



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

SJUKSKÖTERSKANS ATTITYD OCH INSTÄLLNING TILL POSTOPERATIV SMÄRTA OCH HUR DE PÅVERKAR SMÄRTBEHANDLING

EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT

HANNA OTTOSSON BURGE
RANNA AGHA

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Institutionen för vårdvetenskap
Maj/juni 2012

Malmö högskola
Fakulteten för Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

SJUKSKÖTERSANS ATTITYD OCH INSTÄLLNING TILL POSTOPERATIV SMÄRTA OCH HUR DE PÅVERKAR SMÄRTBEHANDLING

EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT

HANNA OTTOSSON BURGE
RANNA AGHA

Ottosson Burge, H & Agha, R. Sjuksköterskans attityd och inställning till postoperativ smärta och hur de påverkar smärtbehandling - en systematisk litteraturöversikt. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2012.

Abstrakt. Flertalet studier har visat och visar på att postoperativ smärta underskattas och underbehandlas. Syftet med denna systematiska litteraturöversikt var att undersöka sjuksköterskans attityd och inställning till postoperativ smärta och smärtbehandling. En reviderad version av Goodmans sju steg nyttjades som metod. Elva vetenskapliga, kvalitativa artiklar användes. Vid analysen framkom fyra följande teman: 1) Oro för bieffekter 2) Syn på engagemang och inflytande 3) Subjektiv syn på smärta 4) Sjuksköterskans tillit till erfarenhet och objektiva tecken på smärta. Denna studie visar att de sjuksköterskor som deltagit i de elva utvalda studierna anser sig tycka att smärta är en subjektiv upplevelse. Trots detta resonemang visar det sig att de flesta sjuksköterskorna vid bedömning av smärta främst fokuserar på objektiva tecken på smärta. De agerar alltså utifrån perspektivet att smärta är ett objektiva fenomen. Avsaknad av objektiva, fysiologiska tecken på smärta orsakade sjuksköterskorna att tro att smärtgraden var låg, och behandlade patienten med smärta därefter.

Nyckelord: sjuksköterskans attityd, sjuksköterskans inställning, postoperativ smärta, smärtbedömning, smärtlindring, smärtbehandling, systematisk litteraturstudie.

NURSE'S ATTITUDE AND APPROACH TO POSTOPERATIVE PAIN AND ITS EFFECT ON PAIN TREATMENT

A SYSTEMATIC REVIEW

HANNA OTTOSSON BURGE
RANNA AGHA

Ottosson Burge, H & Agha, R. Nurse's attitude and approach to postoperative pain and its effect on pain treatment – a systematic review *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Health Care, 2012.

Abstract. Several studies have shown and show that postoperative pain is underestimated and under treated. The purpose of this systematic literature review was to examine nurses' attitudes and approaches to postoperative pain and pain treatment. A modified version of Goodman's seven steps was used as method. Eleven scientific, qualitative articles were used. The analysis revealed four categories: 1) Concerns about side effects 2) Views on commitment and influence 3) Subjective view on pain 4) Nurses' confidence in experience and objective signs of pain. This study shows that the nurses who participated in the eleven selected studies consider pain to be a subjective experience. Despite this, it appears that most nurses, when assessing pain, mainly focuses on objective signs of pain. They act from the perspective that pain is an objective phenomenon. Lack of objective, physiological signs of pain caused the nurses to believe that the pain was not so severe, and treated the patient with pain accordingly.

Keywords: nurses' attitude, nurses' approach, pain assessment, postoperative pain, pain relief, pain treatment, systematic review

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Smärtans fysiologi	6
Postoperativ smärta	6
Behandling	6
Farmakologisk behandling/analgetika	7
Varför måste den postoperativa smärtbehandlingen förbättras?	7
Underdiagnostisering och underbehandling av smärta	8
Smärta, en subjektiv upplevelse	8
Sjuksköterskans ansvar	8
Bemötande	9
Riktlinjer	9
SYFTE	10
Frågeställningar	10
METOD	10
Steg 1: Precisera problemet för utvärdering	10
Steg 2: Precisera studiernas inklusions – och exklusionskriterier	11
Steg 3: Formulera en plan för litteratursökning	11
Steg 4: Genomför litteratursökning och samla in de studier som möter inklusionskriterier	12
Steg 5: Tolka bevisen från de individuella studierna	12
Steg 6: Sammanställa bevisen	13
Steg 7: Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet	13
RESULTAT	13
Oro för bieffekter	13
Hur sjuksköterskors oro för beroende och andningsdepression påverkar beslutfattande kring analgetika	14
Syn på inflytande och engagemang	14
Subjektiv syn på smärta	16
Sjuksköterskors tillit till erfarenhet och objektiva tecken på smärta	16
Smärtbedömning baserad på erfarenhet	16
Fokus på fysiologiska tecken på smärta	17
Postoperativ smärta är oundvikligt	18
Misstro av patientens subjektiva upplevelse av smärta	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Oro för bieffekter	22
Syn på inflytande och engagemang	23
Subjektiv syn på smärta	23
Sjuksköterskors tillit till erfarenhet och objektiva tecken på smärta	23
KONKLUSION	25

REFERENSER	26
BILAGA 1 GRANSKNINGSMALL	29
BILAGA 2 DATABASSÖKNING	30
BILAGA 3 ARTIKEL MATRIS	41

INLEDNING

Smärta är ett vanligt fenomen inom vården. Vi har under vår verksamhetsförslagda utbildning märkt av olika attityder när det gäller smärta och smärtbehandling bland sjuksköterskor. Vi ville därför fördjupa oss mer inom detta ämne för att få en större förståelse av de mekanismer som styr sjuksköterskors beslut kring smärtbehandling.

BAKGRUND

International Association for the Study of Pain (2012) definierar smärta som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada.

Smärtans fysiologi

Smärtsinnet har en särställning i förhållande till de andra sinnen eftersom smärta i sig upplevs som obehaglig och skrämmande. Smärtsinnet skiljer sig också genom att smärta påverkar autonoma nervsystemet, det leder bland annat till att hjärtfrekvensen och blodtrycket stiger, samtidigt som blodcirkulationen i huden minskar. Olika typer av påverkan tolkas av hjärnan som smärta. De nervimpulser som framkallar smärta bildas i fria nervändslut, där finns smärtreceptorer, så kallade nociceptorer. Smärta delas in i nociceptiv smärta och neurogen smärta. Nociceptiv smärta utlöses av stimuli som aktiverar kroppens smärtreceptorer (nociceptorerna). Denna smärta kan utlösas av mekanisk eller kemisk påverkan och av extrema temperaturer. Neurogen smärta beror på nervimpulser som utlöses på andra ställen i smärtbanorna än i de fria nervändsluten. Ischiassmärter är ett exempel på neurogena smärter (Sand et al, 2006).

Definitioner

Författarna har definierat smärtbedömning som det sjuksköterskan utför. Smärtskattning definieras som patientens, egen, individuella bedömning av sin smärta och smärtgrad. Med analgetika avses farmakologisk smärtbehandling

Postoperativ smärta

Efter en operation kan någon form av nociceptiv smärta förväntas eftersom vävnad skadas (Westerling, 2012). Att aktivt förebygga postoperativ smärta leder till att patienten kan aktiveras och mobiliseras utan smärtgenombrott. En välplanerad och välfungerande smärtbehandling minskar inte bara det individuella lidandet för patienten utan också risker för komplikationer såsom venös trombos, lunginflammation och infektioner (a a).

Behandling

Enligt Allvin och Brantberg (2010) har sjuksköterskan en central roll i den postoperativa smärtvården och ansvarar för att de åtgärder som vidtas

överensstämmer med patientens behov och önskemål. Allvin och Brantberg (2010) nämner följande ansvarområden inom postoperativ smärtbehandling:

- ”Skattning och dokumentation av smärta
- Behandling av smärta
- Utvärdering av effekten av given behandling
- Identifiering av biverkningar till given behandling
- Behandling av biverkningar
- Patientinformation” (s 247)

Farmakologisk behandling/analgetika

Enligt Werner (2010a) intar läkemedel en central roll vid all smärtbehandling, vilket kräver grundläggande kunskaper i smärtanalys och läkemedelslära (a a). Westerling (2012) redogör för, i kapitlet Smärta och smärtbehandling, den så kallade analgetikatrappan:

- Steg 1: Består av paracetamol och NSAID (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs)-preparat. Paracetamol är ett mildt smärtstillande och febernedsättande medel. NSAID-preparat är verkningsfulla smärtstillande och antiinflammatoriska läkemedel. Paracetamol har få biverkningar, NSAID- preparat kan bland annat leda till ökad blödningstendens och gastrit.
- Steg 2: En kombination av svaga opioider, (exempelvis tramadol) och steg ett läkemedel (paracetamol och NSAID-preparat). Opioider verkar genom att aktivera opioida receptorer. Svaga opioider är mindre potenta än starka opioider.
- Steg 3: Starka opioider (exempelvis morfin) i kombination med steg ett läkemedel (paracetamol och NSAID-preparat). Biverkningar av opioider kan exempelvis vara obstipation och illamående. Även allvarligare biverkningar såsom andningsdepression och en ökad risk för utveckling av beroende kan förekomma (a a).

Vanligen bygger ett program för postoperativ smärtbehandling på en kombination av paracetamol, NSAID-preparat och opioider enligt analgetikatrappan (Westerling, 2012). Gällande risken för missbruk menar Westerling (2012) att om en opioidbehandling av postoperativ smärta genomförs och avslutas medicinskt korrekt är risken liten att patienten senare kommer utveckla ett missbruk (a a).

Varför måste den postoperativa smärtbehandlingen förbättras?

Smärtlindring förbättrar patientens livskvalitet (Werner, 2010b). Förutom de rent humanitära aspekterna, menar Werner (2010b) att det finns andra incitament att behandla postoperativ smärta. Smärta leder till ett sympatikuspådrag och frisättning av katekolaminer, kortisol, renin, angiotensin II och glukagon. Dessa reaktioner belastar och påverkar hjärtat, cirkulationen, respirationen och metabolismen. Den inflammatoriska reaktionen leder i sin tur till systematiska reaktioner som t.ex. feber, trötthet, kognitiv dysfunktion, muskelsmärter och ledsmärter. Effektiv smärtbehandling innebär ett försök att bromsa dessa processer som kan överreagera och medföra negativa konsekvenser (a a).

Underdiagnostisering och underbehandling av smärta

Ett flertal studier har visat på att smärta underskattas och underbehandlas. Under början och mitten av 90-talet genomfördes stora studier i USA, Kanada och Storbritannien. Personer som förhållandevis nyligen varit inlagda på sjukhus fick svara på frågor angående sin vårdvistelse. Ämnen som behandlades under intervjuerna var bland annat bemötande av vårdgivare, kommunikation mellan vårdgivare och patient, informationshantering och smärthantering, etc. Flertalet patienter ansåg att smärtlindringen de erhöll inte var tillräcklig (Charles et al, 1994, Cleary et al, 1991 och Bruster et al, 1994). En australiensisk enkätstudie utförd av Yates et al (1998) hade som syfte att undersöka inneliggande patienters uppfattning om förekomst och svårighetsgrad av upplevd smärta. Studien visade att 79 % av deltagarna rapporterade om smärtupplevelser dygnet innan enkätundersökningen. Av dessa beskrev 33 % smärtan som svår och olidlig (a a).

