

# Faktorer som påverkar kampen mot smärta

Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter

FÖRFATTARE	Andreas Elmquist Sofie Carlsson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård Examensarbete i Omvårdnad OM5330 VT 2015
OMFATTNING HANDLEDARE EXAMINATOR	15 högskolepoäng Lotta Johansson Åsa Axelsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Faktorer som påverkar kampen mot smärta - Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter
Titel (engelsk):	Factors that influence the battle against pain - The experiences of intensive care nurses
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 högskolepoäng. OM5330
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	38 sidor
Författare:	Andreas Elmquist & Sofie Carlsson
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Åsa Axelsson

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Smärta är en subjektiv upplevelse vilket medför att varje patient bör behandlas individuellt. Smärtlindring efter spinalanalgesi kan vara en komplex process, dels för patienten men också för intensivvårdssjuksköterskan som är ansvarig för smärtlindringen. Olika faktorer påverkar hur intensivvårdssjuksköterskan har möjlighet att smärtlindra patienten.

**Syfte:** Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av smärta och smärtlindring i samband med spinalanalgesi.

**Metod:** Genom fokusgrupper och semistrukturerade frågor, intervjuades tre intensivvårdssjuksköterskor på en postoperativ avdelning angående deras erfarenhet av smärta och smärtlindring i samband med spinalanalgesi. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys.

**Resultat:** Två kategorier och fem underkategorier utkristalliserades i intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av att smärtlindra patienter som genomgått spinalanalgesi. Styrdokument så som "generella ordinationer" eller att patienten skulle mobiliseras ansågs vara icke påverkningsbara faktorer. Även organisatoriska element som brist på vårdplatser eller bristande kommunikation hamnade under denna kategori. Att vara väl förberedd, att utföra strategiskt agerande och att skapa lugn och trygghet ansågs vara påverkningsbara faktorer. Genom att vara insatt i ingreppets art, ha en långsiktig smärtlindringsplan eller finnas till hands för patienten kunde intensivvårdssjuksköterskan utforma en strategi för att patienterna skulle vara så väl smärtlindrade som möjligt. Alla faktorer hade influenser på intensivvårdssjuksköterskans dagliga arbete att smärtlindra patienter som genomgått spinalanalgesi.

**Konklusion:** Studien visar att det finns flera faktorer som påverkar intensivvårdssjuksköterskans möjlighet att hantera smärta och smärtlindring för patienter som genomgått spinalanalgesi. Genom att utveckla styrdokument och förbättra kommunikationen mellan professioner kan intensivvårdssjuksköterskan jobba mer effektivt med att smärtlindra patienterna.

**Nyckelord:** Smärta, smärtbehandling, faktorer, intensivvårdssjuksköterska, spinalanalgesi.

## ABSTRACT

**Background:** Pain is a subjective experience and each patient's post-operative pain needs to be treated individually. Management after spinal analgesia is released, is a complex process, not only for the patients but also for the intensive care nurse. Therefore, it is of interest to identify factors that may influence intensive care nurses conduct with regard to pain after spinal analgesia. **Aim:** The aim of this study was to describe different factors that influence intensive care nurses management of pain after spinal analgesia. **Method:** This study had a descriptive, inductive and qualitative design. Data was collected by a focus group interview. The focus group consisted of three intensive care nurses from a post-operative ward. The members of the focus group were encouraged to tell their story on how to deal with pain and pain management and different factors that influence their everyday decisions when they meet patients with pain after spinal analgesia. **Result:** Two categories and five sub categories emerged from the interview analysis. Factors that the intensive care nurse did not have any influence on for example regulatory documents, such as what kind of pain medication they were able to work with, and elements of the organization such as communication between professions. To be prepared, to act strategic and to create a safe and calm environment was considered as factors that intensive care nurse could have influence on. All factors had some kind of influence on the everyday pain management for the intensive care nurse who treated patients after spinal analgesia. **Conclusion:** This study shows that there are different factors that influence the intensive care nurses in their management of pain and pain relief with patients who had spinal analgesia. More studies are required to produce a more accurate result due to the lack of focus groups in this study.

**Keywords:** Pain, pain management, factors, intensive care nurse, spinal analgesia.

## FÖRORD

Vi vill rikta ett varmt tack till intensivvårdssjuksköterskorna som ställde upp och lät oss ta del av deras erfarenhet och kunskap och på så sätt möjliggjorde detta arbete.

Vi vill också tacka Lotta Johansson för sitt engagemang och för all hjälp på vägen.

Göteborg 2015

Andreas Elmquist & Sofie Carlsson

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION .....	1
BAKGRUND .....	2
Spinalanalgesi .....	2
Smärtskattningsinstrument .....	3
Smärta .....	3
Postoperativ smärta .....	4
Smärtgenombrott .....	5
Postoperativ smärtlindring .....	5
Specialistsjuksköterskans roll och ansvar .....	6
Omvårdnadsperspektiv .....	7
Problemformulering .....	8
SYFTE .....	9
METOD .....	9
Forskningsansats/design .....	9
Urval .....	9
Datainsamling .....	10
Dataanalys .....	11
Etiska överväganden .....	11
RESULTAT .....	13
Icke påverkbara faktorer .....	13
Påverkbara faktorer .....	15
DISKUSSION .....	17
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion .....	21
KONKLUSION .....	24
REFERENSER .....	26
BILAGA 1 .....	30
Forskningspersonsinformation (FPI) .....	30
BILAGA 2 .....	32
Frågeguide .....	32

## INTRODUKTION

Spinalanalgesin introducerades i slutet av 1800-talet av Dr August Bier. Han utförde bland annat en av de allra första spinalanalgesierna på en av sina kollegor. Metoden blev omskriven och publicerades och intresset för spinalanalgesi var väckt. Metoden blev snabbt populär och spred sig runtom i världen Mandabach (2002) .

Centrala nervblockader såsom spinalanalgesi och epiduralanalgesi, benämns i vardagligt tal som ryggbedövning och är vanligt förekommande i samband med kirurgiska ingrepp. Spinalanalgesi, som innebär att lokalanestesi injiceras i spinalvätskan, kan med fördel användas i samband med operativa ingrepp i buken, bäckenet eller i de nedre extremiteterna (Mordecai & Brull, 2005).

Spinalanalgesi innebär att man på kemisk väg tillfälligt avbryter den sensoriska, motoriska och autonoma nervtransmissionen. Spinalanalgesin har snabbt anslag och tar bort all känsel, den lämpar sig för ingrepp som tar mellan 3-4 timmar (Dahlgren, 2005). Efter att det kirurgiska ingreppet är avslutat finns spinalanalgesin kvar men effekten avtar succesivt under 4-6 timmar. Under tiden vårdas patienten på en postoperativ avdelning för övervakning av de vitala parametrarna samt för att tillgodose adekvat smärtlindring. Efter att spinalanalgesin släppt sker oftast ett smärtgenombrott och en annan typ av smärtlindring behöver administreras. Det är intensivvårdssjuksköterskans ansvar att övervaka patienten under hela det postoperativa förloppet, skatta den individuella smärtan och ge adekvat smärtlindring. Den här studien har som syfte att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av smärta och smärtlindring i samband med spinalanalgesi.



## BAKGRUND

### Spinalanalgesi

Spinalanalgesi är en vanlig anestesi metod vid kirurgiska ingrepp i områden runt buken och neråt till exempel vid höft- och knäprotesoperationer. Det finns ingen statistik på hur många spinalanalgesier som utförs varje år. Det finns förutom spinalanalgesi också epiduralanalgesi. Vid epiduralanalgesi injiceras läkemedlet extraduralt och vid spinalanalgesi läggs bedövningen intraduralt. Med spinalanalgesi är målet en väl smärtlindrad patient under det kirurgiska ingreppet men som snabbt kan vara uppe och gå postoperativt utan komplikationer (Werner, 2010b).

Enligt Rodgers et al. (2000) har både spinal- och epiduralanalgesi flera fördelar jämfört med traditionell anestesi. Båda analgesityperna har visat sig minska allvarliga komplikationer såsom trombosor i lungor och ben samt lunginflammation. Även mortaliteten postoperativt minskar vid användandet av spinalanalgesi, detta vid jämförelse med generell anestesi. Rodgers et al. (2000) skriver vidare att det behövs mer forskning på spinalanalgesi och epiduralanalgesi för att ytterligare kunna stärka ovanstående påståenden.

Komplikationer i samband med spinalanalgesi förekommer, de som räknas till de vanligaste i samband med spinalanalgesi är huvudvärk relaterat till durapunktion och klåda. En mindre vanlig komplikation är en permanent neurologisk skada, men då krävs det direkt skada mot spinalnerverna eller mot själva ryggmärgen (Beecroft, 2009; Werner, 2010b).

För att identifiera, förhindra och förutse eventuella komplikationer ska patienter som har fått spinalanalgesi övervakas postoperativt på en speciell enhet bemannad med specialutbildad personal, en så kallad postoperativ avdelning. På den postoperativa avdelningen finns avancerad övervakningsutrustning inklusive EKG- monitorering som kontinuerligt registrerar patientens vitalparametrar. Andningsfrekvens, puls, blodtryck och vakenhetsgrad följs noggrant de första sex timmarna, eller tills spinalanalgesin släppt. Kontroller av benrörlighet med hjälp av Bromage-skalan 0-3 ska användas för att se på vilka nivåer som spinalanalgesin har sin effekt (Rudin, Brantberg, Eldh & Sjölund, 2010). Patientens smärtintensitet skattas kontinuerligt med hjälp av smärtskattningsskalor.

