

HINDER VID SMÄRTHANTERING

En litteraturöversikt ur sjuksköterskans perspektiv

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2018-02-02

Kurs: 48

Författare: Nicole Nilsson

Författare: Cecilia Mossberg

Handledare: Marie-Jeanne Hendrikx

Examinator: Åke Grundberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Smärta är den vanligaste anledningen till att människor söker vård. Otillräcklig smärtlindring kan resultera i såväl fysiologiska som psykosociala konsekvenser. Underbehandlad smärta är ett vanligt problem i vården och kan leda till lidande för individen. Patienternas förväntningar på vården skiljer sig från resultatet de upplever av behandling och omvårdnad.

Syfte

Att belysa faktorer som sjuksköterskan beskriver som hinder vid smärthantering hos patienter inom somatisk akutsjukvård.

Metod

En litteraturöversikt som inkluderade 19 vetenskapliga artiklar från 11 olika länder. I arbetet inkluderades 10 kvalitativa artiklar, sju enkätundersökningar och två artiklar som använt sig av mixad metod. Samtliga artiklar var peer reviewed och skrivna på engelska. Artiklarna analyserades med tematisk analys.

Resultat

De hinder som beskrevs delades upp i 4 huvudkategorier med tillhörande underkategorier. Dessa var: Hur faktorer i organisationen påverkar smärthanteringen (Tid och resurser, Arbetsbelastning, Riktlinjer och rutiner), Teamarbetets inverkan på omvårdnadshandlingar vid smärta (Hierarki och relationen mellan läkaren och sjuksköterskan, Relationen mellan sjuksköterskorna), Attityd och kunskap (Misstro till patienten, Kunskapsbrist) och Patienter och anhörigas inverkan på smärthanteringen (Språk och kultur, Ovilja att rapportera smärta och ta emot analgetika, Orimliga förväntningar på vården).

Slutsats

Resultatet visade att vissa av de hinder som återfanns är kopplade till faktorer som skulle kunna lösas på ett organisatoriskt plan. Resterande hinder skulle kunna lösas med mer utbildning, både till sjuksköterskor, patienter och närstående, samt större satsningar på ett effektivare teamarbete. Vi såg ett behov av bättre metoder för att kommunicera med icke-svensktalande patienter, exempelvis genom information på fler språk än svenska och engelska.

Nyckelord: Hinder, Sjuksköterska, Sjuksköterskeperspektiv, Smärthantering

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Smärta	4
Smärtbehandling	5
Omvårdnadsprocessen: Sjuksköterskans roll i smärthanteringen	6
Patienters upplevelse av behandling och omvårdnad vid smärta.....	7
Konsekvenser av otillräcklig smärtlindring	8
Lidande.....	9
Problemformulering.....	10
SYFTE	11
METOD	11
Val av Metod.....	11
Urval	11
Datainsamling	12
Dataanalys.....	13
Forskningsetiska överväganden.....	14
RESULTAT	15
Hur faktorer i organisationen påverkar smärthanteringen.....	15
Teamarbetets inverkan på omvårdnadshandlingar vid smärta	17
Attityd och kunskap	18
Patienter och anhörigas inverkan på smärthanteringen	19
DISKUSSION	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	22
Slutsats.....	25
REFERENSER	26
BILAGA A-C	I

INLEDNING

Smärta är en form av lidande (Lesho, Udvari-Nagy, Lázló, Saullo & Rink, 2006) och det vanligaste skälet till att människor söker sjukvård. Långvarig eller återkommande smärta är dessutom de vanligaste anledningarna till att människor blir långtidssjukskrivna eller får sjukersättning. I Sverige besväras 71 procent av kvinnorna och 58 procent av männen av olika slags smärtor eller värk (Bergh, 2014). Underbehandlad smärta är ett stort och vanligt problem i vården (Carter, Sendziuk, Elliott & Braunack-Mayer, 2016; Pines & Hollander, 2008; Curtis & Morrell, 2006; Cohen, 1980), vilket kan ge allvarliga konsekvenser både för individen och för samhället i stort (Bergh, 2014). Trots att bedöma och behandla smärta är en av sjuksköterskans huvuduppgifter (Bergh, 2014) upplever vissa patienter att omvårdnaden kring smärta har låg kvalitet (Magidy, Warrén-Stomberg, & Bjerså, 2016).

BAKGRUND

I bakgrunden presenteras allmänna uttryck inom området smärta och beskriver det omvårdnadsvetenskapliga begrepp som har valts att knytas till arbetet. Uttrycket "Akutsjukvård" kommer användas och detta syftar till akutmottagning samt vårdavdelningar på sjukhus (exempelvis onkologiavdelning, ortopediavdelning, medicinavdelning, kirurgavdelning, geriatrisk avdelning).

Smärta

Smärta är en individuell och subjektiv upplevelse (Crowe et al., 2017; Norrbrink & Lundeberg, 2014; Toye, Seers, Hannink & Barker, 2017). International Association for the Study of Pain (1994) beskriver smärta som "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage". Norrbrink & Lundeberg (2014, s. 11) översätter detta till "Smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada, eller beskriven som sådan skada". Förutom vid vävnadsskada eller möjlig vävnadsskada kan smärta exempelvis orsakas av en bestående skada eller dysfunktion i kroppens nervsystem. Detta förekommer oftast vid stroke, multipel skleros, efter bältros eller efter amputationer (Bergh, 2014).

Akut smärta klassificeras som en smärtupplevelse som varar under mindre än tre månader och kan ses som en varningssignal om att kroppen har skadats. Långvarig smärta, benämns ibland som kronisk smärta, och är en smärtupplevelse som varar under längre än tre månader. I forskningssyfte kan gränsen mellan akut och långvarig smärta ibland dras vid sex månader istället för vid tre (Bergh, 2014). Det finns olika typer av akut smärta, varav postoperativ smärta är en. Postoperativ smärta uppkommer i direkt anslutning till ett kirurgiskt ingrepp och smärtan orsakas av själva vävnadsskadan och den inflammation som uppstår i samband med den. Postoperativ smärta avtar vanligtvis i takt med läkningsprocessen och brukar behöva behandlas i ungefär tre till fyra dagar. Intensiteten och smärtans lokalisering är direkt kopplat till hur stort ingreppet är och var det skett någonstans (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Smärtbehandling

Att bedöma och behandla smärta är en av sjuksköterskans huvuduppgifter (Bergh, 2014). Sjuksköterskors kunskap, omdöme och attityder om smärta påverkar deras handlingar vid smärthantering. Otillräcklig smärtbehandling är inte bara ett problem för patienten utan också för sjuksköterskor. När sjuksköterskorna inte lyckas med att smärtlindra sina patienter kan de känna sig frustrerade och uppleva dåligt samvete (Siedlecki et al., 2014). Smärtupplevelsen kan påverkas av individens tidigare erfarenheter av smärta och de omständigheter som föreligger kring när smärtan börjar. Det föreligger även individuella skillnader vad det gäller känslighet för analgetika och hur kroppen reagerar på icke farmakologiska behandlingar. Dessa faktorer, tillsammans med det faktum att smärta är en subjektiv upplevelse, bidrar till att sjuksköterskans omvårdnad kring smärta bör anpassas efter individen (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Smärta kan behandlas med en mängd olika metoder. Den kan behandlas farmakologiskt med analgetika eller med komplementära medicinska behandlingsmetoder. Exempel på de vanligast förekommande analgetika vid akut och postoperativ smärta är paracetamol, Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID) och opioider (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Komplementära behandlingsmetoder

Det finns en rad evidensbaserade metoder för smärtbehandling förutom användningen av analgetika. Komplementära medicinska behandlingsmetoder vid olika typer av smärta innefattar bland annat fysisk aktivitet, värme, kyla, transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) (Norrbrink & Lundeberg, 2014). Fysisk aktivitet är den komplementära metod som används mest vid smärta och det har väl dokumenterade smärtlindrande effekter, då framförallt på de som tidigare varit fysiskt inaktiva. Fysisk aktivitet har visats medföra smärtlindring både under och efter träningen, och regelbunden träning kan dessutom ge individen en högre smärttålighet (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

En annan av de vanligast förekommande komplementära behandlingsmetoderna vid smärta är TENS. Vid TENS placeras elektroder på huden som med elektriska impulser stimulerar olika neuron, beroende på frekvens och intensitet, och därigenom lindrar smärtan. Förutom med elektriska impulser eller fysisk aktivitet kan smärta även lindras med exempelvis värme eller kyla. Att behandla smärta med kyla kallas kryoterapi och kylan appliceras kontinuerligt på smärtområdet i form av is, cold-packs, kloretylspray, våta handdukar eller genom kalla bad. Behandling i form av värme kan ske både genom ytlig och djup värmebehandling. Ytlig värmebehandling innebär att värme appliceras på huden med hjälp av till exempelvis hot-packs, varma vetekuddar, varma handdukar eller värmedynor. Djup värmebehandling görs genom att en form av energi tillförs till vävnaden, till exempel genom ultraljud, som där omvandlas till värme (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Omvårdnadsprocessen: Sjuksköterskans roll i smärthanteringen

En tankemodell som har utvecklats för att ligga till grund för omvårdnad är omvårdnadsprocessen, som består av fem steg: (1) Datainsamling, (2) problemidentifiering, (3) målidentifiering, (4) genomförande av omvårdnadshandling och (5) utvärdering (Florin, 2014). Omvårdnadsprocessen vid smärta börjar vid smärtanalysen (Bergh, 2014). Att identifiera, värdera och dokumentera en patients smärta är viktigt av flera anledningar. Genom att göra en noggrann smärtanalys klargörs smärtans lokalisering, duration, karaktär och intensitet, och syftet med en smärtanalys är att identifiera problemet och möjliga bakomliggande orsaker till smärtan (Bengtsson, 2014). Smärtanalysen hör således till datainsamlingen och problemformuleringen i omvårdnadsprocessen (Florin, 2014).

Instrument för att bedöma smärta

Smärtskattning är en del av omvårdnadsprocessens datainsamling. En vanlig strategi hos sjuksköterskor för att skatta smärta är att granska patientens fysiska uttryck. Fokus ligger då exempelvis på sådant som grimasering, tårar, rörelsemönster, hjärtfrekvens, storlek på pupiller och hudens temperatur och fukt (Brantberg & Allvin, 2016; Sjöström, Haljamäe, Dahlgren och Lindström, 1995). Den andra dominerande strategin för att skatta patientens smärta är att lyssna på vad patienten säger. Fokus ligger då på innehållet i samtalet, alltså om patienten uttrycker sin smärta eller ber om smärtlindring. Ytterligare en strategi som kan användas är att luta sig på tidigare erfarenhet av samma typ av smärta. Fokus ligger då inte på den individuella patienten utan på erfarenhet av hur tidigare patienter brukar uppleva en viss typ av smärta, exempelvis vid en specifik diagnos eller kirurgiskt ingrepp (Sjöström et al., 1995).

För att bedöma patientens smärta har det även utformats olika smärtskattningsinstrument. Dessa instrument ger patienten en möjlighet att subjektivt beskriva sin smärta och sjuksköterskan kan i sin tur använda samma instrument för att objektivt utvärdera och dokumentera patientens smärta samt se effekten av insatt behandling (Bergh, 2014). Två skattningsinstrument som kan användas är numerisk skattningsskala (NRS) och visuell analog skala (VAS) (Bergh, 2014). Se bilaga A. När patienten själv inte kan skatta sin smärta, till exempel vid svår demenssjukdom, bedöms smärtan utifrån personens uttryckssätt, somatik och beteende. Ett exempel på en sådan smärtskala är Abbey Pain Scale (Bergh, 2014). Dessa skattningsinstrument mäter egentligen inte smärtan i sig men kan fungera som en "kommunikativ brygga" mellan patienten och sjuksköterskan. Till exempel kan vissa patienter uppleva lindring av sin smärta bara av att sjuksköterskan gör en smärtanalys och på så sätt visar sitt intresse för patienten och dennes problem (Bergh, 2014). Efter smärtanalysen bör sjuksköterskan, enligt omvårdnadsprocessen, lägga upp mål och omvårdnadsåtgärder (Florin, 2014).

Omvårdnadsåtgärder vid smärta

Bergh (2014) beskriver att det absolut viktigaste sjuksköterskan kan göra vid smärtlindring är att tro på vad patienten berättar om sin smärta. Forskning visar att sjuksköterskor som lyssnar på vad patienten säger är bättre på att bedöma smärta, än de som förlitar sig på de

fysiska reaktionerna smärtan kan ge. Förutom detta krävs behandling som syftar till att lindra smärta (Bergh, 2014).