En holländsk studie av Boer (1997) visade bland annat att ca 4 % av de patienter som ingick i studien fick hela den morfing de ordinerats (a a). I en amerikansk studie av Apfelbaum et al (2003) genomfördes telefonintervjuer med personer som genomgått någon form av operation för att undersöka informanternas upplevelse av postoperativ smärta. Resultatet visade att över 80 % av deltagarna hade upplevt postoperativ smärta och att 40 % av dessa beskrev sina smärtor som svåra (a a). I en studie utförd av Klopfenstein et al (2000) studerades sjuksköterskors och läkares smärtbedömning och utvärdering av smärtlindring. Resultaten visade att både sjuksköterskor och läkare gjorde bristfälliga bedömningar både av smärta och av uppnådd smärtlindring (a a). Bakomliggande orsaker till dessa bristfälliga bedömningar kan enligt Klopfenstein et al (2000) bland annat vara otillräcklig utbildning och kunskap bland berörd vårdpersonal, brist på kommunikation mellan patienter, sjuksköterskor och läkare angående smärta och smärtstillande och skiftande attityder hos vårdpersonal (a a). En systematisk litteraturstudie utförd av Botti et al 2004 pekar på att postoperativ smärta är underdiagnostiserad och underbehandlad (a a). En iransk studie utförd bland sjuksköterskestuderande (Rahimi-Madiseh et al, 2010) visade på tydliga brister i studenternas kunskap om smärta, smärtbedömning och smärtlindring (a a).

Smärta, en subjektiv upplevelse

Smärta är en subjektiv upplevelse (Norrbrink & Lundeberg, 2011). Upplevelsen är också högst individuell, samma påverkan kan ge mycket olika smärtupplevelser hos olika personer (Sand et al, 2006). Då smärtupplevelsen är subjektiv kan den ej kontrolleras och verifieras eller mätas objektivt av andra. Det är endast den som är drabbad av smärtan som vet vad den har för karaktär, hur intensiv den är och hur länge den varar (Almås et al, 2011). Enligt Jonasson et al (2010) är smärta den vanligaste orsaken till vårdsökande, var femte svensk lider av någon form av långvarig smärta som orsakar stort personligt lidande och medför omfattande sjukvårdskostnader (a a).

Sjuksköterskans ansvar

Som tidigare påpekats har sjuksköterskan en viktig funktion vid smärtbedömning och ett ansvar för att lindra smärta. Enligt Berntzen et al, (2011) tolkar en person som arbetar inom vården andras smärta utifrån sitt eget omdöme och utifrån sina egna erfarenheter. Saknar sjuksköterskan insikt om detta är det lätt hänt att

han/hon agerar som om hans/hennes uppfattning är mer objektiv och därför mer tillförlitlig än patientens upplevelse av sin smärta. Skulle sjukvårdspersonal anse att patientens beskrivning av sin smärta inte är trovärdig så förstärks patientens känsla av hjälplöshet och övergivenhet (Berntzen et al, 2011). ”Att inte bli trodd kan faktiskt vara svårare att bära än själva smärtan” (Berntzen et al, 2011, s 353).

Bemötande

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (1974) resonerar i boken *Interpersonal Aspects of Nursing* kring relationen mellan sjuksköterskan och patienten, den mellanmänniska relationen. Denna relation är, enligt Travelbee (1974), det som möjliggör för sjuksköterskan att uppnå syftet med omvårdnad, vilket är att hjälpa en individ/familj att förhindra eller hantera upplevelsen av sjukdom/lidande och hjälpa individen/familjen att finna mening i dessa upplevelser. Denna mellanmänniska relation går endast att uppnå om personerna i relationen ser varandra som unika individer. Personal inom vården har en tendens att kategorisera individer som söker vård, de blir patienter. Som patient omvandlas individen till ett objekt, en uppgift som ska utföras. Travelbee (1974) menar att det istället är viktigt att förhålla sig till patienten som den individ han/hon är och hans/hennes upplevelse av sjukdom och lidande (a a).

Travelbee (1974) hävdar även vikten av kommunikation och att det är genom kommunikation den mellanmänniska relationen upprättas. Brister sjuksköterskan i sin förmåga att se patienten som en individ kan detta störa kommunikationen. I kapitel sex behandlar Travelbee (1974) fenomenet smärta. Smärta är enligt Travelbee (1974) en ensam upplevelse som är svår, om inte omöjlig att kommunicera till en annan person så att den personen verkligen förstår smärtupplevelsen. Av samma orsak är det svårt att bedöma en annans persons smärta. Det är viktigt att komma ihåg att varje individ är unik och har en unik smärtupplevelse. Smärtan är i sig påfrestande och om individen inte skulle bli trodd av omgivningen försvåras upplevelsen ytterligare (a a).

Riktlinjer

Enligt ICN:s etiska kod (2007) är sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. I svensk sjuksköterskeförenings värdegrund (2010) står det att det är väsentligt att lindra det lidande som är möjligt att lindra. Det står även att för att lidandet ska kunna lindras måste patienten få bekräftelse på sitt lidande. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) ska sjuksköterskan uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra det genom adekvata åtgärder.

Flera studier visar på att smärta hos patienter underskattas och underbehandlas. Då sjuksköterskan spelar en avgörande roll vid smärtbedömning och smärtbehandling är hans/hennes kunskap och attityd avgörande för en adekvat smärtbehandling.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors attityd och inställning till postoperativ smärta och smärtbehandling.

Frågeställningar

- Hur resonerar sjuksköterskor kring postoperativ smärtbedömning och smärtbehandling?
- Hur motiveras låg smärtbedömning och därav begränsad smärtbehandling vid postoperativ smärta bland sjuksköterskor?

METOD

Författarna valde att genomföra en systematisk litteraturstudie. Att genomföra en systematisk litteraturstudie innebär att de insamlade artiklarna baseras på/kommer från primärkällor. Med primärkälla menas att den person som genomfört undersökningen/studien även är den som skrivit artikeln/rapporten (Axelsson, 2008). Författarna önskade sammanställa utförd forskning inom följande ämnen: smärta, smärtlindring och sjuksköterskans attityd och inställning. Detta gjordes för att se om vi kunde bringa klarhet i vår frågeställning. Författarna har använt sig av Goodmans sju steg som framställs i Willman et al (2011). Steg sju uteläts dock.

1. Precisera problemet för utvärderingen
2. Precisera studiernas inklusions- och exklusionskriterier
3. Formulera en plan för litteratursökning
4. Genomföra litteratursökning och samla in de studier som möter inklusionskriterierna
5. Tolka bevisen för de individuella studierna
6. Sammanställ bevisen
7. Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

Utifrån denna beskrivna systematik har författarna kartlagt och sammanställt vetenskapliga artiklar som behandlar sjuksköterskors attityder, inställningar till smärtbedömning och smärtbehandling.

Steg 1: Precisera problemet för utvärdering

Enligt Willman et al (2011) är det ett viktigt moment att precisera forskningsproblemet då detta påverkar litteratursökningens omfattning och djup (a). För att patienten ska kunna mobilisera och återhämta sig efter en operation är det av stor vikt att smärtbedömning och därefter smärtbehandling sker på ett adekvat sätt. Författarna intresserade sig för sjuksköterskors attityder och inställningar gällande smärta och smärtbehandling då flera studier har påvisat att postoperativ smärta underdiagnostiseras och underbehandlas.

Steg 2: Precisera studiernas inklusions – och exklusionskriterier

Enligt Willman et al (2011) ska inklusions – och exklusionskriterier vara utformade så att den specifika problemställningens olika delar berörs. Forskarna kan exempelvis välja att enbart inkludera en viss typ av studier i själva undersökningen (a a). Endast kvalitativa vetenskapliga artiklar rörande sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av smärtbedömning och smärtbehandling av postoperativa patienter innefattades i denna litteraturoversikt. Författarna var intresserade av studier som berörde sjuksköterskors bakomliggande resonemang kring smärtbedömning och smärtbehandling. Andra inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på svenska och engelska och innefatta abstrakt. Endast studier baserade på ett sjuksköterskeperspektiv valdes ut då författarna hade som syfte att undersöka attityder och inställningar hos specifikt sjuksköterskor, ej patienter eller andra yrkeskategorier. Postoperativ smärta valdes som ett inklusionskriterium, då begreppet smärta visade sig vara alltför brett och behovet att specificera sökningen blev tydligt. Studier som behandlade postoperativ smärta hos barn och äldre med demensproblematik uteslöts då detta skulle innebära fler faktorer för sjuksköterskan att ta hänsyn till vid smärtbedömning och smärtbehandling och sannolikt påverka sjuksköterskans attityd och inställning.

Författarna valde att inte sätta någon begränsning gällande publikationsdatum då det gav en möjlighet att studera skillnader mellan äldre och mer aktuella studier.

Endast studier baserade på data från primärkällor inkluderades.

De begränsningar som användes vid sökningar i databasen CINAHL var Peer reviewed och Abstract. Vid sökningar i databasen PubMed användes endast begränsningen Abstract.

Steg 3: Formulera en plan för litteratursökning

Enligt Willman et al (2011) bör planeringen för litteratursökningen omfatta följande fyra moment, Identifiera tillgängliga resurser, Identifiera relevanta källor, Avgränsa forskningsproblemet och fastställ huvuddragen i sökningen och slutligen Utveckla en sökväg för varje söksystem.

A. Identifiera tillgängliga resurser.

Avsatt tid för litteraturstudien omfattade tio veckor, varav åtta var tillägnade sökning av material och skrivande av litteraturstudien och två veckor var avsatta för opponent- och respondentskap. Tillgängliga resurser för litteraturstudiens sökning av artiklar var främst sökmotorer åtkomliga via Malmö högskolas bibliotek.

B. Identifiera relevanta källor.

De sökmotorer som nyttjades var PubMed och CINAHL då dessa specifikt inriktade sig på studier inom omvårdnad och medicin. Författarna granskade även aktuella artiklars referenslistor för att på så sätt finna fler relevanta artiklar som skulle kunna komma till användning i litteraturstudien.

C. Avgränsa forskningsproblemet och fastställ huvuddragen i sökningen.

Då syftet med litteraturstudien var att undersöka sjuksköterskors attityder och inställningar till smärtbedömning och smärtbehandling av postoperativ smärta, uteslöts studier utifrån patientperspektiv och

andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Studier med fokus på postoperativ smärta hos barn och äldre med demensproblematik exkluderades då fokus ej skulle ligga på en specifik patientgrupp, utan på sjuksköterskan.

D. Utveckla en sökväg för varje söksystem.

Både i CINAHL och PubMed genomförde författarna först pilotsökningar för att få en överblick och se om relevant material fanns att tillgå. I CINAHL kombinerade författarna systematiskt olika sökblock och kunde på så sätt specificera sökningarna. Även fritextsökningar genomfördes. Booleska sökoperatörer som OR och AND användes vid block- och fritextsökningarna för att utöka och kombinera olika söktermer, vilket rekommenderas av Willman et al (2011). Sökningar med sökblocksteknik utfördes även i PubMed. Även här kombinerades sökblock med Mesh-termer, fritextsökningar och den booleska termen AND. Även trunkering användes för att öppna upp flera former av samma ord. Genom användandet av sökblock åmnade författarna uppnå datamättnad i de båda sökmotorerna.

Steg 4: Genomför litteratursökning och samla in de studier som möter inklusionskriterier

Litteratursökningen gjordes i PubMed och CINAHL. Relevanta sökord var exempelvis omvårdnad, sjuksköterska, attityd, smärta, smärtlindring, smärtskattning, kvalitativ ansats, underskattad smärta och bristfällig smärtlindring. Aktuella MESH termer (PubMed) och headings (CINAHL) var pain, analgesics, pain measurement, pain relief, experience, nursing care och attitude of health personnel. Fritextsökning genomfördes med dessa termer, som också kombinerades med booleska sökoperatörer samt trunkering av sökord (se bilaga 2).

Samtliga titlar som frambringades vid sökningarna granskades. Uppfattades titlarna som relevanta granskades även artiklarnas abstrakt. De artiklar som svarade mot denna systematiska litteraturstudies frågeställningar sparades och granskades sedan närmare. Majoriteten av artiklarna som slutligen användes påträffades i CINAHL. Sökningarna i CINAHL och PubMed resulterade i fyrtio utvalda artiklar. Pilotsökningen utfördes gemensamt av författarna. De nya söktermer som då uppdagades noterades och upplägg av fortsatt sökning diskuterades. Därefter skedde litteratursökningen individuellt men med kontinuerlig kommunikation mellan författarna.

