar patientens unika erfarenhet kan det ge upphov till vårdlidande (Dahlberg m.fl., 2003). Lidandet är en inre process och inte bara symtom som går att observera. Lidande kan vara förenat med välbefinnande när patienten som har ont bekräftas i sin smärta. Då kan patienten uppleva välbefinnande mitt i lidandet (Dahlberg m.fl., 2003; Wiklund, 2003). Uppmärksammar inte sjuksköterskan patientens smärta eller inte tror på patienten kränks patientens värdighet och ett lidande uppstår. Smärta kan vara såväl sjukdomslidande som vårdlidande eller en kombination av dessa (Wiklund, 2003). Sjukdomslidande orsakas av sjukdom t.ex. smärta. Vårdlidande uppstår när patientens lidande inte uppmärksammas eller han/hon inte får ta del i vårdandet. Detta kan orsakas av otillräcklig vård, utebliven vård eller felaktig vård. Vårdlidande uppstår ofta genom en dålig vårdrelation (Dahlberg, 2002).

### **Vårdrelation**

Relationen mellan sjuksköterska och patient är väsentlig med tanke på att patienten är i underläge genom sitt behov av vård. Sjuksköterskan är där för patienten och ska vara professionell och ha ett etiskt förhållningssätt som präglas av öppenhet och reflektion. Patienten ska vara i fokus. Vårdrelationen är oftast ensidig, men om pati-

enten vill kan utbyte ske (Dahlberg m.fl., 2003). Kasén (2002) har i en studie visat att alla vårdrelationer inte är vårdande, vilket innebär att sjuksköterskan inte har mött patienten i hans/hennes livsvärld. Dahlberg (2002) har i en studie intervjuat personer utifrån en livsvärldsansats där de berättar om kränkande upplevelser av att inte bli uppmärksammade i sitt lidande. Hawthorn och Redmond (1999) menar att det som sjuksköterskan främst behöver för att kunna uppmärksamma patientens smärta postoperativt är en bra dialog, det krävs också att sjuksköterskan identifierar fysiologiska orsaker, hur smärtan påverkar t.ex. rörlighet, hur patienten upplever smärtan och dess intensitet, när den kommer, vad förvärrar/förbättrar/durationen? Det är viktigt att patienten blir trodd och att sjuksköterskan inte underskattar patientens smärta (Hawthorn & Redmond, 1999).

Vårdandets mål är att hindra och/eller lindra lidande för patienten (Dahlberg m.fl., 2003). Dahlberg (2002) bekräftar att vårdrelationen är kärnan i en god omvårdnad. För att vårdrelationen ska bli vårdande krävs att sjuksköterskan lyssnar och inte avbryter och har tid att lyssna in vad patienten vill berätta. Detta visar också Berg, Berntsson och Danielssons (2006) studie, att en vårdande relation medför att patienten blir sedd och bekräftad utifrån sin situation. Genom den vårdande relationen får sjuksköterskan vetskap om hur patienterna vill ha det, vilket då underlättar för sjuksköterskan att ge konkreta råd till patienten. Det viktigaste i en vårdande relation är tilliten så att förtroende kan uppnås (Berg, m.fl., 2006).

### Subjektiv kropp

Genom kroppen har människan tillgång till världen. Kroppen går inte att dela upp, den består av kropp, själ och ande som en enhet. Alla delar berör varandra och bör beaktas hos den lidande patienten (Dahlberg m.fl., 2003). Merleau - Ponty (1999) menar att det inte är möjligt att stå framför sin kropp, man är sin kropp. Kunskap om människokroppen kan inte fås utan att uppleva kroppen, vilket innebär att sjuksköterskan inte kan förstå kroppslig smärta objektivt. Till hjälp kan sjuksköterskan använda smärtskattningsinstrument där patienten själv får sätta intensitet på sin smärta så att den inte kan negligeras (Hawthorn & Redmond, 1999).

Smärta är ett komplext fenomen och varje patient är unik. Det är därför angeläget att fördjupa förståelsen för hur sjuksköterskan uppmärksammar patientens smärta postoperativt.

## SYFTE

Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan uppmärksammar den vuxne patientens smärta postoperativt.

## METOD

Metoden som valdes var litteraturstudie med kvalitativ, deduktiv ansats. Motivet till vald metod är enligt Forsberg och Wengström (2008) att en litteraturstudie sammanställer data från tidigare genomförda empiriska studier och fokuserar på aktuell forskning inom området. En studie med kvalitativ ansats kan enligt Hartman (2004) försöka finna förståelse för livsvärlden hos enskilda individer eller individer i grupp. Den mening människan tillskriver olika företeelser i världen bestämmer hur saker och ting kommer att uppfattas, och vilka handlingar som utförs (Hartman, 2004).

### Urval

Enbart data från primärkällor har använts. Databassökning har genomförts i CINAHL, MEDLINE och Academic Search Elite. Databaserna har valts utifrån sin bredd och inriktning på publikationer av omvårdnadsstudier. Där så var möjligt har enbart Peer Reviewed artiklar sökts. Indexetermer från de olika databasernas thesaurus har i mesta möjliga mån använts. Sökorden har anpassats till de olika databaserna för att sammanfalla med de indexord som föreslagits av förekommande databas. De söktermer som använts var postoperative pain, pain measurement, nurse-patient relations/nurse & patient, qualitative studies/qualitative research och fritext: observation. Fritextsökningen gjordes därför att observation inte återfanns som indexord. Dessa sökord har kombinerats på olika sätt genom att använda den Boolska söktermen AND. Databassökningen redovisas i bilaga 1. Begränsningar i sökningarna som användes var: English, journal article och nursing. Några av artiklarna återfanns vid flera av sökningarna i de olika databaserna, men redovisas endast på den plats där de hittades den första gången. Därför återfinns det flest antal träffar i CINAHL som var den databas där sökningen genomfördes först.

Inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle ha publicerats senast år 2002 samt att artiklarna skulle fokusera på sjuksköterskans bedömning och hantering av den vuxne patientens smärta postoperativt. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna skulle ha publicerats i vårdvetenskapliga tidskrifter. Datainsamlingen i artiklarna skulle ha genomförts med hjälp av intervjuer eller observationer. Resultatet som presenterades i de utvalda artiklarna skulle ha analyserats med kvalitativ metod. Hade författarna kombinerat kvalitativa och kvantitativa analysmetoder i samma studie var det enbart resultatet som analyserats med kvalitativ metod som användes i föreliggande studie.