Även om det är läkarens uppgift att ordinera analgetika, är hantering och administrering av läkemedel sjuksköterskans uppgift (Bergh, 2014). I sjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att sjuksköterskan ska kunna ”Hantera läkemedel på ett säkert sätt utifrån ordination, läkemedlets verkningsmekanismer, effekter, interaktioner, biverkningar och individuella skillnader i läkemedelsrespons” (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017, s. 9). Sjuksköterskans omvårdnad vid smärta innefattar även ett ansvar för att konsultera andra medlemmar i det interprofessionella teamet, om annan kompetens behövs. Omvårdnaden ska vara riktad mot en helhetssyn av patienten, vilket inkluderar fysiska, psykosociala, existentiella och kulturella dimensioner. Detta är viktigt då det är en förutsättning för god omvårdnad att sjuksköterskan etablerar en förtroendefull relation med patienten och dennes anhöriga (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Slutligen innefattar omvårdnaden för sjuksköterskan att följa upp patientens tillstånd efter undersökningar, behandlingar och omvårdnadsåtgärder (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Detta sker i omvårdnadsprocessens femte och sista steg (Florin, 2014).

Patienters upplevelse av behandling och omvårdnad vid smärta

Underbehandlad smärta är ett stort och vanligt problem i vården (Carter et al., 2016; Cohen, 1980; Curtis & Morrell, 2006; Pines & Hollander, 2008). Studier har visat att patienter inte upplever sig så smärtlindrade efter behandling som de hade förväntat sig att bli (Sanderson et al., 2012; Thorne & Morley, 2009). Sanderson et al. (2012) fann att det fanns en markant skillnad mellan patienternas förväntningar innan behandling och den smärtlindring som de upplevde efter behandling. Patienterna fick skatta enligt NRS 0-100 hur mycket de ansåg att deras smärta ska gå ner för att se behandlingen som framgångsrik. I snitt ville de ha en smärtminskning på 50.91 numeriska smärtskalepoäng men upplevde efter behandling endast en minskning på i snitt 11.93 poäng (Sanderson et al., 2012).

En studie gjord på svenska akutmottagningar visade att 77 procent av deltagarna upplevde smärta när de ankom till akuten, varav 30 procent skattade sin smärta som 8 eller högre med NRS 0-10 (Sturesson, Ulfvarson, Niemi-Murola, Lindström & Castrén, 2017). På samma akutmottagningar upplevde 49 procent av deltagarna sig inte tillfredsställda med smärtlindringen och 9,6 procent av deltagarna skattade smärtintensitet 10 med NRS 0-10 vid utskrivning (Sturesson et al., 2016). Liknande fann också en studie gjord i Kanada att 49 procent av deltagarna inte kände sig smärtlindrade när de skrevs ut, och endast 8 procent var helt smärtfria (Guru & Dubinsky, 2000). I en studie gjord i Kanada och USA fick endast 60 procent av de deltagande patienterna, som sökte med smärta, analgetika och de fick vänta i snitt 90 minuter på detta. 74 procent av deltagarna skrevs ut trots att de fortfarande hade måttlig eller svår smärta (Todd et al., 2007). I en annan studie, också utförd i USA, fick deltagarna vänta i snitt 74 minuter på analgetika efter triagering (Pines & Hollander, 2008).

På en kirurgavdelning på ett svenskt universitetssjukhus bedömde patienterna nivån på omvårdnaden kring postoperativ smärta som låg i sex områden. Patienterna saknade att sjuksköterskorna hjälpte dem hitta en bra ställning i sängen som underlättade smärtan, och de kände inte att de fick lugn och ro på sina rum om natten. Patienterna blev inte heller erbjudna smärtlindring utan de fick be om det, och sjuksköterskorna bad dem inte skatta sin smärta enligt NRS flera gånger om dagen. Sjuksköterskorna hade inte heller tillräcklig vetskap om hur ont patienten hade eller vilken smärtbehandling patienten hade mottagit. Patienterna upplevde inte att de fått information innan sin operation om vilken smärtbehandling de skulle få efter ingreppet (Magidy et al., 2016).

Patienternas erfarenheter av den somatiska akutvården framkom i en annan svensk studie, gjord på fem personer som inkommit till sjukhuset för akuta magsmärtor. På akutmottagningen fick endast en av deltagarna analgetika och minst två av dem fick inte sin smärta bedömd alls under tiden på akuten. Två av deltagarna uttryckte att den långa väntetiden var mycket påfrestande. Den ena fick ligga på en brits i flera timmar utan kudde, trots att hon bad om en, och detta ledde till att hon fick ont i sin rygg. Flera av deltagarna i studien uttryckte att sjuksköterskorna verkade väldigt upptagna så de ville inte besvära dem. En av deltagarna berättade att hon upplevde låg nivå på engagemang från vissa av sjuksköterskorna på avdelningen, vilket resulterade i att hon kände sig övergiven under vissa skift och en av gångerna fick hon vänta i 45 minuter på smärtlindring. En annan deltagare uttryckte att det var jobbigt att så mycket olika personal kom och gick. Hon hade svårt att avgöra vem som var ansvarig sjuksköterska eller läkare, och upplevde dålig kommunikation mellan personalen. Som konsekvens berättade hon inte alltid för personalen om sina symtom, då det blev tröttsamt att upprepa samma information om och om igen. Det var även flera av deltagarna som uttryckte att de fått för lite information både under sjukhusvistelsen och vid utskrivning från avdelningen (Jangland, Kitson, & Muntlin Athlin, 2016).

Konsekvenser av otillräcklig smärtlindring

Fysiologiska konsekvenser

Akut postoperativ smärta kan ge en mängd negativa fysiologiska konsekvenser. Det kan bland annat ge förändringar i olika organsystem, såsom hjärtats, lungornas, mag-tarmkanalens och njurens funktioner. Det kan även ge negativ påverkan på immunsystemet, muskelsystemet och koagulationen (Gan, 2017). Akut smärta kan också medföra att sår läker sämre (Gan, 2017; Lindholm, 2014). Detta beror bland annat på att smärta orsakar att stresshormoner släpps ut i kroppen. Stresshormoner gör att de små blodkärlen drar ihop sig vilket förhindrar att syre och näring transporteras till sårområdet. Smärta kan också resultera i minskad fysisk aktivitet som i sin tur ger sämre genomblödning i hud och sårområde. Smärta kan dessutom minska aptiten och därmed medföra otillräcklig tillförsel av näringsämnen (Lindholm, 2014).

Otillräckligt behandlad akut smärta kan leda till långvarig smärta (Gan, 2017; Norrbrink & Lundeberg, 2014). Kroppen har egna smärtlindrande system och vid långvarig smärta kan dessa system hämmas (Ossipov, Morimura & Porreca, 2015), vilket leder till att smärtan

sprids till hela kroppen (Norrbrink & Lundeberg, 2014). Det är därför viktigt att behandla akut smärta för att undvika uppkomsten av långvarig smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Psykosociala konsekvenser

Förutom fysiologiska konsekvenser kan långvarig smärta ge psykosociala konsekvenser i form av rörelserädsla, isolering, nedsatt funktionsförmåga, sömnproblem och oro eller nedstämdhet. En utebliven eller inkorrekt smärtanalys kan alltså ge onödigt lidande för patienten (Crofford, 2015; Norrbrink & Lundeberg, 2014). Människor som lider av långvarig smärta söker oftare sjukvård och träffar läkare mer än människor som inte lider av långvarig smärta. De spenderar också mer dagar inlagda på sjukhus och får mer läkemedel utskrivna (Moore, Derry, Taylor, Straube & Phillips, 2013).

Personers arbetsliv, vardagliga aktiviteter och livskvalité riskerar även att påverkas av smärta (Goldsmith, Curtis & McCloughen, 2017). Om smärtan upplevs som oförutsägbar av individen kan detta leda till att känslan av kontroll går förlorad och individen kan då känna ett behov av att vara vaksam och förberedd, att alltid behöva beräkna risken för smärta inför olika aktiviteter (Crowe et al, 2016). Det finns en risk att aktiviteter som förut känts enkla att utföra blir mer utmanande på grund av smärtan (Moore et al., 2013) och långvarig smärta kan resultera i att personen med smärta känner att de förlorar sitt tidigare liv och därmed sig själv (Crowe et al, 2016; Toye et al, 2017). Långvarig smärta har också stor negativ inverkan på arbetsrelaterade faktorer, såsom sysselsättningsgrad, sjukdomsfrånvaro och produktivitet på arbetsplatsen. Smärta kan ha en stor inverkan på hushållets inkomster och kan leda till lägre socioekonomisk standard (Moore et al., 2013). Smärta kan även leda till att individen blir deprimerad, tillbakadragen och asocial (Leov, Barrett, Gallagher & Swain, 2015). Det har dessutom upptäckts ett samband mellan smärta och emotionell samhörighet till närstående. Kvinnor med smärta känner mindre emotionell samhörighet till partner, vänner och familj. Detta både direkt och indirekt, genom ökad nivå av psykologisk stress (Henne, Morriset & Conlon, 2015).

Lidande

International Council of Nurses (ICN) beskriver att ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Lidande är en subjektiv helhetsupplevelse och kan ha oändligt många orsaker, både synliga och osynliga. Det är en fysisk, emotionell eller existentiell upplevelse som kan innefatta smärta, ångest eller oro (Arman, 2012). När lidande beskrivs som ett verb betyder det att genomlida och utstå smärta, att vidkännas smärtsamma upplevelser, att uthärda, tåla och bära. Lidande kan också kopplas till någonting specifikt, till exempel att lida av en svår sjukdom. Lidande som ett substantiv syftar mer på patientens lidande och sätter den mänskliga upplevelsen i centrum (Arman, 2012).

Olika former av lidande

Lidande kan beskrivas utifrån sex kategorier (1) Smärta, (2) icke smärtsamma fysiska symtom som illamående och trötthet, (3) emotionellt lidande så som oro eller depression, (4) systemrelaterat lidande i form av till exempel långa väntetider eller för dyra läkemedelsrecept, (5) kommunikationsrelaterat lidande som att inte förstå vad som sker eller att vårdgivaren inte lyssnar, och (6) lidande relaterat till förlust av till exempel förmågan att kunna gå, en kroppsdel, hår eller attraktionskraft (Lesho et al., 2006). Smärta är i sig en form av lidande (Lesho et al., 2006) som påverkar patientens hela livssituation och för därför med sig andra former av lidande. Smärtan kan göra att personen får ge upp delar av sitt dagliga liv så som arbete och fritidsintressen. Detta kan i sin tur leda till att de förlorar en del av sin identitet och gemenskap med närstående, vänner och arbetskamrater vilket kan ge emotionellt lidande, som kan gestalta sig i form av depression. Smärta kan även medföra emotionellt lidande i form av oro. Till exempel kan postoperativ smärta kan ge farhågor om komplikationer som till exempel infektioner, att bli beroende av andra människor eller till och med rädsla för annalkande död (Bergh, 2014).

Problemformulering

Smärta är den vanligaste anledningen till att personer söker sjukvård (Bergh, 2014). Akut smärta som inte behandlas adekvat kan leda till långvarig smärta (Gan, 2017; Norrbrink & Lundeberg, 2014), som i sin tur kan medföra andra former av lidande för individen, exempelvis sämre livskvalité, och i längden också till stora socioekonomiska kostnader för samhället (Moore et al. 2013). Underbehandlad smärta är ett vanligt problem i vården (Guru & Dubinsky 2000; Todd et al. 2007) och patienter upplever sig ofta inte tillräckligt smärtlindrade när de skrivs ut från sjukhuset (Guru & Dubinsky, 2000; Sturesson et al., 2016; Todd et al., 2007). Förutom lidande för patienten kan obehandlad smärta även vara ett problem för sjuksköterskan, eftersom att när hen inte lyckas smärtlindra sina patienter kan hen känna dåligt samvete och frustration över detta (Siedlecki et al. 2012). Trots att smärta är en så viktig del av sjuksköterskans arbete så hade många patienter förväntat sig att bli mer smärtlindrade än vad de upplevde sig bli efter behandling (Sanderson et al., 2012; Thorne & Morley, 2009). För att ta reda på varför patienterna inte upplever sig tillräckligt smärtlindrade vill vi undersöka vilka faktorer som sjuksköterskan anser utgöra hinder för smärthanteringen.

SYFTE

Att belysa faktorer som sjuksköterskan beskriver som hinder vid smärthantering hos patienter inom somatisk akutsjukvård.

METOD

Val av Metod

Metoden litteraturoversikt valdes för att få en samlad bild av forskningsresultatet inom området som vårt syfte berör (Friberg, 2006; Rosén, 2012). Detta gjordes för att kunna belysa de hinder som fanns för sjuksköterskans smärthantering i akutsjukvården och på det sättet kunna bedriva en evidensbaserad vård (Rosén, 2012).