Steg 5: Tolka bevisen från de individuella studierna

När författarna ansåg att det fanns tillräcklig med material att tillgå, det vill säga att datamättnad uppnåtts, påbörjades granskningsarbetet. De artiklar som valts ut lästes och bedömdes utifrån hur väl de svarade på litteraturstudiens syfte och frågeställningar. Femton av dessa valdes ut för kvalitetsgranskning. Författarna använde sig av ett granskningsprotokoll utarbetat av Carlsson & Eiman (2003) (se bilaga 1). Detta reviderades för att bättre passa studiens syfte. Vid revideringen togs punkter som berörde urval, bortfallets storlek och dess inverkan på studiens resultat bort då det ej sågs som relevant. Studiernas generaliserbarhet var inte av vikt. Vid klassificering av artiklarna poängsattes abstrakt, introduktion, syfte,

metod, resultat, diskussion och slutsatser utefter förekomst, tydlighet och utförlighet. Varje artikels poängsumma räknades om i procent och tilldelades någon av kvalitetsgraderna 1-3. Grad 1 motsvarade 80-100 procent, grad 2 motsvarade 70-79 procent och grad 3 motsvarade 60-69 procent. Först utfördes granskningen individuellt sedan diskuterade författarna gemensamt artiklarna utifrån granskningsmallen, därefter valdes artiklarna ut. Två av de utvalda artiklarna bedömdes ha låg kvalitet, grad tre, dessa artiklar valde författarna ändå att ha med, då de bidrog med intressanta, användbara perspektiv. För att höja kvalitén på litteraturstudien valdes ytterligare en artikel till, denna artikel var en kombinerad intervju- och observationsstudie och hade tidigare valts bort då författarna främst var intresserade av renodlade intervjustudier. Sammanlagt består därför litteraturstudien av elva artiklar. Åtta av dessa artiklar erhöll grad ett och en artikel grad två. Sammanställning av inkluderade artiklar redovisas i matriser (se bilaga 3)

Steg 6: Sammanställa bevisen

Valda artiklars resultat lästes ett flertal gånger och författarna diskuterade dem sinsemellan. Vid sammanställningen av artiklarnas resultat följde författarna Willmans et al (2011) rekommendation och kodade studiernas resultatdel för att därefter samla dessa koder i olika teman (a a). Litteraturstudiens resultat presenteras i fyra huvudteman, vissa av dem består av subteman för att nyansera och förtydliga olika nivåer av resultatet.

Steg 7: Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

Detta steg uteslöts då det ej var möjligt att uppfylla inom tidsramen för denna studie och då syftet med studien främst var att sammanställa och beskriva de utvalda artiklarnas resultat.

RESULTAT

Resultatet bygger på elva kvalitativa artiklar. Dessa artiklar behandlar sjuksköterskors perspektiv och erfarenheter av smärtbedömning och smärtbehandling på en postoperativ enhet. Författarna har analyserat artiklarnas resultat för att kunna upptäcka mönster gällande attityder/uppfattningar hos sjuksköterskor som påverkar beslut kring smärtbehandling. Följande fyra tema framkom vid analysen: Oro för bieffekter, Syn på engagemang och inflytande, Subjektiv syn på smärta och Sjuksköterskors tillit till erfarenhet och objektiva tecken på smärta

Oro för bieffekter

Oro över biverkningar vid administrering av analgetika och hur denna oro påverkar beslut kring smärtbehandling.

Hur sjuksköterskors oro för beroende och andningsdepression påverkar beslutfattande kring analgetika

En kvalitativ studie baserad på gruppintervjuer, utförd av Nash et al (1999), berörde beslutfattande kring analgetika och positiva/negativa utfall vid administrering av analgetika. Gällande bieffekter uppvisade studiedeltagarna två skilda perspektiv avseende risk för beroende. Vissa av dem hävdade att risken för att göra patienter beroende inte var något som oroade dem och därför inte hade någon effekt/påverkan på deras beslutfattande gällande administrering av analgetika. Enligt dessa sjuksköterskor hör oron över risken att göra en patient beroende till gamla, orealistiska föreställningar. Andra studiedeltagare ansåg däremot att risken att skapa ett potentiellt beroende genom administrering av analgetika var påtaglig. En av studiedeltagarna hävdade att situationer med patienter som blir beroende av analgetika inte är alltför ovanligt, vidare säger studiedeltagaren att det blir ett problem då dessa patienter imiterar fysiologiska symtom på smärta för att få analgetika (a a).

En intervju- och observationsstudie av Dihle, Bjölseth och Helseth (2004) visade att oron över eventuella biverkningar av analgetika främst berörde risken för andningsdepression, men enligt studiedeltagarna var det sällan förekommande. Beroende sågs endast som ett problem om patienten redan innan vistelsen på sjukhuset hade en missbruksproblematik (a a.)

I en svensk studie av Lindberg och Engström (2011) beskrev sjuksköterskorna hur de tolkade tecken på smärta hos patienterna, hur de fattade beslut kring smärtbehandling och vad de upplevde för svårigheter vid smärtbedömning och smärthantering. Enligt studiedeltagarna var man idag mer liberal gällande analgetika då oron för bieffekter inte var lika stor som förut (a a).

Det framkommer i en fenomenologisk studie utförd av Blondal och Halldorsdottir på Island (2009) att studiedeltagarna inte anser att det finns någon större risk att sjuksköterskor skulle undvika att ge analgetika på grund av rädsla att göra patienter beroende. Oron att orsaka andningsdepression genom att ge för mycket analgetika var däremot större, speciellt när det kommer till äldre patienter. Studiedeltagarna uppgav att de ofta inte vågade ge alltför för mycket av rädsla att orsaka dödsfall (a a).

I en intervjustudie av Boegskov Nielsens et al, (1994), sade sig sjuksköterskorna noga kontrollera patienters andningsfrekvens, om andetagen var ytliga/djupa och patientens andningsmönster överlag. Tillgången till saturationsmätare ansågs vara till stor hjälp och enligt vissa sjuksköterskor vågade de nu vara mer generösa med narkotikaklassad smärtlindring än tidigare. Enligt vissa av studiens deltagare var dock en orsak till att vid behov medicin ibland inte delades ut, oro hos sjuksköterskor över risken för andningsdepression och beroende (a a).

Sammantaget. Studiedeltagarna var främst oroade över att analgetika skulle orsaka andningsdepression hos patienterna. Färre oroades över att patienterna skulle bli beroende.

Syn på inflytande och engagemang

Vikten av engagemang, initiativtagande och tron på den egna förmågan hos sjuksköterskor när det kommer till smärtbehandling.

I studien av Boegeskov Nielsens et al (1994) framkommer att vissa studiedeltagare anser att ökad erfarenhet förbättrar sjuksköterskans bedömning och förståelse för smärtbehandlingens komplexitet. Flera av de sjuksköterskor som deltog i studien ansåg dock att de hade små möjligheter att effektivt behandla smärta och påverka smärtbehandling, då det är läkarna som ordinerar och endast de som kan ändra en ordination. Sjuksköterskorna sade sig ofta sakna ordinationer på analgetika och ansåg därför att de sällan kunde lindra patienters smärta på ett effektivt sätt. Vissa sjuksköterskor påtalade även att de ansåg att de inte kunde hållas ansvariga för smärthantering då de var för få sjuksköterskor för att kunna bedöma smärta och utvärdera smärtbehandling ordentligt.

En av sjuksköterskorna i Blondal och Halldorsdottirs (2009) studie konstaterar att sjuksköterskor inte har den slutgiltiga befogenheten gällande beslutsfattande kring ordinationer, och att detta kan utgöra en svårighet. Flera andra sjuksköterskor påtalade vikten av att, när en ordination behövde ändras, vara bestämd inte tveka att ta upp det till diskussion.

Intensivvårdssjuksköterskorna i Lindberg och Engströms (2011) intervjustudie ansåg att de kunde agera självständigt när det kom till smärtbehandling, då de hade möjlighet att fatta egna beslut och administrera stora mängder analgetika inom ramen för generella ordinationer.

I studien av Nash et al (1999) som bygger på gruppintervjuer, poängterar studiedeltagarna vikten av att sjuksköterskan har tilltro till sin egen förmåga att hantera smärtbehandling och vikten av erfarenhet att arbeta med patienter med smärta. De säger även att det är viktigt att sjuksköterskan tror på sin egen beslutsförmåga och att den kliniska erfarenheten har effekt på sjuksköterskans beslutsfattande. I intervjuerna framkommer även att studiedeltagarna bekymrar sig över bristen på initiativ som vissa sjuksköterskor uppvisar när det kommer till smärtbehandling och att denna brist på initiativ står i vägen för effektiv smärtlindring. De påtalar vikten av att som sjuksköterska aktivt fråga patienter om de har ont och engagera sig när det kommer till att underhålla smärtbehandlingen och undvika smärtgenombrott (a a). Även i en amerikansk studie utförd av Kim et al (2005) betonar studiedeltagarna vikten av att ta initiativ vid smärtbehandling och att aktivt fråga och lyssna på patienten.

Manias, Botti och Bucknall genomförde 2002 en observationsstudie på en kirurgavdelning på ett sjukhus i Melbourne, Australien. Manias et al (2002) ville undersöka interaktioner mellan sjuksköterskor och patienter i smärtbedömnings- och smärtbehandlingssituationer. Resultatet visade bland annat på att mer erfarna sjuksköterskor hade lättare att samarbeta med läkare när förändring av en ordination var önskvärd, mindre erfarna sjuksköterskor hade däremot svårare för att ta sådana initiativ.

Sammantaget. Studiedeltagarna betonar vikten av trygghet, självförtroende och känsla av inflytande. Saknar sjuksköterskan detta finns risken att han/hon brister i engagemang.

Subjektiv syn på smärta

Den som upplever smärta är den enda som kan uttala sig om den. Sjuksköterskan tar främst hänsyn till patientens redogörelse för sin smärta.

I Clabos (2007) etnografiska studie gjorde jämförelser mellan två kirurgavdelningar. På avdelning A baserade sjuksköterskorna sin bedömning främst på tidigare erfarenheter och fysiologiska tecken på smärta hos patienten. På avdelning B påtalade sjuksköterskorna vikten av att lyssna på patienten, då endast den person som har ont kan uttala sig om sin egen smärta. Enligt dem var patientens redogörelse för sin smärta primär och sjuksköterskans egen bedömning sågs som ett komplement (a a).

Denna ståndpunkt delades av sjuksköterskorna i Richards och Hubberts (2007) intervjustudie. Ett av de teman som framkom i denna studie var Att acceptera vad patienten säger. Enligt studiedeltagarna är patientens egen utsaga det mest tillförlitliga en sjuksköterska har att tillgå i en smärtbedömning. Även här ses sjuksköterskans fysiologiska bedömning som ett viktigt komplement (a a).

Sammantaget. I de här refererade studierna betonar studiedeltagarna att patientens egen smärtskattning är viktigast vid smärtbedömning.

Sjuksköterskors tillit till erfarenhet och objektiva tecken på smärta

Smärta är ett objektiva fenomen som är möjligt för en utomstående att mäta, bedöma och utifrån tidigare erfarenheter dra slutsatser om.

Smärtbedömning baserad på erfarenhet

Vid smärtbedömning baseras vissa antaganden på tidigare erfarenheter. Sjuksköterskan kan på för hand ha utformade förväntningar på hur ont en patient kommer ha och hur patienten kommer bete sig.

Både Sjöström et al (2000) och Kim et al (2005) undersökte vilken roll studiedeltagarnas tidigare erfarenheter spelade vid smärtbedömning. Enligt deltagarna i Sjöströms et al (2000) studie är en strategi att vid smärtbedömning utgå från liknande omständigheter/situationer man varit med om tidigare. Fokus ligger inte på den individuella patienten utan istället på hur patienter med en viss diagnos och som undergår vissa typer av ingrepp vanligtvis upplever smärta. Vid frågan om hur erfarenhet spelar in vid smärtbedömning kunde fyra erfarenhetskategorier skönjas, ”jag har lärt mig en viss typ av patienter” ”jag har lärt mig att lyssna på patienten” ”jag har lärt mig vad jag ska titta efter” och ” jag har lärt mig vad jag ska göra för patienten”. Att utgå från en erfarenhetsbaserad indelning av olika patienter, kategorin ”jag har lärt mig en viss typ av patienter” visade sig vara vanligast. Denna gruppering av tidigare erfarenheter av patienter användes av sjuksköterskor och läkare för att klassificera nya patienter (a a).

