



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

HAR DU ONT?

En litteraturstudie om faktorer som påverkar
sjuksköterskans smärthantering

Malin Axelsson

Sophie Brännborn

HAR DU ONT?

En litteraturstudie om faktorer som påverkar
sjuksköterskans smärthantering

Malin Axelsson
Sophie Brännborn

Axelsson, M & Brännborn, S. Har du ont? En litteraturstudie om faktorer som påverkar sjuksköterskans smärthantering. *Examinationsarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Smärthantering är en komplex uppgift och en viktig del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Syftet med denna litteraturstudie är att belysa olika faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning och beslut angående farmakologisk smärtlindring. Joyce Travelbees omvårdnadsteori har använts som teoretisk referensram. Nio vetenskapliga artiklar analyserades och resultatet visade att patientens olika karakteristika, aspekter hos sjuksköterskan, omgivningen och organisationen samt attityder till analgetika påverkar sjuksköterskans smärtbedömning och beslut om farmakologisk smärtlindring. För att smärtbehandlingen ska kunna bli mer effektiv bör sjuksköterskan lyssna på och lita till patientens beskrivning av smärtupplevelsen.

Nyckelord: attityder, sjuksköterska, smärtbedömning, smärthantering, smärtlindring

ARE YOU IN ANY PAIN?

A literature review on factors influencing nurses' pain management

Malin Axelsson
Sophie Brännborn

Axelsson, M & Brännborn, S. Are you in any pain? A literature review on factors influencing nurses' pain management. *Degree project, 10 Credit Points*. Nursing programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2005.

Pain management is a complex task and an important part of nursing care. The aim of this literature review is to illustrate different factors that influence nurses' pain assessment and decision making regarding pharmacological pain relief. Joyce Travelbees' nursing theory was used as a theoretical reference. Nine scientific articles was analysed and the results revealed that patient characteristic, nurses, environmental and organisational aspects as well as attitudes towards analgesia influences nurses' pain assessment and decision regarding pharmacological pain relief. To make the treatment of pain more effective the nurse should listen to and trust the patients' description of the experienced pain.

Keywords: attitudes, nurse, pain assessment, pain management, pain relief

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Definition	4
Smärtfysiologi	4
Fysiologiska och beteendemässiga tecken på smärta	5
Andra dimensioner av smärtupplevelsen	5
Olika behandlingsmetoder	6
Förekomst av smärta	7
Historik	7
Prevalens och Incidens	7
Smärtskattning	7
Olika smärtskattningsinstrument	8
Skillnader i skattning	8
Orsaker till ineffektiv behandling	9
Lagstiftning och allmänna råd	10
TEORETISK REFERENSRAM	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	11
Avgränsningar	11
METOD	11
Litteratursökning	11
Artikelsökning	12
Artikelgranskning	13
Databearbetning och analys	13
RESULTAT	13
Påverkan från patienten	14
Aspekter hos sjuksköterskan som individ	16
Påverkan från omgivningen	16
Faktorn organisation/tid som påverkan	17
Påverkan av attityder till analgetika	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Påverkan från patienten	19
Aspekter hos sjuksköterskan som individ	21
Påverkan från omgivningen	22
Faktorn organisation/tid som påverkan	22
Påverkan av attityder till analgetika	23
Slutsatser	24
Framtida värde och vidare forskning	25
REFERENSER	26
BILAGOR	29

INLEDNING

Denna litteraturstudie belyser faktorer som påverkar sjuksköterskans smärthantering. Bedömning och hantering av smärta utgör en viktig faktor i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Studier har visat att smärthanteringen blivit bättre efterhand men att det finns mycket kvar att göra eftersom många patienter på sjukhus fortfarande inte är tillräckligt smärtstillade. Detta ger patienterna ett onödigt lidande och om smärthanteringen vore mer effektiv skulle dessa i högre grad kunna bli smärtlindrade.

Smärta är en subjektiv upplevelse som är svår att värdera på ett riktigt sätt för sjukvårdspersonalen. Dessutom innehåller smärtupplevelsen många dimensioner som leder till ytterligare svårigheter vid bedömning och hantering av smärta. Många olika faktorer påverkar sjuksköterskans omvårdnad av patienter med smärta och dessa faktorer kanske sjuksköterskan inte är medveten om.

BAKGRUND

I bakgrunden belyses smärta utifrån definition, fysiologi, förekomst, skattning samt orsaker till ineffektiv behandling. Även lagstiftning och allmänna råd som berör arbetets område tas upp.

Definition

IASP (International Association for the Study of Pain, 1979) har definierat smärta som:

“An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (s 250)

Smärta är alltid en subjektiv upplevelse (a a). McCaffery och Beebe (1994) poängterar att:

”Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever the experiencing person says it does.” (s 15)

Tyngdpunkten läggs på patientens smärtupplevelse och inte på andras uppfattning om patientens smärta (a a.). Almås (2002) skriver att smärta är en personlig upplevelse och att många faktorer påverkar hur smärtan upplevs. De konstaterar även att smärta inte kan mätas med objektiva instrument. Patienten kan försöka beskriva smärtupplevelsen men är ändå beroende av tolkningen som sjuksköterskan gör (a a).

Smärtfysiologi

Smärtfibrer påverkas bland annat av extrem temperatur samt kraftiga kemiska och mekaniska stimuli. Vid stimuli leds impulsen via smärtfibrernas cellkroppar som finns i ryggmärgsnervernas bakre rötter. I rötterna bildar impulsen från smärtfibrerna stimulerande synapser som för nervimpulsen vidare till hjärnan, antingen till hjärnstammen eller till thalamus. I hjärnan medvetandegörs smärtan för individen som reagerar. Nervimpulsen kan även leda till en autonom reflex så att ytterligare skada förhindras (Bjälje m fl, 2001).

Det finns flera klassificeringssystem för olika typer av smärta som alla reflekterar en viss filosofi eller behandlingsstrategi (McCaffery & Beebe, 1994). Indelningen i nociceptiv och neurogen smärta utgår från den fysiologiska orsaken. Nociceptiv smärta uppkommer vid en vävnadsskada och delas upp i somatisk och visceral smärta. Den somatiska smärtan är bland annat knuten till muskler, bindväv, skelett och hud medan visceral smärta istället är knuten till de inre organen (Bjälle m fl, 2001). Neurogen smärta uppkommer vid nervskador till exempel efter yttre trauma, avslitning eller skärsår samt till följd av inre skada exempelvis orsakad av tryck från en tumör eller inflammation (Killander m fl, 1999). Vid indelning i akut och kronisk smärta utgår man från ett tidsperspektiv. Akut smärta används som benämning på snabbt insättande svår smärta. Smärtan avtar när vävnadsskadan läker och varar under en kort tid, mindre än tre månader. Den kroniska smärtan är förlängd och varar vanligen i tre månader eller mer (McCaffery & Beebe, 1994). Redke (1999) delar in smärta i fyra kategorier; Akut, Kronisk, Cancer och Idiopatisk smärta. Hastigt påkomna smärtor oavsett orsak benämns som akut smärta exempelvis trauma med vävnadsskada och operativa ingrepp. En smärta som är konstant eller återkommande i mer än 6 månader betecknas som kronisk smärta. Redke (1999) skriver att cancersmärta är en blandning av akut och kronisk smärta och anser att cancersmärta ska vara en egen kategori. Den smärta vars orsak är okänd benämns som idiopatisk smärta (a a).

Fysiologiska och beteendemässiga tecken på smärta

När en patient upplever en plötslig, intensiv smärta reagerar kroppen automatiskt med att aktivera det sympatiska nervsystemet, den klassiska "fight or flight" reaktionen. Detta kännetecknas av flera fysiologiska tecken såsom tachykardi, hypertoni, kallsvettighet, blekhet, pupilldilatation och ökad muskelspänning. Denna reaktion är normalt kortvarig eftersom kroppen inte klarar av att upprätthålla sympatikuspådraget, vilket leder till mer normaliserat blodtryck och hjärtfrekvens så småningom (Hawthorn & Redmond, 1999).

Beteendemässiga tecken på smärta kan vara verbala och icke verbala uttryck, kroppsrörelser och ansiktsuttryck. Olika icke-verbala uttryck för smärta är exempelvis gråt, kvidande, skrikande och snyftande. Kroppsrörelser som till exempel haltande, skyddande rörelser, immobilisering och rastlöshet kan vara tecken på smärta. Åtskilliga patienter lär sig efter hand att ändra sina beteenden så att smärtan blir uthärdlig. Detta kan till exempel vara att sova, se på tv och prata med vänner. Även om patienten uppvisar de senare beteendena är det av vikt att sjuksköterskan inte misstolkar detta som ett tecken på att patienten inte har smärta (a a).

Andra dimensioner av smärtupplevelsen

Mycket av det lidande som smärtan medför kan reduceras genom att lindra fysiska besvär som inte är knutna till smärtan. Att ligga obekvämt, lida av muntorrhet, törst och illamående, att inte få borsta tänderna är faktorer som kan förstärka den psykiska dimensionen av smärtupplevelsen (Almås, 2002). Den sociala situationen, rädsla och oro och en eventuell depression spelar in på personens smärtupplevelse utifrån de sociala och emotionella dimensionerna (Redke, 1999). Den smärta som ska behandlas blir svårare att häva ju mer utsatt patienten är för sjukdom, sorg, oro och bekymmer. Även fysiska besvär såsom andnöd, sömnlöshet, förstoppning och klåda är symtom som ökar upplevelsen av lidande och smärta. Flertalet faktorer påverkar smärtupplevelsen negativt såsom

ovänlighet, otrygghet, rädsla och dåliga erfarenheter. Andra faktorer kan ge en positiv påverkan på smärtupplevelsen till exempel omhändertagande, sömn, sällskap, förståelse och stöd (Killander m fl, 1999). Werner och Strang (2003) tar upp att den kognitiva dimensionen påverkar smärtupplevelsen. Hur väl patienten bemästrar situationen eller om smärtan är begriplig för patienten är av betydelse vid smärttillstånd. Man talar om patientens olika copingstrategier. Har patienten otillräckligt med copingstrategier påverkas smärtupplevelsen negativt (a a).

Olika behandlingsmetoder

Vid farmakologisk smärtbehandling används i huvudsak två sorters läkemedel; icke-opioid samt opioid analgetika. Den icke-opioida analgetikan utgörs av paracetamol och icke-steroida antiinflammatoriska analgetika (NSAID). Den mest kända opioida analgetikan är morfin. Den viktigaste skillnaden mellan opioider och icke-opioider är att den senare har ett tak eller gräns för sin analgetiska effekt. Detta innebär att när maxdosen uppnåtts ger ytterligare dosökningar ingen starkare analgetisk effekt. Istället får man byta till ett annat läkemedel, komplettera med en opioid eller tillföra adjuvantia för att uppnå smärtlindring. Någon sådan gräns finns inte för opioider. Så länge biverkningarna inte blir problematiska kan dosen höjas till smärtstillning uppnåtts. En dos som inte smärtstillar bör höjas med 25-50 % för att uppnå effektiv analgesi (Hawthorn & Redmond, 1999). Adjuvantia är ett läkemedel som från början var avsett till behandling av ett annat tillstånd än smärta. I många fall används dessa läkemedel fortfarande till den ursprungliga uppgiften men kan också ge smärtlindring i specifika situationer. Exempel på adjuvantia är antidepressiva, antiepileptika, neuroleptika och muskelrelaxerande medel (McCaffery & Beebe, 1994).

WHO har tagit fram en analgetisk trappa där man beskriver hur tillvägagångssättet för smärtlindring bör ske vid cancersmärta. När smärta uppkommer bör administreringen av analgetika ske i en viss ordning.

1. Icke-opioider (NSAID och paracetamol)
2. Svaga opioider (till exempel kodein)
3. Starka opioider (exempelvis morfin)

I de fall man inte uppnår total smärtlindring i första steget fortsätter man till nästa steg och till nästa. Har inte total smärtlindring uppnåtts vid tredje steget fortsätter man med dostitrering. För att bibehålla smärtlindringen bör analgetikan ges var 3-6 timme istället för vid behov. Då denna trappa följs blir smärtlindringen billig och effektiv i 80-90 % av fallen (WHO, 2004-12-08). Denna smärttrappa var ursprungligen tänkt att användas vid cancersmärta men har även visat sig användbar vid andra typer av smärta (Hawthorn & Redmond, 1999).