I en studie av Schewe et al. (2009) jämfördes epiduralanalgesi med spinalanalgesi. Spinalanalgesi gav enligt resultatet i studien den absolut bästa postoperativa smärtlindringen. Patienterna som fick spinalanalgesi krävde mindre eller ingen tilläggs smärtlindring. Däremot tar studien inte upp om patienterna som fick spinalanalgesi fick ont i samband med spinalanalgesisläpp.

Spinalanalgesin är idag en välintegrerad del av anesthesiologin och användningsområdena utökas i takt med att tekniken och utrustningen utvecklas. Även om komplikationer, som tidigare nämnts, sällan förekommer går det aldrig att undvika. Genom att fortsätta hålla en hög standard och värna om patientsäkerheten kommer spinalanalgesin fortsätta vara en säker och effektiv metod (Mordecai & Brull, 2005).

### **Smärtskattningsinstrument**

Tillförlitliga och korrekta skattningsinstrument för att mäta smärta är en förutsättning för att kunna ge optimal smärtlindring. Smärtskattningsinstrument som kan användas för att mäta smärta och eventuella förändringar över tid ger dessutom möjlighet till en adekvat smärtlindringsstrategi. Visual Analogue Scale (VAS) och Verbal Rating Scale (VRS) är mätinstrument som används för att mäta smärta inom sjukvården (Aicher, Peil, Peil, & Diener, 2012). Utvärdering och justering av smärtlindring bör göras regelbundet med hjälp av smärtskala för att undvika smärtgenombrott (Renée & Brantberg, 2010).

### **Smärta**

Smärta definieras enligt International Association for the Study of Pain (IASP) som "En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada" (Merskey H & Bogduk N, 1994).

Smärta påverkar kroppen genom sympatikuspåslag och frisättning av stresshormoner. Detta kan leda till ökad belastning på hjärtat och negativa effekter på cirkulationen och respirationen. Detta kan i sin tur leda till ett tillstånd som kallas "systemic inflammatory respons syndrome" (SIRS) och som är ett exempel på kroppens svar på stress i samband med smärta. SIRS kan leda till multiorgansvikt om det går för långt i den inflammatoriska processen. Med en effektiv smärtbehandling går det att hämma dessa påslag och därmed stoppa de problem som kan uppstå (Werner, 2010b).

Smärta är subjektiv, det är endast patienten som kan berätta hur ont det gör i en viss situation. Detta gör smärta till ett komplext fenomen som kan vara svårt att behandla.

Det är av största vikt att intensivvårdssjuksköterskor lär sig att läsa av och bedöma smärta hos patienten. Det är viktigt att patienten känner sig delaktig och får förklarat för sig varför de får den smärtbehandling som är ordinerad (Lindberg et al., 2011; Manias, Bucknall & Botti, 2005)

### **Postoperativ smärta**

Postoperativ smärta beror på en vävnadsskada som uppkommit i samband med ett ingrepp. Delar av smärtan har att göra med den inflammatoriska reaktion som uppkommer i läkningsprocessen. Numer finns det både kunskap och erfarenhet kring vanliga ingrepp och smärtan som följer. Detta gör att det går att planera smärtlindringen i förväg. Det ska dock påpekas att upplevelsen av smärta skiljer sig mellan olika individer och att smärtlindringen alltid måste individualiseras (Ryd, 2010).

Trots att det är välkänt att god smärtlindring gynnar återhämtning finns det forskning som tyder på att intensivvårdssjuksköterskor underbehandlar smärta postoperativt genom att de inte frågar patienterna angående eventuell smärta. I en studie om postoperativ smärtlindring utförd av Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner och Gallop (2001) kunde vissa patienter inte komma ihåg huruvida de blev tillfrågade om sin smärtnivå. Som ett resultat uteblev smärtlindring helt och hållet då patienten inte heller informerade intensivvårdssjuksköterskan om sin smärta. Intensivvårdssjuksköterskorna däremot ansåg att vissa patienter överskattade sin smärta och endast 47 % av den ordinerade smärtlindringen gavs till patienterna. Resultatet av undersökningen visar att mer utbildning behövs inom smärtområdet för att smärtlindra patienterna på ett adekvat sätt.

Vidare ses i en studie av Lindberg et al. (2011) där sex intensivvårdssjuksköterskor intervjuades angående deras syn på smärta och smärtlindring på nyopererade patienter. Det framkom att intensivvårdssjuksköterskorna försökte bedöma patienternas smärta på flera olika sätt: dels verbalt, med hjälp av olika smärtskalor och dels genom att observera hur patienterna uppträdde. När de inte lyckades hjälpa patienten med smärtan kände de att de hade misslyckats. Administrering av morfin intravenöst var det alternativet som var vanligast förekommande vid smärta hos patienten. Icke farmakologiska alternativ användes sällan på grund av tidsbrist.

Idag finns kunskap inom förebyggande av postoperativ smärta. Dock behövs ytterligare forskning för att kunna anpassa smärtlindringen postoperativt utifrån patientens individuella behov. Detta i sin tur kan minska utvecklingen av både akut och även långvarig smärta (Rudin, Werner & Mjöbo, 2011).

### **Smärtgenombrott**

Ordet smärtgenombrott är relativt nytt men begreppet finns beskrivet inom litteraturen sedan slutet av 1900-talet. Smärtgenombrott kan uppstå vid all typ av smärta. Definitionen på smärtgenombrott är ökad smärta utifrån bakomliggande och behandlad smärta (Davies, Dickman, Reid, Stevens & Zeppetella, 2009). Smärtgenombrott kan uppstå vid all typ av smärta. Intensiteten ökar succesivt under kort tid och avtar generellt efter 30 minuter. Smärtan beskrivs som kraftig eller outhärdlig. Smärtgenombrott delas in i farmakologiska, fysiologiska och okända orsaker. Vanligt är att patienten får ett smärtgenombrott i samband med att smärtlindringen klingar av och innan nästa dos, så kallad "end-of-dose"-problematik. Majoriteten av smärtgenombrotten finns det dock ingen känd orsak till vilket gör denna typ av smärta oförutsägbar och därmed svår att hantera för patienten. Detta påverkar patientens livskvalitet negativt genom till exempel sämre sömn, nedsatt mobilisering, depression och att patienten isolerar sig socialt (Portenoy, Payne & Jacobsen, 1999; Taylor et al., 2007; Werner, 2010a; Werner & Leden, 2010).

### **Postoperativ smärtlindring**

Vid akut postoperativ smärta riktas behandlingen mot de fysiska smärtkomponenterna, till skillnad från långvarig smärta då smärtlindringsåtgärderna koncentreras på de psykiska, sociala och existentiella problemen (Brattberg, 2010). Genom en balanserad smärtlindring går det att motverka till exempel djupa ventromboser, ilieus och lungkomplikationer då patienten har lättare för att mobilisera sig postoperativt. Med dagens korta vårdtider och fast track-kirurgi är det av stor vikt att optimera smärtlindringen hos nyopererade patienter. Detta för att minska smärtgenombrott och komma igång med postoperativ mobilisering så fort som möjligt (Werner, 2010b). Grundläggande inom postoperativ smärtlindring är att identifiera orsaken till smärta, smärtlindra samt utvärdera smärtlindringen (Herr et al., 2006; Lindberg et al., 2011).

Med multimodal smärtlindring angrips smärtproblematiken från flera olika håll (Werner, 2010a). Multimodal postoperativ smärtlindring innebär att olika läkemedels synergiska

effekt och/ eller additiva effekt används för effektiv postoperativ smärtlindring (Buvanendran & Kroin, 2009). Genom att till exempel ge paracetamol, NSAID (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) och opioider enligt regelbundet schema kan det enskilda läkemedlets dos minskas och patienten får därmed färre biverkningar och en god postoperativ smärtlindring (Werner, 2010a).

Enligt Lunn, Kristensen, Gaarn-Larsen, Husted och Kehlet (2012) stannar patienterna på postoperativ avdelning antingen på grund av otillräcklig syresättning och/eller postoperativ smärta. I artikeln betonar författarna vikten av att möta upp den avtagande spinalanalgesin med multimodal smärtlindring. Enligt Banerjee (2014) blockeras en mängd smärtreceptorer genom multimodal smärtlindring och detta kan därmed på sikt hjälpa patienten att minska sitt intag av morfinpreparat. Liknande resultat hittades också i en undersökning där man jämförde en grupp som fick multimodalt smärtlindring postoperativt med en annan grupp som fick patientkontrollerad analgesi (PCA-pump) postoperativt. Den multimodalt smärtlindrade gruppen mobiliserades fortare, visade sig ha mindre illamående, mindre yrsel och lägre VAS-poäng (Lamplot, Wagner & Manning, 2014). Båda studierna visar att patienter som får multimodal smärtlindring behöver mindre andel morfinpreparat postoperativt (Banerjee, 2014; Lamplot et al., 2014).

Preoperativ patientinformation gällande postoperativ smärta har också visat sig ha stor betydelse. Kastanias, Denny, Robinson, Sabo och Snaith (2009) intervjuade 150 patienter 72 timmar efter utskrivning från olika dagkirurgiska postoperativa avdelningar angående information om postoperativ smärta. Studien visade att patienterna önskade mer information om till exempel vad som var förväntad respektive icke förväntad postoperativ smärta. Några av patienterna hade också velat ha mer information preoperativt om vilka typer av anestesi och vad för postoperativt analgesi som fanns att tillgå. Vidare även vad det fanns för smärtlindringsupplägg vid utskrivning och vad det kunde göra om upplägget inte fungerade.