Deltagarna i Kims (2005) studie resonerade på ett likartat sätt. Baserat på tidigare erfarenheter gjorde de vissa antaganden och hade vissa förväntningar på hur ont en patient som genomgått ett visst ingrepp borde ha. En observation av en smärtbedömningssituation följdes av en semistrukturerad intervju där sjuksköterskan uttryckte förvåning över att patienten skattat sin smärta som svår.

Enligt sjuksköterskan brukade inte patienter som genomgått den typen av ingrepp ha så ont som denna patient hävdade att han/hon hade (a a).

I Clabos observations- och gruppintervjustudie från 2007, med syftet att jämföra två kirurgiska avdelningar vad gäller smärthantering, beskrev sjuksköterskorna på avdelning A hur deras första steg i smärtbedömningen bestod i att gå igenom patientens journal, specifikt med fokus på vad för kirurgiskt ingrepp patienten genomgått. Smärtbedömningen baserades på den erfarenhet de ansåg att de hade av patienter som genomgått ett specifikt kirurgiskt ingrepp. Enligt en sjuksköterska i studien kunde man som sjuksköterska efter att ha arbetat på avdelningen ett tag och efter att ha sett patienter som genomgått olika typer av ingrepp, förvänta sig en viss typ av smärta. Vidare sa sjuksköterskan ”man får en känsla för vad som är att vänta” (s 535). Enligt Clabo (2007) närmade sig sjuksköterskorna på avdelningen patienterna med en rad förutfattade förväntningar (a a).

I observationsstudien av Manias et al (2002) noterades bland sjuksköterskorna en tendens att förvänta sig och uppmärksamma postoperativ smärta lokaliserat vid själva operationssnittet. Smärta som upplevdes av andra orsaker, exempelvis på grund av konstipation, smärta vid en venös infart eller en urinvägskateter, uppmärksammades inte lika direkt (a a).

Alla sjuksköterskorna som deltog i Boegeskov Nielsens (1994) studie påtalade vikten av att ge patienten preoperativ information för att på så sätt förbereda patienterna och mildra eventuell oro. Vissa av informanterna sade sig specifikt informera patienterna om vad för typ av smärta de kunde förvänta sig och vad för slags analgetika som då fanns att tillgå (a a).

Fokus på fysiologiska tecken på smärta

En fenomenologisk studie av Sjöström, Dahlgren och Haljamae (2000) hade som syfte att undersöka innehållet i strategier sjuksköterskor och läkare använder sig av vid kliniska smärtbedömningar och sedan utvärdera hur väl dessa bedömningar stämde överens med patientens egen smärtskattning. Vid analys av studiens material framkom fyra följande strategier vid bedömning av smärta: Hur patienten ser ut, Vad patienten säger, Patientens sätt att tala och Erfarenheter av liknande omständigheter. Den strategin som både läkare och sjuksköterskor använde sig mest av var ”hur patienten ser ut”. Denna kategori går ut på att läkarna och sjuksköterskorna dels letar efter och tolkar generella tecken på smärta hos patienten såsom kroppsspråk och ansiktsuttryck, men även efter tecken som mer specifikt indikerar smärta, såsom puls, blodtryck, hudkostymens utseende och pupillernas storlek.

Studien av Kim et al (2005) har stora likheter med Sjöströms et al (2000) vad gäller syfte och upplägg. Det som skiljer dem åt är att Sjöströms studie även inbegrep läkare, att den hade ett större antal studiedeltagare och att antalet intervjuer som genomfördes var färre (två stycken) än de som Kim et al (2005) genomförde (fem stycken). Studiernas stora likheter vad gäller syfte och upplägg avspeglas även på resultaten, där Kims et al (2005) till stor del verifierar det Sjöströms et al (2000) kommit fram till. Sjuksköterskorna i Kims et al (2005) studie använde även de olika strategier vid smärtbedömning och även här var den vanligast förekommande strategin ”hur patienten ser ut”. Generella tecken som

ansiktsuttryck och kroppsspråk och även mer specifika, kliniska tecken såsom blodtryck, puls och pupillstorlek bedömdes. Citat från studien visar att i vissa fall var det avsaknaden av generella tecken på smärta som fick sjuksköterskan att bedöma en patients smärta som mindre svår.

Syftet med gruppintervjustudien av Nash et al (1999) var att utforska sjuksköterskors uppfattning av smärta och administrering av analgetika. Vid analysen av intervjumaterialet framkom fyra teman. Tema två behandlade samspelet mellan sjuksköterskans omvårdnadsbedömning, beslut kring smärtbehandling och administreringen av narkotikaklassad analgetika. Tre aspekter lyftes fram, fysiologisk bedömning, bedömning av patientens medicinska tillstånd och patientens egen smärtskattning. Här betonar studiedeltagarna själva av den fysiologiska bedömningen väger tyngst, det vill säga hur patienten ser ut, om patienten ser ut att ha ont och om patientens puls och blodtryck stigit.

En etnografisk studie utförd av Clabo (2007) jämfördes två kirurgavdelningar (avdelning A och B) på ett sjukhus i nordöstra USA i syfte att undersöka hur den sociala kontexten påverkade sjuksköterskornas smärtbedömning. På avdelning A sade sig sjuksköterskorna främst basera sin smärtbedömning på tidigare erfarenheter av liknande patienter. Vid smärtbedömning använde de sig både av subjektiva kriterier (patientens egen smärtskattning) och av objektiva kriterier (hur patienten ser ut) men ansåg att den objektiva, fysiologiska bedömningen vägde tyngst (a a).

I observationsstudien av Manias et al (2002) visade det sig att sjuksköterskorna hade en tendens att uppmärksamma observerbara tecken på smärta när kontroller av vitala tecken såsom blodtryck, puls och temperatur genomfördes. Under dessa kontroller studerade de även patientens läkemedelslista för att se om det fanns ordinationer på analgetika.

I Lindberg och Engströms intervjustudie (2011) sade sig sjuksköterskorna vara tvungna att förlita sig på fysiologiska tecken på smärta då flera av patienterna de vårdade hade svårt att tala om sin smärta. Exempel på fysiologiska, observerbara tecken var att patienten ej såg avslappnad ut, att patienten hyperventilerade och uppvisade oro, förutom dessa observationer tog man även hänsyn till vitala tecken såsom puls, blodtryck och pupillstorlek.

Postoperativ smärta är oundvikligt

Postoperativ smärta går inte att undvika och detta är något sjuksköterskorna anser att patienterna får räkna med.

I studierna av Manias et al (2002) och Dihles et al (2004) observerades situationer där sjuksköterskor, specifikt vid mobilisering av patienter, uppmärksammade tecken på att patienten hade ont, men ändå fortsatte med mobiliseringen. I studien av Manias et al (2002) var det ingen som under observationstillfällena gav analgetika i förebyggande syfte innan mobilisering. När en av sjuksköterskorna tillfrågades om detta sade hon att hon förväntade sig att patienterna kunde tolerera och fick räkna med viss smärta under aktiviteter som mobilisering och såromläggning (a a). Detta är en åsikt som återfinns i intervjustudien av Boegskov Nielsen et al (1994) där vissa sjuksköterskor ansåg att patienter måste

kunna acceptera viss smärta, att det är normalt och att patienter kan klara av det (a a).

Missstro av patientens subjektiva upplevelse av smärta

När patienters skattning av sin smärta ej överensstämmer med sjuksköterskan bedömning kan sjuksköterskan komma att tvivla på patientens trovärdighet.

I Blondals och Halldorsdottir (2009) studie säger sig sjuksköterskorna börja tvivla på patientens trovärdighet när smärtans etiologi är oklar och när patienter som erhåller normala doser analgetika alltjämt ber om mer analgetika. Sjuksköterskorna upplevde det också svårt när patienter var inkonsekventa och sa sig ha väldigt ont och be om analgetika för att sedan "hoppa ur sängen med ett stort leende för att gå ut och röka" (s 2901).

I Clabos (2007) etnografiska studie beskrev vissa studiedeltagare svårigheterna att vårda patienter vars smärta var svårkontrollerad och uttryckte tvivel på att patienter alltid var uppriktiga när de beskrev sin smärta. På en av avdelningarna bedömdes alltid patientens trovärdighet, varje sjuksköterska som intervjuades på denna avdelning menade att vissa patienter överdrev sin smärta för att erhålla större läkemedelsdoser. Enligt en sjuksköterska "lär man sig efter ett tag vilka som har ont och vilket som inte har det" (s 535). En annan sjuksköterska påtalar också att patienters redogörelser för smärta inte alltid är helt trovärdiga. Att de säger att de har väldigt ont och skattar sin smärta högt utan att det märks på puls och blodtryck och att de trots sin påstådda smärta "ändå är nere på sjukhusets kafeteria flera gånger om dagen" (s 536).

I studien av Nash et al (1999) tar sjuksköterskorna också upp funderingar kring om patientens egenskattade smärta alltid är äkta och alltid skall bli trodd. Exempel som ges är när patienter redogör för svårare smärta än vad som är vanligt efter ett mindre ingrepp. Det ses även som ett problem om patienten hävdar att han/hon har ont utan att några fysiologiska tecken som exempelvis ökad puls bestyrker påståendet (a a).

Enligt sjuksköterskor i Lindbergs och Engströms (2011) studie kunde det förekomma situationer där sjuksköterskan tyckte att det inte kunde vara rimligt att vissa patienter hade så ont som de hävdade. Som exempel gav de patienter som hävdar att de har väldigt ont och som då får stora doser analgetika och som somnar, för att sedan vakna upp och omedelbart vilja ha smärtlindring. I dessa situationer kände sjuksköterskorna att det inte helt kunde lita på patienten (a a).

Sammantaget. Flera av studiedeltagarna betonar vikten av att kunna läsa av objektiva, fysiologiska tecken på smärta. De hävdar också att deras bedömning även delvis baseras på erfarenheter av patienter som genomgått olika ingrepp och deras smärtmönster. Skulle patientens redogörelse för sin smärta gå emot sjuksköterskans bedömning, anses ofta patienten sakna trovärdighet.

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i metoddiskussion, denna berör den metod författarna valt samt resultatdiskussion där artiklarnas resultat bearbetas.

Metoddiskussion

Författarna valde att använda SBU:s metodmodell (Willman et al, 2011) bestående av sju steg, då de ansåg den vara tydlig och lätthanterlig.

De sökmotorer som nyttjades var PubMed och CINAHL då författarna var mer bekanta med dessa och då de specifikt inriktar sig på studier inom omvårdnad och medicin. Att författarna endast utgått från sökningar från två databaser och inte fler kan ses som en svaghet i metoden. Då målet för författarna var att göra så systematiska och utförliga sökningar som möjligt för att på så sätt uppnå datamättnad, det vill säga tills författarna ansett sig fått ett rikligt material (Forsberg & Wengström, 2008), ansåg det mer effektivt och realistiskt tidsmässigt att främst använda sig av två, redan välbekanta sökmotorer. Att genomföra sökningar i ytterligare databaser som författarna ej hade lika stor kännedom kring och gå lika systematiskt till väga bedömdes inte möjligt inom tidsramen.

Sökningarna skedde inledningsvis i CINAHL, vartefter likartade sökningar genomfördes i PubMed i syfte att finna ytterligare artiklar genom samma sökblocksteknik. Identiska artiklar framkom ett flertal gånger i både CINAHL och PubMed vid olika söktillfällen och olika sökblocks- och fritextskombinationer.