Urval

För att få med både sjuksköterskors erfarenheter och för att kunna beskriva olika hinder så inkluderades både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Billhult & Gunnarsson (2012) menar att en kvantitativ studiedesign med fördel kan användas om syftet med studien är att beskriva, kartlägga, jämföra eller se samband mellan olika faktorer. Henricson & Billhult (2012) skriver att en kvalitativ studiedesign används för att utforska personers erfarenheter av ett fenomen.

Rosén (2012) skriver att en litteraturoversikt ska vara baserad på tydliga inklusions- och kvalitetskriterier, för att minska risken att godtycklighet och/eller slumpen påverkar vad slutsatserna blir.

Inklusionskriterier

Endast artiklar skrivna 2007-2017 inkluderades för att ge litteraturoversikten en högre kvalitet, genom att materialet var uppdaterat och aktuellt. Alla inkluderade artiklar var peer reviewed och primärkällor, för att ge en större trovärdighet till resultatet (Polit & Beck, 2012). Att en artikel är peer reviewed innebär att den har varit utsatt för bedömning av två eller tre framstående forskare inom ämnet som bedömer om forskningen förmedlar ny kunskap, redovisar god forskning och om forskningen framställs så som den bör presenteras (Friberg, 2006). De inkluderade studierna fick vara gjorda i alla världens länder för att ge en så global bild av forskningsläget som möjligt. Alla inkluderade artiklar skulle vara skrivna ur sjuksköterskans perspektiv. Vi inkluderade artiklar som handlar om både "barriers" och "enablers" för att artiklarna ofta handlade om båda, och för att inte missa bra artiklar för att de också tog upp "enablers". Vi inkluderade dock bara delarna som handlade om hinder och bedömdes kunde besvara syftet i vårt resultat. Vi inkluderade bara artiklar skrivna på engelska, eftersom de flesta omvårdnadsartiklarna publiceras på engelska.

Exklusionskriterier

Artiklar gjorda på minderåriga barn exkluderades ur studien. Likaså artiklar som berörde andra vårdinrättningar än somatiska akutsjukvården och som handlade om andra yrkesgrupper än sjuksköterskor för att detta inte skulle svara på syftet. Studier gjorda inom palliativ vård, onkologisk smärta och smärta som inte är akut smärta exkluderades för att begränsa sökningen kopplat till syftet. Även artiklar som handlade om sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som inte verbalt kan uttrycka sin smärta, exempelvis på grund av kognitiv svikt, exkluderades. Detta för att kunna basera resultatet på hinder som uppstår även när patienten adekvat kan förmedla sin smärtupplevelse.

Datainsamling

Databasen Cinahl Complete användes till datainsamlingen. Cinahl Complete innehåller så gott som alla artiklar som handlar om omvårdnad och är skrivna på engelska (Polit & Beck, 2012).

Databasen Cinahl Complete användes till datainsamlingen. Cinahl Complete innehåller så gott som alla artiklar som handlar om omvårdnad och är skrivna på engelska (Polit & Beck, 2012). De sökord som användes var *barriers, challenge, nursing, pain, pain management NOT cancer, NOT chronic pain, NOT palliative, NOT dementia* och *NOT nursing home*. Se tabell 1. Vid artikelsökningen framkom flertalet artiklar med ordet "challenge" (översätts till "utmaning") i titeln. Ordet plockades därför ut och användes som alternativ till "barrier". De booleska operatorerna "AND", användes för att få med artiklar som innehöll alla våra sökord, och "NOT", för att utesluta artiklar som berörde ämnen som inte hade med syftet att göra (Polit & Beck, 2012). Författarna gjorde varsin sökning, med olika sökord i Cinahl. MeSH-terminen "Nursing" beskrivs med "The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health." (U.S. National Library of Medicine, 2017a) och termen användes som sökord, i kombination med sökord som berör smärta, för att få artiklar som berörde omvårdnad vid smärta.

Först granskades alla artiklars titlar och de som bedömdes kunna besvara syftet valdes ut. De utvalda artiklarna sparades elektroniskt i en separat mapp för bättre översikt. Efter att alla artiklar hade valts ut baserat på titel lästes deras abstracts och de artiklar som inte tycktes kunna besvara syftet raderades. De artiklar som valts ut, som besvarade syftet, sparades ner i PDF-format och lästes. Denna granskning av titlar och abstracts och databearbetningen gjordes var för sig av den författare som gjorde datasökningen. Därefter kvalitetsgranskades artiklarna med hjälp av Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016), se bilaga B.

Tabell 1 Sökningar gjorda i Cinahl Complete

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
Cinahl Complete 20171107	barriers AND Nursing AND pain NOT cancer NOT chronic pain (2007-2017)	555	118	40	10
Cinahl Complete 20171116	Nursing AND Pain management AND Challenge	97	23	11	3
Cinahl Complete 20171116	Nursing AND Pain management NOT cancer NOT dementia NOT nursing home NOT pediatric NOT chronic pain NOT palliative	235	51	19	6
Totalt		887	192	70	19

Dataanalys

De valda artiklarna för litteraturöversikten analyserades enligt Fribergs (2006) mall. Första steget var att de valda artiklarna lästes igenom flera gånger av båda författarna för att bilda en uppfattning av vad de handlade om. Därefter diskuterades och jämfördes artiklarna mellan författarna för att säkerställa en gemensam förståelse. Efter att en artikel hade lästs sammanfattades den kort med stödord i ett separat arbetsdokument för att underlätta arbetet i steg två. Samtliga artiklar lästes av båda författarna separat, utan att först läsa den andres sammanfattning, för att inte färgas av varandras åsikter. Det andra steget var att identifiera artiklarnas likheter och skillnader i deras innehåll, för lättare hantering. Friberg (2006) skriver att när författarna identifierat innehållet eller innebörden i texten så ska detta markeras för att föra samman de likheter och skillnader som finns i kategorier. Färgmarkeringar användes, av båda författarna, för att hitta gemensamma kategorier. Varje kategori fick en egen färg. I det tredje steget sammanställdes gemensamma likheter och skillnader i artiklarnas resultat som svarade mot litteraturöversiktens syfte. Den bearbetade informationen resulterade i fyra olika huvudkategorier till litteraturöversiktens resultat. Nästan alla artiklarna som vi läste hade fyra återkommande kategorier, så vi valde att ta inspiration från dessa.

Forskningsetiska överväganden

Resultatet baserades på utländska forskningsartiklar. Därför utgick våra forskningsetiska överväganden från både internationella etiska riktlinjer, Helsingforsdeklarationen (World medical association, 2013), och de svenska riktlinjerna om information, samtycke och konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2011). Helsingforsdeklarationen uttrycker att alla försiktighetsåtgärder måste vidtas för att skydda personuppgifterna för forskningsdeltagarna, och konfidentialiteten för deras personuppgifter. Ansvar för att skydda forskningsdeltagarnas rätt till konfidentialitet ligger alltid hos den som utför forskningen, trots att deltagarna gett samtycke till att delta i studien. Vidare beskriver Helsingforsdeklarationen att informerat samtycke måste ges frivilligt av deltagarna. Alla potentiella deltagare måste informeras om sin rätt att vägra delta i studien eller att återkalla samtycket att delta när som helst utan repressalier (World medical association, 2013).

De använda artiklarna har bedömts etiskt försvarbara genom att 16 av dem blivit etiskt godkända av en eller flera etiska kommittéer. En av artiklarna argumenterade för att etiskt godkännande inte behövdes för studien. En av artiklarna, som beskrev en enkätstudie, uppgav endast godkännande från sjukhuset och informerat samtycke från deltagarna. Vetenskapsrådet ställde sig år 2012 bakom de globala principerna för peer review. Bland de sex principer som antogs så ingår etik som en del. En av de medtagna artiklarna redovisade inga forskningsetiska överväganden och bedömdes ändå som etiskt försvarbar på grund av att den var peer reviewed (Vetenskapsrådet, 2012). Enligt Kjellström (2012) är hederlighet och ärlighet grunden i vetenskapligt arbete. Under arbetet har författarna förhållit sig kritiska till det förväntade resultatet och deras önskningar om hur resultatet borde blivit. Vid citat och referat har källor tydligt angivits och ingenting i arbetet är medvetet plagierat.

Enligt Polit & Beck (2012) är en av grundprinciperna för forskningsetik att med sin forskning göra så lite skada och så stor nytta som möjligt. Därför användes ingen forskning som medvetet låtit patienten lida. Alla inkluderade artiklar har av författarna bedömts ha ett faktiskt värde för individen, samhället eller professionen. Detta är viktigt för att studien ska vara etiskt försvarbar inom humanforskningen (Kjellström, 2012). Med litteraturöversikter finns en risk för feltolkning av artiklarna och därmed spridandet av felaktig information. Som studenter tillkommer en ännu större risk för feltolkning relaterat till bristande kunskaper inom området, språket artikeln är skriven på samt hur en källas validitet granskas (Kjellström, 2012). Författarna har försökt att minimera riskerna för detta genom att läsa alla artiklarna separat och sedan jämföra det som har sammanfattats. Detta för att förstå om båda hade tolkat innehållet på samma sätt. Google Translate (<https://translate.google.com>) har använts för att översätta enskilda ord på engelska som författarna inte förstod. Synonymer till de översatta orden har undersökts med hjälp av hemsidan [synonymer.se](http://www.synonymer.se) (<http://www.synonymer.se>), för att försöka förstå om översättningen av ordet var korrekt.

RESULTAT

Resultatet baseras på 19 vetenskapliga artiklar. De artiklar som använts som källor till resultatet kommer från Jordanien, Iran, Kina, USA, Irland, Island, Kanada, Polen, Storbritannien, Nya Zeeland och Australien. Resultatet har delats upp i fyra huvudkategorier: (i) *hur faktorer i organisationen påverkar smärthanteringen*, (ii) *teamarbetets inverkan på omvårdnadshandlingar vid smärta*, (iii) *attityd och kunskap*, och (iv) *patienter och anhörigas inverkan på smärthanteringen*. Huvudkategorierna har i sin tur delats upp i underkategorier.

Hur faktorer i organisationen påverkar smärthanteringen

De underkategorier som utvecklades var: *Tid och resurser* som berör faktorer som tar tid från smärthanteringen och hur brist på resurser var ett hinder, *Arbetsbelastning* som beskriver hur sjuksköterskan upplevde för hög arbetsbelastning, samt *Riktlinjer och rutiner* som berör hur riktlinjer och rutiner kunde vara ett hinder för smärthanteringen.

Tid och resurser

Det största organisationsrelaterade hindret som fanns flera av i studierna var att sjuksköterskorna upplevde var tidsbrist (Bennetts et al., 2012; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Coker et al., 2010; D'emeh et al., 2016; Duignan & Dunn, 2009; Manias, 2012; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016b; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016c; Pretorius et al., 2014; Rejeh et al., 2008; Rejeh et al., 2009b;). Exempelvis hade sjuksköterskor på vissa enheter inte tid att bedöma och skatta patienternas smärta (D'emeh et al., 2016; Duignan & Dunn, 2009; Pretorius et al., 2014). Vissa sjuksköterskor hade inte tid att sitta ner och ha en konversation med patienten eller lyssna på vad de hade att säga om sin smärta. Detta ledde till bristande smärtbedömning och det var svårt att skapa en relation till patienterna (Rejeh et al., 2008; Rejeh et al., 2009b).

I några studier framkom att sjuksköterskan ofta behövde lägga ner tid på att leta efter föremål och kollegor, exempelvis nycklar till skåpet där narkotika fanns inlåst, hel utrustning eller någon som kunde dubbelsignera när de hämtade ut läkemedel (Coker et al., 2010; Manias 2012; Pretorius et al., 2014; Rejeh et al., 2008). För att hitta dessa föremål eller få tag i en kollega kunde sjuksköterskan behöva gå över till en annan avdelning, eller om det var natt kunde tid gå åt till att ringa en annan avdelning och be en sjuksköterska därifrån komma över och dubbelsignera. Detta kunde ta upp till en timme och patienten fick vänta utan adekvat smärtlindring under tiden (Manias, 2012). Andra faktorer som bidrog till sjuksköterskornas tidsbrist var oklar arbetsfördelning (Blondal & Halldorsdottir, 2009) och att behöva lägga tid på att få kontakt med läkaren (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Bernhofer et al., 2015; Rejeh et al., 2008). Tidsbristen ledde till att patienter med allvarligare sjukdomstillstånd fick mer omvårdnad på bekostnad av sjuksköterskans andra patienter (Bergman, 2012; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Duignan & Dunn, 2009; Pretorius et al., 2014; Tsai et al., 2007) och att kollegor blev utbrända och slutar eller byter avdelning (Bergman et al., 2012).