### **Specialistsjuksköterskans roll och ansvar**

Intensivvårdssjuksköterskans roll är att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Detta görs genom att bedöma, övervaka och identifiera patientens individuella omvårdnadsbehov, inklusive smärta. Utifrån dessa behov, akuta eller rehabiliterande, görs de åtgärder som krävs i hälsofrämjande syfte. I intensivvårdssjuksköterskans

profession ingår det, förutom övriga arbetsuppgifter, att identifiera och skatta postoperativ smärta. Vidare ska hen utifrån ordination bereda och administrera läkemedel för att sedan utvärdera och dokumentera effekten. Detta för att eventuellt vidta ytterligare åtgärdande behandling i samråd med ansvarig läkare.

Intensivvårdssjuksköterskan ska kunna monitorera och vara ansvarig för medicinteknisk utrustning samt kontinuerligt tolka och dokumentera vitala förändringar hos patienten. I professionen ingår att ha kunskap om och handlingsberedskap för förändringar i patientens tillstånd. Postoperativt ska intensivvårdssjuksköterskan arbeta preventivt för att kunna ge god återhämtning (Riksföreningen för anestesi & intensivvård & svensk sjuksköterskeförening, 2012).

### **Omvårdnadsperspektiv**

Välbefinnande och lidande är komplexa begrepp som kan definieras på många olika sätt eftersom det har olika innebörd hos olika personer. Hälsa är dock något som oftast förknippas med välbefinnande och närvaro av exempelvis smärta försämrar välbefinnandet. Mänskligt lidande, det vill säga patientens lidande, är ständigt närvarande inom sjukvården (Halleröd & Seldén, 2013; Milton, 2013). En patients lidande får aldrig avvisas eller bortprioriteras. Intensivvårdssjuksköterskor ser lidande i många olika former i sitt yrke och postoperativ smärta är ett tillstånd som vanligtvis genererar lidande. Att upptäcka och försöka lindra lidande i samband med postoperativ vård är därmed en av intensivvårdssjuksköterskans basala uppgifter (Eriksson, 1994; Kahn & Steeves, 1994). Smärta är en subjektiv upplevelse och hur smärta upplevs är personligt. Akut postoperativ smärta upplevs av patienten som mycket obehagligt, dels då den kommer plötsligt och dels eftersom patienten inte alltid blivit tillräckligt informerad vilket gör att patienten är oförberedd (Manias et al., 2005). Genom att förutsättningslöst möta lidandet och inte vara rädd för det kan både kunskap och erfarenhet fås, och genom att möta lidandet med ett öppet sinne bekräftas patienten som människa och ett ömsesidigt förhållande etableras (Arman & Rehnsfeldt, 2011).

Sårbarhet är ett existentiellt fenomen som utgår från de erfarenheter som varje individ bär med sig. Sjukdom, både långvarig och kortvarig, innebär sårbarhet. Likaså kan ett akut smärttillstånd innebära att patienten är extra sårbar (Bluhm, 2012; Gjengedal et al., 2013). Känslan av sårbarhet skapar både stress och ångest. Bemötandet spelar en stor roll i känslan av sårbarhet, hur man blir bemött av andra personer och hur relationen till

andra människor uppfattas kan stärka eller minska sårbarheten. Som intensivvårdssjuksköterska är det viktigt att försöka förstå och bemöta sårbarhet utifrån patientens behov och på patientens villkor (Bluhm, 2012; Gjengedal et al., 2013; Rogers, 1997).

Personcentrerad vård fokuserar på att patienten ska göras delaktig i sin vård och få vara med och bestämma utifrån sin egen förmåga. Patientens egna resurser tillvaratas och nyttjas för patientens bästa i fokus. Genom att ge patienten förtroende och ansvar för sitt eget hälsotillstånd ökar självkänslan och viljan till att delta i sin egen vård istället för att vara passiv (Ekman et al., 2011). Kommunikationen mellan patient och sjukvårdspersonal postoperativt är viktig, detta för att kunna uppnå bästa möjliga smärtlindring och för att patienten ska känna sig delaktig och trygg i de beslut som tas. Det kan dock vara svårt för patienten att vara delaktig i sin vård på grund av trötthet, påverkan av läkemedel och eventuellt smärttillstånd. Intensivvårdssjuksköterskan har då en viktig del i att se till att den postoperativa vården individualiseras och att patienten känner sig delaktig och trygg (Manias et al., 2005).

### **Problemformulering**

Sammanfattningsvis har kunskapen inom området för postoperativ smärtlindring ökat de senaste åren men trots det finns det fortfarande mer att utveckla och förbättra. I Cousins, Brennan och Carrs (2004) studie framkommer det att akut smärta är en stor utmaning. Svår obehandlad smärta ökar risken för sjukdom och ökar även risken för att avlida. De poängterar också att tidigare forskning har visat att det fortfarande finns både okunskap och rädsla kring smärtlindring. Enligt Melzack och Katz (2013) kan obehandlad smärta hos patienten leda till minskad delaktighet i sin vård och även förlorad livskvalitet över tid. Det är därför viktigt att forskningen inom smärta och smärtproblematik fortskrider då patienter måste kunna erbjudas optimal smärtlindring. Intensivvårdssjuksköterskor är den profession som har störst erfarenhet av att smärtlindra patienter postoperativt eftersom de dagligen möter dessa patienter. Det finns trots detta få studier som undersökt intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och uppfattning av smärtlindring postoperativt i samband med spinalanalgesi. Enligt Richards och Hubberts (2007) studie kan nya förhållningssätt och riktlinjer etableras genom att kartlägga och undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter och synpunkter kring postoperativ smärtlindring.

## **SYFTE**

Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av smärta och smärtlindring i samband med spinalanalgesi.

## **METOD**

### **Forskningsansats/design**

Studien har en deskriptiv, induktiv kvalitativ ansats, vilket innebär att människors erfarenheter av ett specifikt fenomen studeras (Polit & Beck, 2012). Fenomenet som studeras i den här studien är intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av smärta och smärtlindring i samband med spinalanalgesi.

Ett grundantagande är att erfarenhet aldrig kan vara rätt eller fel, utan alltid är subjektiv. Vid kvalitativ ansats väljs inte deltagare ut slumpmässigt, utan de personer som anses ha den kunskap som eftersöks tillfrågas (Kvale & Brinkmann, 2014c). I den här studien tillfrågades intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet av spinalanalgesi. De beskrev sina känslor, upplevelser och handlingar så att deras erfarenhet av smärta och smärtlindring kom fram.

En lämplig metod att använda när studien utgår från en kvalitativ ansats är fokusgruppsintervjuer (Chadwick, Gill, Stewart & Treasure, 2008). Vid användandet av fokusgrupper är det gruppen som helhet och deltagarnas unika kunskap och erfarenhet som är av intresse (Jayasekara, 2012; Shaha, Wenzel & Hill, 2011; Synneve, 2006). I den här studien valdes fokusgruppsintervju då det var av intresse att få en diskussion bland deltagarna. Tanken var att deltagarna skulle komplettera varandras erfarenhet samt inspireras av varandra.

### **Urval**

Totalt kontaktades fyra postoperativa avdelningar, på fyra olika sjukhus, i väst-Sverige där patienter vårdas efter spinalanalgesi. Två avdelningar tackade nej till att delta och en avdelning besvarade inte försöket till kontakt. Verksamhetschefen kontaktades på den ena avdelning som valde att medverka i studien. Verksamhetschefen i sin tur kontaktade ansvarig vårdenhetschef. Information om studien gavs muntligt samt skickades skriftligt via mail. Vårdenhetschefen ombads tillfråga fyra stycken intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet av att vårda patienter som genomgått spinalanalgesi. Dessa



intensivvårdssjuksköterskor kontaktades för att gemensamt boka ett datum för fokusgruppsintervjun. Fyra intensivvårdssjuksköterskor tillfrågades om deltagande, men en deltagare fick förhinder samma dag som fokusgruppsintervjun skulle genomföras. Därför ingick endast tre deltagare i intervjun.

Alla tre deltagarna var intensivvårdssjuksköterskor med olika lång erfarenhet av postoperativ vård. Den intensivvårdssjuksköterska som hade flest års erfarenhet hade arbetat i tjugotvå år. De andra två intensivvårdssjuksköterskorna hade arbetat sexton år respektive två och ett halvt år på intensivvårdsavdelning. De hade alla tre erfarenhet av att postoperativt vårda patienter som fått spinalanalogesi.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var intensivvårdssjuksköterskor med två års yrkeserfarenhet och som postoperativt vårdat patienter som genomgått spinalanalogesi.

### **Datainsamling**

I den här studien samlades data in genom fokusgrupper. Fokusgruppen kan bestå av olika antal deltagare och syftet är att deltagarna öppet ska diskutera det fenomen som bestämts. Materialet som insamlats från fokusgrupperna skiljer sig från de material som insamlats med hjälp av enskilda intervjuer då det är gruppen som helhet och hur deltagarna i gruppen interagerar och diskuterar det aktuella ämnet som är av intresse (Chadwick et al., 2008; Halkier, 2010).

Fokusgruppsintervjun genomfördes i ett ostört konferensrum utanför intensivvårdsavdelningen. Fokusgruppsintervjun tog 45 minuter och genomfördes under våren 2015. Deltagarna i gruppen samtalade fritt utan att avbryta varandra, stämningen upplevdes som god. En intervjuguide hade tagits fram och användes som stöd, den innehöll sex öppna semistrukturerade frågor (se BILAGA 2). Intervjun leddes av en moderator som ställde frågorna. Det fanns även en observatör som satt tyst och observerade. Intervjun inleddes med frågan: *Kan ni berätta om en patient som vårdats efter spinalanalogesisläpp och speciellt när det gäller hantering av smärta.* Deltagarna i fokusgruppen besvarade resterande frågor utan att moderatören behövde ställa dem, några gånger ställdes följdfrågor av moderatören de gånger deltagarna tenderade att komma i från det aktuella ämnet. Fokusgruppsintervjun spelades in på ljudfil. När alla frågor besvarats av deltagarna fick de möjlighet att komplettera med mer information.