Artiklar på andra språk än svenska, norska, danska och engelska samt artiklar från undersökningar gjorda på barn, patienter med demens eller nedsatt kognitiv funktion exkluderades. Artiklar med inriktning på medicinsk vetenskap, kronisk smärta och



onkologi har också exkluderats. Artiklar vars material insamlats med hjälp av andrahandsinformation såsom nedskrivna berättelser uteslöts ur föreliggande studie. Då materialet valts ut enligt ovanstående process, genomlästes abstracts för att hitta de artiklar som bäst passade in på föreliggande studies syfte. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) beskriver ett protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod. Protokollet anpassades till föreliggande studie enligt nedan och redovisas i bilaga 2. Åtta artiklar har kvalitetsbedömts med hjälp av protokollet. Frågan om analysmättnad rådde i artiklarna kunde inte bedömas, då inte tillräckligt mycket av resultatet redovisades. Denna parameter uteslöts därför i bedömningen. Då ingen av de utvalda artiklarna hade som syfte att generera teori, togs även denna bedömning bort. Frågan om patientkriterier var i föreliggande studie inte aktuell, och ändrades därför till att bedöma sjuksköterskekriterier såsom antal, ålder, könsfördelning och erfarenhet. I denna fråga gjordes en poängbedömning med hjälp av en skala från 0-2 poäng. Där samtliga kriterier redovisats gavs 2 poäng, någon eller några av kriterierna 1 poäng och 0 poäng där inget av dem kunde återfinnas. Protokollets övriga frågor gav 1 poäng för Ja, och 0 poäng för Nej eller Vet ej. Totalt kunde maximalt 14 poäng uppnås i kvalitetsbedömningen. I den sammanfattande kvalitetsbedömningen användes en tregradig skala där hög kvalitet anges till 80-100%, medel 70-79% och låg kvalitet 60-69%. Resultaten av kvalitetsbedömningen redovisas i bilaga 3.

## Analys

För att underlätta tolkning och sammanställning av resultatet på ett konsekvent och opartiskt sätt är det viktigt att gå systematiskt tillväga (Willman m.fl., 2006). Ett flertal olika metoder för textanalys beskrivs i litteraturen. Findahl och Höijer (1981, s.82), menar att ”varje metod har sina begränsningar och avsikten och syftet med en undersökning måste alltid vara det som i första hand bestämmer valet av metod”. Analysmetoden som använts var den kvalitativa innehållsanalys i flera steg som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Den deduktiva ansatsen innebar att analysen utfördes enligt en i förväg utarbetad modell (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). I föreliggande studie valdes livsvärldsansatsen för att belysa hur sjuksköterskan uppmärksammar och bejakar patientens komplexa upplevelse av smärta och lidande (Dahlberg m.fl., 2003).

I steg ett genomlästes studierna individuellt flera gånger så att en känsla för helheten i innehållet kunde erhållas.

I steg två plockades meningsbärande enheter med relevans för syftet ut var för sig. De utvalda enheterna jämfördes och diskuterades tills samstämmighet kunde uppnås. Härefter kopierades de meningsbärande enheterna till ett word-dokument och sammanställdes i en tabell. Texten bearbetades genom att dubletter sorterades bort. Följande mening var en av de som valdes ut:

*“While less experienced nurses tended to use the pain scale for assessing pain, more experienced nurses implemented other modes of assessment such as palpating the abdomen, examining the wound or drain tube site for inflammation and watching for patient’s altered facial expressions” (Manias, 2003, s.589).*

I steg tre översattes de meningsbärande enheterna till svenska samtidigt som de kondenserades för att korta ner texten, men utan att förlora innehållet. Kondenseringen gjordes enskilt och diskuterades sedan noggrant för att nå överrensstämmelse. Ovanstående meningsenhet kondenserades till:

*Erfarna sjuksköterskor kompletterar smärtskalan (VAS) med andra smärtskattningsmetoder.*

Steg fyra innebar att de kondenserade meningarna kodades och grupperades i tio olika subkategorier, som återspeglade hur sjuksköterskan uppmärksammade patientens smärta postoperativt. Denna gruppering gjordes gemensamt och föranledde en del diskussioner innan namnet på subkategorierna föll på plats. Exemplet ovan sorterades in under subkategorin:

*En kombination av olika strategier gör smärtskattningen mer komplett.*

Slutligen i steg fem användes livsvärldens centrala begrepp: livsvärld, subjektiv kropp, vårdrelation och lidande/välbefinnande (i föreliggande studie vårdlidande) för att kategorisera resultatet deduktivt. Detta steg gjordes gemensamt. Ovanstående subkategori sorterades under kategorin:

*Livsvärld.*

Fler exempel på analysförfarandet framgår av bilaga 4.

## RESULTAT

Analysen resulterade i tio subkategorier som kategoriserades efter livsvärldens centrala begrepp. För att göra resultatet översiktligt och lättläst används kategorierna som huvudrubriker och subkategorierna som underrubriker. Varje kategori i resultatet inleds med en förklaring som anknyter till livsvärldsbegreppet och beskriver vad detta innebär enligt Dahlberg m.fl. (2003). Subkategorierna motsvarar hur sjuksköterskan uppmärksammar den vuxne patientens smärta postoperativt. En beskrivning av de utvalda artiklarna presenteras i bilaga 3.

### **Livsvärld**

För att bejaka patientens livsvärld och kunna förstå den subjektiva upplevelsen av smärta behöver sjuksköterskan förstå smärtan ur patientens perspektiv. För att kunna fånga patientens livsvärld är det viktigt att se till helheten (Dahlberg m.fl., 2003).

#### *En kombination av olika strategier gör smärtskattningen mer komplett*

Sjuksköterskorna i Richards och Hubberts (2007) studie beskriver hur viktigt det var att studera hela bilden av patienten. I första hand var det patientens verbala smärtbeskrivning som uppmärksammades men sjuksköterskorna observerade även fysiska tecken och nonverbala uttryck. Manias (2003) visar att en erfaren sjuksköterska använde fler variabler i sin smärtskattning än vad sjuksköterskor med mindre erfarenhet gjorde. När fler variabler beaktades blev patientens komplexa smärta tydligare för sjuksköterskan något som även bekräftas av Klopper, Andersson, Minkinen, Ohlsson, och Sjöström (2006). Kim, Schwartz-Barcott, Tracy, Fortin och Sjöström (2005) menar att åtta av tio sjuksköterskor använde sig av minst två strategier för att

bedöma patientens postoperativa smärta. Här påtalas också erfarenhetens betydelse för att få en mångfacetterad bild av patientens upplevelse.

### *Smärtskattning prioriterades inte*

Dihle, Bjölseth och Helseth (2006) beskriver hur sjuksköterskorna som intervjuades menade att smärtskattningen var viktig, men studiens observationer visade att i många fall var det stor diskrepans mellan intention och handling. Rutiner för smärtskattning och utvärdering av den postoperativa smärtan var i många fall bristfällig. Manias, Botti och Bucknall (2002) påvisar tidsbristen som en faktor som påverkade smärtskattningen. Patientens postoperativa smärta prioriterades inte i förhållande till sjuksköterskans andra arbetsuppgifter.

### *Sjuksköterskan bedömer icke verbala tecken på smärta*

Sjuksköterskornas sätt att bedöma patientens postoperativa smärta utifrån hur patienten såg ut kunde enligt Kim m.fl. (2005) både vara ett komplement till vad patienten uttalade och i många fall vara överordnat andra kriterier. De sjuksköterskor som hade lärt sig att kombinera vad patienten uttryckte med sina egna observationer av icke verbala tecken på smärta förmådde att ta till sig en mer nyanserad och fullständig bild än i de fall där tolkningen av patientens fysiska smärtuttryck gavs företräde (Richards & Hubbert, 2007).