Brist på resurser var ett hinder för sjuksköterskan i några av studierna (Rejeh et al., 2009a; Bennetts et al., 2012). En resurs som det var stor brist på var personal (Bergman, 2012; Manias, 2012; Rejeh et al., 2008; Shoqirat, 2015) och en annan kunde vara läkemedel. Vissa nätter när det fanns för lite narkotikaklassade läkemedel så kunde sjuksköterskorna vara tvungna att späda ut det som fanns och dela mellan patienterna (Rejeh et al., 2009a).

Arbetsbelastning

I flera studier beskrev sjuksköterskorna att de hade för många patienter (Bennetts et al., 2012; Bergman, 2012; Duignan & Dunn, 2009; Rejeh et al., 2009b; Shoqirat, 2015) och upplevde för hög arbetsbelastning (Bennetts et al., 2012; Bergman, 2012; Rejeh et al., 2009b). Några sjuksköterskor uttryckte att akutmottagningen de jobbade på arbetade högt över sin kapacitet (Bennetts et al., 2012). Vissa sjuksköterskor, på en kirurgavdelning, hade hand om mellan 15-20 nyopererade patienter som alla behövde aktiv övervakning (Shoqirat, 2015). I vissa fall kunde också sjuksköterskor uppleva att de gjorde mycket arbete som egentligen någon annan hade kunnat göra, exempelvis svara i telefon, svara på patientlarm, hämta eller fixa saker åt anhöriga till patienter, tömma pottor eller hämta mat och varma strumpor till patienter (Bergman, 2012; Rejeh et al., 2008; Rejeh et al., 2009b). Alla artiklar som handlade om sjuksköterskor på akutmottagningar tog upp arbetsbelastningen som ett stort hinder (Bennetts et al., 2012; Bergman, 2012; Pretorius et al., 2014; Tsai et al., 2007). De kände sig överväldigade av den konstanta strömmen av patienter och för att de förväntades ta hand om nya akuta patienter samtidigt som de tyckte att de agerade intensivvårdssjuksköterska, medicinsjuksköterska och kirurgsjuksköterska samtidigt. Detta upplevdes som mycket stressframkallande (Bergman, 2012). Vissa ansåg att det helt enkelt var omöjligt att ge den bästa möjliga vården i en utmanande akutmiljö. Smärtan måste prioriteras bort till förmån för mer akuta tillstånd (Bennetts et al., 2012).

Riktlinjer och rutiner

I en av studierna uttryckte vissa sjuksköterskor att det var politiken och media som styrde vad som prioriterades inom sjukvården. Om det rapporterades mycket i media om långa vårdköer så var det som politikerna satsade på att ändra, inte otillräcklig smärtlindring (Bennetts et al. 2012). Att det helt saknades riktlinjer för smärtbehandling var också ett hinder (Bennetts et al., 2012; Coker et al., 2010; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a). Vissa sjuksköterskor uttryckte att det var svårt att skatta patienters smärta när det inte fanns någon enhetlig metod för detta (Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a) och att det inte fanns någon möjlighet att diskutera patienters smärta inom teamet (Coker et al., 2010; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016b). Särskilda regelverk gällande narkotikaklassade läkemedel kunde också upplevas som ett hinder. Exempelvis så var det på vissa enheter inte tillåtet att administrera intravenöst morfin till patienter om de inte hade blivit tilldelade en säng, och det fanns inte alltid sängar lediga. Det kunde också finnas en kultur på sjukhuset som bidrog till ovilja att förändra, exempelvis personal som hade hög tilltro till att det sättet som de arbetade på nu fungerade bäst, eller en personalomsättning som var så stor att det aldrig gick att riktigt implementera en förändring (Bennetts et al., 2012). Ett annat hinder kunde vara sjukhusets egna riktlinjer att exempelvis skriva ut patienter snabbt efter operation. Detta kunde leda till att

smärtbehandlingens mål ignorerades och patienter skrevs ut och skickades hem trots att de fortfarande upplevde smärta (Rejeh et al., 2009a).

Teamarbetets inverkan på omvårdnadshandlingar vid smärta

De underkategorier som utvecklades var: *Hierarki och relationen mellan läkaren och sjuksköterskan* och *Relationen mellan sjuksköterskorna*. En del sjuksköterskor tyckte att ett stort hinder för smärtbehandling var att det fanns brister i teamarbetet, både mellan sjuksköterskor och läkare, internt mellan sjuksköterskor och mellan sjuksköterskor och andra kollegor.

Hierarki och relationen mellan läkaren och sjuksköterskan

Vissa studier visade att exempel på hinder relaterat till teamet kunde vara sjuksköterskans brist på auktoritet (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh et al., 2009b) som i vissa fall gav sjuksköterskan en känsla av maktlöshet (Bergman, 2012; Shoqirat, 2015). Detta upplevdes som ett hinder på enheter som hade en läkarcentrerad miljö (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh et al., 2008; Rejeh et al., 2009b; Shoqirat, 2015). Sjuksköterskorna kände att de förväntades göra det som läkaren ville och följa dennes order (Bergman, 2012; Rejeh et al., 2009b; Shoqirat, 2015). Det var vanligt att sjuksköterskorna upplevde att läkaren inte lyssnade på dem (Bernhofer & Sorrell, 2015; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016b; Rejeh et al., 2008; Shoqirat, 2015) och inte litade på deras bedömningar (Rejeh et al., 2008). Sjuksköterskan kunde behöva argumentera med läkaren för att patienten skulle få det som sjuksköterskan ansåg vara rätt medicinering, och slåss för det mer än de kände att de borde behöva (Bernhofer & Sorrell, 2015; Blondal & Halldorsdottir, 2009). Sjuksköterskor uppfattade även att patienterna endast lyssnade på läkarna och inte på sjuksköterskorna (Shoqirat, 2015).

I några studier framkom att sjuksköterskans beroendeställning till läkaren ledde till hinder i och med en begränsad tillgång till läkare (Bernhofer & Sorrell, 2015; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh et al., 2008). När läkare fanns på plats kunde sjuksköterskan stöta på hinder som att läkaren inte ville skriva ut de läkemedel sjuksköterskan behövde för att göra sitt jobb (Bergman, 2012; Bernhofer & Sorrell, 2015; Coker et al., 2010; D'emeh et al., 2016; Duignan & Dunn, 2009; Manias, 2012; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016b). Detta bland annat för att läkaren inte hann skriva ut läkemedel i rimlig tid (Bergman, 2012), för att läkaren var rädd för att skriva ut den mängd läkemedel patienten behövde (Bernhofer & Sorrell, 2015; Coker et al., 2010) eller för att läkaren trodde att smärtlindring kunde dölja andra symtom (Duignan & Dunn, 2009).

Relationen mellan sjuksköterskorna

I en av studierna framkom att relationen mellan sjuksköterskor kunde vara ett hinder. Exempelvis så uttryckte vissa sjuksköterskor, som hade arbetat länge, att deras yngre kollegor saknade "kallet" att vara sjuksköterska och att de bara verkade arbeta för pengarna, och detta sågs som ett hinder. Deras yngre kollegor tyckte i sin tur att de mer erfarna sjuksköterskorna var mindre benägna att erbjuda hjälp eller stöd och att många av dem hade blivit avtrubbade och okänsliga för patienternas smärta. Andra hinder som kunde

uppstå var att sjuksköterskorna upplevde att vissa andra kollegor inte förstod vad sjuksköterskor faktiskt gör. Konflikt kunde exempelvis uppstå om en sjuksköterska inte svarade på sin sökare medan sjuksköterskan var inne och arbetade hos en patient (Bergman, 2012).

Attityd och kunskap

De underkategorier som utvecklades var: *Misstro till patienten* som belyser att sjuksköterskan inte tror på vad patienten uttrycker, samt *Kunskapsbrist* som lyfter fram sjuksköterskans brist på kunskap inom smärthantering.

Misstro till patienten

Ett vanligt hinder vid smärtskattning som framkom av flera av studierna var att sjuksköterskan misstrodde patienten (Bergman, 2012; Bernhofer & Sorrell, 2015; Coker et al., 2010; Duignan & Dunn, 2009; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Neville & Roan, 2014; Rejeh et al., 2009a). Misstron kunde bero på att sjuksköterskans misstänkte att patienten försökte manipulera sjuksköterskan och lura till sig läkemedel (Bernhofer & Sorrell, 2015; Neville & Roan, 2014; Rejeh et al., 2009a) eller att patienten anger en högre smärtintensitet för att de tror att de får hjälp snabbare då (Bergman, 2012). I vissa fall tyckte sjuksköterskan att patienten var inkonsekvent i sin smärtskattning och att det patienten sa inte stämde överens med deras icke-verbala beteende (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Coker et al., 2010). Sjuksköterskan hade också dålig tillit till patienter som ofta frågade om mer smärtstillande. Vissa sjuksköterskor tenderade att basera smärtskattningen mer på vad de själva trodde om patientens smärta än på vad patienten faktiskt sade (D'emeh et al., 2016; Rejeh et al., 2009a). Det hände också att sjuksköterskor struntade i att ge extra smärtstillande till patienter som vaknade på natten med ett smärtgenombrott (Manias, 2012).

Patienters bruk av alkohol eller droger ansågs av sjuksköterskorna vara ett särskilt stort hinder vid smärthantering i flera studier (Neville & Roan, 2014; D'emeh et al., 2016; Duignan & Dunn, 2009; Pretorius et al., 2014; Tsai et al., 2007) och dessa patienter misstroddes oftare än patienter utan kända missbruk (Neville & Roan, 2014). Sjuksköterskor uttryckte att de hade för lite kunskap och erfarenhet för att vårda patienter med substansmissbruk. De var rädda att patienterna skulle bli hotfulla och/eller aggressiva och skada sjuksköterskan om de inte fick narkotika, men kände samtidigt i vissa fall att de bidrog till missbruket genom att ge narkotikaklassade läkemedel (Neville & Roan, 2014).

Kunskapsbrist

Ett hinder som beskrevs i några studier var att sjuksköterskorna hade gjort en inadekvat smärtskattning (Duignan & Dunn, 2009; Pretorius et al., 2014; Tsai et al., 2007). En stor del av sjuksköterskorna uttryckte att de hade brist på kunskap eller utbildning om smärta och smärthantering (Bernhofer & Sorrell, 2015; D'emeh et al., 2016; Duignan & Dunn, 2009; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016c; Neville & Roan, 2014; Pretorius et al., 2014; Rejeh et al., 2009b; Tsai et al., 2007). Vissa var rädda

för att övermedicinera patienter och ville därför ogärna ge narkotikaklassade läkemedel (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Manias, 2012; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Pretorius et al., 2014). Ett område som sjuksköterskorna tyckte att de hade för lite utbildning i var exempelvis vad som var en acceptabel smärtnivå hos en enskild patient (Coker et al., 2010; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016b). Vidare var vissa sjuksköterskor osäkra på om de skulle gå efter vad patienten sa om sin smärta eller vad patientens anhöriga sa om smärtan. I ett fall så hade sjuksköterskorna haft så lite tid med vissa av sina patienter att de inte hade någon reell uppfattning om patienternas smärtnivåer (Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a). Vissa sjuksköterskor hade också svårt att ta del av ny forskning och hålla sig uppdaterade inom vad som är evidensbaserad vård, för att de flesta forskningsartiklarna var skrivna på engelska och de behärskade inte det språket (Medrzycka-Dabrowska et al., 2016c).

Patienter och anhörigas inverkan på smärthanteringen

De underkategorier som utvecklades var: *Språk och kultur* som berör kommunikationsproblem mellan patienten och sjuksköterskan, och hur kulturella skillnader kunde vara ett hinder, *Ovilja att rapportera smärta och ta emot analgetika* som belyser att vissa patienter av olika anledningar inte ville rapportera sin smärta eller ta emot analgetika, samt *Orimliga förväntningar på vården* som berör förväntningar från patienten och dess närstående som bedöms som orimliga av sjuksköterskan.

Språk och kultur

Ett vanligt hinder som framkom var språkförbistringar (Bennetts et al., 2012; Bergman, 2012; Coker et al., 2010; Duignan & Dunn, 2009; Leegaard et al., 2011; Manias et al., 2012; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a). Språkförbistringarna ledde till att patienten inte alls förstod smärtskattningsskalorna (Bergman, 2012) eller hade svårt att fylla i smärtskattningsskalorna korrekt (Coker et al., 2010; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016b) eller hade svårt att uttrycka sig själv om sin smärta (Leegaard et al., 2011; Manias et al., 2012). Vissa sjuksköterskor ställde samma frågor till alla patienter, även om de inte förstod språket (Manias, 2012). Andra anledningar till att patienterna inte lyckades slutföra smärtskattningarna var exempelvis sensoriska nedsättningar, som hörselnedsättningar eller synnedsättningar (Coker et al., 2010; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016a; Medrzycka-Dabrowska et al., 2016b).