## Dataanalys

Materialet från fokusgruppsintervjun analyserades med hjälp av en induktiv kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Induktiv ansats innebär att utgångspunkten är innehållet i texten, och att ingen förutbestämd teori finns, materialet granskas förutsättningslöst. Innehållsanalys är en vanlig analysmetod inom den kvalitativa forskningen. Målet med innehållsanalys är att sprida kunskap och förståelse om det fenomen som studerats vilket i aktuell studie är intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av smärta och smärtlindring efter spinalanalgesi (Krippendorff, 2013). Det inspelade materialet lyssnades igenom ett flertal gånger för att sedan ordagrant skrivas ut (Graneheim & Lundman, 2004). Det utskrivna materialet som resulterade i 15 sidor, lästes igenom i sin helhet flera gånger. Texten diskuterades sedan igenom och meningsenheter plockades ut ur texten. Meningsenheterna analyserades och lades i ett separat dokument för att få fram koder, underkategorier och slutligen kategorier. Två kategorier samt fem underkategorier utkristalliserades från det utskrivna materialet (se tabell 1).

Tabell 1. Exempel på meningsenheter, koder, underkategorier samt kategorier från innehållsanalys.

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...och så vet man också ingreppets art att det här gör jätteont det här ...	Kunskap om ingreppets art	Vara väl förberedd	Påverkningsbara faktorer
...sedan kan det bara va att vi finns till att vi pratar med patienten och lugnar och det handlar inte bara om att spruta läkemedel utan man kan vara jätterädd och jätteorolig på nåt annat sätt...	Finnas till hands för patienten	Skapa lugn och trygghet	Påverkningsbara faktorer
...jag tror till och med att vi får ge voltaren också...nej just det, förr fick vi det. Vi är rätt begränsade ändå...	Generella smärtlindringsordinationer	Styrdokument	Icke påverkningsbara faktorer

## Etiska överväganden

Det finns lagar och regler att förhålla sig till när man planerar att genomföra en studie. Lag (203: 460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor. Lagen kom till för att skydda och bevara integriteten hos den enskilda

individerna samt värna om respekten för människovärdet. På så sätt kan forskning utföras på ett korrekt och trovärdigt sätt utan att skada de som deltar i studien. Enligt lagen ska all forskning etikprövas och information till samt samtycke från deltagarna måste inhämtas innan studien startar. Undantaget för etikprövning är forskning som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå (Regeringskansliets rättsdatabaser, 2008). I enlighet med Forskningsrådet (1990) informerades informanterna i den här studien både muntligt och skriftligt (se BILAGA 1). Samtyckeskravet uppfylldes då deltagarna informerades om vad studien innebar, att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas utan att skäl angavs. Detta eftersom deltagare i en studie har rätt att själva bestämma över sin medverkan. Deltagare som väljer att avbryta sitt deltagande får aldrig påverkas. Samtycke, skriftligt har inhämtas från alla deltagare i aktuell studie (Forskningsrådet, 1990).

Samhällets utveckling är beroende av att forskningen framskrider. Det kan därför ställas krav på att forskning i samhället ska bedrivas och att forskningen som utförs inriktar sig på väsentliga frågor och håller en hög kvalitet. För att forskningen inte ska ta skada eller utnyttja deltagare, finns krav att förhålla sig till. Enligt Forskningsrådet (1990) är individskyddskravet en utgångspunkt som ska vara självklar inom forskningen. I den här studien har samtliga deltagares personuppgifter i detta fall för och efternamn samt inhämtat material från fokusgruppen aidentifieras och förvarats på ett säkert sätt enligt konfidentialitetskravet. De som utfört aktuell studie har tystnadsplikt kring allt som rör studien enligt Forskningsrådets riktlinjer.

Inför varje vetenskaplig undersökning måste en vägning av nytta gentemot negativa konsekvenser göras. Nyttan ska vara större än konsekvenserna för de som deltar i studien både kortsiktigt och långsiktigt. Risken med föreliggande studie kan vara att deltagarna inte är bekväma med att delta i och dela med sig av sina erfarenheter i en grupp med kollegor. Det kan vara en risk med att deltagarna har olika års erfarenhet eftersom de deltagarna med mindre erfarenhet kan uppleva det som att de hamnar i underläge. Nyttan med aktuell studie anses vara stor i förhållande till konsekvenserna då nya riktlinjer kan utformas för att underlätta smärtlindring i samband med spinalanalgesi. Detta i sin tur ger deltagarna och andra intensivvårdssjuksköterskor bättre förutsättningar att ge en god postoperativ vård. Med hänsyn till nyttjandekravet kommer det material som insamlats i aktuell studie inte användas i något annat än

forskningsksammanhang. Enligt Forskningsrådet (1990) skall samtliga deltagare få information om hur publicerad forskning kommer kunna hittas. Deltagarna i denna studie informerades om vart den färdiga uppsatsen kunde nås och läsas.

## RESULTAT

Under kategorin **Icke påverkningbara faktorer** framkom *Styrdokument* och *Organisatoriska element*. Under kategorin **Påverkningbara faktorer** framkom *Vara väl förberedd*, *Strategiskt agerande* och *Skapa lugn och trygghet*.

Tabell 2. I analysen framkom fem underkategorier och två kategorier

Underkategorier	Kategorier
<i>Styrdokument</i>	<b>Icke påverkningbara faktorer</b>
<i>Organisatoriska element</i>	
<i>Vara väl förberedd</i>	<b>Påverkningbara faktorer</b>
<i>Strategiskt agerande</i>	
<i>Skapa lugn och trygghet</i>	

### Icke påverkningbara faktorer

I intervjuerna framkom faktorer som intensivvårdssjuksköterskorna inte kunde påverka och dessa var intensivvårdssjuksköterskorna tvungna att förhålla sig till. Vissa faktorer upplevdes som positiva och ansågs nödvändiga för att kunna smärtlindra patienterna på ett adekvat sätt. En sådan faktor var ett väl utformat *styrdokument* rörande ramar för smärtlindringen på den postoperativa enheten, så kallad ”generella smärtlindringsordinationer”. Detta styrdokument, som innehöll olika smärtlindringsalternativ, kunde intensivvårdssjuksköterskan på den postoperativa enheten följa utan att kontakta läkare om smärtproblematik uppkom. Detta ansåg samtliga intensivvårdssjuksköterskor var till deras fördel då de kunde jobba självständigt och effektivt. Det fanns även en enighet kring att det var viktigt att angripa smärtproblematiken från olika håll. Med hjälp av styrdokumentet hade de möjlighet att smärtlindra patienterna på ett adekvat sätt.

*...ja det är ju morfin, oxynorm och paracetamol då så klart...*

Det framkom även att styrdokumentet angående generella smärtlindringsordinationer ibland begränsade möjligheterna till god och adekvat smärtlindring. I vissa fall var patienten svår att smärtlindra med hjälp av de läkemedel som fanns i de framtagna styrdokumenterna. Intensivvårdssjuksköterskorna var därmed begränsade till vissa typer av läkemedel samtidigt som de visste att det fanns andra smärtlindringsalternativ som kunde fungera bättre.

*... jag tror till och med att vi få ge voltaren också... nej just det, förr fick vi det. Vi är rätt begränsade ändå...*

Efter respektive kirurgiska ingrepp fanns det även styrdokument gällande postoperativa vårdåtgärder. En sådan vara att patienterna skulle mobiliseras så tidigt som möjligt. Det innebar att patienten inte fick vara för dåsig eller illamående. Direktiven från operatören kunde därför vara mer restriktiva angående morfinpreparat och detta gjorde smärtlindringsprocessen till en utmaning.

*...ja ja men det är det ju alltså för operatörerna vill ju helst inte att det ja att patienterna ska få någon som helst form av morfinpreparat för då blir det trötta, dåsiga och kanske mår illa...*

Ytterligare en icke påverkningbar faktor var organisatoriska element t.ex. bristfällig kommunikationen mellan olika intressenter eller vårdplatser. Det framkom nämligen att intensivvårdssjuksköterskorna ibland befann sig mitt emellan två olika ståndpunkter när det gällde vården av patienter som fått spinalanalogesi. Postoperativt var det narkosläkaren som var ansvarig för de patienter som fått spinalanalogesi och som de skulle vända sig till om de hade frågor eller smärtlindringsproblematik. Ansvarig operatör tog över ansvaret för patienten först när hen åter var på avdelningen, men kunde ändå ha åsikter om smärtlindringsplanen under den postoperativa vårdtiden. Det resulterade i en organisatorisk svaghet som i vissa fall medförde motstridiga ordinationer och olika beslut togs om hur patienten skulle smärtlindras. Intensivvårdssjuksköterskorna kände sig därmed otillräckliga när de inte kunde tillgodose patientens omvårdnadsbehov.

*...ansvarar narkosläkaren för egentligen sedan när patienten lämnar oss då är det operatören som tar över så att säg... Så någon kommunikation mellan operatören och narkosläkaren är sällsynt.*

Vid de tillfällen då det krävdes ordinationer som var relaterade till kommunikation mellan flera intressenter upplevdes det som tidskrävande och att det stal viktig tid från patienten eftersom det ofta var intensivvårdssjuksköterskan som var tvungen att initiera kommunikationen. I värsta fall försenade denna kommunikation smärtlindringsåtgärderna. Vidare uttrycktes en frustration över att det inte alltid fanns en långsiktig vårdplan. Enbart kortsiktiga åtgärder ansågs försvåra möjligheten att ge patienten en välfungerande smärtlindring.