Initialt genomfördes en pilotsökning i databasen CINAHL. Denna pilotsökning resulterade i 5013 träffar och författarna läste igenom cirka 400 titlar för att få en uppfattning om vad för studier som fanns att tillgå och möjliga nya sökord. Detta genomfördes som första sökning i både CINAHL och PubMed. I PubMed resulterade pilotsökningen i 118 träffar, alla dessa titlar lästes igenom. Efter pilotsökningen byggdes sökblock upp. Sökblocken konstruerades genom att användbara sökord inom ett visst ämne kombinerades med den booleska söktermen OR. Exempel på dessa ämnen var kvalitativa studier, smärta och omvårdnad. Dessa ämnesblock/sökblock kombinerades sedan med den booleska söktermen AND. Till att börja med användes tre omfattande sökblock. Då detta gav många träffar insåg författarna att de vid andra sökningar skulle behöva dela upp sökblocken i mindre enheter och på så sätt göra sökningarna mer specifika. Detta skulle också medföra möjligheten till fler olika kombinationer av sökblock. Sökblocket smärta delades upp i tre nya sökblock, smärta, smärtskatning och smärtlindring, sökblocket omvårdnad delades upp i omvårdnad, sjuksköterskans roll och attityder. Kombinationen av dessa sökblock gav färre, mer specifika träffar.

Trots att sökblocket kvalitativa studier användes var det flera av artiklarna som framkom vid sökningarna som baserades på enkätstudier. Detta föranledde författarna att inkludera sökordet interviews i det kvalitativa sökblocket. Författarna insåg även att de skulle bli tvungna att specificera en viss typ av smärta och en viss typ av patienter. Flertalet av de studier som dök upp vid sökningarna behandlade specifik smärta hos en specifik patientgrupp, exempelvis

cancersmärta hos barn. Då valet av en specifik sjukdom/situation som exempelvis cancer eller förlossning låg utanför studiens ram så valdes postoperativ smärta. Smärta efter en operation är något som författarna uppfattar som allmäntillgängligt. Föregående sökningar hade även visat att det fanns ett flertal studier med inriktning på just postoperativ smärta. Då lindring av postoperativ smärta är centralt vid mobilisering och återhämtning ansåg författarna att det var ett bra val. Då val av en specifik patientgrupp, exempelvis barn, äldre med demensproblematik eller gravida även det skulle tillföra ytterligare ett perspektiv att behandla, och då det inte fanns tillräckligt utrymme, valde författarna att utesluta dessa artiklar. Fokus skulle dessutom inte ligga på en specifik patientgrupp i denna litteraturstudie utan på sjuksköterskan.

Då syftet med litteraturstudien var att undersöka attityder och inställningar till smärtbedömning och smärtbehandling hos sjuksköterskor ansåg författarna att kvalitativa studier bäst skulle kunna bringa klarhet i frågeställningarna. Vid kartläggning av attityder kändes det relevant med studier som kunde redovisa ett bakomliggande resonemang till vissa attityder i form av citat. Enligt Polit & Beck (2008) strävar kvalitativa studier efter att förstå helheten (a a) något författarna ansåg vara av största vikt.

Till att börja med användes en granskningsmall för kvalitativa studier hämtad från Willman et al (2011). Författarna granskade samtliga artiklar men kom efter överläggningar sinsemellan fram till att granskningsmallen var alltför ospecifik. De punkter som granskades i mallen från Willman et al (2011) var: Metodval, syfte, kontext, etiskt resonemang, urval, metoder för urval, datainsamling och analys. Även giltighet och kommunikerbarhet bedömdes. Vid bedömningen kunde författarna enbart kryssa i ”ja”, ”nej” eller ”vet ej”, vilket ej medgav någon graderingsmöjlighet. Huvudfynd och slutligen en sammanfattande bedömning av kvalitet var de två sista punkterna. Istället för denna granskningsmall användes Carlsson & Eimans granskningsmall från 2003. Författarna ansåg att den var mer specifik, men ändå överskådlig och användarvänlig. Tre punkter som berörde urval och bortfall togs bort. Bortfall kan påverka studiers resultat och generaliserbarhet, då generaliserbarhet inte var syftet ansåg författarna att dessa bedömningspunkter inte var relevanta.

Det kan argumenteras att Carlsson & Eiman (2003) i sin granskningsmall lägger alltför stort fokus på artikelns uppbyggnad och läsbarhet då abstraktets och introduktionens innehåll och förståelighet bedöms. Författarna anser dock att granskningsmallens utförliga behandling av syfte, metod, resultat, diskussion och slutsatser delvis uppväger detta. Författarna bör dock ha beaktat att revidera granskningsmallen ytterligare och avlägsna de punkter som berörde abstraktets och introduktionens upplägg. Detta kan ses som en svaghet. Författarna granskade artiklarna individuellt för att sedan diskutera och granska dem gemensamt.

Två av de utvalda artiklarna bedömdes ha låg kvalitet (grad tre) då de brast i etiskt resonemang, saknade egenkritik, resultatdelen var något ostrukturerat och analysmetoden ej tillräckligt väl beskriven. Dessa artiklar valde författarna ändå att ta med i litteraturöversikten. Den ena av studierna kom fram till samma resultat som en annan, utvald artikel uppvisat. Detta såg författarna som en styrka. Den andra studien behandlade utförligt just de frågor som berörde litteraturstudiens syfte. Att hitta studier som just svarade väl in på författarnas önskemål vad gällde syfte, metod, målgrupp och perspektiv visade sig inte helt lätt och därför valde

författarna att trots den låga kvalitetsbedömningen att införliva nämnda studier i litteraturöversikten. Författarna är medvetna om att detta kan ses som en svaghet.

Resultatdiskussion

De elva utvalda artiklarna hade alla en kvalitativ ansats. Författarna anser det viktigt att påpeka att de studier som valts ej hade som syfte att vara generaliserbara då antalet deltagare ofta var relativt få (i jämförelse med kvantitativa studier). Detta kan ses som en svaghet, men då fokus för studien låg på attityder, inställningar och upplevelser skulle mer generaliserbara studier ej kunnat svara på de frågor författarna önskade behandla. Intresset låg istället i studier med djupgående samtal, där studiedeltagarna förde ett resonemang där attityder och inställningar kunde skönjas.

Från de elva utvalda artiklarna kunde följande teman rörande attityder kring smärtbedömning och smärtbehandling urskiljas, Oro för bieffekter, Syn på engagemang och inflytande, Subjektiv syn på smärta och Sjuksköterskors tillit till erfarenhet och objektiva tecken på smärta

Oro för bieffekter

Oron för bieffekter så som andningsdepression och risk för att patienten utvecklar ett beroende framkommer i flera av artiklarna. Sjuksköterskorna i Blondal och Halldorsdottirs (2009) studie vågade i vissa fall inte administrera ordinerad dos analgetika på grund av risken att orsaka andningsdepression. Liknande resonemang fördes bland studiedeltagarna i Boegeskov Nielsen et al (1994). Sjuksköterskorna i Willson (2000) betonade att de undvek att administrera opioider längre än tre dagar, trots att de var ordinerade som vid behovs medicin ända fram till utskrivningsdatum.

Denna oro får alltså en påtaglig effekt på patientens smärtbehandling. Enligt vissa sjuksköterskor i studien av Nash et al (1999) var risken för beroende var mycket liten, och oro inför detta hör enligt dem till äldre, orealistiska uppfattningar. Andra deltagare i samma studie ansåg däremot att problematik kring beroende på grund av analgetika var aktuellt och vanligt förekommande. Att två så vitt skilda perspektiv förekommer i samma studie, och att sjuksköterskorna i Blondal och Halldorsdottirs studie från 2009 lyfter upp och berör samma problematik som i Boegeskov Nielsen (1994) och Nash (1999), femton och tio år tidigare, visar att dessa föreställningar är starkt befästa.

Risken för att patienter ska utveckla ett beroende ansåg sjuksköterskorna inte vara lika stor som risken för att patienten ska drabbas av andningsdepression. I flera av studierna framförs dock tvivel hos studiedeltagarna på vissa patienters trovärdighet. Flera sjuksköterskor ansåg att det var suspekt då patienter, trots att de fått ordinerad dos analgetika bad om mer. Sjuksköterskorna misstänkte då att patienterna simulerade smärta för att få mer smärtlindring än de egentligen behövde. Detta går att tolka som en oro inför att ett potentiellt beroende har utvecklats hos patienten, och det blir än en gång uppenbart att denna oro får en påtagbar effekt på smärtbehandlingen och kan leda till underbehandling.

Det går att konstatera att ovanstående resultat väl stämmer överens med de myter och traditioner Rawal (1999) nämner i sin bok Postoperativ smärta – behandling, kvalitetssäkring och organisation. Myter som kan förekomma är att patienter kan

bli beroende av opioider och att risken för allvarlig andningsdepression med opioider är hög.

Syn på inflytande och engagemang

Engagemang, initiativtagande och tilltro till sin egen förmåga är enligt studiedeltagare i sju av de elva utvalda artiklarna nödvändiga egenskaper hos sjuksköterskor när det kommer till fungerande smärtbehandling och för att på ett fullgott sätt hjälpa patienterna och bevaka deras intressen. I studien av Nash et al (1999) menar sjuksköterskorna att bristande initiativförmåga och passivitet bland kollegor direkt hindrar effektiv smärtbehandling.

Att bristen på inflytande kan ha en inverkan på sjuksköterskans känsla av engagemang och initiativtagande framkom i studien av Boegeskov Niensens et al från 1994. Vissa sjuksköterskor menade att smärtbehandlingen inte låg inom deras ansvarsområde då de saknade resurser att genomföra smärtbehandlingen på ett adekvat sätt och då de hade få möjligheter att verkligen påverka en patients smärtbehandling. Även i Blondal och Halldorsdottir (2009) lyfts frustration över att inte ha någon slutgiltig auktoritet och sjuksköterskorna kände ibland att de fick kämpa för att göra sin röst hörd.

I Lindberg & Engström (2011) framhöll deltagarna att sjuksköterskan innehar en central roll vid smärtlindring och har stora möjligheter att påverka. Vissa menade att samarbetet med läkare fungerade bra, men att det också kunde uppstå viss frustration när det fungerade mindre bra. Att trygghet i yrkesrollen, upplevt inflytande och engagemang går hand i hand blir påtagligt i ovan nämnda studier. Är sjuksköterskan trygg i sin kunskap och sin yrkesroll blir det delvis lättare för honom/henne att göra sin röst hörd och på sätt ha möjlighet att påverka och känna engagemang.

Subjektiv syn på smärta

”Som andra sinnesintryck är smärtupplevelser subjektiva och helt unika för individen. Patientens beskrivning av smärtans karaktär, intensitet och betydelse är därför odiskutabel” (Werner 2010, s 14). Endast i Richards och Hubbert (2007) och Clabo (2007) säger sig de deltagande sjuksköterskorna främst basera sin smärtbedömning på patientens redogörelse. I Richards och Hubbert (2007) ansåg deltagarna att den mest tillförlitliga faktorn vid smärtbedömning var patientens egen utsago. De medgav att det kan vara svårt att sätta sina egna åsikter åt sidan, men att fokus i grund och botten ska ligga på patientens upplevelse. I både Clabo (2007) och Richards och Hubbert (2007) betonar sjuksköterskorna att den fysiologiska smärtbedömningen endast ska ses som ett komplement till patientens egen smärtskattning.

Sjuksköterskors tillit till erfarenhet och objektiva tecken på smärta

Med objektiv syn på smärta menas att smärta kan kontrolleras, verifieras eller mätas objektivt av andra.

I flera av studierna hävdar sjuksköterskorna att smärta är subjektivt och att sjuksköterskan främst ska lyssna på patienten. Vid närmare diskussion kring själva bedömningsprocessen visar det sig dock att studiedeltagarna lägger störst vikt vid en objektiv, fysiologisk bedömning av smärta. Det blir uppenbart att

sjuksköterskorna främst litar till objektiva tecken på smärta och den egna tolkningen av dessa tecken. Att säga sig främst lyssna till patientens redogörelse, men vid beskrivning av smärtbedömningsprocessen, lyfta den fysiologiska, egna bedömningen, tyder på brist på insikt och reflektion över det egna agerandet.