Det finns flera icke-farmakologiska metoder för att lindra smärta. Dessa verkar genom att hämma smärtimpulser antingen perifert eller centralt i nervsystemet. Ett exempel på perifer hämning är akupunktur som hämmar smärtimpulsernas passage genom grindmekanismen i ryggmärgen. Andra exempel på perifer hämning är massage, vibration och transkutan elektrisk nervstimulering (TENS). Den enskilda individens tolkning och bearbetning av smärtinformation har stor påverkan på smärtupplevelsen. Detta kan utnyttjas terapeutiskt genom att patienten får hjälp med att få största möjliga tanke- och känslomässiga kontroll över smärtan. Exempel på dessa hämningar av centrala smärtimpulser är

avledning, meditation och kontroll över händelseförloppet vid obehagliga eller smärtsamma undersökningar (Almås, 2002).

Förekomst av smärta

Historik

Sakkunnig medicinsk analys och behandling av smärta är relativt nya fenomen inom sjukvården. Det dröjde ända till senare delen av 1900-talet innan smärtbehandling blev en självklar specialitet och man ansåg att tillgång till smärtlindring var en mänsklig rättighet. Under de sista decennierna har intresset för och kunskapen om smärta och smärtbehandling blivit föremål för medicinsk och vetenskaplig utveckling. Vidare har smärta under årtusenden betraktats som oundvikligt vid bland annat förlösning, sjukdom och kirurgi. I vissa kulturer och religioner har smärta upplevts som bestraffning, vedergällning eller straff från Gud (Killander m fl, 1999).

Prevalens och Incidens

På grund av stora variationer i metoder för smärtbedömning, olika bedömningsinstrument samt olika kriterier för hur smärta definieras är det svårt att göra en meningsfull jämförelse av hur ofta smärta förekommer (Hawthorn & Redmond, 1999). I en kritisk litteraturstudie av Coll m fl (2004) har man undersökt närvaro av smärta efter dagkirurgi. Sammanställningen av artiklarna visade att 0-82 % av patienterna har haft smärta från operationsdagen och framåt. Salomon m fl (2002) fann att på ett franskt sjukhus bland kirurgi och medicinpatienter hade 55 % upplevt smärta de sista 24 timmarna. Även en studie gjord på 30 sjukhus i Italien fann att 57 % av patienterna haft smärta de senaste 24 timmarna (Costantini m fl, 2002). Vid tillfället för intervjun hade 43 % av patienterna smärta och man fann även att det var fler kvinnor än män som rapporterade smärta (a a). Yates m fl (1998) rapporterade att 79 % av patienterna på en akutavdelning i Australien hade haft smärta de senaste 24 timmarna. Kvinnor uppgav svår smärta i högre utsträckning än män och var mer ovilliga att be om hjälp (a a). En kanadensisk studie från 1992 fann att 67 % av patienterna på fem olika sjukhus hade haft smärta det senaste dygnet (Abbott m fl, 1992). När patienterna intervjuades uppgav hälften att de hade lätt till svår smärta, en tredjedel uppgav att de hade haft svår smärta de senaste 24 timmarna (a a). Kirurgi och medicinpatienter på ett sjukhus i USA blev tillfrågade om de hade haft smärta under denna sjukhusvistelse. Smärta rapporterades av 79 % och 43 % av patienterna hade smärta vid frågetillfället. Endast 45 % kunde påminna sig om att sjuksköterskan hade diskuterat smärta med dem (Donovan m fl, 1987). En svensk studie som undersökte prevalensen av smärta hos befolkningen fann att två tredjedelar upplevt smärta eller obehag, nästan hälften av dessa hade haft påtaglig smärta mer än 6 månader (Brattberg m fl, 1989).

Smärtskattning

Det finns cirka 200 olika mätinstrument för att ta fram någorlunda objektiv data av smärtupplevelsen idag. Alla dessa instrument har sina nackdelar och fördelar och därför bör resultatet beaktas utifrån det specifika instrumentets begränsningar (Hawthorn & Redmond, 1999). Smärtintensiteten bör mätas i både rörelse och vila. För att få en god uppfattning om smärtans dygnsvariation kan man exempelvis mäta smärtintensiteten 4 gånger per dygn (Werner & Strang, 2003).

Olika smärtskattningsinstrument

För att patienten ska få en bättre förståelse för exempelvis en skala är det viktigt att förklara syftet med skalan och hur den kommer att användas i smärtbehandlingen. Sjuksköterskan måste även försäkra sig om att patienten förstår förklaringen och har förmåga till abstrakt tänkande. Det bästa är att ge informationen innan smärtan uppkommit i de fall där det är möjligt. För att kunna utvärdera behandlingseffekten av analgetika krävs det att användningen av smärtskattningsinstrumenten sker regelbundet och att skattningen dokumenteras i journalen (Almås, 2002).

De smärtskattningsskalor som beskrivs mest frekvent är:

Visuell analog skala (VAS) består av en linje på 10 cm som går från ingen smärta till värsta tänkbara smärta. Linjen kan vara både horisontell och vertikal.

Numerisk skala är en 10 cm lång linje som består av siffrorna 1-10.

Verbal skala är en kategoriskala med olika beskrivningar av smärtans intensitet. Beskrivningarna går från ingen smärta till outhärdlig smärta.

På dessa skalor ombeds patienten markera hur de upplever sin smärta (Hawthorn och Redmond, 1999). Killander m fl (1999) beskriver att VAS-stickan innehåller alla dessa tre skalor och den av dessa skalor som är lättast för patienten att använda och förstå kan man välja att använda.

Ett frågeformulär som ofta nämns i litteraturen är McGill Pain Questionnaire (MPQ). Det består av tre delar:

- En kategorisk skala för kognitiv skattning av smärtintensiteten.
- En bild på människokroppen där patienten får ange smärtlokaliseringen.
- En lista med tre huvudgrupper av adjektiv som beskriver smärtans sensoriska, emotionella och kognitiva kvalitet.

Detta frågeformulär finns även i en något enklare form och kallas då Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) och finns även översatt till svenska (Werner & Strang, 2003).

Pain-O-Meter (POM) är ett instrument där smärtan bland annat lokaliseras på en anatomisk bild där patienten får markera smärtans lokalisering. Olika kategorier av markörer hjälper sedan patienten att beskriva smärtan utifrån karaktär, intensitet och varaktighet (Ericson & Ericson, 2002).

Skillnader i skattning

Hawthorn och Redmond (1999) rapporterar att sjukvårdspersonalens underskattning av patienters smärtintensitet är ett exempel på brister i omvårdnadsutövningen. Puntillo m fl (2003) visar i sin studie att sjuksköterskornas bedömning av patientens smärtintensitet inte överensstämmer med patientens egen bedömning. Studien visar att patienter på akutintaget i medeltal skattade sin smärta till 7,5 (SD ± 2,2) medan sjuksköterskorna bedömde att patienternas smärta var 5,1 (SD ± 2,4). När dessa patienter kom in på en avdelning värderade de sin smärta ännu en gång. Resultatet blev då 7,7 (SD ± 2,2) samtidigt som sjuksköterskorna skattade patienternas smärta till 4,2 (SD ± 2,3). Oavsett vad patienten hade för diagnos var kongruensen mellan patienternas och sjuksköterskornas skattning 50 % eller mindre (a a). Även Field (1996) och Sjöström m fl (1999) visar att det finns en skillnad i smärtbedömningen mellan patienter och sjuksköterskor, där sjuksköterskan underskattar patientens smärta.

Orsaker till ineffektiv behandling

McCaffery och Beebe (1994) tar upp olika missuppfattningar, och förklaringar på dessa, som kan inverka på bedömningen av patienter som uttrycker smärta.

- *Sjukvårdspersonalen är experter på att veta om patienten har smärta och smärtans karaktär* – det är bara patienten som är expert på sin smärta eftersom smärta är en personlig upplevelse
- *Det är vanligt att patienter ljuger om eller hittar på smärta* – väldigt få personer som säger att de har ont ljuger och att patienter hittar på smärta är väldigt ovanligt
- *Det går att finna en fysiologisk orsak till all verklig smärta* – all smärta är verklig oavsett dess orsak, nästan all smärta har både psykiska och emotionella dimensioner
- *Fysiska och beteendemässiga tecken på smärta kan användas för att verifiera smärtans närvaro och intensitet* – även under svår smärta kan patienten anpassa sitt beteende men det betyder inte att patienten inte har ont
- *Alla patienter upplever samma smärtförlopp vid samma smärtstimulering och därför är smärtan förutsägbar* – det finns inget direkt samband mellan smärtstimuli och uppfattningen av smärta (McCaffery & Beebe, 1994).

Även Hawthorn och Redmond (1999) diskuterar hinder för effektiv smärtlindring. De tar upp faktorer hos sjukvårdspersonalen såsom bristande kunskap, brister i smärtanalys och bedömning exempelvis feltolkningar av data, frånvaro av smärtskattningsinstrument och bristfällig dokumentation. Olika myter och missuppfattningar såsom överdriven rädsla för beroende, missbruk och andningsdepression påverkar sjukvårdspersonalens smärthantering. Tron att äldre patienter har ökad smärttolerans leder till en åldersdiskriminering. En annan faktor som hindrar effektiv smärtbehandling är patienters ovilja att rapportera smärta. I hälso- och sjukvårdsorganisationen är bristande kontinuitet i omvårdnaden samt brist på kvalificerade smärtbehandlingsteam faktorer som bidrar till ineffektiv smärtlindring (a a). Enligt Killander m fl (1999) är de vanligaste orsakerna till underbehandling av smärta bristande kunskap om smärta och smärthantering, misstroende mot patienter och obefogad rädsla för narkomani. Vid korrekt medicinsk hantering av morfin framkallas eller skapas praktiskt taget aldrig ett psykiskt beroende (a a).

Flera studier tar upp hinder för effektiv smärtlindring. Drayer m fl (1999) fann bland annat att överdriven rädsla för beroende, uppfattningen att patienten överdriver sin smärta och att sjuksköterskan och läkaren smärtskattning inte överensstämmer är barriärer för effektiv smärtlindring. Juhl m fl (1993) rapporterar att 55 % av sjuksköterskorna emellanåt avvisar patienternas önskemål om analgetika. Den vanligaste anledningen till detta var rädsla för olika biverkningar till exempel andningsdepression och medvetandesänkning. Författarna fann även att 88 % av sjuksköterskorna uppgav att patienterna emellanåt avböjer ett erbjudande om analgetika (a a). När sjuksköterskan själv får uppges orsaker till bristfällig smärtlindring tas läkarens dåliga kunskap angående smärtlindring, dåligt samarbete med smärtteamet och otillräcklig analgetikaordination upp (Wallace m fl, 1995).

Lagstiftning och allmänna råd

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall hälso- och sjukvården utövas på ett sådant sätt att den motsvarar kraven på god vård samt bedrivs på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär bland annat att patienten skall känna sig trygg och att vården ska utformas i samråd med patienten. Vården ska även respektera patientens integritet och självbestämmande (a a). I lagen SFS 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område går det att utläsa att hälso- och sjukvårdspersonalens arbete skall bedrivs utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournalagen (SOSFS 1993:20) skall omvårdnadsdokumentationen beskriva vårdens planering, genomförande samt resultat. Socialstyrelsen (1996) beskriver att en legitimerad sjuksköterska måste kunna ansvara för omvårdnaden av enskilda patienter. Sjuksköterskan ska bland annat identifiera patientens behov av omvårdnad och stöd, med avseende på patientens kulturella och andliga behov. Sjuksköterskan ska även identifiera och tolka uttryck på smärta hos patienten samt ge smärtstillande medel enligt ordination och utvärdera den analgetiska effekten (a a).

TEORETISK REFERENSRAM

Kirkevold (2000) tolkar och beskriver Joyce Travelbees omvårdnadsteori om mellanmännsliga relationer, vilken används som studiens teoretiska referensram. Genom att använda denna teori vill vi visa hur omvårdanden och smärthanteringen kunnat utföras på ett mer individualiserat sätt.

Travelbee (a a) beskriver omvårdnad som en mellanmännslig process där sjuksköterskan ska hjälpa individen, familjen eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande samt vid behov finna mening i dessa upplevelser. Detta är det viktigaste syftet med omvårdnaden. Travelbee menar att människan är en unik, oersättlig individ och att individens upplevelser är hans/hennes egna. Hon anser att lidande är ett personligt fenomen, något individen upplever, och tar avstånd från en generaliserande människosyn. Att förhålla sig till individens personliga uppfattning av sjukdom och lidande är viktigare än att se till den egna bedömningen eller den medicinska diagnosen. Hon tar avstånd från begreppen sjuksköterska och patient i vården eftersom de framhäver de drag som är gemensamma istället för att visa på individuella särdrag.