*...jo men det är ju en påtvingad kommunikation från vår sida... jag har inte stött på det, spontan kommunikation...*

En annan faktor som inte gick att påverka var den begränsade tillgången till postoperativa vårdplatser, även detta en organisatorisk svaghet som innebar att det hela tiden fanns ett tryck på intensivvårdssjuksköterskan att skicka patienterna så snart som möjligt. I värsta fall kunde det påverka valet av smärtlindringsstrategi. De uttrycktes också en känsla av stress över de gånger när det var många operationslut och patienterna inte gick att flytta till vårdavdelningen och där åsikterna mellan dem och anestesilog gick isär.

*...men är det mycket opslut och spinalerna inte släpper då kan det bli mer stress...för vad ska jag lägga nästa operationslut liksom för vi kan ju inte lägga dem på varandra då...*

### **Påverkningsbara faktorer**

Något som intensivvårdssjuksköterskorna själva kunde påverka var att ständigt sträva efter att vara väl förberedd inför eventuell smärta och postoperativa komplikationer. Därför ansågs det viktigt att känna till patientens bakgrund. Om patienten hade smärtproblematik sedan tidigare ville de få den informationen tidigt så att

smärtlindringen kunde justeras och optimeras i samband med att spinalanalgesin släppte. I samband med spinalanalgesisläpp var det heller inte ovanligt med bradykardi och illamående. Det var därför viktigt att, utifrån medicinsk och omvårdnadsrelaterad kunskap, utforma en strategi. En annan viktigt förberedelse var att vara väl insatt i ingreppets art eftersom det påverkade förberedelserna och agerandet vad gällde smärtlindringsstrategin.

*...och så vet man också ingreppets art att det här gör jätteont det här ...*

En annan faktor som intensivvårdssjuksköterskorna själva kunde påverka var, smärtlindringen, som påbörjades omgående när patienten anlände från operationssalen. Detta så att patienten var väl smärtlindrad genom hela förloppet och även fick en välfungerande vistelse på vårdavdelningen. Intensivvårdssjuksköterskorna menade att efter ett tag ”*lär man sig att jobba på ett visst sätt och doser och så där..*”. De kunde agera strategiskt och det fanns en enighet om att det var en förmån att kunna titrera upp doserna på olika läkemedel för att på det sättet få optimal smärtlindring. Genom medicinsk och omvårdsrelaterad kunskap skapades en smärtlindringsstrategi. Patienterna var välövervakade vad gällde saturation, puls och andningsfrekvens och utifrån dessa parametrar justerades smärtlindringsdosen.

*...jag har ju mina panodil i botten, jag har oxynormen. Sedan kanske jag ger morfinet och ökar på sedan kanske jag kontaktar doktorn för nya idéer...*

Genom medicinsk och omvårdnadsrelaterad kunskap, och mod agerade intensivvårdssjuksköterskorna för att ge bästa möjliga vård. För att hantera varje enskild situation krävdes kreativitet och viljan att individanpassa smärtlindringsstrategier samt att ha en långsiktig smärtlindringsplan och även mod att våga byta strategi. Det fanns en insikt om att det var viktigt att hjälpa patienten att se förbi smärtan och fokusera på målet, d.v.s. att påbörja och fortsätta tillfriskningsprocessen.

*...En del får ju smärtgenombrott efter mobiliseringen då sånt där bakslag... Då måste man fylla på och så där...*

Målet vara att undgå återinläggning till den postoperativa avdelningen på grund av smärtproblematik. De menade att detta medförde lidande för patienten och det ville de undvika.

*...för man vill ju inte att det skall komma tillbaka, att det ska bli problem på avdelningen.*

Ytterligare ett moment som låg i intensivvårdssjuksköterskans händer var att skapa lugn och trygghet bland patienter och personal i den ibland ganska stökiga postoperativa miljön. Samtliga intensivvårdssjuksköterskor påtalade vikten av att inte bara förlita sig på smärtlindring med läkemedel utan att det var minst lika viktigt att lugna, trösta och finnas till hands för patienten.

*...sedan kan det bara va att vi finns till att vi pratar med patienten och lugnar och det handlar inte bara om att spruta läkemedel utan man kan vara jätterädd och jätteorolig på nåt annat sätt...*

Medpatienter kunde ofta bli oroliga över att en patient verbalt uttryckte sin smärta eller oro och det framkom att detta kunde "sprida ringar på vattnet". Om en patient uttryckte smärta och fick behandling, var det inte ovanligt att flera patienter kände obehag och önskade smärtlindring strax efter. Personalens arbetssituation påverkade också patienterna. Om arbetsmiljön kändes otrygg och stressande, spreds negativa ringar på vattnet snabbare. Om personalen var uppjagad och orolig var det viktigt att de inte visade det öppet för patienterna så de kände sig otrygga i sin redan utsatta position. De påpekade hur viktigt det var att upplysa kollegor och patienter om sin smärtbehandlingsstrategi för att uppnå harmoni på avdelningen.

*...man har en strategi men medpatienten förstår ju inte vad vi gör och då blir de väldigt bekymrade över detta...*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

I den här studien var syftet att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet av smärta och smärtlindring i samband med spinalanalgesi. Fokusgruppintervjuer som datainsamlingsmetod användes och data analyserades kvalitativt med hjälp av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; McLafferty, 2004).

En anmärkningsvärd svaghet med den här studien var att endast en fokusgrupp kunde rekryteras och att den befintliga fokusgruppen slutligen endast bestod av tre deltagare.



Eftersom bara en fokusgruppsintervju genomfördes i aktuell studie var urvalet begränsat, endast ett sjukhus och en postoperativ enhet är representerad. Trovärdigheten i resultatet har diskuterats och det anses inte vara överförbart eftersom material är litet och inte tillförlitligt. Ruff, Alexander och McKie (2005) påpekar att antalet fokusgrupper som skall användas bestäms utifrån hur mycket information som framkommer i varje fokusgrupp. När det anses finnas tillräckligt med information för att kunna få fram ett trovärdigt resultat, samt när ingen ny information framkommer i fokusgrupperna har tillräckligt med material insamlats. I den här studien resulterade intervjun i 15 sidor skriven text vilket ändå gav underlag till två kategorier. Fler fokusgruppsintervjuer behövs för en mer omfattande analys gällande intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av smärta och smärtlindring i samband med spinalanalgesi.

Fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod har både fördelar och nackdelar och i detta fall användes metoden då det var av intresse att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter. Fördelen med datainsamling via fokusgruppsintervjuer är att deltagarna i gruppen kan inspirera varandra och berätta om erfarenheter som kanske inte annars framkommer vid exempelvis enskilda intervjuer. D.v.s., deltagarna interagerar under intervjun. Svagheterna med denna metod är att inte alla deltagare pratar lika mycket, vissa deltagare pratar mer än andra och viktig kunskap kan då gå förlorad.

I den aktuella fokusgruppen hade intensivvårdssjuksköterskorna alla olika lång yrkeserfarenhet, vilket anses positivt eftersom olika erfarenheter efterfrågas när en studie har en kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2012). Två deltagare hade arbetat mer än femton år och en hade arbetat i drygt två år. Detta kan ha påverkat resultatet då majoriteten av deltagarna hade mycket erfarenhet och kunskap och vad de diskuterade under intervjun.

Antalet deltagare i en fokusgrupp bör diskuteras noga innan datainsamlingen genomförs. Både för liten och för stor fokusgrupp kan påverka slutresultatet. Få deltagare i gruppen, menar McLafferty (2004) ökar risken för att diskussionen inte blir tillräckligt tillfredsställande men med för många deltagare kan det å andra sidan vara svårt att styra gruppen. Detta kan i sin tur kan leda till att viktig information uteblir.

Sammanställningen av fokusgruppen är inte alltid helt självklar och tar tid och det är viktigt att få ett så brett urval av deltagare som möjligt (Chadwick et al., 2008). Kön, ålder, yrkeserfarenhet, kulturella skillnader och olika yrkeskategorier kan påverka hur deltagarna diskuterar och därmed hur det slutliga resultatet blir (Ruff et al., 2005). Samtliga deltagare i fokusgruppen hade samma kön, kanske hade det blivit ett annat resultat med både män och kvinnor som deltagare. Fokusgruppens sammansättning hade kanske sett annorlunda ut om inte vårdenhetschefen valt ut deltagarna men då det var hen som ansågs ha kunskap om vilka deltagare som var bäst lämpade var det hen som gjorde urvalet.

För att leda en fokusgrupp krävs kunskap och förståelse för hur komplext det faktiskt är att leda, utan att påverka eller störa deltagarnas diskussioner. Eftersom erfarenhet av fokusgruppsintervju saknades i den här studien följdes Côté-Arsenault och Morrison-Beedy (2005) och Kroll, Barbour och Harris (2007) rekommendationer. De föreslår att en observatör, förutom moderatorn sitter med och observerar deltagarna i fokusgruppen och skriver ned observationerna. Moderatoren är den som leder fokusgruppen och ser till att fokus bland deltagarna hålls, moderatoren måste även vara lyhörd för sidospår som kan vara av värde för det slutliga resultatet. I den här studien agerade en som moderator och en agerade som observatör.