## **Vårdrelation**

En väl fungerande vårdrelation mellan sjuksköterska och patient sätter patienten i fokus. Det professionella förhållningssättet gentemot patienten förutsätter en dialog som präglas av respekt och har som mål att lindra patientens lidande (Dahlberg m.fl., 2003).

### *Sjuksköterskan smärtskattade genom kommunikation och observation*

Många sjuksköterskor smärtskattade patienterna genom både observation och kommunikation. Sjuksköterskorna hade olika sätt att tillämpa sina kunskaper i att kommunicera med och uppmärksamma patienternas uttryck för smärta i varierande grad (Dihle, m.fl., 2006). Förmågan att vara öppen för att se patienterna som individer, och att även kunna se att uttrycket för smärta varierade mellan patienter med olika ursprung verkade bero på sjuksköterskans erfarenhet kombinerat med hennes grundläggande värderingar (Klopper, m.fl., 2006).

### *Sjuksköterskan litar på vad patienten säger*

Förmågan att ha insikt om sin egen förförståelse och bortse från denna för att i stället lita på det patienten säger menar Richards och Hubbert (2007) skiljde den erfarna sjuksköterskan från sjuksköterskor med mindre erfarenhet. Oavsett sjuksköterskans tidigare erfarenhet kring hur ont ett speciellt ingrepp brukade göra var det bara patienten som kunde veta hur ont det gjorde (Kim m.fl., 2005). Lauzon Clabo (2007) har i sin studie jämfört två avdelningar och visar hur avdelningskulturen påverkade attityden till hur smärta bedömdes postoperativt. På den ena avdelningen var patientens egen smärtrapportering det som ansågs vara viktigast att beakta, medan den andra avdelningen prioriterade annorlunda.

## **Subjektiv kropp**

Sjuksköterskan kan inte förstå patientens kroppsliga smärta objektivt. För att kunna förstå patientens subjektiva upplevelse måste hon ta reda på hur smärtan påverkar patientens hela kropp (Dahlberg, m.fl., 2003).

### *Patienten uppmanas att berätta om sin smärta*

Manias (2003) studie visar att sjuksköterskorna lade stor vikt vid smärtbedömningen postoperativt, och de var tydliga med att visa hur viktigt det var att patienten delgav dem sin självrapporterade smärta. Även sjuksköterskorna i Dihle m.fl. (2006) uppgav att de betonade vikten av att patienten verkligen talade om när de hade ont, men hade varierande respons på patienternas berättelser. De flesta observationerna visade att sjuksköterskan lämnade över till patienten att påkalla uppmärksamhet och berätta när de hade ont.

### *Direkta frågor gör patientens smärta tydligare*

Genom att använda sig av direkta frågor som gick in på mer specifika aspekter av smärtupplevelsen var det lättare för sjuksköterskan att få ett konkret svar när det gällde patientens upplevelse. I de fall sjuksköterskorna valde att ställa upprepade frågor var det mer troligt att patienten valde att öppna sig och berätta om hela sin upplevelse av smärtan. Detta visas i flera av studierna (Dihle m.fl., 2006; Klopper m.fl., 2005; Manias, 2003; Manias, Bucknall och Botti, 2005).

## **Lidande - vårdlidande**

Uppmärksammar sjuksköterskan inte patientens smärta t.ex. genom att inte lita på vad patienten säger kan ett vårdlidande uppstå. Att inte bli sedd och bekräftad i sitt lidande kränker patientens värdighet. Otillräcklig behandling eller ignorering av patientens behov kan leda till vårdlidande vilket sjuksköterskan ofta orsakar omedvetet p.g.a. brist på reflektion och erfarenhet (Dahlberg, m.fl., 2003).

### *Sjuksköterskan bedömer smärta utifrån sin förförståelse*

Det framkom i en del av studierna att det inte var självklart för sjuksköterskorna att lita på patienternas beskrivning av sin postoperativa smärta. En orsak till detta var att sjuksköterskorna oroade sig för att patienterna skulle bli drogberoende (Klopper m.fl., 2005; Lauzon Clabo, 2007). Sjuksköterskorna uppgav också att patienterna inte kunde ha så ont som de sa (Klopper, m.fl., 2005).

*”For one nurse, it was not so much the exposure to other patients’ experiences as it was actual personal experience that was especially important.”* (Kim m.fl., 2005, s.7).

Expertsjuksköterskorna i Richards och Hubberts (2007) studie erkände svårigheterna med att bortse från sin egen förförståelse och acceptera vad patienten uttryckte om sin smärta.

### *Sjuksköterskan ignorerar patientens smärtsignaler*

I hälften av studierna framkom det att sjuksköterskan i många fall ignorerade patientens postoperativa smärta även om den var tydligt uttryckt ifrån patienten (Dihle, m.fl., 2006; Lauzon Clabo, 2007; Manias, m.fl., 2002; Manias, m.fl., 2005).

*“Through her gestures and verbally the patient clearly shows she is in pain, but the nurse doesn’t respond – she only listens without commenting or doing anything about it.” (Dihle, m.fl., 2006, s.474).*

I flera fall uttryckte sjuksköterskan att viss smärta fick accepteras postoperativt. Patienternas VAS - skattning bagatelliserades av sjuksköterskan, kunde till exempel patienten hosta så ignorerades smärtan även om patienten hade ont (Manias, m.fl., 2005).

#### *Patienten bedöms utifrån operationstyp och inte som subjekt.*

I många studier fokuserade sjuksköterskan på typ av kirurgi och anestesi i sin bedömning av patientens smärta istället för att uppmärksamma den individuella upplevelsen (Kim, m.fl., 2005; Klopper, m.fl., 2005; Lauzon Clabo, 2007; Manias m.fl., 2002).

Sammanfattningsvis förelåg det brister i sjuksköterskans sätt att uppmärksamma patientens smärta postoperativt. Sjuksköterskan hade ibland svårt att acceptera individens beskrivning av smärtupplevelsen. Även tydliga smärtsignaler från patienten kunde ignoreras av sjuksköterskan. I många fall tolkade sjuksköterskan patientens smärta utifrån hur det brukade vara. Sjuksköterskor som använde flera variabler i sin smärtbedömning fick en mer fullständig bild av patientens upplevelse av smärta.

## DISKUSSION

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan uppmärksammar den vuxne patientens smärta postoperativt. Som metod valdes litteraturstudie med kvalitativ, deduktiv ansats. Vid artikelsökningen användes databaserna Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE. Academic Search Elite är en fulltextdatabas som uppdateras dagligen. Bland annat finns här artiklar från olika medicinska vetenskaper. CINAHL är en referensdatabas som uppdateras månadsvis och som innehåller artiklar i ämnet omvårdnad. MEDLINE är en referensdatabas med daglig uppdatering som omfattar nästan 95 % av den medicinska litteraturen och även innefattar omvårdnadstidskrifter (Willman m.fl., 2006). Användandet av dessa databaser kändes relevant, då det gav många träffar. I några av sökningarna blev det så många träffar att det gick åt mycket tid för att läsa igenom abstracts. Försök till ytterligare begränsningar med andra sökord ledde dock till att resultatet blev alltför knapphändigt. Då samma artiklar som utvalts till föreliggande studie kunde återfinnas i mer än en databas, kan detta indikera att databaserna delvis har samma innehåll. Eventuellt skulle användandet av fler databaser kunna ha tillfört ytterligare intressanta artiklar i ämnet. Lärprocessen att finna material som helt svarade mot föreliggande studies syfte underlättades efterhand då många kombinationer, begränsningar och ansatser prövats. Då forskningsresultat är en färskvara valdes år 2002 som begränsning för att hålla fokus på aktuell omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2008). Eftersom många artiklar skrivits före år 2002, fanns möjligheten att ett urval av tidigare publicerade artiklar kunde ha berikat litteraturstudien ytterligare. I många av sökningarna var träffarna medicinskt inriktade artiklar, eller artiklar vinklade mot farmakologisk behandling av postoperativ smärta, dessa exkluderades.