Travelbee menar att ömsesidig förståelse och kontakt måste finnas mellan sjuksköterskan och patienten för att den mellanmännsliga relationen ska vara givande. Sjuksköterskan måste gå in i det första mötet med ett öppet sinne och ett genuint intresse för att lära känna den enskilda individen. Det är viktigt att sjuksköterskan inte tolkar patienten utifrån eventuella likheter med andra patienter han/hon vårdat. När relationen utvecklas växer en förmåga att kunna förstå och dela en upplevelse fram. Denna förmåga kallar Travelbee empati. Utifrån empati kan sympati utvecklas vilket kännetecknas av äkta medkänsla för den andres lidande och en önskan att hjälpa individen. Därefter uppstår det en ömsesidig förståelse och kontakt mellan sjuksköterskan och patienten.

Kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap, en förutsättning för att uppnå målet med omvårdnaden. Syftet med kommunikation är att lära känna

patienten och att utforska och tillgodose dennes behov. Faktorer som kan förorsaka störningar i kommunikationen är bristande förmåga att se patienten som en individ eller att undgå att uppfatta olika nivåer av mening i kommunikation (Kirkevold, 2000).

För att identifiera patientens omvårdnadsbehov och de åtgärder som kan tillgodose dessa måste sjuksköterskan tillämpa sin professionella kunskap och insikt. Detta är enligt Travelbee omvårdnadsprocessen som omfattar att 1) observera och utforska om en person har behov av omvårdnad, 2) genom samtal med patienten själv bekräfta eller vederlägga sin behovsbedömning, 3) avgöra om man själv kan sörja för dessa behov eller hänvisa till annan vårdgivare, 4) planera hur omvårdnadsbehoven skall tillgodoses med tanke på metod, tidpunkt samt utvärdering. Det viktigaste är inte att följa omvårdnadsprocessen utan att sjuksköterskan har den kunskap och insikt som krävs för att identifiera och tillgodose den sjukes behov.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa olika faktorer som påverkar sjuksköterskan när han/hon bedömer patientens smärta och behov av farmakologisk smärtlindring. Följande frågeställningar användes:

- Vilka faktorer påverkar sjuksköterskan vid bedömning av patientens smärta?
- Vilka faktorer påverkar sjuksköterskan vid beslut om farmakologisk smärtlindring?

Avgränsningar

Litteraturen som används berör i huvudsak sjuksköterskans perspektiv. Studierna ska ha baserats på patienter över 18 år. Artiklar som enbart behandlar smärta i samband med graviditet/förlossning och palliativ vård samt den smärtbedömning/behandling som sker utanför sjukhus har exkluderats.

METOD

En litteraturstudie har genomförts för att få svar på frågeställningarna. Enligt Polit m fl (2001) är en litteraturstudie ”a critical summary of research on a topic of interest” (s 464). Litteratur och databassökningen, kritisk granskning av artiklarna samt databearbetningen och analysen har genomförts enligt evidensbaserad bearbetning (Willman & Stoltz, 2002).

Litteratursökning

För att få relevant litteratur till bakgrunden och den teoretiska referensramen genomfördes en manuell sökning. Sökorden som använts är smärta, bedömning, behandling, pain, omvårdnadsteorier och Travelbee. En manuell sökning utfördes även i tidigare använd kurslitteratur på sjuksköterskeprogrammet.

Artikelsökning

Databaserna PubMed, CINAHL, ScienceDirect och Cochrane library identifierades som relevanta källor och har systematiskt genomförts för att få fram artiklar som svarar på våra frågeställningar. Även sökmotorn ELIN@Malmö har systematiskt genomförts. De artiklar som använts för att besvara frågeställningarna har funnits i PubMed och CINAHL. Omfattande sökningar har genomförts med olika kombinationer av sökord i ovanstående databaser men endast de som lett fram till artikelgranskning presenteras nedan i Tabell 1. Sökningarna har genomförts under november 2004.

Sökord som använts i olika kombinationer är pain management, attitudes, nurse, nurses, assessment, barriers, pain relief, fear of addiction, strategies, hospital, factors, determinants, nursing, ethnicity, nurs* role. En del artiklar har funnits efter sökning på related articles i PubMed och efter systematisk granskning av referenslistor till relevanta artiklar. De redovisas under manuell sökning i tabell 1. De begränsningar som använts i PubMed är engelska, endast artiklar med abstract, forskning på människor samt artiklar inte äldre än 10 år. I CINAHL har sökningen begränsats av att publikationsåret ska vara senare än 1997.

Tabell 1. Redovisning av artikelsökning

Databas:	Sökord:	Antal träffar:	Lästa Abstract:	Granskade artiklar:	Använda artiklar:
PubMed	Pain management nurse attitudes	94	25	8	1
PubMed	Pain management attitudes nurses	195	22	2	0
PubMed	nurses attitudes pain management assessment	46	11	2	0
PubMed	pain relief fear of addiction	8	2	1	0
PubMed	barriers to pain management nurses attitudes	31	5	1	0
Cinahl	"pain management" AND "attitudes nurses"	97	17	2	1
Cinahl	Pain management attitudes nurses	31	7	2	2
Manuell sökning				12	5

Artikelgranskning

Vid strukturell granskning av artiklarna har de kriterier som Polit m fl (2001) beskrivit använts som ram för att räknas som vetenskaplig. De avsnitt som ska granskas i en artikel är *Titel, Abstract, Introduktion, Metod, Resultat, Diskussion* och *Referenser*. Vi har gjort en sammanfattning av de använda artiklarna, denna redovisas som bilaga 1.

För att sedan bedöma artiklarnas kvalitet har två mallar från Evidensbaserad omvårdnad (Willman och Stoltz, 2002) använts. Dessa mallar har vi sammanställt till en mall samt gjort kompletteringar så att den är lämplig för vår unika granskning så som Willman och Stoltz (2002) föreslår att man kan göra. I denna mall har de olika delarna granskats utifrån specifika frågor:

- *Syfte*: Är syftet tydligt beskriven?
- *Metod*: Är metoden relevant för att få fram svar på frågan? Är metod och dataanalys tydligt beskriven? Finns etiskt resonemang?
- *Urval*: Är urvalet och urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Har urvalet randomiserats?
- *Bortfall*: Är bortfallet beskrivet och analyserat? Påverkas resultatet?
- *Resultat*: Redovisas resultatet klart och tydligt? Kan resultatet tillämpas i klinisk verksamhet? Redogör man för alla viktiga resultat?
- *Diskussion*: Diskuteras bias? Är egenkritik redovisad? Anknys resultatet till tidigare forskning? Genereras en teori?

Efter granskningen görs en sammanfattande bedömning av kvaliteten i artikeln (Willman & Stoltz, 2002). Kvalitetsbedömningen redovisas som bilaga 2.

Databearbetning och analys

Under tiden för och efter avslutad databassökning granskades alla artiklar som funnits intressanta för att bedöma kvalitet och relevans. Vid denna bedömning användes mallen från Willman och Stoltz (a a) som beskrivs ovan. Artiklarna delades upp mellan författarna för att först granskas enskilt sedan gjordes en växling av artiklar för att dessa till slut skulle vara granskade av båda författarna var för sig. Av de artiklar som båda ansåg vara relevanta och av god och tillräcklig kvalitet gjordes en resultatbedömning för att finna svar på våra frågeställningar (bilaga 3). I resultatbedömningen redovisas artikelförfattarnas resultat som bedömdes svara på frågeställningarna. Resultatet granskades och sammanställdes gemensamt. Utifrån författarnas resultat skapade vi olika kategorier som sammanfattade innehållet i de olika artikelresultaten. Kategorierna analyserades för att finna övergripande teman.

RESULTAT

I resultatredovisningen presenteras fem olika teman som identifierats under analysen och bearbetningen av artiklarna. Dessa teman som påverkar sjuksköterskans smärthantering är: *Påverkan från patienten, Aspekter hos*

sjuksköterskan som individ, Påverkan från omgivningen, Faktorn organisation/tid som påverkan samt Påverkan av attityder till analgetika. Under varje tema redovisas de framkomna resultat som berör smärtbedömningen först, därefter redovisas de resultat som berör beslutsfattande och de resultat som berör och besvarar båda frågeställningarna redovisas sist.

Påverkan från patienten

Flera artiklar tar upp att fysiska tecken såsom pulsökning och högre blodtryck inverkar på sjuksköterskans smärtbedömning. Nash m fl (1999) beskriver att sjuksköterskan har svårt att tro en patient som säger sig ha svår smärta men inte uppvisar några fysiska tecken såsom pulsökning. Det är lättare att dra slutsatsen att patienten har verklig smärta om fysiska tecken förkommer eftersom sjuksköterskan ser dessa som en objektiv markör för smärta (a a). Även Loveman och Gale (2000) visar att fysiska tecken påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. Studien visade att patienter med fysiska tecknen på smärta skattades ha högre smärta av sjuksköterskan än de utan några fysiska tecken (a a). Sjöström m fl (2000) fann att också andra fysiska tecken på smärta som pupillstorlek, kallsvettighet och gråt påverkade sjuksköterskans smärtbedömning. Fastän sjuksköterskan verkar göra en lite för snabb bedömning av patientens smärta visar Willson (2000) att sjuksköterskan använder sin tidigare kunskap om patienten, patientens ansiktsuttryck och hållning för att dra en slutsats om patientens smärta. Överhuvudtaget använder sjuksköterskan sig av både icke-verbala och verbala tecken på smärta vid bedömningen (a a). Även McCaffery m fl (2000) visar att patientens ansiktsuttryck påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. En patient som grimaserar av smärta blir trodd i högre utsträckning än en leende patient med avseende på smärta även om de har precis samma smärtintensitet. Oberoende av patientens ansiktsuttryck underskattas smärtan men en leende patients smärta blir mer underskattad av sjuksköterskan än en patient som grimaserar av smärta. Detta trots att båda hade exakt samma anamnes och uppgav samma smärtintensitet. Endast 40 % av sjuksköterskorna i studien trodde på den leende patienten men hela 78 % trodde på den patienten som grimaserade (a a). Sjöström m fl (2000) tar likaså upp att grimaser och kroppsrörelser påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. En patient som ser lidande ut men som uppger sig vara utan smärta blir inte trodd av sjuksköterskan utan hans utseende påverkar mer än hans ord (a a). Schafheutle m fl (2001) redovisar att sjuksköterskans egen uppfattning och bedömning av patientens icke-verbala beteende inverkar på smärtbedömningen hos 24 % av sjuksköterskorna. Om patienten ser ut att må bra, pratar glatt och rör sig fritt, särskilt om patienten orkar gå till rökrummet, bedömer sjuksköterskan att patienten inte har ont (a a).

Huruvida patienten är uppegående eller ej inverkar på sjuksköterskans smärtbedömning (Loveman & Gale, 2000). Mobiliserade patienters smärta skattas av sjuksköterskan vara lägre än den smärta som immobiliserade patienter upplever just på grund av rörligheten. Man fann även en skillnad mellan könen. En kvinnas smärtintensitet skattas lika oavsett om hon är rörlig eller ej, medan en mans smärta bedöms vara högre om han är orörlig (a a). Schafheutle m fl (2001) listar olika patientbeteenden, såsom skratt och god rörlighet, som en anledning till att sjuksköterskan inte frågar patienten om smärta. Sjuksköterskan uppfattar dessa beteenden som tecken på att patienten är smärtfri och anser därför inte det nödvändigt att fråga om smärta. Förutom olika patientbeteenden uppgav sjuksköterskan även sovande eller medvetslösa patienter samt patienter med kommunikationssvårigheter som anledning till att inte fråga om smärta (a a).

Sjuksköterskan på kirurgiavdelning tenderar att fokusera mer på smärta kring ett operationssår än på smärta som har andra orsaker (Manias m fl, 2002). I de fall där patienten har smärta som inte är lokaliserad till området runt operationssåret negligerar sjuksköterskan ofta patientens smärtrapportering. Det är endast de patienter som är påstridiga och som kräver lindring som sjuksköterskan diskuterar smärtan med (a a).

Nash m fl (1999) visar att sjuksköterskan tar hänsyn till patientens diagnos vid bedömning av smärta. En skillnad görs mellan smärthanteringen av patienter med akut smärta och de som är döende (a a). Orsaken till patientens sjukhusvistelse samt sjuksköterskans uppfattning om hur smärtsam patientens sjukdomsdiagnos eller undersökningen/operationen är bidrar till sjuksköterskans smärtbedömning (Schafheutle m fl, 2001). Patienter som ska bli opererade blir inte tillfrågade om eventuell smärta utan förväntas vara smärtfria (a a). Loveman och Gale (2000) tar upp att patientens diagnos i kombination med fysiska tecken är en faktor som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. Onkologipatienter med fysiska tecken på smärta skattas ha högre smärta än onkologipatienter utan fysiska tecken. Kirurgpatienter skattas ha samma smärta oavsett om de har fysiska tecken eller ej (Loveman & Gale, 2000).