Hur frågorna ställs är avgörande för hur resultatet blir. Det vanligaste är att semistrukturerade frågor ställs. Enligt Kvale och Brinkmann (2014b) krävs det att intervjuaren är påläst på intervjuområdet och även att intervjuaren har tydliga frågor som inte kan misstolkas av deltagarna. Vidare menar Shaha et al. (2011) att alla frågor kanske inte behöver ställas, då vissa frågor besvaras av informanterna ändå under den diskussion som förs i fokusgruppsintervjun. Frågorna skall vara öppna och inbjuda till diskussion och egna reflektioner hos deltagarna. Semistrukturerade frågor ställdes under intervjun i den här studien, och en frågeguide användes som stöd (se BILAGA 2), detta då det ansågs som lämpligt eftersom intensivvårdssjuksköterskorna själva kunde berätta om sina erfarenheter och följdfrågor kunde ställas när det ansågs nödvändigt. Vid två tillfällen under intervjun ställdes följdfrågor och nackdelen med det kan vara att intensivvårdssjuksköterskorna kanske kom av sig och tappade sammanhanget. Viktig information som de hade tänkt berätta kan då ha missats. Samtidigt var det lättare att styra in samtalet på aktuellt ämne med följdfrågor då intensivvårdssjuksköterskorna vid

dessa tillfällen inte pratade om det som var relevant för denna studie. Deltagarna besvarade merparten av frågorna utan att de behövde ställas av moderatorn. Noggranna förberedelser inför intervjun är viktigt för att resultatet ska bli så utförligt som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2014a). Inför aktuell fokusgruppsintervju gjordes de förberedelser som ansågs nödvändiga, frågorna lästes igenom så att de speglade studien syfte. Ljudkällan som spelade in deltagarna under fokusgruppsintervjun kontrollerades och lokalen där fokusgruppsintervjun skulle hållas förbereddes i god tid innan.

Den vetenskapliga öppenheten begränsas av förförståelsen vilket innebär att vi bär på förutfattade meningar om det område vi vill undersöka. Det är viktigt att reflektera över sin egen förförståelse. Genom att vara medveten om att alla bär på en förförståelse och genom att så förutsättningslöst som möjligt möta informanterna skapas de bästa förutsättningarna. Genom att visa öppenhet och lyhördhet istället för att låsa sig vid färdiga mallar kan så mycket information som möjligt från informanterna erhållas (Kvale & Brinkmann, 2014a). I aktuell studie är båda som genomförde fokusgruppsintervjun sjuksköterskor och har vana av att på vårdavdelning som grundutbildade sjuksköterskor postoperativt vårda patienter med smärtproblematik. Det finns även erfarenhet av att vårda patienter som fått spinalanalgesi. Detta gör att egna erfarenheter och upplevelser kan påverka. Reflektioner över de förförståelser som fanns gjordes innan och under fokusgruppsintervjun bemöttes deltagarna så förutsättningslöst som möjligt.

Materialet som insamlades under fokusgruppsintervjun analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys som är en systematisk metod för analys av textmaterial (Hsieh & Shannon, 2005). Att systematiskt angripa en text är en förutsättning för en strukturerad analys. Det innebär att det finns ett definierat protokoll som specificerar de olika stegen samt verifierbara resultat. Med utgångspunkt från innehållet i texten identifierades variationer såsom skillnader och likheter (Graneheim & Lundman, 2004; Hsieh & Shannon, 2005). Genom att inte arbeta utefter någon teori kunde materialet läsas och tolkas förutsättningslöst. Nackdelen med det kan vara att ingen tolkning är rätt eller fel och att materialet kan tolkas på många olika sätt och det kan vara frustrerande att förhålla sig till.

Kvale och Brinkmann (2014a) menar att när material analyseras är det viktigt att ha ett öppet förhållningssätt vilket innebär en önskan att förstå personen och dennes livssituation. Öppenhet kännetecknas som en äkta vilja att höra, se och förstå. Förförståelsen diskuterades igenom innan materialet analyserade och det fanns ett äkta intresse för det material som fanns.

Det är viktigt att kritiskt granska det tillvägagångssättet som använts och att kunna redogöra för analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). I aktuell studie utgick analysen från Graneheim och Lundmans (2004) riktlinjer. Analysprocessen har flera gånger kritiskt granskats och resultatet har diskuterats igenom ett flertal gånger för att säkerställa att analysprocessen är korrekt utförd.

### **Resultatdiskussion**

Både icke påverkningsbara faktorer och påverkningsbara faktorer var involverade när intensivvårdssjuksköterskorna smärtlindrade patienter i samband med spinalanalogesi. Genom erfarenhet visste intensivvårdssjuksköterskorna att styrdokument och organisatoriska element inte var något de kunde påverka. Styrdokumentet ansåg de var en trygghet men också i vissa fall en begränsning. De organisatoriska elementen stal onödig tid från patienten. Intensivvårdssjuksköterska på den postoperativa avdelningen försökte förbereda sig så att de kunde agera strategiskt och de försökte även skapa lugn och trygghet, allt för att patienterna skulle få så god postoperativ vård som möjligt, med smärtlindring i fokus.

I resultatet framkom det att icke påverkningsbara faktorer som styrdokument, så kallad ”generella smärtlindringsordinationer” innebar både fördelar och nackdelar vad gällde smärtlindringen av patienterna. Styrdokument hjälpte intensivvårdssjuksköterskorna i en ständigt utmanande smärtlindringsprocess och det fanns en trygghet i att det fanns styrdokument att falla tillbaka på. Genom att få möjlighet till att använda sin kunskap och få vara en del i ett fungerande postoperativt förlopp med tydliga styrdokument att tillgå stärktes självkänslan av att de kunde hantera olika situationer som kunde uppstå. Liknande tankegångar återfinns i Fitzpatrick, Campo och Lavandero (2011) och Wåhlin, Ek och Idvall (2010) studie. Men intensivvårdssjuksköterskorna i aktuell studie kände sig också begränsade av dessa dokument. Det framkom att frustration var något de kände när de såg att patienterna hade ont men inte kunde hjälpa dem på grund av de begränsade smärtlindringmöjligheter som styrdokumentet hade.

De styrdokument gällande postoperativa vårdåtgärder som fanns var bland annat tidig mobilisering kontra smärtlindring vilket innebar att intensivvårdssjuksköterskan hela tiden fick kompromissa och samordna. Patienten skulle vara väl smärtlindrad men samtidigt inte för trött för att kunna orka medverka i sin vård. Tidig mobilisering är något som Dwyer, Tarassoli, Thomas och Porter (2012) diskuterar i sin studie. De menar att tidig postoperativ mobilisering är en av flera viktiga åtgärder för att minska komplikationer för patienten.

En icke påverkingsbar faktor som intensivvårdssjuksköterskorna också diskuterade var den bristfälliga kommunikationen mellan olika yrkesprofessioner. De tog upp hur viktigt det var med en kontinuerlig kommunikation mellan olika professioner för att lägga upp en plan för patienten och då också vara förberedd för eventuella smärtgenombrott.

Denna organisatoriska svaghet medförde motstridiga ordinationer och att olika beslut togs. Detta kunde göra att de kände sig maktlösa. Tang, Chan, Zhou och Liaw (2013) bekräftar hur viktigt det är med en kontinuerlig kommunikation. Detta gjorde, i sin tur, att olika professioner förstod varandras arbetsområde bättre, vilket också är något som Pasero och McCaffery (2007) bekräftar. Varje patient är unik och ska smärtlindras därefter. Smärtbehandling efter spinalanalogesi bör därför diskuteras med alla inblandade för att komma fram till bäst möjlig multimodal behandling. Blondal och Halldorsdottir (2009) studie visar att en dåligt fungerande organisation gjorde att sjuksköterskorna kände frustration över att de inte fanns adekvata ordinationer från ansvarig läkare. Därför är det av stor vikt med en kontinuerlig dialog angående smärtlindring. Något som också bekräftas av Lindberg et al. (2011) och Pasero och McCaffery (2007).

Under intervjun i aktuell studie framkom det också att höga patientflöden gjorde att det blev en hårfin gräns mellan att patienterna skulle vara adekvat smärtlindrade men också pigga, alerta, utan illamående så att de kunde lämna postoperativ avdelning och flyttas till vårdavdelningen så fort som möjligt. De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna i aktuell studie jobbade hårt för att patienten skulle ha det så bra som möjligt. Men det var svårt för dem att påverka de direktiven som gavs om patientöverflyttning till vårdavdelningen. Även detta upplevdes som en organisatorisk svaghet. Enligt Tang et al. (2013) var det viktigt att intensivvårdssjuksköterskan kände sig betrodd av ansvarig läkare och kunde göra sina egna bedömningar. Blondal och Halldorsdottir (2009) menar att olika faktorer påverkade besluten kring resonemang om närvaro av smärta och

smärtlindring och att intensivvårdssjuksköterskorna agerade som patientens företrädare till läkare.

Vidare visade den här studien att i rollen som intensivvårdssjuksköterska var det viktigt att alltid vara väl förberedd och att ha en handlingsplan utifrån de kunskaper som fanns med sedan tidigare. Känslan av självständighet och att ha möjlighet att ligga steget före hjälpte intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie att jobba effektivt. Att veta patientens bakgrund i förväg var naturligtvis något som önskades men kanske tyvärr inte alltid var möjligt på grund av högt patientflöde. Intensivvårdssjuksköterskan fick då bilda sig en snabb uppfattning av patienten vilket tyvärr kunde leda till att patienten inte fick den smärtlindring som hen behövde just för tillfället. Detta kunde i sin tur resultera i ett smärtgenombrott. Då behövde intensivvårdssjuksköterskan ändra sin strategi, och kombinera detta med sin beprövade erfarenhet för att försöka tillgodose patientens individuella behov. Genom att vara väl insatt i ingreppets art, även om inte tiden fanns till att hinna läsa på om patientens bakgrund, kunde förberedelser vad gäller smärtlindring göras. Men om intensivvårdssjuksköterskan ändå inte fick sin strategi att fungera, sågs detta personligen som ett misslyckande i dennes arbete vilket Lindberg et al. (2011) verifierar i sin studie.