Urvalet av artiklar gjordes för att studera hur sjuksköterskan uppmärksammar den postoperative vuxne patienten i realtid. För att så mycket som möjligt undvika att minnet över tid förändras och förvränger fakta valdes en artikel bort som använde metoden att låta sjuksköterskor skriva ner en berättelse om hur deras agerande kunde påverka utgången för smärtbehandlingen i en specifik situation (Schacter, 1997). Diskussioner fördes även kring Richards och Hubberts (2007) pilotstudie där endast tre expertsjuksköterskor intervjuas. Det beslöts dock att den sammanlagda erfarenhet om 54 år hos respondenterna uppvägs det som saknades i antal svarande. Efter detta övervägande tilläts artikeln ingå i föreliggande studie.

För att säkerställa att innehållet i artiklarna höll en tillräckligt hög kvalitet och att relevanta studier identifierats togs hjälp i granskningen av ett bedömningsprotokoll (Forsberg & Wengström, 2008). Protokollet för kvalitetsbedömning av artiklarna omarbetades från Willman m.fl. (2006, s.156-157). En modifiering av kvalitetsbedömningsprotokollet gav troligtvis en mer tillförlitlig bedömning då kunskapen att avgöra om analysmättnad uppnåtts saknades och ingen teori genererades. Hade inte denna anpassning gjorts, skulle samtliga artiklar ha fått betydligt lägre kvalitetspoäng. Då syftet i artiklarna var att bedöma sjuksköterskan i första hand, bedömdes det som viktigt att anpassa karaktistikan till detta och inte efter studiernas redovisade urval av patienter. En avvägning i poängsättningen gjordes för att inte detta område skulle dominera. Genom att poängsätta samtliga punkter som kvalitetsbedömdes minskade risken att någon viktig del i bedömningen skulle falla bort. Fördelen med en poängberäkning var att resultatet på ett enkelt sätt blev jämförbart, även om det var en grov bedömning. Det fanns risk att överskatta eller underskatta enskilda frågors betydelse vilket skulle kunna påverka poängsättningen. Användandet av detta protokoll underlättade kvalitetsbedömningen. Fyra av artiklarna bedömdes som bra och återstående fyra artiklar som medel. Kvalitetsbedömningen redovisas i bilaga 3.

Då materialet redan kondenserats i artiklarnas resultat kunde ett steg elimineras i föreliggande studie. Därför gjordes i stället en kategorisering enligt livsvärldsperspektivet för att ge resultatet en ytterligare dimension. Detta var också ett sätt att föra arbetet vidare då det förmodligen hade hamnat i samma kategorier som artiklarnas resultat redan presenterat.

Föreliggande studies intention var att enbart analysera manifest innehåll i de utvalda artiklarna. Någon tematisering blev därför inte aktuell, då detta enligt Graneheim och Lundman (2004) tillhör tolkning av det latent budskapet. Det visade sig vara svårt att enbart använda det manifesta innehållet och fullständigt bortse ifrån den förförståelse som fanns vid kategoriseringen av resultatet med den teoretiska referensramen. Fokus har dock legat på att analysera det manifesta och inte det latent innehåll i artiklarna. Subkategorierna motsvarar syftet hur sjuksköterskan uppmärksammar patientens smärta, men komplexiteten gör att detta uppmärksammande kan vara antingen positivt eller negativt för patienten beroende på om sjuksköterskan väljer att agera eller ignorera. Skulle subkategorierna även ha delats in i aspekten positivt och negativt hade resultatet blivit alltför stort och ohanterligt samtidigt som innehållet i varje subkategori blivit alltför knapphändig. Genom att applicera resultatet på livsvärldsansatsen var kategorierna redan fördefinierade till livsvärldens centrala begrepp. Subkategorierna kanske skulle kunna

definieras på ett annat sätt om litteraturstudien utförts av någon annan. Livsvärldsansatsens begrepp är precis som människan en komplex enhet som inte går att dela. Livsvärld, subjektiv kropp, lidande/välbefinnande och vårdrelation är hela tiden beroende av varandra och påverkas av samspelet dem emellan. Många gånger var det därför svårt att komma fram till vilken kategori de olika subkategorierna tillhörde. För att innehållet i de meningsbärande enheterna inte skulle gå förlorad var det ibland nödvändigt att ta med flera meningar.

I processen kring vilka meningsbärande enheter som skulle lyftas fram förelåg i de flesta fallen samsyn. Detta skulle kunna bero på att förförståelsen var likartad. Hade analysen genomförts av andra, med en annan förförståelse skulle resultatet kunnat bli annorlunda. Här kan även problemet med att hålla sig till det manifesta innehållet härledas. Det latent budskapet framträdde i textmaterialet. Genom att kategorisera resultatet till livsvärldens perspektiv sågs möjligheten att gå vidare. Diskussionerna som fördes under forskningsprocessens gång hjälpte till att reflektera och sätta ord på de problem som lyfts fram och som även är vanliga i den kliniska verksamheten som dagligen upplevs. Detta blev även en källa till nya tankar samtidigt som uppsatsskrivandet ledde fram till ny kunskap. En svårighet var att inte upprepa resultatet som framkom i artiklarna. Kanske berodde detta på att en av författarna, Sjöström, var inblandad i två av studierna (Kim m.fl., 2005; Klopper m.fl., 2006), samt att resterande artiklar utom två byggde sina studier på bland annat denne författares doktorsavhandling (Sjöström, 1995). Sjöströms (1995) kategorier som legat till grund för de flesta av artiklarna i resultatet är hur patienten såg ut, vad patienten säger, hur det brukar vara och hur patienten uttrycker sig. Det var intressant att se att de artiklar som byggde på Sjöströms (1995) tidigare resultat och som hade genomförts i olika världsdelar trots detta gav liknande resultat. Sjuksköterskans svårighet att uppmärksamma smärta verkade vara likartad i flera världsdelar. Underlaget i föreliggande studie visar samsyn och resultaten är likartade. Trovärdigheten kan vara lägre på grund av denna ensidighet, men enligt Werner och Strang (2003) påvisar många studier att den postoperativa smärtbehandlingen väsentligen inte förbättrats under de senaste fem decennierna. Med tanke på detta borde inte underlagets samsyn påverka trovärdigheten.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att det är viktigt att sjuksköterskan ser till helheten hos patienten och använder sig av fler variabler i sitt uppmärksammande av smärta postoperativt. Rawal (1999) bekräftar att fler variabler ska användas vid smärtskattning och betonar vikten av att utgå från patientens egen upplevelse.