Studier av Sjöström et al (2000) och Kim et al (2005) med syfte att kartlägga de strategier sjuksköterskor använder vid smärtbedömning bekräftar ytterligare att sjuksköterskor främst värderar den egna tolkningen av fysiologiska, mätbara tecken på smärta hos patienten. Den strategi vårdpersonalen främst använder, både i studien av Sjöströms et al (2000) och Kim et al (2005) är Hur patienten ser ut. Enligt studiedeltagarna går denna strategi ut på att observera patienten och söka efter generella och specifika tecken på smärta, såsom ansiktsuttryck och puls. Detta överensstämmer med Travelbees (1974) konstaterande att sjukvårdspersonal ofta omvandlar individer som söker vård till patienter, till objekt, till uppgifter som ska utföras.

Rawal (1999) nämner vissa missuppfattningar bland sjuksköterskor om smärta och smärtbehandling. Dels att vårdpersonalen är ”experter” på patientens smärta, att patientens smärta alltid upptäcks med hjälp av beteendemönster och säkra fysiologiska tecken och att all ”äkta” smärta har en identifierbar fysisk orsak. Dessa, enligt Rawal (1999), missuppfattningar, återfinns i alla de elva artiklar denna litteraturstudie bygger på.

Förutom fysiologiska tecken på smärta såsom puls, blodtryck och pupillstorlek sade sig sjuksköterskorna också bedöma patienters beteenden. Detta är problematiskt om man beaktar Glynn och Aherns (2000) litteraturstudie där de bland annat konstaterar att individer från olika kulturer har olika copingstrategier och olika attityder när det kommer till smärta. Vårdpersonal har tendens att upprätthålla den på stället dominerande attityden när det gäller smärta och omvårdnadsarbetet och smärtbehandling speglar den dominerande kulturen. Travelbee (1974) menar att det är viktigt att förhålla sig till patienten som den individ han/hon är och hans/hennes upplevelse av sjukdom och lidande.

I studierna av Sjöström et al (2000) och Kim et al (2005) undersöktes även vilken roll studiedeltagarnas tidigare erfarenheter spelade vid smärtbedömning. Enligt deltagarna i studien av Sjöströms et al (2000) är en strategi att vid smärtbedömning utgå från liknande omständigheter/situationer man varit med om tidigare. Fokus ligger på hur patienter med en viss diagnos och som undergår vissa typer av ingrepp vanligtvis upplever smärta. I Clabos (2007) etnografiska studie återfinns det resonemanget bland sjuksköterskorna på en av de kirurgavdelningar som undersöks (a a).

Det kan vara problematiskt att sjuksköterskor har en förutfattad förväntan om hur ont en viss patient kommer ha, skulle patientens egen smärtskattning ej överensstämma med denna förutfattade förväntan finns risken att sjuksköterskan ej tror på patientens uppgifter. I studien av Boegeskov Nielsen et al (1994) sade sig vissa sjuksköterskor vid preoperativ information även informera patienten vad för sorts smärta han/hon kunde förvänta sig (a a).

Ovanstående beskrivningar smärtbedömningsprocessen innebär att sjuksköterskan främst utgår från sin egen tolkning av patientens fysiologiska status och beteende och att sjuksköterskan ofta förväntar sig en viss smärtgrad. Detta får till följd att

patientens egen utsago om sin smärtupplevelse inte är lika högt värderad. Om patientens smärtskattning ej stämmer överens med sjuksköterskans egen bedömning, då är risken stor att sjuksköterskan anser att det är patienten som ej är trovärdig.

Tvivel på att patienter alltid är trovärdiga framförs i nio av studiens elva artiklar (Clabo 2007, Blondal & Halldorsdottir 2009, Nash et al 1999, Willson 2000, Lindberg & Engström 2011, Boegeskov Nielsen et al 1994). Omständigheter som får sjuksköterskorna att betvivla patientens är uppriktighet är exempelvis då det inte finns någon fysisk orsak till smärta och att sjuksköterskorna anser att ingreppet patienten gjort inte borde leda till den smärtgrad patienter påstår sig uppleva. Sjuksköterskorna nämnde även situationer där patienter trots, enligt sjuksköterskan, en rätt dos analgetika ber om mer.

Det kan även förekomma att en patient beklagar sig över svår smärta men sedan inte betar sig som om han/hon har ont, eller att en patient beklagar sig över postoperativ smärta men inte uppvisar några fysiologiska tecken på detta såsom ökad puls, blodtryck. Enligt Travelbee (1974) är omgivningens reaktion på en individs smärtupplevelse är avgörande när det kommer till att hjälpa eller hindra individens smärtlindring. Smärtan är i sig påfrestande och om individen inte skulle blir trodd av omgivningen försvåras upplevelsen ytterligare (a a).

Att som sjuksköterska medvetet eller undermedvetet främst lita till mätbara, fysiologiska tecken och beteendemönster vid smärtbedömning innebär att han/hon utgår från att dessa tecken och beteenden är universella och gäller för alla individer. Att smärta är en högst subjektiv, individuell upplevelse som ej kan kontrolleras, verifieras eller mätas objektivt av andra är återkommande i litteratur rörande smärtbehandling (Almås 2011, Rawal 1999, Werner 2010, Westerling 2012). Det är dock uppenbart att det resonemang kring smärtbedömning sjuksköterskorna i majoriteten av de utvalda studierna för har sin grund i en objektiv syn på smärta.

Det är endast patienten som kan avgöra om smärtbehandlingen är effektiv eller ej och om sjuksköterskan inte lyssnar till patienten vid smärtbedömningen är risken stor att smärtbehandlingen inte blir optimal.

KONKLUSION

Denna studie visar att de sjuksköterskor vars deltagande har beskrivits i de elva utvalda artiklarna anser sig tycka att smärta är en subjektiv upplevelse. Trots detta resonemang visar det sig att de flesta sjuksköterskor vid bedömning av smärta främst fokuserar på objektiva tecken på smärta. De agerar alltså utifrån perspektivet att smärta är ett objektivt fenomen. Saknades objektiva, fysiologiska tecken på smärta bedömde sjuksköterskorna ofta smärtgraden som låg, och behandlade därefter. Författarna anser att medvetenheten hos sjuksköterskor kring det egna perspektivet och synen på patienter och deras smärtupplevelse bör lyftas fram i framtida forskning.

REFERENSER

Allvin, R & Brantberg, A L (2010) Postoperativ smärta och omvårdnad I: Werner, M & Leden, I (red.) *Smärta och smärtbehandling* Stockholm: Liber AB

Apfelbaum, J et al (2003) Postoperative Pain Experience: Results from a national Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged *Anesthesia & Analgesia*, 97, 534-40

Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär, M & Höglund-Nilsen, B (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Blondal, K & Halldorsdottir S (2009) The challenge of caring for patients in pain: form the nurse's perspective *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2897-2906

Berntzen, H, Danielsen, A, Almås, H (2011) Omvårdnad vid smärta. I: Almås, H, Stubberud, D-G, Grønseth, R (Red) *Klinisk omvårdnad 1* (2: uppl) Stockholm: Liber AB, s 351-393.

Boegskov Nielsen, L et al (1994) An interview study of nurses' assessment and priority of post surgical pain experience *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, 107-114

Boer, C et al (1997) Compliance in administration of prescribed analgesics *Anaesthesia*, 52, 1177-1181

Botti, M et al (2004) the problem of postoperative pain: Issues for future research *International Journal of Nursing Practice*, 10, 257-263

Bruster, S et al (1994) National survey of hospital patients *British Medical Journal*, 309, 1542-9

Carlsson, S & Eiman, M (2003) Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola"(Rapport nr 2).

Charles, C et al (1994) How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals *Canadian Medical Association Journal*, 150, 1813-1822

Clabo, L M (2007) An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units *Journal of Advanced Nursing*, 5, 531-539

Cleary, P et al (1991) Patients evaluate their hospital care: a national survey *Health Affairs*, 10, 254-267

Dihle, A et al (2004) The gap between saying and doing in postoperative pain management *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479

Forsberg, C & Wengström, Y (2008) Att göra systematiska litteraturstudier Stockholm: Natur och Kultur

- Glynn, G & Ahern, M (2000) Determinants of critical care nurses' pain management behaviour *Australian Critical Care*, 13, 144-151
- ICNs etiska kod (2007) <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Etik/ICNs-etiska-kod/>
- Jonasson, C & Almerud Österberg, S (2010) kartläggning av organisation, arbetssätt och kvalitetsutveckling inom specialiserad smärtvård i Sverige *Vård i Norden*, 2, 38-41
- Kim, H S et al (2005) Strategies of pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units *Pain Management Nursing*, 1, 3-9
- Klopfenstein, C et al (2000) Pain intensity and pain relief after surgery A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44, 58-62
- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Lindberg, J O & Engström, Å (2011) Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful pain Relief Management" *Pain Management Nursing*, 3, 163-172
- Manias, E et al (2002) Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733
- Nash, R et al (1999) Pain and the administration of analgesia: what nurses say *Journal of Clinical Nursing*, 8, 180-190
- Norrbrink, C och Lundeberg, T (2011) *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* Lund: Studentlitteratur
- Polit, D F & Beck, C T (2008) *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Rahimi-Madiseh, M et al (2010) A quantitative study of Iranian nursing students' knowledge and attitudes towards pain: Implication for education *International Journal of Nursing Practice*, 16, 478-483
- Rawal, N (1999) *Postoperativ smärta - behandling, kvalitetssäkring och organisation* Lund: studentlitteratur
- Richards, J & Hubbert, A O (2007) Experiences of Expert Nurses in caring for Patients with Postoperative Pain *Pain Management Nursing*, 1, 17-24
- Sand, O et al (2006) *Människokroppen fysiologi och anatomi* Stockholm: Liber AB

- Sjöström, B et al (2000) Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy *Journal of Clinical Nursing*, 9, 111-118
- Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund (2010) <http://www.swenurse.se/Press--Nyheter/Nyheter/Nyhetsrubriker/VARDEGRUND-FOR-OMVARDNAD-UTE/>
- The International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Travelbee, J (1974) *Interpersonal Aspects of Nursing* (2:uppl) Philadelphia: F. A. Davis Company
- Werner, M (2010a) Farmakologi I: Werner M & Leden I (red). *Smärta och smärtbehandling* Stockholm: Liber AB
- Werner, M (2010b) Inledning – analgesi vid akut smärta I: Werner M & Leden I (red). *Smärta och smärtbehandling* Stockholm: Liber AB
- Westerling, D (2012) Smärta och smärtbehandling. I: Andersson R, Jeppson B, och Rydholm A (red.) *Kirurgiska sjukdomar* Lund: Studentlitteratur
- Willman, A et al (2011) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3: uppl). Lund: Studentlitteratur
- Willson, H (2000) Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip *Journal of Advanced Nursing*, 5, 1145-1154
- Yates, P (1998) The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients *Journal of Clinical Nursing*, 7, 521-530

BILAGA 1 GRANSKNINGSMALL

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angiven	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (Antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
–Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
–Bortfall	Ej angivet	> 20%	5–20%	< 5%
–Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas /ja	Nej	-	-
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultat beskrivning (redovisning, kodning etc.)	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Tolkning av resultatet (citrat, kod, teori etc.)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Totalpoäng (max 38 p)	p	p	p	p
				p
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

BILAGA 2 DATABASSÖKNING

Databas Datum	Sökterm	Begränsningar	Träffar	Granskade abstrakt	Granskade Artiklar	Utvalda artiklar
Cinahl 2012-03-27	Nurses AND experience AND pain relief		5013			
Cinahl 2012-03-27	Nurses AND experience AND pain relief	Abstract available, peer reviewed	2942			
Cinahl 2012-03-27	"Qualitative-Studies"	Abstract available, peer reviewed	32856			
Cinahl 2012-03-27	"Qualitative-Research"	Abstract available, peer reviewed	14316			
Cinahl 2012-03-27	Qualitative	Abstract available, peer reviewed	65883			
Cinahl 2012-03-27	"Grounded theory"	Abstract available, peer reviewed	8831			
Cinahl 2012-03-27	phenomenogra*	Abstract available, peer reviewed	307			
Cinahl 2012-03-27	phenomenologi*	Abstract available, peer reviewed	9606			
Cinahl 2012-03-27	hermeneutic meaning	Abstract available, peer reviewed	207			
Cinahl 2012-03-27	"Qualitative-Studies" OR "Qualitative-Research" OR qualitative OR "grounded theory" OR phenomenogra* OR phenomenologi* OR hermeneutic meaning (SÖKBLOCK 1)	Abstract available, peer reviewed	70882			
Cinahl 2012-03-27	Pain	Abstract available, peer reviewed	199287			
Cinahl 2012-03-27	Pain management	Abstract available, peer reviewed	61850			
Cinahl 2012-03-27	Pain perception	Abstract available, peer reviewed	4920			
Cinahl 2012-03-	Analgesics	Abstract available, peer	17127			