Kultur kunde enligt vissa studier också vara ett hinder (Bergman, 2012; Leegaard et al., 2011; Rejeh et al., 2009a). Sjuksköterskor som arbetade på ett sjukhus i Teheran berättade att män i deras kultur hade väldigt svårt att uttrycka smärta och därför måste ha ett eget rum om de ska kunna gråta eller få utlopp för smärtan på annat sätt. Detta ledde istället till att sjuksköterskorna ofta inte hörde dem och det blev ett hinder i smärtbehandlingen (Rejeh et al., 2009a).

Ovilja att rapportera smärta och ta emot analgetika

Motvilja till att ta emot smärtstillande var ett hinder som många sjuksköterskor rapporterade om i flera studier (Bennetts et al., 2012; Coker et al., 2010; Duignan & Dunn,

2009; Leegaard et al., 2011; Pretorius et al., 2014; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016a). Motviljan verkade bero på att vissa kulturer såg det som dåligt att ta smärtlindrande läkemedel (Leegaard et al., 2011), en vilja hos patienter att stå ut med smärtan (Coker et al., 2010; Leeaard et al., 2011), motvillighet till eller osäkerhet mot att ta opioider (Duignan & Dunn, 2009; Leegaard et al., 2011; Pretorius et al., 2014). Okunskap om hur läkemedlen fungerade (Leegaard et al., 2009), rädsla för beroende (Leegaard et al., 2009; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016a;) och biverkningar (Coker et al., 2010; Leegaard et al., 2009; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016a), en ovilja att störa personalen (Coker et al., 2010; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016a), eller för att de inte ville bli av med smärtan förrän de träffat en läkare (Bennettes et al., 2012) kunde också vara anledningar till motvilja att ta emot analgetika. Ett annat vanligt hinder var patientens motvilja att berätta om sin smärta för sjuksköterskorna (Coker et al., 2012; Duignan & Dunn, 2009; Leegaard et al., 2011; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016a; Pretorius et al., 2014). Detta berodde på en ovilja att besvara sjuksköterskorna och att patienterna förnekade smärta för att på så sätt förneka sin sjukdomsprocess. I vissa fall var det även så att patienten rapporterade sin smärta till läkaren men inte sjuksköterskan (Coker et al., 2012; Mędrzycka-Dąbrowska et al., 2016a).

Orimliga förväntningar på vården

I en studie från Jordanien tog sjuksköterskorna upp patientens familj som ett vanligt hinder. Patientens familjemedlemmar jagade sjuksköterskorna i korridorerna och krävde att få mer smärtstillande till sin sjuke anhörige, även om sjuksköterskan inte kunde ge mer utan att överdosera patienten. Om sjuksköterskan inte gav extra smärtstillande så kunde patientens anhöriga upplevas som otrevliga eller klaga hos sjukhuset. Sjuksköterskorna tyckte också att uppmärksamhetssökande patienter var ett stort hinder. Patienterna ringde konstant på larmklockorna även om de precis hade fått hjälp. Sjuksköterskorna uttryckte oro över att chefen skulle tro att de inte arbetade, för att larmen gick så mycket, och ljudet störde dem i deras arbete med andra patienter (Shoqirat, 2015). Det fanns i andra studier också åsikter bland sjuksköterskor om att patienterna hade orimliga förväntningar på vården (Bennetts et al., 2012; Bergman, 2012) och att många patienter kom till akuten med helt obetydliga skador eller problem (Bergman, 2012), vilket sågs som hinder. Vissa sjuksköterskor tyckte inte att patienter kunde vänta sig att bli helt smärtfria efter behandling (Pretorius et al., 2015) och andra uttryckte att patienter kommer till akutmottagningen och vill ha sina problem lösta direkt (Bergman, 2012).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet besvarade syftet genom att visa på hinder för smärtbedömningen och behandlingen, båda två väsentliga delar av smärthantering vid akut smärta. Vi fann olika hinder för detta men har bara valt att diskutera de som vi anser var våra huvudfynd: Tidsbristen, Språkförbistringar, Sjuksköterskans misstro till patienten och Orimliga förväntningar.

Över hälften av våra artiklar i resultatet tog upp tidsbrist som ett stort hinder för smärthanteringen och ytterligare ett par artiklar tog upp hinder som kan härledas till tidsbrist, exempelvis hög arbetsbelastning, för många patienter per sjuksköterska och att behöva ta hand om akut sjuka patienter samtidigt som man förväntas vårda patienterna med smärta. Jangland et al., (2016) visade i sin studie att patienterna uppfattade sjuksköterskorna som mycket upptagna och att de fick vänta länge på smärtlindring (Jangland et al., 2016). Det skulle kunna antas att detta var på grund av att sjuksköterskorna upplevde tidsbrist. Flera studier har visat på långa väntetider på akutmottagningen (Jangland et al., 2016; Pines & Hollander, 2008; Todd et al., 2007) och i studien utförd av Jangland et al. (2016) uttryckte patienterna den långa väntetiden som mycket påfrestande. Den långa väntetiden skulle kunna bero på den höga arbetsbelastning som beskrevs av sjuksköterskorna i resultatet, och kan leda till systemrelaterat lidande för patienten (Lesho et al., 2006). Det beskrevs även av Jangland et al. (2006) att en av patienterna låg på en brits på akutmottagningen och väntade i flera timmar, utan att få en kudde trots att hon bett om en, vilket ledde till att patienten fick ont i ryggen (Jangland et al., 2006). Patienten sökte vård på akutmottagningen för akut smärta i buken men fick på grund av sjuksköterskornas tidsbrist också ont i sin rygg, vilket ledde till ännu mer lidande, i form av smärta. Konsekvensen av sjuksköterskornas tidsbrist kan därför bli mer lidande för patienterna.

I takt med att världen globaliseras anser vi det relevant att resultatet visar ett globalt perspektiv av hinder för sjuksköterskans smärthantering, även om vissa hinder beror på kulturella skillnader. I resultatet sågs tidsbristen som ett hinder i alla olika delar av världen som våra artiklar hämtades ifrån. Det skulle kunna antas att tidsbrist är ett globalt problem, vilket stöds av vårt resultat, eftersom sjuksköterskans arbetsuppgifter har många likheter även i olika länder och kulturer. Dock så kan inte de olika anledningarna till tidsbristen generaliseras, eftersom vad som orsakade tidsbrist skiljde sig mellan de olika länderna.

I resultatet framkom att ett stort hinder för smärthanteringen var språkförbistringar av olika slag. Exempelvis så kunde vissa patienter inte slutföra smärtskattningsskalorna eller fylla i dem överhuvudtaget, för att de inte förstod språket. Vissa sjuksköterskor ställde också samma frågor till alla patienter, vare sig de förstod språket eller inte. Detta skulle kunna leda till det som Lesho et al. (2006) beskriver som "kommunikationsrelaterat lidande". I resultatet beskrev sjuksköterskor även att vissa patienter hade svårt att uttrycka sin smärta på grund av språket. Detta skulle kunna leda till stora problem för omvårdnadsprocessen, eftersom det, enligt Bengtsson (2014) krävs att sjuksköterskan utför en noggrann smärtanalys för att kunna klargöra faktorer rörande smärtan, exempelvis lokalisation, intensitet och duration. Om sjuksköterskan inte kan utföra en korrekt smärtanalys blir det svårt att gå vidare med omvårdnadsprocessen och det blir svårt att identifiera problemet och de möjliga bakomliggande orsakerna för smärtan. Man skulle kunna anta att detta är ett problem som kommer att bli vanligare i takt med att världen globaliseras och därför skulle det vara fördelaktigt att utveckla bättre metoder för att kommunikation mellan människor som inte talar samma språk i sjukvården. Detta skulle kunna leda till en bättre vård, i och med att sjuksköterskan och patienten får andra förutsättningar för att förstå varandra. Ett sätt att komma runt språkförbistringar skulle kunna vara genom att ha

skattningsskalor tillgängliga på flera språk, eller användandet av pekkort med bilder som instrument för att analysera smärtan.

Resultatet visade att det är vanligt förekommande att sjuksköterskan misstror patienten och att detta är ett hinder för smärthanteringen. Att sjuksköterskan inte tror på patienten skulle kunna leda till att en förtroendefull relation inte etableras mellan sjuksköterskan och patienten, något som är en förutsättning för god omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskor som lyssnar på patienten är bättre på att bedöma smärta (Bergh, 2014) så när sjuksköterskan inte gör det skulle patienten kunna uppleva ännu mer lidande genom att sjuksköterskan inte lyckas identifiera patientens behov av smärtlindring, eller genom att patienten inte upplever att sjuksköterskan lyssnar (Lesho et al., 2006). Smärta är en individuell och subjektiv upplevelse (Crowe et al., 2017; Norrbrink & Lundeberg, 2014; Toye, Seers, Hannink & Barker, 2017) men i resultatet framkom att vissa sjuksköterskor baserade sin smärtskattning mer på vad de själva trodde om patientens smärta och hur ont de upplevde att patienten hade. Sjuksköterskorna tog sig rätten att tolka hur ont patienten hade utifrån sin egen subjektiva åsikt om smärtan, vilket vi upplever som anmärkningsvärt och mycket problematiskt. Detta beteende från sjuksköterskan skulle kunna bero på en uppfattning om att denne har större kunskap, eftersom hen har utbildning inom i området smärta och kanske har träffat många patienter med liknande problem. Detta stöds också av Sjöström et al., (1995), som beskriver att ett sätt för sjuksköterskor att skatta smärta är att jämföra med sina tidigare erfarenheter av samma typ av smärta.

Resultatet presenterar att orimliga förväntningar var ett hinder som kom från både patienten och dennes familj och detta styrktes också i bakgrunden (Sanderson et al., 2012; Thorne & Morley, 2009). Sanderson et al. (2012) beskrev att det var en markant skillnad mellan resultatet som patienterna hade förväntat sig av sin behandling och den smärtlindring som de tyckte att de uppnådde efter behandlingen. Enligt Stureson et al. (2016) så var ungefär hälften av deltagarna inte nöjda med smärtlindringen och nästan 10 procent skattade sin smärtintensitet som 10 med NRS vid utskrivning. Som kontrast till detta så fann vi i resultatet att sjuksköterskor ansåg att vissa patienter hade orimliga förväntningar på vården. Vissa sjuksköterskor tyckte inte att patienter kunde förvänta sig att bli helt smärtfria efter behandling och andra sa att patienter förväntade sig att få alla sina problem lösta direkt. Utifrån detta kan vi se att det finns olika uppfattningar mellan patienter och sjuksköterskor om vad som kan förväntas av vården. Det kan tänkas att detta problem kan överbryggas genom att patienterna och sjuksköterskorna har en dialog med varandra om vilka förväntningar som patienten har och vilka förväntningar som sjuksköterskan kan leva upp till. Då skulle sjuksköterskan kanske bättre kunna förstå vad patienten vill och kunna bemöta förväntningar som anses vara orimliga redan från början, så att patienten och sjuksköterskan är överens om vilket resultat av exempelvis smärtlindring som kan uppnås.

Metoddiskussion

Litteraturoversikt valdes som metod för att besvara syftet. Syftet med en litteraturoversikt är att få en översiktlig bild av ett område (Rosén, 2012; Friberg, 2006) och vi anser att

detta är en av arbetets styrkor. Vi bedömer att vald metod var lämplig för att få en övergripande uppfattning om hinder för smärthantering och mycket forskning hittades som författarna ansåg besvarade det syfte som förelåg. En nackdel med valet av metod är att det finns en risk att författaren väljer ut studier som stödjer författarens egna åsikter, detta kan ha påverkat vårt resultat negativt eftersom det kan ge en skev bild av de verkliga förhållandena (Rosén, 2012). Dock så fann vi stöd bland majoriteten av inkluderade artiklar för de flesta av hindren och baserat på detta så bedömer vi att vi funnit tillräckligt med material för att få ett trovärdigt resultat. Angående vårt arbetes generaliserbarhet så tror vi att vissa delar, såsom tidsbrist, är generaliserbart. Andra hinder, som exempelvis är relaterade till kultur, teamarbete eller riktlinjer anser vi inte är generaliserbara, för dessa kan skilja sig mycket mellan olika enheter och olika länder.