Sjuksköterskorna använde sin erfarenhet olika. En del valde att lyssna till patientens berättelse och lita på det patienten sa, det hade deras erfarenhet lärt dem. Andra sjuksköterskor litade mestadels till sin erfarenhet av att observera patientens icke verbala tecken och lät patientens verbala uttryck av smärta stå tillbaka. Solomon (2001) påvisar i sin reviewartikel hur sjuksköterskan i sin tolkning oftast missbedömer patientens smärta postoperativt. När sjuksköterskan inte ser till hela patienten misslyckas hon ofta i sin smärtskattning (Solomon, 2001). När erfarenheten skapar en mall för hur det brukar vara och sjuksköterskan fastnar i den mallen utan att individanpassa vården kan hon tappa det specifika patientperspektivet (Sloman, Rosen, Rom

& Shir, 2005). Sjuksköterskans lyhörddhet, observationsförmåga och interpersonliga färdigheter avgör hur väl patientens smärta uppmärksammas (Hawthorn & Redmond, 1999). Detta beskriver även Dahlberg m.fl. (2003) att för att kunna närma sig patientens livsvärld måste sjuksköterskan vara lyhörd för de tecken patienten visar för att skapa en väl fungerande vårdrelation.

Resultatet visar att en av orsakerna till att sjuksköterskorna inte prioriterade smärtskattning berodde på tidsbrist och att de sa en sak och gjorde en annan. En orsak till detta kan vara det som Idvall m.fl. (2008) tar upp att det inte är kunskapen som fattas utan en implementering och utvärdering av god postoperativ vård. Många försök till att förbättra den postoperativa vårdens kvalitet har gjorts men patienterna har fortfarande ont. Breivik m.fl. (2008) menar att endast genom att rutinmässigt mäta smärta på samma sätt som andra vitalparametrar kan smärtan göras tillräckligt synlig för vårdpersonalen. Genom att ta sig tid kan sjuksköterskan uppmärksamma patientens smärta postoperativt på ett bättre sätt (Carr & Thomas, 1997). Dahlberg m.fl. (2003) ser aspekten tidsbrist som ett hinder för att utveckla en bra vårdrelation.

Sjuksköterskorna litade i varierande grad på vad patienterna sa om sin smärta. Det var nödvändigt att ha ett patientcentrerat förhållningssätt och tro på patienten för att kunna uppmärksamma smärta adekvat (Holley, McMillan, Hagan, Palacios & Rosenberg, 2005). De sjuksköterskor som litade på patienternas uttryck för smärta hade oftast en bra kommunikation med dem vilket också bekräftas av Hawthorn och Redmond, (1999) som menar att en bra dialog är det som sjuksköterskan främst behöver för att uppmärksamma patientens smärta postoperativt. Det går inte att enbart förlita sig på observationer eftersom de inte alltid är korrelerade till patientens aktuella upplevelse av smärta (Rawal, 1999). Dahlberg m.fl. (2003) menar att ett etiskt förhållningssätt är att sjuksköterskan hela tiden bör sträva efter att öka sensibiliteten för patienten, vilket utgör grunden för en bra vårdrelation där sjuksköterskan uppmärksammar patientens subjektiva kropp.

Resultatet visade att sjuksköterskorna i samspel med patienterna uppmanade dem att berätta om sin smärta. Det visade sig också att om sjuksköterskorna ställde direkta frågor synliggjordes patientens smärta bättre. Vikten av hur sjuksköterskorna ställer sina frågor till patienten påvisar Carr (1990). En otydligt ställd fråga kan göra att patienten säger att de inte har smärta även om de har ont (Carr, 1990). Att uppmärksamma patientens smärta genom frågorna var, hur, och när det gör ont (Werner & Strang, 2003) kan göra att den subjektiva kroppen ses i livsvärldens helhet (Dahlberg, m.fl., 2003). Många av sjuksköterskorna ställde direkta frågor men uppmanade ofta patienterna att säga till själva när de kände smärta. Carr (1990) visar att genom att överlåta till patienten att berätta om sin smärta är det få av patienterna som verkligen påkallar sjuksköterskans uppmärksamhet när de behöver det. Rawal i Werner och Strang (2003) menar att det är viktigt att uppmärksamma patientens smärta med en systematisk smärtskattning för att kunna bedöma den komplexa variationen av smärteupplevelsen, även en liten skada kan ge intensiv smärta hos vissa patienter medan en större skada hos andra kan ge en smärta som tolereras. Hawthorn och Redmond (1999) beskriver smärta som mänskligt lidande och som en unik upplevelse för varje



individ. Detta gör att den subjektiva kroppen måste uppmärksammas annars orsakas patienten lidande (Dahlberg, m.fl., 2003).

Resultatet visade att i flera fall ignorerade sjuksköterskorna patienternas VAS -skattning, detta var något som även påvisades i Carrs studie (1990) för tjugo år sedan. Vidare framkommer i resultatet att sjuksköterskorna inte alltid gav patienterna respons även om de uppmärksammat smärtan. Sjuksköterskornas tidigare erfarenhet kunde resultera i en förförståelse som fick dem att i vissa fall ignorera patientens berättelse och de bedömde patienterna efter operationstyp och hur ont de borde ha. En orsak till detta kan vara det som Harper, Ersser och Gobbi (2007) beskriver hur sjuksköterskor använder sig av två olika strategier i sin smärtbedömning. De säger att patienten är den som bäst kan avgöra hur ont de har men tror samtidigt att sjuksköterskan är bäst på att skatta postoperativ smärta, något som motsäger vartannat. Denna klyfta mellan vad som sägs och vad som egentligen görs observerades i Dihle m.fl. (2006).

I resultatet påtalas att sjuksköterskan i många fall omedvetet orsakade patienten ett vårdlidande genom att inte respektera patientens lidande och inte sätta patienten i centrum för vården. Rawal (1999) beskriver hur myter och traditioner kring postoperativ smärta kan leda till missuppfattningar hos sjuksköterskan som kan hindra henne från att ta patientens smärta på allvar, kanske är det en av orsakerna till att sjuksköterskorna inte använder sin kunskap som de säger att de gör och att de i vissa fall anser att patienterna får acceptera viss smärta. Detta ligger i linje med vad som framkommer i resultatet, där en del sjuksköterskor oroar sig för att patienterna skulle bli drogberoende och att de inte trodde att patienterna kunde ha så ont som de sa (Klopper m.fl., 2005).