Brockopp m fl (2003) fann att patientens diagnos påverkar hur mycket tid sjuksköterskan lägger ner på hantering av patientens smärta. Sjuksköterskan lägger hellre ner tid på smärthanteringen av AIDS och cancerpatienter än de patienter som själva bidragit till sitt tillstånd, exempelvis missbrukare och självmordskandidater. Sjuksköterskorna uppgav att de kände mindre med de som själva bidragit till sitt tillstånd och till följd av detta blir inte dessa patienters smärta hanterad med lika mycket energi och tid som övriga patientgrupper. De uppger också att de föredrar att spendera tid och energi på patienter som vill leva i motsats till de som vill dö (a a). Sjuksköterskan anser att det finns en skillnad mellan smärtan hos patienter med kroniska smärttillstånd och patienter med postoperativ smärta (Nash m fl, 1999). Detta leder till att smärthanteringen blir olika med tanke på vilket smärtstillande man väljer att ge samt hur länge man fortsätter att ge smärtstillande. En patients vikt påverkar även vilken dos analgetika som sjuksköterskan ger. När sjuksköterskan ska smärtlindra en stor patient ger hon direkt maxdosen medan en mindre patient får en mindre dos och eventuellt återstoden av dosen efter ett tag om smärtan inte upphört (a a).

Schafheutle m fl (2001) tar upp att sjuksköterskan upplever att patienter som inte vill ha smärtstillande eller som inte medger att de har ont är ett hinder för smärthanteringen. Patienter kan motsäga sig analgetika eftersom de bland annat är rädda för injektioner eller har en motvillighet till tabletter. Anledningen till att patienter inte medger smärta upplevs av sjuksköterskan som att vissa patienter vill vara heroiska och stå ut med smärtan istället för att få den lindrad (a a). Patienter som upplevs krävande och/eller manipulativa blir inte prioriterade av sjuksköterskan vid administreringen av smärtstillande (Nash m fl, 1999). När dessa patienter ber om smärtstillande släpper inte sjuksköterskan allt för att tillgodose patientens begäran, vilket leder till att dessa patienter inte får smärtstillande på samma villkor som övriga patienter (a a).

Aspekter hos sjuksköterskan som individ

Sjöström m fl (2000) fann att sjuksköterskans olika erfarenheter påverkar smärtbedömningen. Sjuksköterskan uppger ha lärt sig hur mycket smärta en viss sorts patient har och hur mycket smärtstillande patienten behöver och tolererar. Detta eftersom sjuksköterskan känner till det normala förloppet efter en speciell sorts operation och därmed skapar sig en modell som standardiserar patienten. En annan erfarenhet som uppges är att sjuksköterskan lärt sig lyssna på patienten eftersom smärta är ett individrelaterat fenomen och följaktligen vet patienten mest om sin smärta. Genom erfarenhet uppger sjuksköterskan även ha lärt sig olika tecken på smärta, sjuksköterskan vet vad han/hon ska titta efter (a a).

Nash m fl (1999) visar att klinisk erfarenhet av patienter med smärta leder till att sjuksköterskan utvecklar en mer sofistikerad teknik vid beslutsfattande rörande hantering av narkotikaklassad analgetika. Detta resulterar i ökad självsäkerhet vid beslut om smärtstillande. Sjuksköterskan anser att det är viktigt att vara självsäker vid beslut om givande av narkotiska preparat för att sedan kunna stå för sitt beslut och argumentera för det (a a). Sjuksköterskan uppger att genom erfarenhet har han/hon lärt sig vad som behöver göras för patienter med smärta (Sjöström m fl, 2000). Både vad man gör och hur man gör det gällande farmakologisk smärtlindring (a a).

Schafheutle m fl (2001) fann att sjuksköterskor har olika syfte med smärtlindringen av patienter. Närmare en tredjedel har som syfte att uppnå smärtfrihet medan de flesta sjuksköterskornas syfte var att försöka lindra patientens smärta i så hög grad som det är möjligt. Vilket syfte sjuksköterskan utgår ifrån beror till stor del på om sjuksköterskan gör en skillnad mellan målet med smärtlindringen och vad som anses vara möjligt eller realistiskt att uppnå (a a). I de fall där patienten under en aktivitet uppgav sig ha smärta reagerade sjuksköterskan med att fråga om patienten står ut med smärtan eller med att bekräfta att patienten gör bra ifrån sig istället för att bedöma eller lindra smärtan (Manias m fl, 2002). Drygt hälften av sjuksköterskorna uppgav att de ansåg att de gjorde ett bra arbete med att lindra postoperativ smärta. Närmare en tredjedel av sjuksköterskorna ansåg att deras arbetsinsats angående lindring av postoperativ smärta var skälig (Schafheutle m fl, 2001).

Sjuksköterskan uppger sig bara ge analgetika baserad på egen bedömning av patientens smärta. Detta eftersom sjuksköterskan inte känner förtroende för patienters och andra sjuksköterskor förmåga att använda ett smärtbedömningsverktyg på ett korrekt sätt (Willson, 2000).

När patienter uppger sig ha smärta kontrollerar sjuksköterskan medicinordinationen för att avgöra när analgetika kan ges nästa gång. Mer erfarna sjuksköterskor är i högre grad villiga att diskutera en ordination som de upplever som otillräcklig med läkaren. Mindre erfarna sjuksköterskor känner en motvilja till att diskutera med läkaren, istället söker de stöd hos de mer erfarna sjuksköterskorna när de inte är nöjda med analgetikaordinationen (Manias m fl, 2002).

Påverkan från omgivningen

Nash m fl (1999) fann att mellanmänskliga relationer har betydelse för sjuksköterskans beslutsfattande angående administreringen av narkotikaklassade analgetika. Att patienten, läkaren och sjuksköterskan har ett bra samarbete är av vikt för att uppnå en effektiv smärtlindring. När detta samarbete inte fungerar

känner sjuksköterskan en frustration över att inte kunna påverka smärtbehandlingen. Den största anledningen till att sjuksköterskan känner frustration är avsaknad av stöd från andra sjuksköterskekollegor vid smärtbehandling samt den påfrestning detta ger (a a). En del sjuksköterskor upplever läkare ovilliga till att diskutera analgetikaval eller ordinationsändring utifrån vad sjuksköterskan anser vara bäst för patienten (Schafheutle m fl, 2001). Sjuksköterskan uppger även att otillräcklig, olämplig eller ineffektiv medicinordination är ett hinder för effektiv smärtlindring. Detta innefattar otillräckligt antal dostillfällen, ingen analgetika förskrivna eller inga alternativ om den förskrivna analgetikan har dålig effekt (a a).

De oskrivna regler och normer som finns på sjukhuset/avdelningen där sjuksköterskan arbetar påverkar hur beslut om analgetika fattas (Nash m fl, 1999). Sjuksköterskan beskriver hur specifika uppfattningar och attityder påverkar beslutstagandet rörande hanteringen av smärta. Exempelvis tas det upp att 48 timmar efter operation ges inga fler analgetikainjektioner utan man övergår till peroral medicinering (a a). Även Willson (2000) tar upp att patienters smärtlindring rutinmässigt reduceras inom 48 timmar efter operation. Fastän det inte fanns någon skriven regel på att patienter inte kunde fortsätta med opioider i mer än tre dagar, följdes denna oskrivna lag utan hänsyn till patientens tillstånd. De nyutbildade sjuksköterskorna lär sig av de mer erfarna sjuksköterskorna och deras sätt att hantera smärta hos patienter. Genom att ofta rådfråga de äldre mer erfarna sjuksköterskorna vid beslut om smärtstillning med, i synnerhet, starka opioider knyts administreringen av analgetika till det traditionella utförandet snarare än till den formella utbildningen (Willson, 2000).

Faktorn organisation/tid som påverkan

Manias m fl (2002) fann att sjuksköterskans avbrott i arbetet tog en stor del av patienttiden. Att vara tvungen att gå ifrån patienten bidrar till att sjuksköterskan lägger ned mindre tid på bland annat smärtbedömning. Patienten får även vänta längre än nödvändigt för att få den efterfrågade analgetikan (a a).

Närmare hälften av alla sjuksköterskor uppgav tidsbrist som en anledning till otillräcklig smärthantering (Schafheutle m fl, 2001). Ont om personal och ökad arbetsbelastning angavs som ytterligare hinder för effektiv smärthantering. Vid otillräcklig analgetikaordination uttrycker sjuksköterskan att det är en fördröjning innan läkaren kan kontaktas, vilket leder till onödigt lidande för patienten (a a). Sjuksköterskan upplevde att det var hindrande att medicindelningstidpunkten var samma för de flesta patienter. Det var svårt att hinna med alla patienter och detta inverkar på bedömningen av smärtan (Willson, 2000). Sjuksköterskan beskriver ofta analgetikahanteringen relaterat till tid. Om patienten ska gå hem nästa dag vill sjuksköterskan inte ge narkotikaklassad analgetika utan ger hellre icke-opioider (Nash m fl, 1999). Många mål som sätts upp för patienten relaterar till tid, till exempel patienten ska skrivas ut inom 14 dagar, patienten ska sluta med opioider inom 48 timmar (Willson, 2000). Detta leder till att sjuksköterskan inte tar hänsyn till patientens tillstånd utan koncentrerar sig på tidsramen (a a).

Påverkan av attityder till analgetika

Patienter med PCA (patientkontrollerad analgetika) eller de som nyligen fått smärtstillande blir inte tillfrågade om smärta av sjuksköterskan, utan bedöms vara smärtfria (Schafheutle m fl, 2001). Samma gäller för dem som inte har haft analgetika ordinerat sista tiden (a a).

Sjuksköterskan upplever å ena sidan att rädslan för att patienten ska bli beroende av narkotisk analgetika inte påverkar deras beslut om smärtlindring. Å andra sidan framkom i olika uttalanden en återkommande oro relaterat till beroende (Nash m fl, 1999). Broekman m fl (2004) fann att hälften av sjuksköterskorna tror att beroende är en väsentlig biverkning vid långtidsanvändning av morfin vid smärta. En tredjedel av sjuksköterskorna ansåg även att långtidsanvändning av morfin orsakar dåsighet (a a). Willson (2000) tar upp att sjuksköterskan som arbetar natt är oroad över biverkningar av opioider, särskilt då dess sedativa effekt. Detta eftersom sjuksköterskan har sämre möjlighet till observation av patienten under natten. Sjuksköterskan i allmänhet föredrar svagare opioider och NSAID framför de starkare opioiderna (a a).

DISKUSSION

Diskussionen är uppdelad i två delar. I den första delen diskuteras metoden till arbetet och i den andra delen diskuteras resultatet.

Metoddiskussion

I en litteraturstudie söker man bland författarnas resultat för att finna svar på sina frågeställningar. Man utgår från deras material och försöker finna resultat som svarar på frågeställningarna. En litteraturstudie är en sammanfattning av redan befintlig material medan en empirisk studie hade kunnat tillföra kunskap inom området. Vi valde att genomföra en litteraturstudie för att sammanställa befintlig kunskap på området. Vi hade gärna sett att vi hittat fler kvalitativa studier. Detta eftersom vi upplever att dessa studier mer går in på djupet av sjuksköterskans attityder och upplevelser av en viss situation.

Under artikelsökningens gång upptäckte vi att vi hade svårt att hitta artiklar som kunde svara på våra frågeställningar. Detta har lett till att de artiklar vi använt i resultatet inte har den höga kvaliteten som vi från början strävade efter. Vi förhåller oss därför kritiska till det resultat som framkommit i studien men anser ändå att det är möjligt att dra vissa slutsatser.

Vid sökning i databaser granskade vi först titeln på artiklarna för att se om de var av intresse för oss. Verkade titeln vara relevant fortsatte vi att granska abstract och om detta verkade stämma överens med våra frågeställningar tog vi fram hela artikeln. Detta kan ha lett till att vi har missat viktiga studier om titeln inte avspeglade innehållet i artikeln. Vi avsatte de två första veckorna till att genomföra databassökningen. Denna tidsram kanske var för snäv men samtidigt kände vi att de sista sökningarna inte tillförde några nya relevanta artiklar utan det var samma artiklar som återkom, vi ansåg att vi funnit en mättnad i litteratursökningen. Detta får oss att tro att vi har funnit en hel del av de betydelsefulla artiklarna för vår studie utifrån vårt syfte samt våra avgränsningar. En anledning till att vi inte hittat så många artiklar som svarar på våra frågeställningar kan bero på att vår sökning var begränsad upp till 10 år bakåt i tiden och att forskningen inte varit prioriterad under denna tidsperiod.