När sökningen gjordes användes databasen Cinahl Complete, som innehåller de flesta artiklarna om omvårdnad skrivna på engelska (Polit & Beck, 2012). Detta kan stärka arbetets validitet (Henricson, 2012) och det bedöms av oss som ett bra val av databas. Det finns en risk att värdefulla artiklar har gått miste om genom att endast en databas användes istället för flera olika. Vi bedömde dock, så fort vi hade börjat söka artiklar, att vi skulle få ihop tillräckligt med material genom att söka i bara Cinahl Complete. Vid artikelsökningen användes sökord som vi ansåg var relevanta, men tog inte den hjälp med artikelsökningar och sökord som erbjöds av Sophiahemmets bibliotekspersonal. Hade det gjorts hade mycket väl andra ord som stämde bättre överens med vad vi ville undersöka kunnat komma fram. Vi uppfattade det som lätt att hitta sökord som gav den typ av artiklar som söktes, men i efterhand ser vi att mycket tid troligtvis hade sparats om vi hade haft mer specifika sökord och därmed fått färre, mer relevanta träffar. Bibliotekspersonalen hade kanske även kunnat tipsa om vad för slags titlar som, även om vi inte tyckte att det lät som det vid första läsningen, hade kunnat besvara vårt syfte.

I arbetet inkluderades tio kvalitativa artiklar, sju enkätundersökningar och två artiklar som använde sig av mixad metod. Att använda sig av studier med samma typ av design och mätinstrument kan ge ett arbete högre trovärdighet (Henricson, 2012), men vi anser att det har varit en styrka att ha olika typer av studiedesigner i resultatet. Detta för att resultatet då tar med både sjuksköterskornas beskrivningar av egna upplevelser av stora hinder och samtidigt fått kvantitativ data på att fler sjuksköterskor upplevde samma hinder som stora. Alltså har enkätstudierna, som ofta kan nå ut till mycket fler personer under kort tid (Billhult & Gunnarsson, 2012), styrkt vissa av de hinder som de kvalitativa intervjuerna har gett beskrivningar på.

Bristande kunskaper i det engelska språket hos författarna kan också ha gjort att artiklarna inte har den kvalité som författarna ansett dem ha, men vi fick ett så pass samstämmigt resultat av majoriteten av artiklarna att detta inte torde ha påverkat litteraturoversiktens resultat nämnvärt mycket. Av alla artiklar bedömdes 14 ha hög kvalité. Fyra artiklar bedömdes ha medelhög kvalité, anledningen till att de inte ansågs ha hög kvalité berodde oftast på att vi tyckte att de var lite otydliga med sin analys eller motivering av urval, men i övrigt hade ett väl beskrivet tillvägagångssätt. Detta kan bero på att vi inte hade tillgång till

hela originalforskningen utan bara en artikel där författarna hade tagit med det som de tyckte var mest relevant för den publiceringen.

En artikel bedömdes ha låg kvalitet och den inkluderades ändå, för att den inte tillförde någon ny information till resultatet utan bara styrkte det resultat som de andra artiklarna av god kvalitet redan hade kommit fram till. Vi hade dock kunnat öka arbetets trovärdighet genom att bara använda oss av artiklar av hög kvalitet, som vi var säkra på hade hög validitet och reliabilitet. Den artikel som bedömdes ha låg kvalitet var en enkätstudie och den hade också högst bortfall (cirka en tredjedel av tillfrågade deltagare avböjde), de andra enkätstudierna hade ett bortfall som var ungefär en fjärdedel av antalet deltagare. Detta kan ha påverkat resultatet genom att vissa hinder som nu upplevdes som mycket stora kanske skulle ha varit mindre i förhållande till andra hinder om fler deltagare hade varit med i studien. Om vi skulle ha gjort om arbetet så hade vi använt oss av artiklar av endast hög kvalitet och med ett så litet bortfall som möjligt.

När metoden litteraturoversikt används är det viktigt att diskutera förförståelsen för ämnet (Henricson, 2012). Vi hade viss förförståelse i och med att vi båda har gjort praktik på sjukhus via högskolan och sen arbetat som undersköterskor på sjukhus, så vi vet att sjuksköterskorna ibland måste prioritera bort vissa arbetsuppgifter för att hinna med andra, mer akuta arbetsuppgifter. Vi visste också att det finns en personalbrist på sjukhusen, speciellt en brist på sjuksköterskor, och att många sjuksköterskor verkar uppleva detta som en stor stressfaktor. Samtidigt bör inte vår förförståelse ha påverkat arbetets resultat, eftersom vi har varit noga med att rikta in oss på allmänna hinder för smärtlindring. Vi trodde att vi skulle hitta vissa faktorer, som exempelvis tid- och personalbrist, men vi har på intet sätt styrt resultatet åt det hållet.

Av de inkluderade artiklarna hade 16 blivit granskade av en eller flera etiska kommittéer. Av de tre andra hade en bara uppgett att de fått samtycke av alla deltagare samt sjukhuset och en hade argumenterat för att ett utomstående etiskt godkännande inte behövdes för studien. Vi har, när vi läst och analyserat artiklarna varit noga med att vi inte har kunnat härleda någonting tillbaka till deltagarna, men på grund av vår bristande kunskap i engelska språket och att det är första gången vi skriver en litteraturoversikt är det mycket möjligt att vi inte förstått eller kunnat se kopplingar som andra, mer erfarna forskare, skulle ha sett. Vi har därför också lutat oss på att alla artiklar är peer review, för att försäkra oss om att artiklarna verkligen var etiskt försvarbara. Att alla våra artiklar har varit peer reviewed har varit en styrka för vårt arbete, men om vi skulle gjort om arbetet skulle vi bara använt oss av artiklar som både var peer reviewed och som också hade sökt godkännande hos en eller flera etiska kommittéer.

Våra artiklar kommer från länder med olika sjukvårdssystem men när vi läst och analyserat artiklarna känner vi igen många hinder från vad vi själva har upplevt i den svenska sjukvården, exempelvis tidsbrist och sjuksköterskors misstro till patienten. Vi anser att detta kan antas vara hinder också i svenska sjukvården och att vårt resultat därför har viss tillämpbarhet. Andra hinder, som exempelvis är knutna till de olika ländernas kulturer bedöms inte ha någon generell tillämpbarhet i Sverige. Vi anser att vårt urval har varit

representativt för att vi har använt oss av artiklar som haft som syfte att på olika sätt beskriva hinder för smärthantering. Deltagarna har varit sjuksköterskor med olika erfarenhet av arbetet och de har arbetat på många olika avdelningar och akutmottagningar.

En styrka för vårt arbete har varit författarnas goda samarbetsförmåga. Vi har haft samma ambitionsnivå och trots oförutsedda problem som har dykt upp, exempelvis att ha behövt göra om sökningar, så har problemen diskuterats och blivit lösta på ett smidigt sätt.

Slutsats

Resultatet visade att vissa av de hinder som återfanns är kopplade till faktorer som skulle kunna lösas på ett organisatoriskt plan. Resterande hinder skulle kunna lösas med mer utbildning, både till sjuksköterskor, patienter och närstående, samt större satsningar på ett effektivare teamarbete. Vi såg ett behov av bättre metoder för att kommunicera med icke-svensktalande patienter, exempelvis genom information på fler språk än svenska och engelska.

Fortsatta studier

Förslag på fortsatta studier skulle kunna vara att ta reda på vad som krävs för att de vanligaste hindren för smärtbehandling ska kunna förebyggas, exempelvis hur sjuksköterskan på bästa sätt möter patienter som inte behärskar svenska och ser till att de får en så optimal vård som möjligt. Det hade också varit intressant att studera sätt för att överbygga en stark hierarki på en arbetsplats och skapa vilja till förändring.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet i denna studie skulle kunna användas inom professionen för att förebygga att patienter inte blir tillräckligt smärtlindrade. Om sjuksköterskorna och de övriga arbetskamraterna inom den somatiska akutsjukvården vet vilka hinder som är vanligast vid lindrandet av lidande vid akut smärta, skapar det möjligheter att ta fram strategier för att kringgå dessa hinder samt vilja till förändring. Om sjuksköterskan är medveten om de hinder som kan finnas skulle det kunna hjälpa hen att se dem i praktiken, och hitta alternativa lösningar. Studiens resultat och diskussion har möjlighet att skapa dialog i det interprofessionella teamet om hur teamarbetet kan förbättras. Det kan även öppna möjligheter för teamet att fördela om arbetsuppgifter för att kunna jobba mer effektivt, och därmed lindra patientens lidande, trots den tidsbrist som föreligger. Denna studie skulle även kunna användas för att lyfta fram behovet av att sjuksköterskan använder komplementära behandlingsmetoder vid smärta för att inte behöva vara så beroende av läkaren och för att kunna utveckla nya riktlinjer för smärtbehandling.

REFERENSER

Arman, M. (2012) Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (ss. 185-197). Stockholm: Liber.

Bengtson, M. (2014). Kapitel 18: Elimination med fokus på mag- och tarmkanalen. I A. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (ss. 528-551). Lund: Studentlitteratur AB.

*Bennetts, S., Campbell-Brophy, E., Huckson, S., & Doherty, S. (2012). Pain management in Australian emergency departments: Current practice, enablers, barriers and future directions. *Emergency Medicine Australasia*, 24(2), 136–143.
<https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2011.01499.x>

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Bergh, I. (2014) Kapitel 14: Smärta. I A. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (ss. 421-436). Lund: Studentlitteratur AB.

*Bergman, C. L. (2012). Emergency Nurses' Perceived Barriers to Demonstrating Caring When Managing Adult Patients' Pain. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38(3), 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.09.017>

*Bernhofer, E. I., & Sorrell, J. M. (2015). Nurses Managing Patients' Pain May Experience Moral Distress. *Clinical Nursing Research*, 24(4), 401–414.
<https://doi.org/10.1177/1054773814533124>

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 115-128). Uppsala: Studentlitteratur AB.

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

Brantberg, A. L. & Allvin, R. (2016). Smärtskattning av akut och postoperativ smärta: Smärtskattningsinstrument. I *Vårdhandboken*. Hämtad 22 november, 2017, från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smartskattningsinstrument/>

Carter, D., Sendziuk, P., Elliott, J., A & Braunack-Mayer, A. (2016) Why is pain still under-treated in the emergency department? Two new hypotheses. *Bioethics*. 30(3) ss. 195–202. doi:10.1111/bioe.12170

Cohen, F. (1980) 'Post-surgical pain Relief: Patients' Status and Nurses' Medication Choices', *Pain* 9, 265–274

*Coker E, Papaioannou A, Kaasalainen S, Dolovich L, Turpie I, & Taniguchi A. (2010). Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Applied Nursing Research*, 23(3), 139–146.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.003>

Crofford, L. J. (2015) Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 126 ss. 167–183

Crowe, M., Whitehead, L., Seaton, P., Jordan, J., Mccall, C., Maskill, V., & Trip, H. (2017). Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1004–1016. doi: 10.1111/jan.13174

Curtis, L.A. & Morell, T.D. (2006). Pain Management in the Emergency Department. *Emergency Medicine Practice*, 8 (7).

*D'emeh, W. M., Yacoub, M. I., Darawad, M. W., Shahwan, B., & Al-Badawi, T. H. (2016). Pain-Related Knowledge and Barriers among Jordanian Nurses: A National Study. *Health. Scientific Research Publishing*, 8(6), 548–558.
<https://doi.org/10.4236/health.2016.86058>

*Duignan M, & Dunn V. (2009). Perceived barriers to pain management. *Emergency Nurse*, 16(9), 31–35.

Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L Wallin (Red.) *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling.* (ss. 47-77). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2006) Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats.* (ss. 115-124) Lund: Studentlitteratur AB

Gan, T. J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of Pain Research*, 10, 2287–2298. doi: 10.2147/JPR.S144066

Goldsmith, H., Curtis, K., & McCloughen, A. (2017). Incidence, Intensity, and Impact of Pain in Recently Discharged Adult Trauma Patients: An Exploratory Study. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 24(2), 102–109. doi: 10.1097/JTN.0000000000000273

Guru, V. & Dubinsky, I. (2000) The patient vs caregiver perception of acute pain in the emergency department. *J Emerg Med* 2000;18(1):7–12.

Henne, E., Morrissey, S., & Conlon, E. (2015). An investigation into the relationship between persistent pain, psychological distress and emotional connectedness. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 710–719. doi: 10.1080/13548506.2014.986142

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 129-138). Uppsala: Studentlitteratur AB.

International Assosiation for the Study of Pain. (1994). *IASP Taxonomy*. Hämtad 31 oktober, 2017, från <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

Jangland, E., Kitson, A., & Muntlin Athlin, Å. (2016). Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 791–801.
<https://doi.org/10.1111/jan.12880>

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur AB.

*Leegaard, M., Watt-Watson, J., McGillion, M., Costello, J., Elgie-Watson, J., & Partridge, K. (2011). Nurses' educational needs for pain management of post-cardiac surgery patients. A qualitative study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), 312–320.