Intensivvårdssjuksköterskorna hade insikt i att tidig mobilisering var gynnsamt för patienterna ur många olika aspekter. Men det fanns en del hinder vad gällde mobilisering eftersom patienterna kunde få mycket ont i samband med mobilisering. Genom att uppmuntra och stötta patienterna till att genomföra momentet, trots närvaro av smärta, gav det en långsiktig vinst för patienten vad gällde tillfrisknande menade intensivvårdssjuksköterskorna. Genom strategiskt agerande och även ibland mod till att byta strategi kunde intensivvårdssjuksköterskorna hjälpa patienterna. Liknande tankegångar återfinns i Fitzpatrick et al. (2011) och Wåhlin, Ek, Idvall, et al. (2010) studie där de menar att styrkan i att vara öppen för nya idéer utmärkte en intensivvårdssjuksköterska som kände sig trygg i sin yrkesprofession.

Wåhlin, Ek, Idvall, et al. (2010) skriver om den positiva känslan av ett bra arbetsflöde. Även beprövad erfarenhet gjorde att intensivvårdssjuksköterskan snabbt kunde identifiera patientens behov och behandla dem. Hon kunde vara redo att agera strategiskt menar Wåhlin, Ek, Idvall, et al. (2010). I aktuell studie var

intensivvårdssjuksköterskorna duktiga på att identifiera patienternas olika omvårdnadsbehov och de påbörjade omgående smärtbehandlingen när patienterna anlände till den postoperativa avdelningen. Intensivvårdssjuksköterskorna kände också ett ansvar gentemot sina vårdavdelningskollegor. Därför var det viktigt att det fanns lättförstådda ordinationer som var väl dokumenterade så att den strategi som var planerad kunde fortgå. Detta bekräftas av Tang et al. (2013).

Intensivvårdssjuksköterskornas mål i aktuell studie var att patienterna inte skulle behöva återinläggas på den postoperativa avdelningen på grund av smärtproblematik.

I intensivvårdssjuksköterskor yrkesroll ingår det att bedöma patientens behov och det handlar inte alltid om att bara ge läkemedel. Det visade sig vara viktigt att intensivvårdssjuksköterskorna fanns där för patienterna. Genom sitt stöd kunde de lindra visst obehag om patienten var orolig. Möjligheten att skapa lugn och trygghet menade intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie var viktigt. Det kunde ibland finnas patienter som tyckte det var obehagligt med spinalanalgesin. Till exempel rädslan för att bedövningen inte skulle gå ur kroppen. Då fanns intensivvårdssjuksköterskorna där, vid patientens säng, som stöd. Med deras erfarenhet kunde de lugna patienten med information. De visste att om de visade tecken på oro eller stress kunde detta överföras till annan personal och, därifrån, vidare till patienterna. Något som bekräftas i en studie av Lindberg et al. (2011). Deras resultat visar att intensivvårdssjuksköterskorna försökte lyssna och tillgodose patientens önskemål för att det skulle bli så behagligt som möjligt. Det kunde handlade om tröst och lägesändringar. Till och med massage erbjöds om det finns möjlighet rent tidsmässigt. Intensivvårdssjuksköterskorna i aktuell studie tog upp att om det fanns en smärtlindringsplan var det viktigt att informera kollegor och patienter om vilken strategi som fanns och utvärdera allt eftersom.

## **KONKLUSION**

Olika faktorer påverkar intensivvårdssjuksköterskans möjlighet att smärtlindra patienten på ett adekvat sätt. Styrdokument och organisatoriska element var faktorer som inte gick att påverka enligt analysen. Genom att vara förberedd, agera strategiskt och skapa lugn och trygghet kunde intensivvårdssjuksköterskorna göra skillnad för patienterna och deras smärta. Den kliniska implikationen med denna studie kan vara att utveckla nya styrdokument där intensivvårdssjuksköterskorna har möjlighet att påverka vilka

läkemedel som ges samt se över rutiner inom organisationen för att en bättre kommunikation mellan yrkesprofessioner. Fler studier är nödvändiga för att få fram tillförlitliga resultat.



## REFERENSER

- Aicher, B., Peil, H., Peil, B., & Diener, H. C. (2012). Pain measurement: Visual Analogue Scale (VAS) and Verbal Rating Scale (VRS) in clinical trials with OTC analgesics in headache. *Cephalalgia*, 32(3), 185-197.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2011). Teoretiskt perspektiv. Patientens värld -en värld av lidande-. In M. Arman & A. Rehnsfeldt (Eds.), *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet* (pp. 26-27). Stockholm: Liber.
- Banerjee, P. (2014). The efficacy of multimodal high-volume wound infiltration in primary total knee replacement in facilitating immediate post-operative pain relief and attainment of early rehabilitation milestones. *European journal of orthopaedic surgery & traumatology : orthopédie traumatologie*, 24(4), 571-577.
- Beecroft, C. L. (2009). Spinal anaesthesia. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 10(11), 549-551.
- Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of clinical nursing*, 18(20), 2897-2906.
- Bluhm, R. (2012). Vulnerability, health, and illness. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(2), 147-161.
- Brattberg, G. (2010). Psykologisk smärtbehandling och patientutbildning. In M. Werner & I. Leden (Eds.), *Smärta och smärtbehandling* (Vol. Andra upplagan, pp. 410-426). Stockholm: Liber.
- Buvanendran, A., & Kroin, K. S. (2009). Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain. *Acute Pain*, 11(3), 145-146.
- Chadwick, B., Gill, P., Stewart, K., & Treasure, E. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *BDJ*, 204(6), 291-295.
- Côté-Arsenault, D., & Morrison-Beedy, D. (2005). Maintaining your focus in focus groups: avoiding common mistakes. *Research in nursing & health*, 28(2), 172-179.
- Cousins, M. J., Brennan, F., & Carr, D. B. (2004). Pain relief: a universal human right. *Pain*, 112(1-2), 1-4.
- Dahlgren, N. (2005). Lokalbedövning och blockadteknik. In M. Halldin, S. Lindahl, C. Björnekull & J. Wilhelmsson (Eds.), *Anestesi* (pp. 321-326). Stockholm: Liber.
- Davies, A. N., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A.-M., & Zeppetella, G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13(4), 331-338.
- Dwyer, A. J., Tarassoli, P., Thomas, W., & Porter, P. (2012). Enhanced recovery program in total hip arthroplasty. *Indian Journal of Orthopaedics*, 46(4), 407-412.
- Ekman, I., Kjellgren, K. I., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., . . . Johansson, I.-L. (2011). Person-centered care - Ready for prime time.
- Eriksson, K. (1994). Begreppet lidande. In K. Eriksson (Ed.), *Den lidande människan* (pp. 19-28). Stockholm: Liber utbildning.
- Fitzpatrick, J. J., Campo, T. M., & Lavandero, R. (2011). Critical care staff nurses: Empowerment, certification, and intent to leave. *Critical Care Nurse*, 31(6), e12-e17.
- Forskningsrådet, H.-s. (1990). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Retrieved 13/1, 2015
- Gjengedal, E., Vatne, S., Wogn-Henriksen, K., Ekra, E. M., Hol, H., Kjelsvik, M., . . . Sundal, H. (2013). Vulnerability in health care--reflections on encounters in every day practice. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 14(2), 127-138.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*, 10(1), 71-89. doi: 10.1177/1468794109348683
- Halleröd, B., & Seldén, D. (2013). The Multi-dimensional Characteristics of Wellbeing: How Different Aspects of Wellbeing Interact and Do Not Interact with Each Other. *Social Indicators Research*, 113(3), 807-825.
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., . . . American Society for Pain Management, N. (2006). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing outlook*, 60(6), 411.
- Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1994). Witnesses to suffering: nursing knowledge, voice, and vision. *Nursing outlook*, 42(6), 260.
- Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K., & Snaith, K. (2009). What Do Adult Surgical Patients Really Want to Know About Pain and Pain Management? *Pain Management Nursing*, 10(1), 22-31.
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif; London: SAGE.
- Kroll, T., Barbour, R., & Harris, J. (2007). Using focus groups in disability research. *Qualitative health research*, 17(5), 690-698.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014a). Intervju kvalitet *Den kvalitativa forskningsintervjun* (pp. 203-209). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014b). Introduktion till intervju forskning *Den kvalitativa forskningsintervjun* (pp. 31-39). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014c). Karakterisering av den kvalitativa forskningsintervjun *Den kvalitativa forskningsintervjun* (pp. 41-50). Lund: Studentlitteratur.
- Lamplot, J. D., Wagner, E. R., & Manning, D. W. (2014). Multimodal Pain Management in Total Knee Arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*, 29(2), 329.
- Lindberg, J., Engström, Å., Nursing, Department of Health, S., Luleå University of, T., & Nursing, C. (2011). Critical care nurses' experiences: a good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain management. *Pain Management Nursing*, 12(3).
- Lunn, T. H., Kristensen, B. B., Gaarn-Larsen, L., Husted, H., & Kehlet, H. (2012). Post-anaesthesia care unit stay after total hip and knee arthroplasty under spinal anaesthesia. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 56(9), 1139-1145.
- Mandabach, M. G. (2002). The early history of spinal anesthesia. *International Congress Series*, 1242, 163-168.
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18-29.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of advanced nursing*, 48(2), 187-194.
- Melzack, R., & Katz, J. (2013). Pain. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(1), 1-15. doi: 10.1002/wcs.1201
- Merskey H, & Bogduk N. (1994). IASP Taxonomy pain. Retrieved 13/1, 2015
- Milton, C. L. (2013). Suffering. *Nursing science quarterly*, 26(3), 226-228.