Fem av våra nio utvalda artiklar har hittats dels genom att vi letade bland ”related articles” till tidigare intressanta artiklar i PubMed, dels kommer de från

referenslistor till artiklar som vi funnit och ansett vara relevanta för detta arbete. Detta kan ha lett till att vi inte ringat in hela forskningsområdet eller att artiklarna fokuserat på vissa aspekter av smärthantering. Vi är även medvetna om att det är en svaghet att vissa artiklar kommer från samma tidskrift men på grund av svårighet att finna relevanta artiklar har vi fått acceptera detta. En del intressanta abstract till artiklar har funnits i tidskrifter som varit svåra att få tag på och vi inser att detta kan vara en begränsning i arbetet.

Vi har valt att avgränsa oss till patienter över 18 år eftersom vi upplever att det inte är samma faktorer som påverkar smärtbedömningen hos barn som hos vuxna. Vi valde även att utesluta de artiklar som enbart behandlar smärta i samband med graviditet/förlossning, palliativ vård och smärta som behandlats utanför sjukhuset. Detta eftersom vi fått uppfattningen att smärtbehandlingen i de två första fallen är specifik och inte generaliserbar på patienter i övrigt, samtidigt valde vi att koncentrera oss på sjuksköterskans arbete på sjukhus för att arbetet skulle vara hanterbart. Vi har även valt att koncentrera oss på farmakologisk smärtbehandling och tar inte upp alternativ behandling såsom massage och TNS. Vi har fått uppfattningen att farmakologisk smärtbehandling är den mest frekvent förekommande smärtlindringen i Sverige och därmed det området inom smärthanteringen som berör flest patienter.

När vi startade denna litteraturstudie hade vi vissa förväntningar på vilka resultat vi skulle finna. Vi har haft detta i åtanke och försökt bredda våra sinnen. För att hantera den här svagheten har vi granskat artiklarna var för sig och sedan jämfört resultaten för att öka reliabiliteten och validiteten i arbetet.

En annan aspekt som vi är medvetna om är att vi tolkar artikelförfattarnas resultat utifrån vår förförståelse. Det redovisade resultatet måste ses i skenet av hur dessa tolkningar gjorts. Även vid översättningen av artiklarna kan vi ha feltolkat vissa ord och därmed kanske missuppfattat resultatet. Detta är en språklig begränsning.

Eftersom det är väldigt svårt att få tag på Travelbees originalverk har vi fått använda oss av Kirkevolds (2000) beskrivning av Travelbees omvårdnadsteori, vilket är en andrahandskälla. Vi utgår ifrån att hon tolkat Travelbees teori och därmed finns möjligheten att hon omedvetet lagt in sina egna värderingar och åsikter i beskrivningen av teorin. Vi värderar ändå hennes publikation som tillförlitlig.

Resultatdiskussion

Vår diskussion utgår från de fem teman som är beskrivna i resultatet. Vi anknyter och diskuterar resultatet utifrån bakgrunden och den teoretiska referensramen samt utifrån våra egna tankar och reflektioner. Vi har knutit an Travelbees teori till de funna resultat där vi anser att omvårdnaden skulle ha kunnat förbättras om sjukvårdspersonalen utgått från denna teori.

Påverkan från patienten

Nash m fl (1999), Loveman och Gale (2000) och Sjöström m fl (2000) tar i sina studier upp att sjuksköterskan ser fysiska tecken som en markör för smärta och att detta påverkar smärtbedömningen. Dessa fysiska funktioner klarar inte kroppen av att upprätthålla en längre tid utan så småningom normaliseras de (Hawthorn och Redmond, 1999). Alltså kan patienter som haft smärta länge fortfarande ha svår smärta utan att uppvisa några fysiska tecken. Det är viktigt att sjuksköterskan har

tillfredsställande kunskap om kroppens reaktion på smärta för att bättre förstå patientens fysiska reaktioner och på det sättet förbättra sin smärtbedömningsförmåga. Sjuksköterskan ska enligt SFS 1998:531 utföra omvårdnaden utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskorna i dessa studier tillämpar inte detta då de inte verkar ha tillräcklig kunskap om kroppens reaktion på smärta. Travelbee (Kirkevold, 2000) tar upp att när sjuksköterskan identifierar patientens omvårdnadsbehov ska han/hon samtala med patienten för att bekräfta sin behovsbedömning. Om sjuksköterskorna i studierna kommunicerat med patienterna skulle inte bedömningen av smärta vara beroende av de fysiska tecknen utan av patienternas egna uttalade behov.

Både verbala och icke-verbala tecken på smärta inverkar på sjuksköterskans bedömning. Patientens ansiktsuttryck är ett av de icke-verbala tecknen som påverkar smärtbedömningen (Willson, 2000; McCaffery m fl, 2000). Även graden av och förmågan till mobilisering påverkar sjuksköterskans smärtbedömning (Loveman & Gale, 2000). Schafheutle m fl (2001) tar upp att sjuksköterskan inte frågar patienter som sover om de har smärta eftersom han/hon antar att patienten är smärfri. En fara i att bedöma patientens smärta utifrån beteendet är att åtskilliga patienter ändrar sina beteenden för att göra smärtan uthärdlig. Exempelvis tar Hawthorn och Redmond (1999) upp att patienter som tidigare legat stilla och tysta börjar prata med vänner och intressera sig för teven för att hantera sin smärta bättre. En del patienter försöker somna för att på så vis undfly smärtan i sömnen (a a). Detta visar bland annat varför det inte är tillförlitligt att bedöma patienters smärta utifrån beteendet.

Patienter som upplevs som krävande eller manipulativa av sjuksköterskan prioriteras inte vid administrering av smärtstillande (Nash, 1999). Brockopp m fl (2003) synliggör att sjuksköterskor inte spenderar lika mycket tid och energi på smärthantering av patienter som själva bidragit till sitt tillstånd som de gör till övriga patienter. Sjuksköterskorna uppger att de inte känner lika mycket med dessa patienter (a a). Att sjuksköterskans egna värderingar och uppfattningar inverkar på smärthanteringen är inte förenligt med hälso- och sjukvårdslagen. I SFS 1982:763 står det att vården skall bedrivas på lika villkor för hela befolkningen. Då kan sjuksköterskan inte anpassa omvårdnaden utifrån egna förutfattade meningar om vissa patienter och patientgrupper. Anledningen till att patienten ligger på sjukhuset får inte inverka på hur patienten blir bemött eller behandlad som människa.

Patientens diagnos påverkar både sjuksköterskans smärtbedömning och beslut om smärtstillande (Brockopp m fl, 2003; Schafheutle m fl, 2001). Loveman och Gale (2000) fann även att patientens kön i kombination med rörlighet påverkade sjuksköterskans smärtbedömning. Almås (2002) skriver att smärta är en personlig upplevelse och att patienten är beroende av att sjuksköterskan gör en riktig tolkning av den beskrivna smärtupplevelsen. Även Travelbee (Kirkevold, 2000) beskriver lidande som ett personligt fenomen. Det är viktigt att förhålla sig till individens syn på sjukdom och lidande och inte till den egna bedömningen eller den medicinska diagnosen i omvårdnaden. Att se patienter som att de tillhör olika kategorier leder till att sjuksköterskan får en generaliserande människosyn och är enligt Travelbee en felaktig utgångspunkt (a a).

Överlag i studierna tenderar sjuksköterskor att inte lyssna på vad de olika patienterna säger om smärtan utan bildar egna uppfattningar om patienters smärta

utifrån utseende, beteende och diagnos. Detta stämmer inte överens med McCaffery och Beebes (1994) definition av smärta. De framhåller att smärta är vad patienten säger att det är och att den existerar när patienten säger att den gör det. Det är patientens upplevelse av smärtan som är det viktiga och inte sjuksköterskans uppfattning och tolkning av denna (a a). Om sjuksköterskan exempelvis hade använt sig av ett smärtskattningsinstrument såsom VAS eller frågat patienten om smärta hade han/hon haft en möjlighet att ta reda på patientens självskattade smärta. Att tro att man som sjuksköterska kan göra en bättre bedömning av patientens smärta än patienten själv kan vara en anledning till att problematiken med otillräcklig smärtlindring fortfarande existerar. Detta synsätt leder inte till att man är patientens advokat och står på dennes sida utan till att man ställer sig som domare över patientens situation. Det faktum att patienterna inte blir trodda kan vara en betydande anledning till att det finns skillnader i skattning mellan sjuksköterskan och patienterna.

Aspekter hos sjuksköterskan som individ

Olika erfarenheter inverkar på sjuksköterskans smärtbedömning (Sjöström m fl, 2000). En erfarenhet är att sjuksköterskan lärt sig hur mycket smärta en viss sorts patient har. Detta får konsekvensen att sjuksköterskan standardiserar patienter efter det som anses vara det normala förloppet vid ett specifikt tillstånd. Travelbee (Kirkevold, 2000) skriver att det är viktigt att sjuksköterskan inte tolkar patienten utifrån andra liknande patienter han/hon vårdat tidigare. Sjuksköterskan måste kunna se till individen, bortom patientstämpeln, för att kunna göra omvårdnaden individuell utifrån patientens egna förutsättningar. Sjöström m fl (2000) tar även upp erfarenheten att sjuksköterskan har lärt sig lyssna på patienten. Detta stämmer bättre överens med Travelbees omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000) och är enligt oss en mer eftersträvarvärd erfarenhet.

En viktig erfarenhet som Nash m fl (1999) tar upp är att sjuksköterskan genom att tidigare vårdat patienter med smärta har utvecklat sin teknik och kunnande rörande beslut om analgetikaadministrering. Detta resulterar i ökad självsäkerhet vad gäller smärthantering (a a). Det är viktigt att man som sjuksköterska utvecklas inom sin profession och blir stark i sin roll genom ökat självförtroende. Om sjuksköterskan lärt sig hantera smärta utifrån erfarenhet som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 1998:531) är detta en positiv kunskap och förhoppningsvis leder detta till god omvårdnad. I de fall sjuksköterskan inte fått erfarenhet utifrån ovan nämnda kriterier kan den förvärvade kunskapen vara negativ och till skada för patienten.

Vilket syfte sjuksköterskan har med smärtlindringen påverkar smärtbedömningen och smärthanteringen (Schafheutle m fl, 2001). Om sjuksköterskan strävar efter total smärtlindring eller bara försöker lindra smärtan så gott det går kan det få olika konsekvenser på smärthanteringen. Den sjuksköterska som försöker lindra smärtan så gott det går kanske nöjer sig med att reducera smärtan medan sjuksköterskan som förväntar sig se patienten smärtfri fortsätter anstränga sig för att försöka uppnå total smärtlindring.

Majoriteten av sjuksköterskorna i Schafheutle's studie (2001) ansåg att deras arbetsinsats rörande smärthantering av postoperativ smärta var tillräcklig. Wallace m fl (1995) fann att när sjuksköterskan fick uppge olika hinder för effektiv smärtlindring nämnde han/hon inget om sitt eget arbete utan påpekade endast svagheter hos annan personal. Det faktum att sjuksköterskorna tycker att de gör

ett bra jobb kan leda till att de inte inser problemet med otillräcklig smärtlindring och därmed inte försöker förbättra situationen för patienterna. En konsekvens av detta resultat är att utbildning förmodligen inte skulle göra någon stor skillnad i deras arbetssätt, eftersom de i sina egna ögon gör ett bra arbete. Om sjuksköterskan i allmänhet skulle bli uppmärksam på att problemet med otillräckligt smärtlindrade patienter fortfarande existerar skulle detta kunna underlätta för dem att inse sina eventuella brister och därmed försöka genomföra en förändring till det bättre. Hur man skulle kunna angripa problemet är fortfarande oklart även om det finns mycket forskning på området. Att sjuksköterskan som kollektivt inte inser den otillräckliga hanteringen av smärta kan vara en anledning till att smärtproblematiken varit känd en längre tid men fortfarande inte är optimal.