Leov, J., Barrett, E., Gallagher, S. & Swain, N. (2015) A qualitative study of pain experiences in patients requiring hip and knee arthroplasty. *Journal of Health Psychology* 2017, 22(2) ss. 186–196. doi: 10.1177/1359105315597054

Lesho, EP., Udvari-Nagy, S., Lázló, R., Saullo, L., & Rink, T., (2006). How accurate are health care workers' perceptions of patient suffering? A pilot study. *Military Medicine*, 171(8), 774–777.

Lindholm, C. (2014). Kapitel 17: Omvårdnad vid sår. I A. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (ss. 498-525). Studentlitteratur: Lund.

Magidy, M., Warrén-Stomberg, M., & Bjerså, K. (2016). Assessment of post-operative pain management among acutely and electively admitted patients - a Swedish ward perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(2), 283–289.
<https://doi.org/10.1111/jep.12475>

*Manias, E. (2012). Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1243–1254. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.002>

*Mędrzycka-Dąbrowska, W., Dąbrowski, S., Gutysz-Wojnicka, A., & Basiński, A. (2016a). Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in Polish hospitals - a multicentre study. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1049–1059.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12405>

*Mędrzycka-Dąbrowska, W. A., Dąbrowski, S., Basiński, A., & Pilch, D. (2016b). Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in Polish hospitals with and without a "Hospital Without Pain" Certificate - a multi-center study. *Archives of Medical Science*, 12(4), 808–818. <https://doi.org/10.5114/aoms.2015.54768>

*Mędrzycka-Dąbrowska, W., Dąbrowski, S., Gutysz-Wojnicka, A., & Basiński, A. (2016c). Polish nurses' perceived barriers in using evidence-based practice in pain management. *International Nursing Review*, 63(3), 316–327.
<https://doi.org/10.1111/inr.12255>

Moore, R. A., Derry, S., Taylor, R. S., Straube, S & Phillips, C. J. (2013) The Costs and Consequences of Adequately Managed Chronic Non-Cancer Pain and Chronic Neuropathic Pain. *Pain Practice*, 14(1) ss. 79–94. doi: 10.1111/papr.12050

Norrbrink, C & Lundeberg, T. (2014). *Om smärta: ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB.

*Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Coring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>

Ossipov, M. H., Morimura, K. & Porreca, F. (2015) Descending pain modulation and chronification of pain. *Curr Opin Support Palliat Care*. 8(2) ss. 143–151 doi: 10.1097/SPC.0000000000000055

Pines, J. M., & Hollander, J. E. (2008). Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.07.008>

Polit, D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

*Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses' Management of Patients' Pain. *Pain Management Nursing*, 16(3), 372–379. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.015>

*Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Anoosheh, M., & Kazemnejad, A. (2008). Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing: a qualitative research study. *International Nursing Review*, 55(4), 468–475. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00659.x>

*Rejeh N, Ahmadi F, Mohamadi E, Anoosheh M, & Kazemnejad A. (2009a). Ethical challenges in pain management post-surgery. *Nursing Ethics*, 16(2), 161–172. <https://doi.org/10.1177/0969733008100077>

*Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A, & Anoosheh M. (2009b). Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 274–281. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00619.x>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 429-446). Uppsala: Studentlitteratur AB.

Sanderson, K. B., Roditi, D., George, S. Z., Atchison, J. W., Banou, E., & Robinson, M. E. (2012). Investigating patient expectations and treatment outcome in a chronic low back pain population. *Journal of Pain Research*, 5, 15–22. <https://doi.org/10.2147/JPR.S28636>

Siedlecki, S. L., Modic, M. B., Bernhofer, E., Sorrell, J., Strumble, P., & Kato, I.

(2014). Exploring how bedside nurses care for patients with chronic pain: A grounded theory study. *Pain Management Nursing*, 15. ss. 565-573.

*Shoqirat, N. (2015). "We are nurses, they are doctors": Barriers to nurses' roles in pain management following surgery in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 200–206. <https://doi.org/10.1111/ijn.12240>

Sjöström, B., Haljamäe, H., Dahlgren, L-O. och Lindström, B. (1995) Assessment of postoperative pain: impact of clinical experience and professional role. *Acta anaesthesiol scand*, 41. ss. 339-344.

Sturesson, L., Falk, A.-C., Castrén, M., Niemi-Murola, L., & Lindström, V. (2016). Mandatory documentation of pain in the emergency department increases analgesic administration but does not improve patients' satisfaction of pain management. *Scandinavian Journal of Pain*, 13(Supplement C), 32–35. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.006>

Sturesson, L., Ulfvarson, J., Niemi-Murola, L., Lindström, V., & Castrén, M. (2017). Pain on arrival at the emergency department: A regional survey. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(1), 7–11. <https://doi.org/10.1177/2057158516656998>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Thorne, F. M., & Morley, S. (2009). Prospective judgments of acceptable outcomes for pain, interference and activity: Patient-determined outcome criteria. *Pain*, 144(3), 262–269. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.04.004>

Todd, K.H., Ducharme, J., Choiniere, M, Crandall, C. S., Fosnocht, D. E., Homel, P. & Tanabe, P. (2007) Pain in the emergency department: Results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain*. 8(6) ss. 460–6.

Toye, F., Seers, K., Hannink, E., & Barker, K. (2017). A mega-ethnography of eleven qualitative evidence syntheses exploring the experience of living with chronic non-malignant pain. *BMC Medical Research Methodology*, 116(17). doi: 10.1186/s12874-017-0392-7

*Tsai F, Tsai Y, Chien C, & Lin C. (2007). Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2088–2095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01646.x>

U.S. National Library of Medicine (2017a) *Nursing*. Hämtad 2017-11-13 från: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D009729>

U.S. National Library of Medicine (2017b) *Pain Management*. Hämtad 2017-11-13 från: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D059408>

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. (Vetenskapsrådets rapportserie, 2011:1). Stockholm: Vetenskapsrådet.

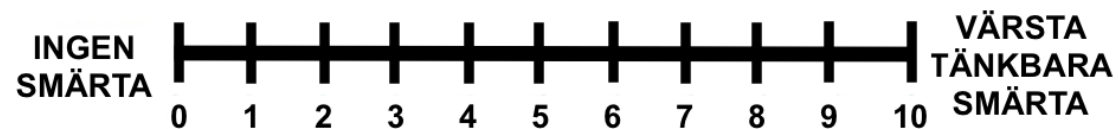
Vetenskapsrådet (2012) *Statement of Principles for Scientific merit review*. Hämtad 2017-11-23 från: <https://www.vr.se/download/18.7257118313b2995b0f266b8/1357572874285/Stamtement+of+Principles+for+Scientific+Merit+Review.pdf>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 8 december, 2017, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Numerisk skala (NRS)

“Numerisk skala (NRS) innebär att patienten väljer en siffra mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta). Patienten kan ange siffran verbalt, markera siffran på en linjal eller sätta ett kryss på en pappersskala” (Brantberg & Allvin, 2016).



Visuell analog skala (VAS)

“Patienten anger sin smärta antingen med en markör eller ett kryss utmed en exakt 10 cm lång linje, med ändpunkterna "ingen smärta = 0" till "värsta tänkbara smärta =10". Läs av skalan med hjälp en linjal på 10 cm. Skalan finns även med en sida för patienten och en graderad sida för personalen att läsa av” (Brantberg & Allvin, 2016).



BILAGA B

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
 I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>
---	--	----------	---

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

III

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA C

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bennetts, S., Campbell- Brophy, E., Huckson S. & Doherty, S. 2012 Australien	Pain management in Australian emergency departments: Current practice, enablers, barriers and future directions	Att utforska nuvarande smärtbehandlingsutövning på australiensiska akutmottagningar och identifiera saker som underlättar för samt hindrar bästa möjliga vård.	<u>Design</u> : 5 fokusgrupper och två djupgående intervjuer <u>Urval</u> : Sjuksköterskor med olika erfarenhet som valdes ut av det tillfrågade sjukhuset. <u>Datainsamling</u> : Kvalitativ frågeteknik och semistrukturerade intervjuer <u>Analys</u> : transkribering och öppen kodningsprocess.	25 (-)	Svårt att applicera riktlinjer för evidensbaserad vård på utmanande akutmiljö. För lite tid och resurser, massor av akut sjuka patienter som gör att smärthantering hamnar längre ner i prioriteringen, organisatoriska problem, som att inte få ge opioider till någon som inte fått en plats än (det finns inga platser). Får prioritera det som media rapporterar om (ex långa köer) istället för smärta. Generell ovilja att göra förändringar, stort personalgenomflöde, språkhinder, demens, tro	K I

IV

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
					att smärtstillande gömmer andra diagnoser.	
Bergman, C. L. 2012 USA	Emergency Nurses' Perceived Barriers to Demonstrating Caring When Managing Adult Patients' Pain	Att utforska uppfattningar som akutsjuksköterskor har om processerna som används när man behandlar vuxna patienters smärta och öka förståelsen för hur dessa uppfattningar påverkar patienters smärtbehandling.	<u>Design:</u> Intervjustudie <u>Urval:</u> Legitimerade sjuksköterskor med engelska som modersmål, som jobbar på en akutavdelning i nordöstra Florida, har minst 1 års erfarenhet av akutmottagning och har ansvar för omvårdnad av patienter över 18 år. <u>Datainsamling:</u> Enskilda intervjuer. Intervjuerna började med att alla deltagare fick samma fråga. Följdfrågor berodde sedan på deltagarnas svar. <u>Analys:</u> Öppen kodning (för att skapa subkategorier) och axial kodning (för att finna breda teman och en central	15 (-)	Tre huvudteman: Känna sig överväldigad (handlade om arbetsbelastning, stress, att behöva prioritera och inte ha kontroll fast att man har ansvar för någons liv), Dåligt teamarbete (mellan sjuksköterskor med olika erfarenhet och mellan sjuksköterskor och andra professioner) och Frustration (patienter som kommer med betydelselösa skador, känna sig som en laglig knarklangare, litat inte på att patienterna är ärliga med hur ont de har)	K II

V

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
			kärnteori, från subkategorierna).			
Bernhofer, E., I & Sorrell, J., M. 2014 USA	Nurses Managing Patients' Pain May Experience Moral Distress.	Att undersöka känslor av "moralisk nöd" beskriven av sjuksköterskor som kände att de var begränsade i att erbjuda sina inlagda patienter optimal smärtbehandling, oberoende av smärtans ursprung.	<u>Design</u> : Kvalitativ sekundär analys av en original grounded theory study. <u>Urval</u> : Ändamålsenlig provtagning <u>Datainsamling</u> : Intervju med varje deltagare. <u>Analys</u> : Forskarna lyssnade på varje ljudupptagning och skrev ner memos om vilka insikter och idéer som utvecklades när de lyssnade. I slutet av varje data analysession så diskuterade forskarna kärnkoncepten för att komma överens om hur datan skulle sorteras och delas in.	48 (-)	Svårt att kommunicera med läkaren och få rätt läkemedel utskrivna. hierarkiproblem, dålig utbildning om smärtlindring, dåligt utbildade läkare.	K I

VI

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Blondal K, & Halldorsdottir S. 2009 USA	The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective	Att öka förståelsen för vad det innebär för sjuksköterskor att vårda patienter som har smärta.	<u>Design:</u> Fenomenologisk studie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor med minst två års omvårdnadserfarenhet, som arbetar inom allmänna vuxenmedicinska och kirurgiska sjukhusvårdsavdelningar på tre olika sjukhus på Island. <u>Datainsamling:</u> Fördjupade, ostrukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Utfördes enligt the Vancouver School	10 (-)	Fynden indikerar att det är en 'utmanande resa' att ta hand om patienter med smärta. De största hindren för sjuksköterskorna är 'läsa av patienten', 'handskas med inre konflikter och moraliska dilemman', handskas med date-keepers (läkare) och 'organisationshinder'.	K II
Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S, Dolovich, L., Turpie, I & Taniguchi, A.	Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units	Att (a) fastställa hur många sjuksköterskor på akuta medicinavdelningar, som tar hand om äldre äldre med kontinuerlig smärta, tror att de följer specifika riktlinjer för klinisk	<u>Design:</u> Mixad metod. sekventiell explorativ studie. Först samla och analysera kvantitativ data och sen kvalitativ data. <u>Urval:</u> Bekvämlighetsprovtagning av sjuksköterskor som	36 (-)	Patientrelaterade hinder: Språkförbistringar, patienter som rapporterar smärta till läkare men inte till ssk. svårt att fylla i smärtskattningsinstrument, vissa vill stå ut med smärtan, rädsla att ta	K I