27		reviewed				
Cinahl 2012-03- 27	"pain relief"	Abstract available, peer reviewed	14675			
Cinahl 2012-03- 27	"pain rating"	Abstract available, peer reviewed	2078			
Cinahl 2012-03- 27	"pain assessment"	Abstract available, peer reviewed	4725			
Cinahl 2012-03- 27	"expression of pain"	Abstract available, peer reviewed	307			
Cinahl 2012-03- 27	"pain intensity"	Abstract available, peer reviewed	6122			
Cinahl 2012-03- 27	Pain OR pain management OR pain perception OR Analgesics OR "pain relief" OR "pain rating" OR "pain assessment" OR "expression of pain" OR "pain intensity" (SÖKBLOCK 2)	Abstract available, peer reviewed	202592			
Cinahl 2012-03- 27	"nursing care"	Abstract available, peer reviewed	62278			
Cinahl 2012-03- 27	"nurse-patient relations"	Abstract available, peer reviewed	16066			
Cinahl 2012-03- 27	"attitude of health personnel"	Abstract available, peer reviewed	16143			
Cinahl 2012-03- 27	Attitudes	Abstract available, peer reviewed	182023			
Cinahl 2012-03- 27	Experience	Abstract available, peer reviewed	304167			
Cinahl 2012-03- 27	Opinion	Abstract available, peer reviewed	92138			
Cinahl 2012-03- 27	View	Abstract available, peer reviewed	170767			
Cinahl 2012-03- 27	Nurse-patient	Abstract available, peer reviewed	24625			
Cinahl 2012-03-	"nursing care" OR "nurse-patient	Abstract available, peer	543244			

27	relations" OR "attitude of health personnel" OR attitudes OR Experience OR Opinion OR view OR Nurse-patient (SÖKBLOCK 3)	reviewed				
Cinahl 2012-03- 27	Sökblock 1 AND Sökblock 2 AND Sökblock 3	Abstract available, peer reviewed	11837			
Cinahl 2012-03- 28	"Qualitative-Studies"	Abstract available, peer reviewed	32856			
Cinahl 2012-03- 28	"Qualitative- Research"	Abstract available, peer reviewed	14316			
Cinahl 2012-03- 28	Qualitative	Abstract available, peer reviewed	65883			
Cinahl 2012-03- 28	"Grounded theory"	Abstract available, peer reviewed	8831			
Cinahl 2012-03- 28	"Qualitative nursing research"	Abstract available, peer reviewed	484			
Cinahl 2012-03- 28	phenomenogra*	Abstract available, peer reviewed	307			
Cinahl 2012-03- 28	Phenomenologi*	Abstract available, peer reviewed	9606			
Cinahl 2012-03- 28	hermeneutic meaning	Abstract available, peer reviewed	207			
Cinahl 2012-03- 28	"Qualitative-Studies" OR "Qualitative- Research" OR Qualitative OR "Grounded theory" OR "Qualitative nursing research" OR phenomenogra* OR Phenomenologi* OR hermeneutic meaning (SÖKBLOCK 1)	Abstract available, peer reviewed	70882			
Cinahl 2012-03- 28	Pain	Abstract available, peer reviewed	199287			
Cinahl 2012-03- 28	Pain perception	Abstract available, peer reviewed	4920			

Cinahl 2012-03- 28	"Pain perception"	Abstract available, peer reviewed	1849			
Cinahl 2012-03- 28	"expression of pain"	Abstract available, peer reviewed	1580			
Cinahl 2012-03- 28	"pain intensity"	Abstract available, peer reviewed	6122			
Cinahl 2012-03- 28	Pain OR pain perception OR "pain perception" OR "expression of pain" OR "pain intensity" (SÖKBLOCK 2)	Abstract available, peer reviewed	200417			
Cinahl 2012-03- 28	"pain rating"	Abstract available, peer reviewed	2078			
Cinahl 2012-03- 28	"pain measurement"	Abstract available, peer reviewed	19256			
Cinahl 2012-03- 28	"pain assessment"	Abstract available, peer reviewed	4725			
Cinahl 2012-03- 28	"pain rating" OR "pain measurement" OR "pain assessment" (SÖKBLOCK 3)	Abstract available, peer reviewed	22670			
Cinahl 2012-03- 28	"pain management"	Abstract available, peer reviewed	55231			
Cinahl 2012-03- 28	"pain relief"	Abstract available, peer reviewed	14675			
Cinahl 2012-03- 28	Analgesics	Abstract available, peer reviewed	17127			
Cinahl 2012-03- 28	"analgesics therapeutic use"	Abstract available, peer reviewed	2052			
Cinahl 2012-03- 28	"pain therapy"	Abstract available, peer reviewed	16285			
Cinahl 2012-03- 28	"drug therapy"	Abstract available, peer reviewed	199225			
Cinahl 2012-03- 28	"pain management" OR "pain relief" OR Analgesics OR "analgesics therapeutic use" OR "pain therapy" OR	Abstract available, peer reviewed	260615			

	"drug therapy" (SÖKBLOCK 4)				
Cinahl 2012-03- 28	Nurse	Abstract available, peer reviewed	513566		
Cinahl 2012-03- 28	Nursing	Abstract available, peer reviewed	932912		
Cinahl 2012-03- 28	"nurse role"	Abstract available, peer reviewed	2195		
Cinahl 2012-03- 28	"nurse assignment"	Abstract available, peer reviewed	1801		
Cinahl 2012-03- 28	Nurse OR Nursing OR "nurse role" OR "nurse assignment" (SÖKBLOCK 5)	Abstract available, peer reviewed	964109		
Cinahl 2012-03- 28	"nursing care"	Abstract available, peer reviewed	140461		
Cinahl 2012-03- 28	"nurse-patient- relation"	Abstract available, peer reviewed	223		
Cinahl 2012-03- 28	"quality of life"	Abstract available, peer reviewed	90986		
Cinahl 2012-03- 28	"nursing care" OR "nurse-patient-relation OR quality of life" (SÖKBLOCK 6)	Abstract available, peer reviewed	221424		
Cinahl 2012-03- 28	"attitude of health personnel"	Abstract available, peer reviewed	16143		
Cinahl 2012-03- 28	Health	Abstract available, peer reviewed	161466 5		
Cinahl 2012-03- 28	"health knowledge"	Abstract available, peer reviewed	13340		
Cinahl 2012-03- 28	Attitudes	Abstract available, peer reviewed	182023		
Cinahl 2012-03- 28	Experience	Abstract available, peer reviewed	304167		
Cinahl 2012-03- 28	Opinion	Abstract available, peer reviewed	92138		
Cinahl 2012-03- 28	Views	Abstract available, peer reviewed	72420		

Cinahl 2012-03- 28	"attitude of health personnel" OR Health OR "health knowledge" OR attitudes OR experience OR opinion OR views (SÖKBLOCK 7)	Abstract available, peer reviewed	171064 8			
Cinahl 2012-03- 28	Sökblock 1 AND Sökblock 2 AND Sökblock 3 AND Sökblock 4 AND Sökblock 5 AND Sökblock 6 AND Sökblock 7	Abstract available, peer reviewed	402	53	28	7
Cinahl 2012-03- 28	"Postoperative pain"	Abstract available, peer reviewed	8314			
Cinahl 2012-03- 28	"Postoperative pain" AND Sökblock 1 AND Sökblock 2 AND Sökblock 3 AND Sökblock 4 AND Sökblock 5 AND Sökblock 6 AND Sökblock 7	Abstract available, peer reviewed	153	8	6	6
Cinahl 2012-03- 29	"Qualitative research"	Abstract available, peer reviewed	14316			
Cinahl 2012-03- 29	Interviews	Abstract available, peer reviewed	89670			
Cinahl 2012-03- 29	Qualitative	Abstract available, peer reviewed	65883			
Cinahl 2012-03- 29	"Qualitative research" OR Qualitative OR Interviews (SÖKBLOCK 1)	Abstract available, peer reviewed	120749			
Cinahl 2012-03- 29	Pain	Abstract available, peer reviewed	199287			
Cinahl 2012-03- 29	"Postoperative pain"	Abstract available, peer reviewed	8263			
Cinahl 2012-03-	pain OR "Postoperative pain"	Abstract available, peer	199287			

29	(SÖKBLOCK 2)	reviewed				
Cinahl 2012-03- 29	"pain assessment"	Abstract available, peer reviewed	4725			
Cinahl 2012-03- 29	"pain measurement"	Abstract available, peer reviewed	19256			
Cinahl 2012-03- 29	"pain evaluation"	Abstract available, peer reviewed	571			
Cinahl 2012-03- 29	"pain assessment" OR "pain measurement" OR "pain evaluation" (SÖKBLOCK 3)	Abstract available, peer reviewed	22237			
Cinahl 2012-03- 29	"pain management"	Abstract available, peer reviewed	55231			
Cinahl 2012-03- 29	"pain relief"	Abstract available, peer reviewed	14675			
Cinahl 2012-03- 29	Analgesics	Abstract available, peer reviewed	17127			
Cinahl 2012-03- 29	"pain management" OR "pain relief" OR analgesics (SÖKBLOCK 4)	Abstract available, peer reviewed	71891			
Cinahl 2012-03- 29	"nurse-patient- relation"	Abstract available, peer reviewed	223			
Cinahl 2012-03- 29	"nursing care"	Abstract available, peer reviewed	62520			
Cinahl 2012-03- 29	"Decision making"	Abstract available, peer reviewed	92735			
Cinahl 2012-03- 29	"nurse-patient- relation" OR "nursing care" OR "Decision making"	Abstract available, peer reviewed	145421			

	(SÖKBLOCK 5)					
Cinahl 2012-03-29	"attitude of health personnel"	Abstract available, peer reviewed	16143			
Cinahl 2012-03-29	Knowledge	Abstract available, peer reviewed	214772			
Cinahl 2012-03-29	Attitudes	Abstract available, peer reviewed	182023			
Cinahl 2012-03-29	"attitude of health personnel" OR knowledge OR attitudes (SÖKBLOCK 6)	Abstract available, peer reviewed	334250			
Cinahl 2012-03-29	Sökbblock 1 AND Sökbblock 2 AND Sökbblock 3 AND Sökbblock 4 AND Sökbblock 5 AND Sökbblock 6	Abstract available, peer reviewed	321	23	12	5
Cinahl 2012-03-29	Interviews AND "postoperative pain" AND "pain assessment" AND "pain management" AND knowledge AND attitudes	Abstract available, peer reviewed	97	19	9	7
Cinahl 2012-03-29	(Interviews AND "postoperative pain" AND "pain assessment" AND "pain management" AND knowledge AND attitudes) NOT children	Abstract available, peer reviewed	56	18	9	7
Cinahl 2012-03-29	Sökbblock 1 AND Sökbblock 2 AND Sökbblock 4 AND Sökbblock 6	Abstract available, peer reviewed	2968			
Cinahl 2012-03-29	(Sökbblock 1 AND Sökbblock 2 AND Sökbblock 4 AND Sökbblock 6) NOT	Abstract available, peer reviewed	1936			

	children					
Cinahl 2012-03-29	Interviews AND “postoperative pain” AND pain relief AND analgesics	Abstract available, peer reviewed	113	22	7	5
Cinahl 2012-03-29	Interviews AND “postoperative pain” AND pain relief AND analgesics AND experience	Abstract available, peer reviewed	104	22	7	5
PubMed 2012-03-30	Nurses AND experience AND pain relief	Abstract	118	19	8	3
PubMed 2012-03-30	“Qualitative studies”	Abstract	1339			
PubMed 2012-03-30	Interviews	Abstract	101254			
PubMed 2012-03-30	“Qualitative studies” OR Interviews (SÖKBLOCK 1)	Abstract	102337			
PubMed 2012-03-30	Postoperative pain	Abstract	51061			
PubMed 2012-03-30	“pain assessment”	Abstract	2444			
PubMed 2012-03-30	“pain measurement”	Abstract	46498			
PubMed 2012-03-30	“pain evaluation”	Abstract	471			
PubMed 2012-03-30	“pain assessment” OR “pain measurement” OR “pain evaluation” (SÖKBLOCK 2)	Abstract	47595			
PubMed 2012-03-30	“pain management”	Abstract	18098			
PubMed 2012-03-30	“pain relief”	Abstract	18148			
PubMed 2012-03-30	Analgesics	Abstract	316574			