Erfarna sjuksköterskor är mer villiga till att diskutera analgetikaordinationer med läkaren än de mindre erfarna sjuksköterskor som hellre vänder sig till sjuksköterskekollegor för att diskutera en ordination (Manias m fl, 2002). Detta kan bero på den hierarki som råder inom sjukvården. De mindre erfarna sjuksköterskorna kanske ser läkaren som en auktoritet och vågar därför inte diskutera patientens analgetika med denne. En sådan syn är inte något att sträva efter och underlättar varken för patienten eller för sjuksköterskan och leder troligtvis till sämre omvårdnad.

Påverkan från omgivningen

Nash m fl (1999) och Willson (2000) redogör båda för att oskrivna regler och normer påverkar sjuksköterskan vid beslut om smärtstillande. Dessa oskrivna regler och normer som finns på en arbetsplats kan göra att sjuksköterskan känner sig tvungen att följa dessa för att inte blir utestängd ur gemenskapen i arbetsgruppen. Detta kan leda till att sjuksköterskan rätar in sig i leden istället för att gå mot strömmen eftersom detta är mindre påfrestande. Willson (2000) visar att nyutbildade sjuksköterskor lär sig smärthantering av de mer erfarna sjuksköterskorna. Det blir följaktligen det traditionella utförandet som styr analgetika-administreringen i högre grad än den formella utbildningen. Till följd av detta kan den obefogade rädslan för beroende, missbruk och andningsdepression som existerar (Hawthorn & Redmond, 1999) fortsätta att spridas på sjukhusen även om sjuksköterskan i den formella utbildningen erhåller riktig kunskap kring ämnet.

En del sjuksköterskor upplever läkare som ovilliga till att diskutera analgetikaval eller ordinationsändringar (Schafheutle m fl, 2001). Detta kan leda till att patienten inte får tillräckligt med eller olämplig analgetika eftersom det är läkaren som ordinerar smärtstillande. Vi ställer oss frågande till varför läkaren är ovillig att diskutera en sådan sak som är betydelsefull för patientens välbefinnande. Vi anser åtminstone att läkaren, sjuksköterskan och patienten ska kunna föra en produktiv dialog angående smärthanteringen eftersom det visat sig vara ett så problematiskt område.

Faktorn organisation/tid som påverkan

Flera studier tar upp olika aspekter av arbetsmiljön och arbetsorganisationen som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning och beslut om analgetika negativt (Manias m fl, 2002; Schafheutle m fl, 2001; Willson, 2000). Exempel på dessa faktorer är avbrott i arbetet, ont om personal och ökad arbetsbelastning som leder till tidsbrist samt det faktum att tidpunkten för medicindelning var samma för de flesta patienter. Dessa olika faktorer är ofta en realitet inom sjukvården i Sverige.

Det ökade arbetstempot som följer av kortare vårdtider leder till en högre arbetsbelastning. En följd av detta kan bli att patienter får mindre effektiv smärtbehandling, vilket inte överensstämmer med hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård (SFS 1982:763). Att hellre se till ekonomiska vinningar framför patienters bästa är beklagligt och stämmer inte överens med de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen. Tidsbrist hos sjukvårdspersonalen kan även leda till att övrig omvårdnad försämras. Om patienten lider av muntorrhet, är orolig eller törstig förstärks smärtan och att inte hinna avhjälpa detta leder till sämre omvårdnad.

Många mål som sätts upp för patienten är tidsrelaterade (Nash m fl, 1999 och Willson, 2000). När man gör detta utgår man inte från patientens individuella behov, vilket Travelbee (Kirkevold, 2000) tar upp som en av de viktigaste faktorerna i omvårdnaden. Under omvårdningsprocessen ska sjuksköterskan genom samtal med patienten bekräfta sin bedömning av patientens behov. Sjuksköterskan ska även planera hur omvårdningsbehoven ska tillgodoses med tanke på metod, tidpunkt samt utvärdering. Om sjuksköterskan inte samtalat med patienten om de olika omvårdningsbehoven kan inte planeringen utföras på rätt sätt. Eftersom alla patienter är olika blir också utvecklingen av deras tillstånd olika och därför kan det vara svårt att sätta upp tidsrelaterade mål. I stället borde man sätta upp mål efter patientens funktionella förmåga. Exempelvis kan patienten efter en bukoperation åka hem när man vet att magen kommit igång och fungerar och på så sätt undvika de tidsrelaterade målen och göra omvårdnaden mer individanpassad.

Påverkan av attityder till analgetika

Nash m fl (1999) tar upp att sjuksköterskorna å ena sidan upplever att rädsla för beroende av narkotiska preparat inte påverkar deras beslut om smärtlindring. Å andra sidan framkommer en återkommande oro relaterad till beroende vid användning av opioid analgetika. Denna oro är ofta obefogad eftersom det enligt Hawthorn och Redmond (1999) finns en överdriven rädsla för beroende relaterat till opioider hos sjukvårdspersonal. Killander m fl (1999) tar upp att det praktiskt taget är omöjligt att skapa ett beroende vid korrekt användning av morfin. Denna ogrundade rädsla för beroende av opioider kan leda till att sjuksköterskan inte följer principen med WHO: s smärtrappa. Rädslan kan göra att sjuksköterskan stannar på första eller andra steget och inte vågar fortsätta till det tredje steget med de starkare opioider även om patienten inte är smärtlindrad. Vi undrar om det faktum att sjuksköterskorna uppger att rädslan inte påverkar smärthanteringen men sedan ändå låter det inverka på beslutet kan vara ett tecken på att sjuksköterskan delvis är omedveten om vad som påverkar hans/hennes beslut om smärtstillande.

Broekman m fl (2004) fann att hälften av sjuksköterskorna tror att beroende automatiskt kommer som en biverkning vid långtidsanvändning av morfin som smärtstillande. Willson (2000) visar att framför allt nattsjuksköterskan är oroad över opioiders biverkningar och då särskilt dess sedativa effekt. Sjuksköterskor i allmänhet föredrar svagare opioider och NSAID framför de starkare opioiderna (a a). Det kan vara mer invecklat att använda opioider som smärtstillning än NSAID eftersom opioider inte har något tak för smärtstillningseffekten. Om smärtstillning inte uppnåtts kan man höja dosen så länge biverkningarna inte blir problematiska (Hawthorn & Redmond, 1999). Detta kan göra att sjuksköterskan blir osäker på när maxgränsen är nådd och istället väljer att ligga på en lägre nivå för att undvika

biverkningar. Att vara oroad över biverkningar till en viss sorts medicin kan i slutändan leda till att patienter blir undermedicerade, vilket Hawthorn och Redmond (1999) tar upp. Om det är nattsjuksköterskan som är orolig och inte vågar ge mer analgetika kan det få ännu en negativ effekt genom att otillräcklig smärtlindring kan leda till sömnlöshet. Killander m fl (1999) skriver att upplevelsen av lidande och smärta ökar när patienten inte kan sova och detta är inte till gagn för patienten. Vi konstaterar återigen att om man hade litat på patientens förmåga till att rapportera smärta och biverkningar skulle problemet med oro förmodligen inte vara så stort. Det är även viktigt att sjuksköterskan inhämtar kunskap om smärtlindring för att på så sätt öka självförtroendet och förbättra sin smärthanteringsförmåga.

Slutsatser

Syftet med föreliggande studie var att belysa de faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning och beslut angående farmakologisk smärtlindring. Vi kan i efterhand konstatera att detta är ett komplext område där flera olika faktorer tillsammans påverkar sjuksköterskan.

Under tiden som vi har bearbetat materialet har vi identifierat vissa övergripande faktorer som påverkar sjuksköterskan vid smärthantering. De olika faktorerna påverkar säkerligen olika sjuksköterskor i varierande utsträckning. Vi anser det dock vara av vikt att presentera dessa för att sjuksköterskan ska få kännedom och insikt i de faktorer som kan inverka på smärthanteringen.

De fysiska tecknen och beteendet patienten uppvisar samt förmågan till mobilisering är faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning. Beroende på vilken analgetika samt när patienten fick denna är även faktorer som inverkar på sjuksköterskans bedömning.

Krävande och manipulativa patienter och patienter som uttrycker motvilja till analgetika samt vilket syfte sjuksköterskan har med smärtlindringen påverkar vilket beslut om farmakologisk smärtlindring som sjuksköterskan fattar. Rädsla för beroende och biverkningar samt otillräcklig eller felaktig ordination påverkar sjuksköterskans beslutsfattande. Även samarbetet med andra yrkeskategorier samt de osynliga regler och normer som existerar på arbetsplatsen inverkar på beslut om farmakologisk smärtlindring.

Flera faktorer har funnits svara på båda våra frågeställningar. Vilken diagnos patienten har, sjuksköterskans erfarenheter och självförtroende och avbrott i arbetet och tidsbrist påverkar både sjuksköterskans smärtbedömning samt beslut om farmakologisk smärtlindring. Även det faktum att sjuksköterskan lär sig smärthantering av mer erfarna kollegor i större utsträckning än av den formella utbildningen är en faktor som påverkar både smärtbedömning och beslut om farmakologisk smärtlindring.

För att underlätta smärthanteringen har vi avslutningsvis funnit vissa rekommendationer som kan vägleda sjukvårdspersonal för att på så sätt förbättra smärthanteringen.

- Lita på patienten – han/hon är expert på sin smärta eftersom smärta är en personlig upplevelse.
- Se patienten som en individ – upplevelsen av smärta är individuell och är inte överförbar till hela patientkollektivet
- Lyssna till patienten – smärta är vad patienten säger att det är och existerar när patienten säger att den gör det
- Vårda och behandla hela patienten – smärta består av flera dimensioner
- Samarbeta – sjukvårdspersonalen måste samarbeta med varandra och patienten för att göra smärtbehandlingen optimal

Framtida värde och vidare forskning

Målet med litteraturstudien är att synliggöra de faktorer som påverkar sjuksköterskans hantering av smärta, så att sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal kan få kännedom om de omständigheter som påverkar bedömning och beslut angående smärta. Denna insikt kan förhoppningsvis leda till att behandlingen av patienter med smärta blir effektivare och på så sätt minska lidandet. En förhoppning är att arbetet ska locka läsaren till att reflektera kring och föra dialog angående smärtproblematiken och hur man kan göra framsteg.

Denna litteraturstudie kan ses som första steget i en forskningsprocess och vidare forskning i form av framförallt empiriska studier efterlyses. Ett önskemål vore mer forskning kring de faktorer som resultatet mynnat ut i men även undersökningar kring hur exempelvis etnicitet och kön påverkar både ur sjukvårdspersonalens och ur patientens perspektiv. Vi anser även att forskning kring patienters, läkares och övrig sjukvårdspersonals syn på smärta och behandling av denna behövs för att kunna få en helhetsbild av problemet.

Flertalet av studierna som använts i resultatet är gjorda utanför Sverige och vi är medvetna om att smärthanteringen och synen på denna skiljer sig åt mellan länder. Vi har dock funnit att liknande resultat presenteras i flera artiklar och med detta i åtanke känner vi att resultaten är överförbara på svenska förhållanden.

REFERENSER

- Abbott F V, Gray-Donald K, Sewitch M J, Johnston C C, Edgar L & Jeans M-E (1992) The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain*, 50, 15-28.
- Almås H Red (2002) *Klinisk omvårdnad: del 1*, Finland: WS Bookwell.
- Bjålie J G, Haug E, Sand O, Sjaastad Ø V, Toverud K C (2001) *Människokroppen - fysiologi och anatomi* (tredje upplagan), Danmark: Aarhus Stiftsbogtrykkerie.
- Brattberg G, Thorslund M & Wikman A (1989) The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*, 37, 215-222.
- Brockopp D Y, Ryan P & Warden S (2003) Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients. *British Journal of Nursing*, 12(7), 409-415.
- Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A & Evers G (2004) Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 183-189.
- Coll A M, Ameen J R.M & Moseley L G (2004) Reported pain after day surgery: a critical literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1), 53-65.
- Costantini M, Viterbori P & Flego G (2002) Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(3), 221-230.
- Donovan M, Dillon P & McGuire L (1987) Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain*, 30, 69-78.
- Drayer R A, Henderson J & Reidenberg M (1999) Barriers to better pain control in hospitalized patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17 (6), 434-440.
- Ericson E & Ericson T (2002) *Medicinska sjukdomar; specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi* (andra upplagan), Lund: Studentlitteratur.
- Field L (1996) Are nurses still underestimating patients' pain postoperatively? *British Journal of Nursing*, 5 (13), 778-784.
- Hawthorn J & Redmond K (1999) *Smärta – bedömning och behandling*, Lund: Studentlitteratur.
- International Association for the Study of Pain (1979) Subcommittee on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage. *PAIN*, 6, 249-252.