### **Slutsats**

Slutsatsen är att sjuksköterskan kan bli bättre på att uppmärksamma patienternas smärta postoperativt. Föreliggande studie visar att det fortfarande förekommer brister i tillämpning av befintlig kunskap hos sjuksköterskan. Det råder även brist på lyhördhet för att uppmärksamma patientens smärta. Genom att anta en reflekterande hållning och försöka sätta sig in i patientens livsvärld kan erfarenheten vidga sjuksköterskans seende och påverka hennes agerande. I andra fall kan erfarenheten göra att sjuksköterskan blir trångsynt och inte klarar att uppmärksamma individen utan agerar utifrån sin egen förförståelse. Svensk Sjuksköterskeförenings (2008) utgångspunkt för god vård är att det är den enskilda sjuksköterskans kompetens, hennes bemötande av patienten och hur hon utövar omvårdnaden som påverkar vårdens kvalitet. För att stärka sjuksköterskans profession behöver omvårdnaden utvecklas vidare.

Det hade varit spännande att gå vidare med en studie som undersöker hur sjuksköterskans vårdvetenskapliga synsätt påverkar sättet att uppmärksamma patientens postoperativa smärta. Det verkar troligt att en sjuksköterska som har ett reflekterande etiskt patientperspektiv inte bagatelliserar patientens smärta, förutsatt att hon även har de medicinska kunskaper som behövs.

## REFERENSER

- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2005). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, L., Berntsson, L., & Danielson, E. (2006). Caring relationship in an out-patient clinic: balancing between vulnerability and dignity. *International Journal for Human Caring*, 10, (4), 23-30.
- Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik-Hals, E. K., Kvarstein, G., & Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1):17-24.
- Bryant, H. (2007). Pain: a multifaceted phenomenon. *Emergency Nurse*, 14 (10), 6-10.
- Carr, E. C. J. (1990). Postoperative pain: patients expectations and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 89-100.
- Carr, E. C. J., & Thomas, V. J. (1997). Anticipating and experiencing postoperative pain: the patients perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 191-201.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22, (63), 4-8.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dihle, A., Bjölseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.
- Findahl, O., & Höijer, B. (1981). *Text och innehållsanalys. En översikt av några analystraditioner*. Stockholm: Riksrådions Reprocentral.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Granehiem, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Harper, P., Ersser, S., & Gobbi, M. (2007). How military nurses rationalize their postoperative pain assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 59, (6), 601-611.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawtorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta – bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Holley, S., McMillan, S C., Hagan, S J., Palacios, P., & Rosenberg, D. (2005). Pain resource nurses: Believing the patients, believing in themselves. *Oncology Nursing Forum*, 32, (4), 843-848.
- HSL, 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen* Tillgänglig: [www.sos.se\(081205\)](http://www.sos.se(081205))
- Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhielm, J., & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing and Health Sciences*, 10, 131-136.
- Jakobsson, U. (2004). Att mäta med VAS-skalan: ett bra verktyg eller mest bekymmer? (Elektronisk). Vårdalinstitutets Tematiska rum: Leva med smärta. Tillgänglig: <<http://www.vardalinstitutet.net>>(090125)

- Kasén, A. (2002). *The caring relationship*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi.
- Kim, H S., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S M., Fortin, J D., & Sjöström, B. (2005). Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units. *Pain Management Nursing*, 6, (1), 3-9.
- Klopper, H., Andersson, H., Minkinen, M., Ohlsson, C., & Sjöström, B. (2006). Strategies in assessing postoperative pain - a South African study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 12-21.
- Lauzon Clabo, L M. (2007). An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. *Journal of Advanced Nursing*, 61, (5), 531-539.
- Linton, S. J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- McLafferty, E., & Farley, A. (2008). Assessing pain in patients. *Nursing Standard*, 22, (25), 42-46.
- Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2002). Observations of pain assessment and management- the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733.
- Manias, E. (2003). Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. *Journal of advanced Nursing*, 41, 585-594.
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurse's Strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*, 6, (1), 18-29.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Rawal, N. (1999). *Postoperativ smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Richards, J., & Hubbert, A. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 8, (1), 17-24.
- Schacter, D. L. (1997). *Sökandet efter minnet – hjärnan, psyket och det förflutna*. Falun: Scandbook.
- SFAI, Svensk förening för Anestesi och Intensivvård. (2005). Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling.(Elektronisk)  
Tillgänglig<[http://www.sfai.se/files/Sid%2090-107.pdf\(090220\)](http://www.sfai.se/files/Sid%2090-107.pdf(090220)).
- Sjöström, B. (1995) *Assessing acute postoperative pain. Assessment strategies and quality of clinical experience and professional role*. (avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet, 1995)
- Sjöström, B., Jakobsson, E., & Haljamäe, H. (2000). Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 273–282.
- Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., & Shir, Y. (2005). Nurses assessment of pain in surgical patientents. *Journal of Advanced Nursing*, 52, (2), 125-132.
- Solomon, P. (2001). Congruence between health professional's and patient's pain ratings: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15,174-180.
- SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Tillgänglig:[www.sos.se\(081205\)](http://www.sos.se(081205))
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategier för att utveckla vården*. Tillgänglig:  
<http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Forskning-och-utveckling/Strategi-for-att-utveckla-varden/> (090310).
- Werner, M., & Strang, P. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

# BILAGEFÖRTECKNING

BILAGA 1.....DATABASSÖKNING

BILAGA 2.....PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

BILAGA 3..... BESKRIVNING AV ARTIKLAR I RESULTATET

BILAGA 4..... EXEMPEL PÅ ANALYSFÖRFARANDE

Tabell 1. Sökning i CINAHL.

| <i>Sökord</i>   | <i>Avgränsningar</i>                              | <i>Antal träffar</i> | <i>Använt + artikel nr</i> |
|---|---|----------------------|----------------------------|
| "Pain Measurement"  | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 9217                 |                            |
| "Nurse-patient Relations"   | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 2445                 |                            |
| "Pain Measurement" AND "Nurse-patient Relations"                          | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 30                   | 1st (Nr6)                  |
| "Qualitative studies"   | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 20089                |                            |
| "Pain Measurement" AND "Qualitative studies"                              | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 130                  | 1st (Nr3)                  |
| "Postoperative Pain"  | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 1808                 |                            |
| "Postoperative Pain" AND "Pain Measurement"                               | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 938                  |                            |
| "Postoperative Pain" AND "Pain Measurement" AND "Nurse-patient Relations" | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 12                   | 0                          |
| "Postoperative Pain" AND "Qualitative studies"                            | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 51                   | 0                          |
| "Postoperative Pain" AND (Fritext) "Observation"                          | English Language; Peer Reviewed; Research Article | 41                   | 2st (Nr1, Nr5)             |

Tabell 2. Sökning i MEDLINE.

| <i>Sökord</i>   | <i>Avgränsningar</i>   | <i>Antal träffar</i> | <i>Använt+ artikel nr</i> |
|---|--|----------------------|---------------------------|
| "Pain, Postoperative"   | English Language;<br>Journal & Citation Subset:<br>Nursing; Publication<br>Type: Journal Article | 1185                 |                           |
| "Pain Measurement"  | English Language;<br>Journal & Citation Subset:<br>Nursing; Publication<br>Type: Journal Article | 2175                 |                           |
| "Pain, Postoperative"<br>AND" Pain<br>Measurement"                                  | English Language;<br>Journal & Citation Subset:<br>Nursing; Publication<br>Type: Journal Article | 427                  |                           |
| "Nurse-patient<br>Relations"  | English Language;<br>Journal & Citation Subset:<br>Nursing; Publication<br>Type: Journal Article | 15375                |                           |
| "Pain, Postoperative"<br>AND" Pain<br>Measurement" AND"<br>Nurse-Patient Relations" | English Language;<br>Journal & Citation Subset:<br>Nursing; Publication<br>Type: Journal Article | 18                   | 3st (Nr2, Nr7, Nr8)       |