PubMed 2012-03-30	“pain management” OR “pain relief” OR analgesics (SÖKBLOCK 3)	Abstract	339600			
PubMed 2012-03-30	“nurse-patient- relation”	Abstract	2			
PubMed 2012-03-30	“nursing care”	Abstract	14705			
PubMed 2012-03-30	“nurse-patient- relation” OR “nursing care” (SÖKBLOCK 4)	Abstract	14707			
PubMed 2012-03-30	“attitude of health personnel”	Abstract	48142			
PubMed 2012-03-30	Knowledge	Abstract	347053			
PubMed 2012-03-30	Attitudes	Abstract	187481			
PubMed 2012-03-30	“decision making”	Abstract	78112			
PubMed 2012-03-30	Experience	Abstract	336205			
PubMed 2012-03-30	“attitude of health personnel” OR knowledge OR attitudes OR “decision making” OR experience (SÖKBLOCK 5)	Abstract	823077			
PubMed 2012-03-30	Sökblock 1 AND postoperative pain AND sökblock 2 AND sökblock 3 AND sökblock 4 AND sökblock 5	Abstract	2			
PubMed 2012-03-30	Sökblock 1 AND postoperative pain AND sökblock 3	Abstract	49	10	6	4

	AND sökblock 5					
PubMed 2012-03-30	Nurses AND experience AND postoperative pain AND pain relief	Abstract	42	13	4	2
PubMed 2012-03-30	attitude of health personnel AND pain measurement/methods AND pain postoperative/diagnosis AND Qualitative research	Abstract	3	2	2	1
PubMed 2012-03-30	pain perception AND Qualitative Research AND Pain Measurement/methods AND Analgesics AND Nurses	Abstract	0			
PubMed 2012-03-30	Qualitative Research AND Pain Measurement/methods AND Analgesics AND Nurses	Abstract	4			
PubMed 2012-03-30	Qualitative Research AND Pain Measurement/methods AND Attitude of health personnel	Abstract	13	1	1	1

BILAGA 3 ARTIKEL MATRIS

Author (s), Year, Country	Title	Aim of the Study	Method	Sample	Results	Quality
Boegeskov Nielsen, L (1994) Danmark	An interview study of nurses' assessment and priority of post surgical pain experience	To examine how nurses perceive their assessment of the patients' postoperative pain, and how they give priority in their actions to relieve pain after surgery.	Data were collected by in-depth interviewing. Each interview required approximately 45-90 min. All nurses were interviewed once. To cover the key topics an interview guide was used. A qualitative analysis of the data was used.	Eight nurses, seven female and one male, with from 1-18 years of occupational experience, and within the age range 26-40 years, all having basic graduate certification.	Six categories emerged: organising condition, perspective, attitude, knowledge, experience and assessment/priority. All the conditions are interrelated and influenced the nurses' handling of pain management in nursing practice.	Grad 3
Blondal, K & Halldorsdottir, S (2009) Island	The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective	To increase understanding of what it is like for nurses to care for patients in pain.	A phenomenological study that involved 20 dialogues with 10 nurses. Unstructured interviews were used for data collection. Data collection and analysis followed the research process of the Vancouver School.	Nurses with at least two years of nursing experience, working within general adult medical and surgical inpatient hospital wards in three different hospitals in Iceland.	The main challenges that face the nurse are 'reading the patient', 'dealing with inner conflict of moral dilemmas', 'dealing with physicians' and 'organisational hindrances'.	Grad 1

Clabo, L (2007) Australien	An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units	To examine nursing pain assessment practice across two units. Specific research questions were: • In what ways and to what extent does postoperative pain assessment vary across two nursing units? • What is the impact of nursing unit social context on pain assessment practice?	Ethnographic study technique. Multiple methods of data collection including participant observation, individual interviews and small focus groups, were employed.	Ten of the 12-day shift RNs (83%) on unit A and ten of the 13-day shift RNs (77%) on unit B agreed to be observed as they conducted pain assessments on individual clients and to be interviewed in relation to each assessment. To the single focus group discussion nurses were recruited through announcements posted on the units.	A predominant pattern of pain assessment existed on each unit. Nurses used assessment criteria from three spheres, i.e. the client's narrative, evident criteria and a reference typology of assessment findings. The sphere was distinctive for each unit, and consistent with the unique pattern of nursing pain assessment on each unit.	Grad 1
Dihle, A et al (2006) Norge	The gap between saying and doing in postoperative pain	To understand how nurses contribute to postoperative pain management in a surgical setting and to identify barriers to achieving optimal postoperative pain alleviation.	Observations and in-depth interviews were conducted with nine nurses on three surgical wards at two hospitals. Each nurse was observed during five shifts, day and night, and interviewed after the final observation. The collection and analysis of data followed principles of qualitative research	A strategic sample of nine nurses was drawn. To gain as much information as possible, the inclusion criteria were; nurses with experience and interest in the topic, and nurses familiar with the pain routines on the ward. The final sample included seven women and two men, aged 27–35 years.	The finding presented a gap between what the nurses say they do and what they actually do in postoperative pain management. The pain management consisted of preoperative information, postoperative pain assessment, postoperative pain treatment and evaluation.	Grad 1

Kim, H S et al (2005) USA	Strategies of pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units	The aim was to identify the criteria nurses used to assess postoperative pain and the kind of knowledge they drew on from past experience.	A series of semistructured interviews were performed with 10 nurses while they conducted pain assessments with 30 postsurgical patients. Each nurse was interviewed on five occasions,. Data were analyzed on the basis of Dahlgren and Fallsberg's (1991) analytic approach called phenomenography.	Ten nurses (nine females and one male) and 30 postsurgical patients were drawn from two postoperative units. Strategic sampling was used to identify five nurses with less than 6 years of experience (the less experienced group) and five with more than 6 years (the more experienced group). of criteria nurses used to assess pain	The data from 30 clinical pain assessments indicated the use of multiple criteria, these criteria included how the patient looks; what the patient says; and how it usually is. In addition, nurses drew on their past experiences in four different ways related to a typology of patients; a focus on listening to patients; what to look for; and what to do for the patient.	Grad 3
Lindberg, J O & Engström, Å (2011) Sverige	Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful pain Relief Management"	The aim was to describe the experiences of critical care nurses in assessing and treating pain in patients receiving postoperative care in an intensive care unit	The data were collected by semistructured interviews using an interview guide. Further clarifying questions were asked. The interviews lasted for 20-70 minutes and were transcribed verbatim. The authors applied qualitative content analysis as described by Downe-Wamboldt (1992).	Six critical care nurses who had experience in assessing and treating pain in patients receiving postoperative care in the ICU. The CCNs who participated were aged 31-48 years (median 43 years) and they had 3-22 years' (median 12 years) experience of working as CCNs.	The analysis resulted in one theme and four categories. Overall theme was: "A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management.'	Grad 1

<p>Manias, E et al (2002) Australien</p>	<p>Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice</p>	<p>The aim was to investigate nurse–patient interactions associated with pain assessment and management in hospitalized postsurgical patients in clinical practice settings</p>	<p>Twelve field observations were carried out on Registered Nurses’ activities relating to pain. Six observation times were identified as key periods for activities relating to pain. Each observation period lasted 2 hours and was examined on two occasions.</p>	<p>All nurses involved in direct patient care in a surgical unit of a metropolitan teaching hospital in Melbourne, Australia, were invited to participate (n=30).</p>	<p>Four themes were identified as barriers to effective pain management: nurses’ responses to interruptions of activities relating to pain, nurses’ attentiveness to patient cues of pain, nurses’ varying interpretations of pain, and nurses’ attempts to address competing demands of nurses, doctors and patients.</p>	<p>Grad 1</p>
<p>Nash, R et al (1999) Australien</p>	<p>Pain and the administration of analgesia: what nurses say management</p>	<p>The aims of the study were to (1) describe nurses' perceptions about patients' pain, and (2) explore nurses' beliefs and attitudes regarding the administration of narcotic analgesia.</p>	<p>Focus group interviews, 60–75 minutes in duration and tape recorded. A question guide was developed concerning nurses' beliefs and attitudes to pain management. Data from the focus group interviews were analysed according to the method outlined by Stewart (1992).</p>	<p>In total, there were 19 participants: (Group 1) six registered nurses employed in a major public hospital; (Group 2) seven RNs employed in a private hospital; and (Group 3) six Bachelor of Nursing (post-registration) students.</p>	<p>Four major themes emerged. (1) the pivotal role of nurses in pain management; (2) nursing assessment and pain management decisions (3) individual factors influencing nurses' pain management decisions and (4) the influence of others on nurses' pain management decisions.</p>	<p>Grad 1</p>

Richards, J & Hubbert, A O (2007) USA	Experiences of Expert Nurses in caring for Patients with Postoperative Pain	To gain a better understanding of how expert nurses assess, manage, and care for patients with postoperative pain,	Phenomenologic methodology, Participants took part in two interviews, lasting 1 hour each. Data were analyzed using an interpretive approach similar to that used by Benner (1984/2001) and Brykczynski (1998).	Three registered nurses between the ages of 43 and 46 years, volunteered to participate in the study. The highest level of education reported by each of the participants was a Bachelor's of Science in Nursing. Collectively, they had 54 years of practice experience in a setting where the majority of patients are postoperative and receiving pain management	Four themes were identified from the three initial interviews with the participants. The themes were (1) considering the whole person, (2) the independent art of nursing, (3) accepting what the patient says, and (4) commitment to surgical nursing.	Grad 2
Sjöström, B et al (2000) Sverige	Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy	The aim of the present study was to describe and articulate the content of professional thinking during pain assessments and to determine the accuracy of pain ratings in relation to patients' experience	Phenomenography research approach. Data were collected from staff in two ways: by interviews, and ratings on a Visual Analogue Scale The interviews were transcribed, and analysed.	The sample comprises nurses (n=30) and physicians (n=30). Of the nurses (27 females, 3 males) 11 were very experienced (at least 10 years of professional experience), 14 experienced (4±9 years of experience), and 5 less experienced (less than 4 years of experience).	Different categories in pain assessment were identified: How the patient looks What the patient says The patient's way of talking Past experience of similar circumstances	Grad 1

<p>Willson, H (2000) USA</p>	<p>Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip</p>	<p>The purpose of this study was to explore those factors which nurses take into account when administering analgesia</p>	<p>A multiple case study design Unstructured observation of the nurse's assessment, planning, intervention and evaluation of analgesia administration was made, whilst at the same time participating with the nurse caring for the patient over three identified periods during 24 hours. Each informant of the nine case studies was interviewed during the last hour of their shift, on a one-to-one basis</p>	<p>. The multiple-case was made up of nine nurses, three from each of the three wards, caring for one of the selected patients, over a 24-hour period A purposive selective sample of three patients, all female, with an age of around 75 years was made.</p>	<p>Factors found to influence decision-making were: time, organization of care, influence of the shift worked, impact of the multidisciplinary team, concerns over the use of opioid analgesia, and information giving and collection. These influences were found to be dependent on location, and shift, with the factor of time providing a tension between all influences.</p>	<p>Grad 1</p>
--------------------------------------	--	---	---	--	--	---------------