- Juhl I U, Christensen B V, Bülow H H, Wilbek H, Dreijer N C & Egelund B (1993) Postoperative pain relief, from the patients' and the nurses' point of view. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 37, 404-409.
- Killander, E, Modig, G & Nilsson, G (1999) *Tro på patienten – behandling av tumörrelaterad smärta* Andra upplagan, Lund; Studentlitteratur.
- Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering* Andra upplagan, Lund; Studentlitteratur.
- Loveman E & Gale A (2000) Factors influencing nurses' inferences about patient pain. *British Journal of Nursing*, 9 (6), 334-337.
- Manias E, Botti M & Bucknall T (2002) Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733.
- McCaffery M & Beebe A (1994) *Pain: Clinical manual for nursing practice* (UK edition), England: Mosby.
- McCaffery M, Ferrell B R & Pasero C (2000) Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Management Nursing*, 1(3), 79-87.
- Nash R, Yates P, Edwards H, Fentiman B, Dewar A, McDowell J & Clark R (1999) Pain and the administration of analgesia: what nurses say? *Journal of Clinical Nursing*, 8, 180-189.
- Polit, D F, Beck, C T & Hungler, B P (2001) *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Femte upplagan, Philadelphia; Lippincott.
- Puntillo K, Neighbor M & Nixon R (2003) Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 4(4), 171-175.
- Redke, F (1999) *Smärta*, Lund; Studentlitteratur.
- Salomon L, Tcherny-Lessenot S, Collin E, Coutaux A, Levy-Soussan M, Legeron M-C, Bourgeois P, Cesselin F, Desfosses G & Rosenheim M (2002) Pain prevalence in a French teaching hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(6), 586-592.
- Schafheutle E I, Cantrill J A & Noyce P R (2001) Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 33 (6), 728-737.
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen.
- SFS 1998:531 Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

- Sjöström B, Dahlgren L O & Haljamäe (1999) Strategies in postoperative pain assessment: validation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, 247-258.
- Sjöström B, Dahlgren L O & Haljamäe H (2000) Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 111-118.
- Socialstyrelsen (1996) Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. *Allmänna råd från socialstyrelsen 1995:5* Stockholm.
- SOSFS 1993:20 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournalagen.
- Wallace K G, Reed B A, Pasero C & Olsson G L (1995) Staff nurses' perceptions of barriers to effective pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(3), 204-213.
- Werner M & Strang P Red (2003) *Smärta och smärtbehandling*, Stockholm: Liber AB.
- WHO (World Health Organisation) <http://www.who.int/search/PainLadder>>WHO's pain ladder; 2004-12-08 11.30.
- Willman A & Stoltz P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, Lund: Studentlitteratur.
- Willson H (2000) Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1145-1154.
- Yates P, Dewar A, Edwards H, Fentiman B, Najman J, Nash R, Richardson V & Fraser J (1998) The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 521-530.

BILAGOR

Bilaga 1: Artikelsammanfattning

Bilaga 2: Kvalitetsbedömning

Bilaga 3: Resultatbedömning

Bilaga 1 Artikelsammanfattning

Författare: Brockopp D Y, Ryan P & Warden S (2003)

Titel: Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients

Land: USA

Syfte: Att bedöma existensen och påverkan av förutfattade meningar om vissa specifika patientgrupper på sjuksköterskans hantering av smärta.

Metod: Kvantitativ studie med kvalitativa inslag. 422 sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter fick identifiera den tid och energi de skulle lägga ned på att hantera smärtan hos vissa patientgrupper om alla patienter hade samma smärtgrad. Sedan hölls en diskussion med 64 sjuksköterskor om förutfattade meningars inverkan på smärthanteringen.

Resultat: De patientgrupper som fick mest tid var cancerpatienter och patienter med AIDS. Minst tid fick de patienter som hade ett missbruk och de som hade försökt begå självmord. Äldre hamnade någonstans mittemellan.

Författare: Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A & Evers G (2004)

Titel: Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital

Land: Belgien

Syfte: Undersöka sjuksköterskans attityder till smärtbehandling med opioider

Metod: En tvärsnittsstudie gjordes på fem avdelningar på ett belgiskt universitetssjukhus. Av 350 sjuksköterskor som valdes ut deltog 312. De svarade på en enkät om attityder gentemot opioider (Opioid attitude scale, OAS)

Resultat: Nästan hälften av sjuksköterskorna trodde att beroende var en bieffekt vid långtidsanvändning av morfin. En tredjedel trodde att långtidsanvändning av morfin ledde till dåsighet.

Författare: Loveman E & Gale A (2000)

Titel: Factors influencing nurses' inferences about patient pain

Syfte: Att undersöka effekten av variablerna (diagnos, fysiska tecken, mobilitet och kön) i en forskningsdesign.

Land: Storbritannien

Metod: Kvantitativ studie med kvalitativa inslag. Först genomfördes intervjuer med 10 sjuksköterskor under 30 minuter för att diskutera deras erfarenheter av patienter med smärta. Utifrån deras svar kom man fram till fyra variabler som sattes in i olika kombinationer och ledde fram till 16 vignetter i en enkät. Denna enkät skickades ut till 60 sjuksköterskor varav 27 svarade.

Resultat: Patienter som uppvisar fysiska tecken på smärta skattas också högre. De patienter som är rörliga skattas med lägre smärta. Olika faktorer interagerade såsom kön och rörlighet, fysiska tecken och diagnos samt fysiska tecken och rörlighet.

Författare: Manias E, Botti M & Bucknall T (2002)

Titel: Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice

Land: Australien

Syfte: Att identifiera hinder som omger sjuksköterskans smärtrelaterade beslut. Att undersöka hur effektivt det är med observationsmetoden för att utforska sjuksköterske-patient interaktionen vid bedömning av patienter på sjukhus.

Metod: Kvalitativ studie. Observationer utfördes på en kirurgiavdelning under vad författaren ansåg vara nyckelperioder för aktiviteter relaterade till smärta. Sammanlagt blev det sex stycken 2-timmars perioder som observerades två gånger, alltså 12 observationer med 12 olika sjuksköterskor. Efter observationen ställdes klagörande frågor angående upplevda svårigheter.

Resultat: Fyra teman presenterades: Avbrott vid smärtrelaterade aktiviteter, Uppmärksamhet av patientens smärtbeteende, Sjuksköterskans olika tolkningar av patientens smärta, Sjuksköterskans försök att tillgodose olika krav från läkare, patienter och andra sjuksköterskor.

Författare: McCaffery M, Ferrell B R & Pasero C (2000)

Titel: Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses

Land: USA

Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskans personliga åsikt om smärtintensitet påverkar beslut om bedömning som journalføres och titrering av opioiddosen för att lindra svår smärta.

Metod: Kvantitativ studie. En enkätundersökning delades ut till sjuksköterskor som närvarade vid smärtnkonferenser på 20 olika platser i USA. Av 1276 besvarade enkäter valdes 400 ut för dataanalys.

Resultat: Sjuksköterskorna trodde i högre grad på en grimaserande patients självskattade smärta än en leende patients självskattade smärta. De var också mer benägna att öka den grimaserande patientens opioiddos än den leende patientens opioiddos.

Författare: Nash R, Yates P, Edwards H, Fentiman B, Dewar A, McDowell J & Clark R (1999)

Titel: Pain and the administration of analgesia: what nurses say?

Land: Australien

Syfte: Beskriva sjuksköterskans uppfattning av patientens smärta. Utforska sjuksköterskans uppfattning och attityder angående administrering av narkotikaklassad analgetika.

Metod: Kvalitativ studie. Tre fokuserade gruppintervjuer genomfördes med 19 registrerade sjuksköterskor i Brisbane, Australien med urval baserat på lämplighet (convenience sample). Intervjuerna varade i 60-75 minuter och man använde sig av en frågeguide.

Resultat: Resultatet beskrevs under följande rubriker: Sjuksköterskan har den huvudsakliga rollen i smärthanteringen, Sjuksköterskans bedömning och beslut angående smärthantering, Individuella faktorer som påverkar och Påverkan av andra vid beslut.

Författare: Schafheutle EI, Cantrill J & Noyce P (2001)

Titel: Why is pain management suboptimal on surgical wards?

Land: Storbritannien

Syfte: Undersöka sjuksköterskans syn och uppfattning av kända och omedvetna hinder för effektiv smärthantering på kirurgiavdelningar och urologiavdelningar.

Metod: Kvantitativ studie. Ett frågeformulär, innehållande öppna och slutna frågor, har designats av författarna efter observationer. 335 enkäter lämnades ut till sjuksköterskor på urologi och kirurgi avdelningar. 180 enkäter returnerades vilket ger en svarsfrekvens på 53,7 %. Svaren till de öppna frågorna grupperades enligt kategorier.

Resultat: Dessa resultat tas upp: Sjuksköterskans orsaker att inte fråga om smärta under medicindelning, Sjuksköterskans attityd till och syfte med smärtlindring (helt-delvis), Sjuksköterskans upplevelse av den egna, och kollegors, förmåga av smärtlindring för patienten. Sjuksköterskorna fick skriva vad de upplevde som hinder: Organisatoriska hinder, Analgetikaförskrivningshinder och Patienthinder.

Författare: Sjöström B, Dahlgren LO & Haljamäe H (2000)

Titel: Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy

Land: Sverige

Syfte: Beskriva det "professionella tänkandet" under smärtbedömning. Bestämma om dessa bedömningar överensstämmer med patientens bedömningar.

Metod: Kvalitativ studie med kvantitativa inslag. 30 sjuksköterskor och 30 läkare intervjuades utifrån en fenomenografisk ansats. Första intervjun fokuserade på tidigare erfarenheter och den professionella rollen. Den andra utfördes strax efter en smärtbedömning och inriktades på tankesättet under bedömningen. Även skattning av patientens smärta enligt VAS-skalan utfördes.

Resultat: Olika kategorier identifieras vad gäller bedömningen av patientens smärta. Patientens beteende och tidigare erfarenhet hos personalen presenteras i åtta kriterier, i fråga om bedömning. Antalet, i procent, som använde de olika kriterierna och diskrepansen mellan smärtbedömning hos vårdpersonal och patienter redovisas dessutom.

Författare: Willson H (2000)

Titel: Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip

Land: Storbritannien

Syfte: Undersöka vilka faktorer sjuksköterskan tar med i beräkning när hon/han administrerar analgetika efter operation av en höftfraktur.

Metod: Kvalitativ studie. Deltagande observation genomfördes på tre avdelningar utifrån en etnografisk multiple-case studie. En patient valdes representativt ut på varje avdelning och informanter var nio sjuksköterskor som hade hand om dessa patienter. Även semistrukturerade intervjuer genomfördes och patientanteckningar granskades. Författaren utgick från en teoretisk referensram som gick ut på att människor, situationer och omgivningen styr sjuksköterskans beslut.

Resultat: Författaren fann att tid, organisation, påverkan av det multidisciplinära teamet, oro över opioider och erfarenhet påverkar sjuksköterskans bedömning och beslut.