Tabell 3. Sökning i Academic Search Elite.

| <i>Sökord</i>                                   | <i>Avgränsningar</i>  | <i>Antal träffar</i> | <i>Använt+ artikel nr</i> |
|---|---|----------------------|---------------------------|
| "PAIN – Measurement"                            |   | 97                   | 0                         |
| "PAIN – Measurement"                            | Scholarly (Peer Reviewed); Publication Type: Periodical; Document Type: Article | 88                   | 1st (Nr 4)                |
| "POSTOPERATIVE pain"                            | Scholarly (Peer Reviewed); Publication Type: Periodical; Document Type: Article | 570                  |                           |
| "QUALITATIVE research"                          | Scholarly (Peer Reviewed); Publication Type: Periodical; Document Type: Article | 3185                 |                           |
| "QUALITATIVE research" AND "POSTOPERATIVE pain" | Scholarly (Peer Reviewed); Publication Type: Periodical; Document Type: Article | 2                    | 0                         |
| Fritext:"Nurse-patient relations"               | Scholarly (Peer Reviewed); Full text  | 29                   | 0                         |
| "NURSE & patient"                               | Scholarly (Peer Reviewed); Publication Type: Periodical; Document Type: Article | 3250                 |                           |
| "NURSE & patient" AND "POSTOPERATIVE pain"      | Scholarly (Peer Reviewed); Publication Type: Periodical; Document Type: Article | 2                    | 0                         |
| "NURSE & patient" AND "PAIN -- Measurement"     | Scholarly (Peer Reviewed); Publication Type: Periodical; Document Type: Article | 0                    |                           |



## Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

En bearbetning från Willman, Stoltz och Bahtsevani 2006

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

Sjuksköterskekaraktäristika  
(Redovisas samtliga = 2 poäng,  
Några = 1 poäng, Inga = 0 poäng)

Antal: .....

Ålder: .....

Man/kvinna: .....

Erfarenhet: .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?  Ja  Nej  Vet ej

Urval

- Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

- Strategiskt?  Ja  Nej  Vet ej

Metod för

-urvalsförfarande tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

-datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

-analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamättnad?  Ja  Nej  Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande  
till en teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

Huvudfynd.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar.....

.....

Granskare (sign).....

Antal poäng:..... av  
14 möjliga

Tabell 4. Beskrivning av artiklar i resultatet.

| <b>Författare, land, årtal och nummer</b>                                 | <b>Titel</b>  | <b>Tidskrift</b>                    | <b>Syfte/ forskningsfråga</b>   | <b>Metod</b>   | <b>Resultat och kvalitetsbedömning</b>  |
|---|---|-------------------------------------|---|--|---|
| Dihle, Bjölseth, Helseth Norge 2006 Artikel 1                             | The gap between saying and doing in postoperative pain management | Journal of Clinical Nursing         | Att öka förståelsen för hur sjuksköterskor bidrar till postoperativ smärthantering i den kliniska verksamheten genom att observera hur de egentligen behandlar postoperativ smärta och genom att undersöka deras uppfattning i ämnet. | Observationer och djupintervjuer med ett strategiskt urval om 9 sjuksköterskor med erfarenhet av och intresse för ämnet postoperativ smärthantering, samt insatta i avdelningens rutiner.  | Det fanns en skillnad i vad sjuksköterskan sa att de gjorde i intervjuerna och vad de faktiskt sågs göra i observationerna. Ett mer aktivt förhållningssätt till patientens postoperativa smärta ökade smärtlindringen.<br>Kvalitetsbedömning: Bra  |
| Kim, Schwartz-Barcott, Tracy, Fortin, Sjöström USA 2005 Artikel 2         | Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units    | Pain Management Nursing             | Att identifiera de kriterier sjuksköterskor verkligen använder för att mäta postoperativ smärta och vilken sorts kunskap de fått av tidigare erfarenhet.  | En serie semistrukturerade intervjuer med 10 sjuksköterskor som genomförde smärtskattning av 30 nyopererade patienter. Sjuksköterskan ombads att noga berätta hur de tänkte i varje smärtskattningssituation, och vilken roll tidigare erfarenhet hade. Varje sjuksköterska intervjuades vid fem tillfällen. | Tre kriterier för smärtbedömning kunde påvisas: "Hur patienten ser ut", "Vad patienten säger", och "Hur det brukar vara". Dessa tre kategorier utgjorde en referensram från vilken sjuksköterskorna varierade sin smärtskattning. Sin erfarenhet använde sjuksköterskorna till att relatera till: "Typ av patient", "Att lyssna på patienten", "vad sjuksköterskan tittar på" och "vad sjuksköterskan kan göra för patienten".<br>Kvalitetsbedömning: Medel |
| Klopper, Andersson, Minkkinen, Ohlsson, Sjöström Sydafrika 2006 Artikel 3 | Strategies in assessing postoperative pain-A South African study  | Intensive and Critical Care Nursing | Att beskriva strategier i postoperativ smärtskattning som används av en grupp sjuksköterskor i Sydafrika.   | 12 Sjuksköterskor intervjuades vid fem tillfällen. Kvantitativ och kvalitativ analys utfördes, varav endast den kvalitativa delen granskas i denna studie.   | Till de av Sjöström tidigare identifierade kriterierna (hur patienten ser ut, vad patienten säger, hur patienten säger det och tidigare liknande omständigheter) tillfördes "jag har lärt mig att vissa patienter rapporterar mindre smärta än andra"<br>Kvalitetsbedömning: Medel  |

Tabell 5. Beskrivning av artiklar i resultatet.