- Mordecai, M. M., & Brull, S. J. (2005). Spinal anesthesia. *Current opinion in anaesthesiology*, 18(5), 527-533.
- Pasero, C., & McCaffery, M. (2007). Orthopaedic Postoperative Pain Management. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(3), 160-174.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Qualitative Research Design and Approaches. In D. F. Polit & C. T. Beck (Eds.), *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (pp. 494-498). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Portenoy, R. K., Payne, D., & Jacobsen, P. (1999). Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain*, 81(1), 129-134.
- Regeringskansliets rättsdatabaser. (2008). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Retrieved 13/1, 2015
- Renée, A., & Brantberg, A.-L. (2010). Postoperativ smärta och omvårdnad. In M. Werner & I. Leden (Eds.), *Smärta och smärtbehandling* (Second ed., pp. 247-255). Stockholm: Liber.
- Richards, J., & Hubbert, A. O. (2007). Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17-24.
- Riksföreningen för anestesi & intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Retrieved 13/1, 2015
- Rodgers, A., Clark, T., MacMahon, S., Walker, N., Schug, S., McKee, A., . . . Saville, G. (2000). Reduction Of Postoperative Mortality And Morbidity With Epidural Or Spinal Anaesthesia: Results From Overview Of Randomised Trials. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7275), 1493-1497.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advanced nursing*, 26(1), 65-72.
- Rudin, Å., Brantberg, A.-L., Eldh, E., & Sjölund, K.-F. (2010). Riktlinjer för postoperativ smärtlindring. Retrieved 13/1, 2015
- Rudin, Å., Werner, M., & Mjöbo, H. N. (2011). Prediktion av postoperativ smärta ger nya möjligheter. Skraddarsydd smärtlindring kan hindra att långvarig, svår smärta utvecklas. *Läkartidningen*, 108(22-23), 1244.
- Ruff, C. C., Alexander, I. M., & McKie, C. (2005). The use of focus group methodology in health disparities research. *Nursing outlook*, 53(3), 134-140.
- Ryd, L. (2010). Ortopediska smärttillstånd. In M. Werner & I. Leden (Eds.), *Smärta och smärtbehandling* (Andra upplagan ed., pp. 268-285). Stockholm: Liber.
- Schewe, J.-C., Komusin, A., Zinserling, J., Nadstawek, J., Hoeft, A., & Hering, R. (2009). Effects of spinal anaesthesia versus epidural anaesthesia for caesarean section on postoperative analgesic consumption and postoperative pain. *European journal of anaesthesiology*, 26(1), 52-59.
- Shaha, M., Wenzel, J., & Hill, E. E. (2011). Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse researcher*, 18(2), 77.
- Synneve, D. I. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(2), 125-132.
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International nursing review*, 60(3), 291-302.
- Taylor, D. R., Webster, L. R., Chun, S. Y., Reinking, J., Stegman, M., Shoemaker, S., & Fortner, B. (2007). Impact of breakthrough pain on quality of life in patients with chronic, noncancer pain: patient perceptions and effect of treatment with oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC, ACTIQ). *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 8(3), 281-288.

- Wåhlin, I., Ek, A.-C., & Idvall, E. (2010). Staff empowerment in intensive care: nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 26(5), 262-269.
- Wåhlin, I., Ek, A.-C., Idvall, E., Närsjukvården i centrala, Ö., Omvårdnad, Institutionen för medicin och, h., . . . Hälsouniversitetet. (2010). Staff empowerment in intensive care: nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 26(5), 262-269.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of advanced nursing*, 36(4), 535-545.
- Werner, M. (2010a). Farmakologi *Smärta och smärtbehandling* (Andra upplagan ed., pp. 82-174). Stockholm: Liber.
- Werner, M. (2010b). Inledning- analgesi vid akut smärta. In M. Werner & I. Leden (Eds.), *Smärta och smärtbehandling* (Andra upplagan ed., pp. 215-246). Stockholm: Liber.
- Werner, M., & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

## **BILAGA 1**

### **Forskningspersonsinformation (FPI)**

Vi är två legitimerade sjuksköterskor, Andreas Elmquist och Sofie Carlsson, som läser specialistutbildningen med inriktning mot intensivvård på Göteborgs Universitet. Vi ska göra vår magisterexamen under våren 2015 och vi är intresserade av intensivvårdssjuksköterskors uppfattning av att ta hand om patienter med spinalanestesi, med fokus på spinalsläpp och smärtlindring i samband med detta. Vi hoppas att få mer kunskap inom området genom att fråga de intensivvårdssjuksköterskorna som träffar patienterna som genomgått spinalanestesi postoperativt och som tar hand om dem tills de är stabila nog att gå till vårdavdelning. Det material vi får kommer att resultera i vår magisteruppsats.

### **Bakgrund och syfte**

Smärtlindring postoperativt är komplext och inte helt självklar. Många olika saker spelar in för hur intensivvårdssjuksköterskan väljer att administrera smärtlindring till varje enskild patient. Vi vill med denna studie belysa svårigheterna med att smärtlindra patienter som genomgått operation med spinalanestesi. Det som vi kommer att belysa framförallt är smärtlindring i samband med spinalsläpp och tankegången kring detta. Detta då forskningen som finns kring spinalanestesi är sparsam och få studier tar upp spinalsläpp.

### **Förfrågan om deltagande**

Vi söker intensivvårdsutbildade sjuksköterskor som har erfarenhet av att vårda patienter med spinalanestesi. Vi hoppas att få hjälp med att förstå hur patienter med spinalanestesi tas om hand postoperativt och hur de smärtlindras. Vad finns för rutiner och eventuella PM att utgå från. Vårt fokus kommer att ligga på spinalsläppet och behandlingsstrategier och tankegångar kring det.

### **Hur går studien till?**

Studien som har en kvalitativ ansats kommer att genomföras genom användandet av fokusgrupper. Att delta i en fokusgrupp skiljer sig något från en enskild intervju, eftersom det är fler deltagare. Tanken är att 4-5 intensivvårdssjuksköterskor i en fokusgrupp skall berätta om erfarenheter, tankar och upplevelser av att vårda patienter som fått spinalanestesi, huvudfokus kommer ligga på spinalsläpp. Dina erfarenheter och dina tankar kring detta ämne är det som vi vill ta del av. Andreas och Sofie kommer båda vara med, en av oss kommer att vägleda Er och ställa frågor, den av oss som inte ställer frågor kommer att sitta tyst och observera samt föra anteckningar. Allt som sägs i fokusgruppen kommer att spelas in och detta material kommer vi sedan analysera och använda i vår magisteruppsats. Tiden som avsätts till diskussion i fokusgruppen kommer vara ca 60 min.

### **Hantering av data och sekretess**

Materialet som spelats in från fokusgruppen kommer skrivas ut och sedan avidentifieras

och analyseras. I studiens resultatdel kommer direktcitater att användas för att kunna argumentera för studiens trovärdighet. Citaten kommer vara oidentifierade och plockade ur sitt sammanhang så att det inte går att få fram vem som sagt vad. De som kommer ta del av materialet har tystnadsplikt och kommer att förvara materialet på ett sådant sätt att endast ansvariga för denna studie kommer att ha tillgång till det. Efter det att studien blivit inlämnad och godkänd kommer det inspelade materialet att raderas. Är det så att du vill ta del av resultatet innan magisterexamen lämnas in för slutlig opponering så kontakta någon av oss så löser vi det.

### **Frivillighet**

Deltagandet i studien är frivilligt och man har som deltagare rätt att när som helst avbryta sin medverkan utan att ange skäl. Alla frågor som uppkommer är viktiga och dem vill vi gärna besvara. Tveka inte att kontakta oss med frågor, så besvarar vi dem.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Vid intresse för att få tillgång till den färdiga magisteruppsatsen kan antingen Andreas Elmquist eller Sofie Carlsson kontaktas.

### **Ansvariga**

Andreas Elmquist

Leg. Sjuksköterska, student specialistutbildningen med inriktning mot intensivvård  
Mailadress: guselman@student.gu.se

Sofie Carlsson

Leg. Sjuksköterska, studerar specialistutbildningen med inriktning mot intensivvård  
Mailadress: gusmolleso@student.gu.se

### **Handledare**

Lotta Johansson

Specialistsjuksköterska inom intensivvård.

PhD

Mailadress: lotta.johansson@fhs.gu.se

### **Samtyckesformulär**

Genom att skriva under nedan samtycker jag till att medverka i denna studie. Min medverkan kommer att ske genom deltagande i fokusgrupp. Jag har fått tillfälle till att ställa frågor som besvarats. Jag kan närsomhelst avbryta min medverkan utan att behöva ange skäl

### **Deltagares namn och dagens datum**

## BILAGA 2

### Frågeguide

Kan ni berätta om en patient som vårdats efter spinalanalgesisläpp och speciellt när det gäller hantering av smärta. Ge gärna exempel på både där det fungerat och där det inte fungerat.

Vid problem hur löste ni situationen? Hade ni velat göra på ett annorlunda sätt? Var det stressande? Beskriv hur ni upplevde situationen...

Hur planeras smärtlindringen i samband med att patienten skrivs ut och/ eller ska förflyttas, kan ni ge exempel?

Finns det några styrdokument/PM som ni kan använda er av när ni behöver vägledning? Om ja, vilka styrdokument finns? Beskriv hur de fungerar.

Hur planerar ni smärtlindring för patienter som fått spinalanalgesi?

Finns det andra omvårdnadsaspekter som man behöver tänka på när det gäller patienter som fått spinalanalgesi?