Bilaga 2: Kvalitetsbedömning

Artikel:	Metod:	Urval/Bortfall:	Syfte:	Resultat:	Diskussion (bias):	Kval. Bedömning:
Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients Brockopp m fl (2003)	Metod och dataanalysen väl beskriven Tar ej uttryckligen upp att studien är etiskt granskad	Urvalet och urvalsförfarandet beskrivit. Bortfall beskrivet men ej analyserat.	Utforska existensen och påverkan av förutfattade meningar om specifika patientgrupper vid sjuksköterskans smärthantering Tydligt beskrivet	Bra resultatredovisning av kvantitativ data. Saknar citat från kvalitativ data i resultatredovisningen (finns i diskussionen).	Bra diskussion av resultatet men saknar anknytning till tidigare forskning. Diskuterar heller inte några bias i studien.	Välskriven artikel. Saknar dock diskussion kring bias – en svaghet.
Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital Broekman m fl (2004)	Metoden och dataanalysen väl beskriven. Etiskt granskad	Randomiserat urval. Bra beskrivit. Bortfall beskrivit men inte analyserat.	Undersöka sjuksköterskans attityder till smärtbehandling med opioider på ett Belgiskt universitetssjukhus Tydligt beskrivet	Svårförståelig redovisning av resultatet.	Bra resultat och metoddiskussion Beskriver olika metodologiska begränsningar. Har anknutit resultatet till tidigare forskning.	Välskriven artikel överlag endast resultatet som är svårförståeligt. Ingen bortfallsanalys dock

<p>Factors influencing nurses' inferences about patient pain</p> <p>Loveman & Gale (2000)</p>	<p>Bra beskriven metod och dataanalys.</p> <p>Etiskt granskad</p>	<p>Urvalet bra beskrivet. Högt bortfall (55 %) som inte är beskrivet eller analyserat.</p>	<p>Göra en studie för att utforska påverkan av 4 variabler (diagnos, fysiska tecken, rörlighet & kön)</p> <p>Otydligt syfte – vad ska variablerna påverka?</p>	<p>Kort men lättförståelig och tydligt beskriven resultatredovisning.</p>	<p>Bra diskussion som tar upp ev bias och begränsningar. Har emellertid inte diskuterat huruvida bortfallet påverkat resultatet. Resultatet diskuteras utifrån tidigare forskning.</p>	<p>Begränsningar och bias tas upp. Ingen bortfallsanalys trots stort bortfall – stor svaghet med studien</p>
<p>Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses</p> <p>McCaffery m fl (2000)</p>	<p>Metoden tydligt beskriven, repeterbarhet möjlig.</p> <p>Etiskt granskad</p>	<p>Urvalsförfarandet samt urvalet tydligt beskrivet. Randomiserat urval. Inget bortfall beskrivet.</p>	<p>Utforska hur sjuksköterskans personliga åsikter om smärtintensitet påverkar beslut om bedömning som journalføres och titrering av opioiddosen för att lindra svår smärta.</p> <p>Tydligt beskrivet.</p>	<p>Resultatet tydligt redovisat. Svarar på syftet.</p>	<p>Bra diskussion som diskuterar sitt resultat utifrån annan litteratur. Tar upp begränsningar med studien.</p>	<p>Bra beskriven metod och urval. Tar upp begränsningar med studien. Diskuterar och redogör inte för något bortfall - en svaghet.</p>

<p>Observation of pain assessment & management - the complexities of clinical practice</p> <p>Manias m fl (2002)</p>	<p>Studiedesignen beskrivs bra, Dataanalys bra beskriven Granskad och godkänd</p>	<p>Urvalet beskrivs, att randomisering använts Diskuterar ej bortfallet</p>	<p>Utforska sjuksköterske-patient interaktionen och finna hinder som omger sjuksköterskans smärthanterings beslut</p> <p>Tydligt beskrivet</p>	<p>Fyra teman presenteras på ett tydligt sätt</p>	<p>Resultatet diskuteras gentemot andra forskares resultat Tar upp svagheter, det är svårt att generalisera resultatet men kan användas för att föra en diskussion med personal, vanor ändras pga observation</p>	<p>Kvantitativa dataanalysen bra beskriven Har med citat som styrker teman Ingen triangulering gjord med personalen, en svaghet Diskuterar ej forskarens roll eller bortfallsanalys, svaghet med arbetet</p>
<p>Pain and the administration of analgesia: what nurses say?</p> <p>Nash m fl (1999)</p>	<p>Datainsamling och analys beskriven Triangulering av gruppdiskussionen av gruppledaren</p> <p>Etiskt granskad</p>	<p>Urvalsförfarandet samt urvalet beskrivet Inget bortfall i studien pga anmälan av intresse att vara med i studien</p>	<p>Utforska sjuksköterskans attityd till administreringen av narkotisk analgetika Beskriva sjuksköterskans uppfattning om patientens smärta</p> <p>Tydligt beskrivet</p>	<p>4 teman tydligt presenterade Har med styrkande citat från diskussionen</p>	<p>Jämför sitt resultat gentemot andra studier. Tar upp svagheten att sjuksköterskorna som anmälde sig var intresserade av området vilket leder till att resultatet blir svårt att överföra. Drar slutsats och konstaterar att det är viktigt att sjuksköterskor samarbetar.</p>	<p>Analysen av materialet beskriven. Diskuterar urvalet - bias. Ej beskrivit sig själva/forskarrollen och detta är en svaghet Har med styrkande citat Har ej diskuterat att gruppen kan ha påverkat individen</p>

<p>Why is pain management suboptimal on surgical wards?</p> <p>Scafheutle m fl (2001)</p>	<p>Enkätinstrumentet väl beskrivet Dataanalysen redovisad Beskrivs att studien är en del av ett större projekt Intervjuerna är dåligt beskrivna, författarna tar upp att de bara är med för belysande citat</p> <p>Etiskt granskad</p>	<p>Gatekeeper beskriven till intervjuerna. Även urvalsförfarandet till enkäterna är beskrivet Populationen beskriven</p>	<p>Finna orsaker till otillräcklig smärtlindring</p> <p>Tydligt beskrivet</p>	<p>Resultatet redovisas tydligt i teman, en del citat med</p>	<p>Diskuterar att man fann både kända och undermedvetna faktorer Tar upp vissa svagheter och styrkor med arbetet, dock diskuterar man ej den låga svarsfrekvensen Omfattande diskussion relaterat till andras forskning Tar upp konkret användning av resultatet för att förbättra omvårdnaden</p>	<p>Tar upp metodologiska frågor Saknar diskussion angående svarsfrekvensen och hur det kan ha påverkat resultatet, en svaghet med studien</p>
---	--	--	---	---	--	---

<p>Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy</p> <p>Sjöström m fl (2000)</p>	<p>Dataanalys utförligt beskriven Studiedesign väl beskriven</p> <p>Granskad av etisk kommitté</p>	<p>Urvalet beskrivs: kriterier, stratifierat urval Populationen beskriven</p>	<p>Beskriva det "professionella tänkandet" under smärtskattning Överensstämmelse mellan sjuksköterskan, läkaren och patienten</p> <p>Tydligt beskrivet</p>	<p>Resultatet presenteras i bedömningskriterier och erfarenhetskriterier på ett tydligt sätt</p>	<p>Tar ej upp några medvetna svagheter med studien Bortfallet ej diskuterat Diskuterar resultatet gentemot andras forskning Drar slutsatser för att förbättra patientbedömningen</p>	<p>Analysprocessen är väl beskriven Svaghet med studien är att de inte tar upp bias som fanns i studien Dåligt att bortfallet inte är beskrivet Ingen triangulering redovisad Har med citat som stärker påståenden</p>
<p>Factors affecting the administration of analgesia to patient following repair of a fractured hip.</p> <p>Willson (2000)</p>	<p>Studiedesignen är beskriven och argumenterad för Presenterar teori som använts för att tolka resultatet Dataanalysen är beskriven Triangulering med deltagarna är gjord för ökad reliabilitet och validitet</p> <p>Etiskt granskad</p>	<p>Beskriver urvalet av patienterna som ändamålsenliga Urvalet av sjuksköterskorna är gjord för att få resultat (konceptuellt) Ej diskuterat bortfall</p>	<p>Analysera faktorer som påverkar sjuksköterskans beslut i klinik och beskriva dennes beteende</p> <p>Tydligt beskrivet</p>	<p>Författaren fann fem teman, otydligt presenterade Lite få citat, endast två stycken på hela resultatdelen</p>	<p>Diskuterar sitt resultat gentemot andra Behovet av undervisning poängteras Limits diskuterade: tar upp att deltagarna kan ändra sitt beteende vid observation Tar upp hur resultaten kan användas för att förbättra omvårdnaden</p>	<p>Dataanalysen gjord enligt Polit, väl beskriven Metoden bra beskriven Tar inte upp begränsningen att bara tre patienter observerades Tar ej upp forskarens roll Presentationen av teman utifrån teorin gjorde att det blev mycket upprepningar Ej diskuterat bortfall – en svaghet</p>

Bilaga 3: Resultatbedömning

Författare (År)	Syfte	Resultat	Kategorier	Övergripande teman
Brockopp, D Y m fl (2003)	Bedöma existensen och påverkan av förutfattade meningar om vissa specifika patientgrupper och sjuksköterskans smärthantering av dessa	Sjuksköterskorna är mest villiga att lägga ned tid på cancer och AIDS- patienter minst villiga att lägga ned tid på missbrukare och patienter som försökt begå självmord. Äldre patienter hamnar mitt emellan Sjuksköterskorna har mindre medkänsla till patienter som själv orsakat sitt tillstånd	Diagnos	Patient-karakteristika
Broekmans, S m fl (2004)	Att undersöka de attityder sjuksköterskan har till smärtbehandling med opioider på ett belgiskt sjukhus	49,4 % av sjuksköterskorna tror att beroende är en bieffekt vid långtidsanvändning av morfin 32 % av sjuksköterskorna tror att långtidsanvändning av morfin leder till dåsighet	Beroende och dåsighet – biverkningar	Attityder till analgetika
Loveman, E & Gale, A (2000)	Undersöka hur diagnos, fysiska tecken, mobilisering och kön påverkar	Patienter med fysiska tecken påvisar högre smärta Rörlighet påvisar mindre smärta Kvinnor skattas ha samma smärta oavsett om de är rörliga eller ej medan män skattas ha högre smärta om de inte är rörliga Onkologipatienter skattas ha högre smärta om de har fysiska tecken medan kirurgipatienter skattas ha samma smärta oavsett fysiska tecken eller ej	Diagnos Kön Rörlighet Fysiska tecken på smärta	Patient-karakteristika
Manias, E m fl (2002)	Identifiera hinder som omger sjuksköterskans smärthanterings beslut	Sjuksköterskans reaktion på avbrott vid smärtrelaterad aktivitet Sjuksköterskans uppmärksammande av patientens beteende Sjuksköterskans tolkning av patientens smärta Sjuksköterskans försök att anpassa sig efter läkare, patienter och andra sjuksköterskor	Avbrott i smärtskattning, bedömning Patientens smärtbeteende Sjuksköterskans tolkning av patientens smärta Anpassa sig till andra yrkeskategorier, sjuksköterskans normer	Organisation/Tid Patient-karakteristika Sjuksköterske aspekter Omgivningen

McCaffery, M m fl (2000)	Undersöka hur sjuksköterskans personliga åsikt om smärtintensitet påverkar beslut om bedömningar som journalföres och titring av opioiddosen för att lindra svår smärta	39,5 % av sjuksköterskorna trodde på den leende patientens smärtupplevelse 78,3 % av sjuksköterskorna trodde på den grimaserande patientens smärtupplevelse	Leende eller grimaserande – beteende	Patient-karakteristika
Nash, Y m fl (1999)	Beskriva sjuksköterskans uppfattning av patientens smärta Utforska sjuksköterskans attityder till administrering av narkotisk analgetika	Hur sjuksköterskan bedömer smärtan Individuella faktorer som påverkar sjuksköterskans smärthanterings beslut Påverkan av andra angående analgetikabeslut	Bedömning utifrån patienten Individuella faktorer påverkar Influens av andra-normer	Patient-karakteristika Sjuksköterske aspekter Omgivningen
Schafheutle, E I m fl (2001)	Utforska sjuksköterskans syn och uppfattning av kända och omedvetna hinder för effektiv smärthantering Utforska organisatoriska hinder	Orsaker att inte fråga patienten angående smärta under medicindelning Sjuksköterskans bedömning av patientens beteende relaterat till smärta Syfte med smärtlindring Sjuksköterskans egna åsikter om hinder: organisation, ineffektiv ordination, patientens ovilja och uppfattningen att man gör ett bra jobb	Att inte fråga patienten om smärta Hur sjuksköterskan ser på smärtlindring Organisation och tidsbrist Läkarens ordination Patienten vill ej ha smärtlindring Vi gör ett bra jobb!	Sjuksköterske aspekter Organisation/Tid Omgivningen Patient-karakteristika
Sjöström, B m fl (2000)	Beskriva det professionella tänkandet under smärtbedömning en Redovisa hur rätt dessa bedömningar stämmer överens patient - personal	<u>Bedömningskategorier</u> Patientkarakteristika Vad och hur patienten uttrycker sig Tidigare erfarenhet av liknande situationer <u>Erfarenhetsbedömning</u> Har lärt mig: en typ av patient, vad jag ska titta efter, vad jag gör för patienten och lärt mig lyssna på patienten	Bedömning: Utifrån patient karakteristika Erfarenhet: skapar modeller, lyssnar på patienten	Patient-karakteristika Sjuksköterske aspekter
Willson, H (2000)	Utforska vilka faktorer som spelar roll när sjuksköterskan administrerar analgetika	Tid Organisation/Skift Påverkan av det multidisciplinära teamet Oro över opioider Går mer på erfarenhet än undervisning än undervisning i lärandet	Tid, Organisatoriska mål Organisation, normer Påverkan av andra arbetskategorier Oro över opioider Erfarenhetsbaserad bedömning mer än undervisnings -baserad	Organisation/Tid Omgivningen Attityder till analgetika Sjuksköterske aspekter