| <i>Författare, land, årtal och nummer</i>         | <i>Titel</i>   | <i>Tidskrift</i>            | <i>Syfte/ forskningsfråga</i>   | <i>Metod</i>  | <i>Resultat och kvalitetsbedömning</i>   |
|---|--|-----------------------------|---|---|--|
| Lauzon Clabo USA 2007 Artikel 4                   | An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. | Journal of Advanced Nursing | Att undersöka skillnaden i hur avdelningskulturen påverkar sjuksköterskans smärtskattning på två olika postoperativa avdelningar.               | Fas 1 deltagande observation<br>Fas 2 observationer av dagsjuksköterskor<br>Fas 3 fokuserade på att utvidga förståelsen för den sociala kontext som påverkade den enskilda sjuksköterskans smärtskattning.                      | Mätkriterier från tre sfärer användes: patientens berättelse, evidens och referenser för bedömning av mätresultat<br>Kvalitetsbedömning: Medel   |
| Manias Australien 2003 Artikel 5                  | Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting                     | Journal of Advanced Nursing | Att undersöka hur sjuksköterskan hanterar patientens smärta och oro på en mag-tarmkirurgisk avdelning   | Tvåtimmars fältobservationer av sex sjuksköterskor med fokus på postoperativa patienters smärta och oro. Varje sjuksköterska observeras vid tre tillfällen.<br>Klargörande frågor ställs till deltagarna efter observationerna. | Smärtskattningen var av stor betydelse för deltagarna, vilket inkluderade vilka smärtskattningsinstrument som användes, patientens medicinska tillstånd och typ av operation och deras självskattning av ångest och smärta.<br>Kvalitetsbedömning: Bra   |
| Manias, Botti, Bucknall Australien 2002 Artikel 6 | Observation of pain assessment and management - the complexities of clinical practice        | Journal of Clinical nursing | Att undersöka interaktionen mellan sjuksköterska och nyopererad patient med fokus på smärtskattning och smärthantering i kliniska förhållanden. | Tvåtimmars fältobservationer av 12 olika sjuksköterskor i hur inneliggande nyopererade patientens smärta hanteras på avdelningen.   | Fyra hinder för effektiv smärthantering identifierades: Sjuksköterskans svar på störningar vid smärthantering, Sjuksköterskans uppmärksamhet på patientens antydningar om smärta, Sjuksköterskans varierande tolkningar av smärta, Sjuksköterskans försök att hantera konkurrerande krav från sköterskor, läkare och patienter.<br>Kvalitetsbedömning: Medel |

Tabell 6. Beskrivning av artiklar i resultatet.

| <i>Författare, land, årtal och nummer</i>                  | <i>Titel</i>  | <i>Tidskrift</i>        | <i>Syfte/ forskningsfråga</i>   | <i>Metod</i>   | <i>Resultat och kvalitetsbedömning</i>   |
|--|---|-------------------------|---|--|--|
| Manias, Bucknall, Botti<br>Australien<br>2005<br>Artikel 7 | Nurses´ Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting           | Pain Management Nursing | Att undersöka hur sjuksköterskan hanterar patientens smärta postoperativt.                        | Tvåtimmars fältobservationer av 52 sjuksköterskor på två kirurgiska avdelningar. 316 smärttillfällen registrerades.  | Sex olika teman identifieras;<br>Hantera smärtan effektivt, prioritera smärtupplevelsen, att missa patientens antydningar om smärta, regler och rutiner vid smärthantering, att förebygga smärta, att hantera procedursmärta.<br>Kvalitetsbedömning: Bra |
| Rihards, Hubbert<br>USA<br>2007<br>Artikel 8               | Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain | Pain Management Nursing | Att lära hur expertsjuksköterskan mäter, hanterar och behandlar patienter med postoperativ smärta | Tre expertsjuksköterskor intervjuades i två entimmarsintervjuer med öppningsfrågan hur sjuksköterskan vet att patienten har ont och följdes upp med klagörande frågor. | Fyra teman kan urskiljas:<br>Att se hela människan, den oberoende sjuksköterskekonsten, acceptera vad patienten säger och engagemanget för kirurgisk omvårdnad.<br>Kvalitetsbedömning: Bra   |

Tabell 7. Exempel på analysförfarande.

| <i>Meningsenhet</i>  | <i>Kondensering</i>   | <i>Subkategori</i>   | <i>Kategori</i> |
|--|---|--|-----------------|
| She regards a patient's verbalization of pain as the most reliable indicator but also "looks at physical signs, such as heart rate, blood pressure, hyperventilation, and if they are diaphoretic, and I look at their emotional status, like are they crying, grimacing, or anxious."                             | Sjuksköterskan anser att patientens uttalande om sin smärta är viktigast men hon tar också hänsyn till fysiska tecken och känslomässiga uttryck.                    | En kombination av olika strategier gör smärtskattningen mer komplett | Livsvärld       |
| During the 12 observations nurses were never observed to assess patients for pain prior to these activities or to ask them about their pain. Instead, patient discussions about pain were usually raised either during or towards the end of an activity, and at times when vital sign assessments were completed. | Under 12 observationer sågs aldrig smärtskattning utföras innan/inför mobilisering istället tillfrågades patienten om smärta under eller mot slutet av mobilisering | Smärtskattning prioriterades inte                                    | Livsvärld       |
| In the most frequently occurring strategy, nurses relied on criteria related to "how the patient looks" and drew from their past experiences in relation to "what to look for."  | Sjuksköterskans mest frekventa strategi var att förlita sig på hur patienten såg ut och erfarenheten bestämmer vad de tittar efter.                                 | Sjuksköterskan bedömer icke verbala tecken på smärta.                | Livsvärld       |
| Pain was assessed mainly by talking with patients, asking them about pain and observing non-verbal signs of pain.  | Huvudsakligen mättes smärta genom att fråga patienten och observera icke verbala tecken på smärta   | Sjuksköterskan smärtskattade genom kommunikation och observation.    | Vårdrelation    |
| "Sometimes with laparoscopic procedures we assume it doesn't hurt as much. But if it hurts for you, it hurts for you, it doesn't matter what size the incision is."  | Patientens upplevelse av smärta är korrekt oavsett operationstyp indikerar att lägre smärta är förväntat.   | Sjuksköterskan litar på vad patienten säger                          | Vårdrelation    |
| All nurses frequently reminded their patients about the importance of talking about their pain   | Alla sjuksköterskor påminde sina patienter om vikten att berätta om när de har smärta.  | Patienten uppmanas att berätta om sin smärta                         | Subjektiv kropp |
| More experienced nurses were more likely to use probing techniques to encourage patients to talk about their pain more openly. Participants were aware that they exercised this technique of repeated questioning, and believed that it was an effective way of finding out the 'truth' about their patients' pain | Erfarna sjuksköterskor förhörde sig mer noggrant för att få patienten att öppna sig och att få reda på sanningen om patientens upplevelse av smärta.                | Direkta frågor gör patientens smärta tydligare                       | Subjektiv kropp |

Tabell 8. Exempel på analysförfarande.

| <i><b>Meningsenhet</b></i>   | <i><b>Kondensering</b></i>   | <i><b>Subkategori</b></i>                                     | <i><b>Kategori</b></i> |
|--|--|---|------------------------|
| For one nurse, it was not so much the exposure to other patients' experiences as it was actual personal experience that was especially important.  | För en sjuksköterska var hennes egna erfarenheter viktigare än patientens upplevelse.  | Sjuksköterskan bedömer smärtan utifrån sin egen förförståelse | Vårdlidande            |
| Through her gestures and verbally the patient clearly shows she is in pain, but the nurse doesn't respond – she only listens without commenting or doing anything about it.  | Patienten visade tydligt med sitt kroppsspråk och klagade verbalt att hon hade ont men sjuksköterskan lyssnade enbart utan att kommentera eller agera. | Sjuksköterskan ignorerar patientens smärtsignaler             | Vårdlidande            |
| The focus was not on the individual patient but rather on how patients with a certain type of surgery or anesthesia or a certain time after surgery usually experienced pain. Nurses knew the kind of severity of pain that certain groups of patients experience. | Fokus låg inte på patientens individuella smärta utan bedömdes efter typ av kirurgi och anestesi.  | Patienten bedöms utifrån operationstyp och inte som subjekt.  | Vårdlidande            |