VII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
2010 Canada		praxis relaterade till smärtbedömning, och (b) fastställa sjuksköterskors uppfattning om hinder för optimal bedömning och behandling av smärta hos inlagda äldre äldre på akuta medicinavdelningar.	jobbade på en av sex akutmottagningar som var med i en tidigare studie <u>Datainsamling:</u> gruppintervjuer <u>Analys:</u> Statistisk data analyserades med hjälp av SPSSVersion 11.5. "The Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices survey" användes		läkemedel för bieffekter.. Organisatoriska hinder: ingen tid att ge ickefarmakologiska smärtstillande, ingen tid för hälsoutbildning, finns inga icke-farmakologiska metoder att använda, oorganiserat hälsosystem (måste leta efter nycklar, och läkemedel, dubbelsignera). Läkarrelaterade: Läkare vill ogärna skriva ut narkotika av rädsla för att övermedicinera.	
D'emeh, W., M., Yacoub, M., I., Darawad, M., W., Al-Badawi, T., H. & Shahwan, B.	Pain-Related Knowledge and Barriers among Jordanian Nurses: A National Study	Att utforska jordanska sjuksköterskors kunskap och attityder om smärtskattning, och hinder för ingripande på olika sjukhus som representerade	<u>Design:</u> Deskriptiv tvärsnittsstudiedesign <u>Urval:</u> ej slumpmässig bekvämlighetsprovtagning . Sjuksköterskor som arbetade på medicinsk, kirurgisk, intensivvårds, ortopedisk, pediatrik,	745 (306)	Bara 18 procent av ssk tyckte att smärtstillande skulle ges hela dygnet på ett fast schema. Knappt 30 procent tyckte att patienten vet bäst hur ont hen har. Studien visade på kunskapsluckor och	P II

VIII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
2016 Jordanien		sjukvårdssektorer i Jordanien.	onkologisk vårdavdelning samt akutmottagning.. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär 42 frågor. The Nurses knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) tool. <u>Analys:</u> Korrekta svar fick 1 och fel eller obesvarade fick 0. Deltagarnas poäng räknades ut genom att dividera det totala antalet korrekta svar med antalet frågor (X/32)		attitydproblem som gjorde att patienternas smärta underskattades och underbehandlades.	
Duignan, M. & Dunn, V. 2009 Irland	Perceived Barriers to pain management.	Att jämföra hur hinder för smärtbehandling på akutmottagningar uppfattas av sjuksköterskor på Irland och i USA.	<u>Design:</u> Deskriptiv enkätstudie och frågeformulär, utvecklad från originalet av Tanabe och Buschmann (2000).	81 (44)	De flesta hindren var organisatoriska. ex “kan inte ge läkemedel innan pat har en diagnos”, “har inte tid att skatta och behandla smärtan”, “har många patienter att ta hand om samtidigt” och	P III

IX

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
			<u>Urval:</u> Skickades ut till alla akutmottagningar på Irland. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> ej specificerad		“Svårt att se bieffekter när patienterna åker iväg på undersökningar”. Det vanligaste patientrelaterade hindret var “Alkohol eller annat missbruk” och de vanligaste ssk-relaterade var “inadekvat skattning och smärtlindring” läkarrelaterade “läkarna tror att smärtlindring döljer andra symtom”	
Leegaard, M., Watt-Watson, J., McGillion, M., Costello, J., Elgie-Watson, J., & Partridge, K. 2011 Canada	Nurses' educational needs for pain management of post-cardiac surgery patients	Att identifiera sjuksköterskors kunskapsbehov vid förberedelse av utskrivna patienter, att ta hand om sin smärta hemma.	<u>Design:</u> Kvalitativ, deskriptiv studie. Pain Beliefs Scale (PBS) användes som komplement till den kvalitativa datan. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetar heltid på någon av 2 hjärtkirurgiska enheter på ett universitetssjukhus i Toronto.	22 (1)	Sjuksköterskorna identifierade hinder främst relaterade till patientens ålder och oro för opioidbruk.	K I

X

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
			<p><u>Datainsamling:</u> Sessioner av semistrukturerade intervjuer med 4 fokusgrupper</p> <p><u>Analys:</u> Inspelningen från sessionerna transkriberades av en anställd transkribent. Studiens syfte, och kategorier från "the semistructured interview guide" och Tematisk innehållsanalys användes. SPSS användes för att analysera resultaten från PBS.</p>			
Manias, E. 2012 Australien	Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study.	Att undersöka hur smärta var skattad och behandlad hos äldre patienter som var antagna av en geriatrisk evaluerings- och behandlingsenhet.	<p><u>Design:</u> Naturalistisk observationsstudie.</p> <p><u>Urval:</u> Två geriatriska avdelningar, 34 sjuksköterskor med 3-årig utbildning som arbetade på någon av avdelningarna.</p>	34 (-)	Fyra stora kategorier: Kommunikation mellan sjuksköterskor och mellan sjuksköterskor och patienter, Strategier för smärtbehandling, Miljömässiga och organisatoriska aspekter	K I

XI

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
			<u>Datainsamling:</u> Studerade interaktioner mellan patienter och sjuksköterskor och hade sedan uppföljande intervjuer med sjuksköterskor. <u>Analys:</u> transkribering av intervju och ljudupptagning. Analys enligt Ritchie och Spencer (1994)		av omvårdnad och Smärtans komplexa natur	
Mędrzycka-Dąbrowska, W. A., Dąbrowski, S., Basiński, A., & Pilch, D. 2016 Polen	Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in Polish hospitals - a multicentre study.	Att jämföra utbredningen av hinder för optimal postoperativ smärtbehandling hos äldre patienter, som observerats av sjuksköterskor på "clinical, provincial och municipal" sjukhus.	<u>Design:</u> Mixed method, deskriptiv explorativ studie och kvalitativ innehållsanalys. <u>Urval:</u> 2000 sjuksköterskor som arbetade på 3 olika sjukhus, ett kommunalt, ett universitetssjukhus och ett regionssjukhus. <u>Datainsamling:</u> Polsk version av frågeformuläret	1602 (398)	Organisatoriska hinder - kan inte diskutera äldre persons smärta direkt med teamet. Patienterna berättar om smärta för läkaren, inte sjuksköterskan. Finns ingen enhetlig metod för smärtskattning av äldre patienter. Läkarellaterade hinder - läkare vill inte skriva ut för att de kanske	P I

XII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
			av Coker "Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices" <u>Analys:</u> 13 analysmetoder.		överdoserar patienten (demens). ssk-relaterade problem - okunskap om smärta pga brist på tid med patienten. okunskap om acceptabel smärtnivå hos äldre patient. patientrelaterade hinder - patienterna kunde inte fylla i smärtskalan korrekt. Svårt att smärtskatta patienten pga humörsvängningar. Organisatoriska hinder sågs som största problemet, sen patientrelaterade hinder, sen läkarrelaterade hinder och sist ssk-relaterade hinder.	
Medrzycka-Dabrowska, W., Dabrowski,S.	Polish nurses' perceived barriers in using evidence-	Att presentera nuvarande praxis, uppfattade hinder samt fascilitatorer för polska sjuksköterskor vid	<u>Design:</u> Dedikerat frågeformulär med 111 frågor uppdelat i 4 grupper, om	1300 (200)	Sjuksköterskorna har dålig tillgång och kunskap om EBP. De som jobbade på kommunala sjukhus	P I

XIII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
, Gutysz-Wojnicka, A. & Basinski, A. 2016 Polen	based practice in pain management	användning av evidensbaserad vård vid skattning och behandling av akut smärta under den postoperativa fasen hos äldre människor.	evidensbaserad vård vid smärta. <u>Urval:</u> 25 sjukhus valdes slumpmässigt ut, 11 deltog. 1500 ssk deltog. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär skickades ut. <u>Analys:</u> case study undersökning och kvalitativ innehållsanalys. Cronbach's a coefficient. Alla statistiska uträkningar gjordes med STATISTICA 10.0 data analysis software system.		hade bättre tillgång än de som jobbade på universitetssjukhus. De som hade tillgång till internet påtalade oftare hur viktigt EBP är. Ju högre och längre utbildning, desto bättre kunskap om EBP. De största hindren var att professionell litteratur bara skrevs på engelska, som sjuksköterskor ofta inte behärskade, för lite tid och för lite stöd från avdelningschefen	
Mędrzycka-Dąbrowska, W. A., Dąbrowski,	Perception of barriers to postoperative pain management in	Att identifiera hinder för effektiv, sjuksköterskekontrollerad analgetika vid	<u>Design:</u> Frågeformulär uppdelat i fyra delar. en om organisatoriska hinder, läkarrelaterade hinder,	1602 (398)	Organisatoriska hinder - Det största problemet på båda typerna av sjukhus var att det inte gick att	P I

XIV

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
S., Basiński, A. & Pilch, D. 2014 Polen	elderly patients in Polish hospitals with and without a "Hospital Without Pain" Certificate – a multi-center study	postoperativ smärtbehandling hos äldre patienter på sjukhus med och utan "hospital without pain"-certifikat.	sjuusköterskerelaterade hinder och patientrelaterade hinder. <u>Urval:</u> 2000 ssk som arbetade på sjukhus med och utan certifikat. <u>Datainsamling:</u> frågeformulär. Polish version of the Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices questionnaire. <u>Analys:</u> 15 analysmetoder		rådfråga en klinisk farmakolog om smärtstillande för äldre patienter. Det andra problemet var att det inte gick att diskutera smärtstillande för äldre patienter. Hinder med läkare - läkare litar inte på sjuusköterskornas pain rating för äldre patienter. Läkare ville inte skriva ut adekvat smärtstillande för att de var rädda för överdosering (dementa patienter). Sjuusköterskerelaterade hinder - okunnighet av äldre patienters smärta för att man inte haft tid med dom var största problemet. Okunnighet av vad den acceptabla smärtnivån är hos äldre	

XV

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
					patienter. Patientrelaterade hinder - patienterna kunde inte fylla i smärtskalan korrekt. Svårt med smärtskattning för att patienten hör eller ser dåligt. Organisatoriska hinder sågs som största problemet, sen patientrelaterade hinder, sen läkarrelaterade hinder och sist ssk-relaterade hinder.	
Neville, K., & Roan, N. 2014 USA	Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Coring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance	Att undersöka legitimerade sjuksköterskors uppfattning av att vårda inlagda medicinska och kirurgiska patienter med samtidigt substansmissbruk eller beroende.	<u>Design:</u> Kvalitativ induktiv studie <u>Urval:</u> Riktad provtagning. 5 olika avdelningar. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär <u>Analys:</u> ej specificerad	24 (-)	Resultatet visade att sjuksköterskor behöver mer undervisning och professionellt stöd när de tar hand om personer med missbruk.	K II

XVI

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
	Abuse/Dependence					
Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. 2015 Nya Zeeland	Barriers and Enablers to Emergency Department Nurses' Management of Patients' Pain	Att identifiera hinder, nuvarande omvårdnadskunskap och saker som underlättar smärtbehandling.	<u>Design:</u> Kvantitativ enkätstudie. <u>Urval:</u> Deltagarna behövde vara sjuksköterskor som är CENNZ-medlemmar och för närvarande arbete på en akutmottagning på Nya Zeeland. <u>Datainsamling:</u> Webbaserad enkät. <u>Analys:</u> Både deskriptiva kvantitativa och kvalitativa analysmetoder användes.	172 (25)	Ett vanligt hinder som sjuksköterskorna upplevde var att de var tvungna att ta hand om svårt sjuka patienter samtidigt som de skulle ta hand om patienter med smärta. Andra hinder var tidsbrist, arbetsbörda, ovilja hos läkare att förskriva analgetika och brist på kunskap om administrering av narkotika hos sjuksköterskor.	P I
Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Anooosheh, M., &	Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing: a	Att fastställa iranska sjuksköterskors uppfattningar av hinder för och saker som underlättar deras	<u>Design:</u> semistrukturerade intervjuer <u>Urval:</u> Riktad provtagning, ssk med minst 5 års erfarenhet på kirurgisk avdelning.	26 (-)	Huvudteman med subteman är (1) hinder till smärthantering efter operation (subteman: maktlöshet, regler och riktlinjer,	K I

XVII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kazemnejad, A. 2008 Storbritannien	qualitative research study	behandling av postoperativ smärta.	<u>Datainsamling:</u> Snöbollsteknik. <u>Analys:</u> Innehållsanalys		läkarnas ledande praxis, tidsbrist, begränsad kommunikation, att aktiviteter relaterade till smärta avbryts) och (2) faktorer som främjar postoperativ smärta.	
Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohamadi, E., Anosheh, M., & Kazemnejad, A. 2009 Storbritannien	Ethical Challenges in Pain Management Post-Surgery	Att beskriva etiska utmaningar som iranska sjuksköterskor mötte när de vårdade patienter efter ett kirurgiskt ingrepp.	<u>Design:</u> semi-strukturerade intervjuer. <u>Urval:</u> Riktad provtagning. Ssk med minst 5 års erfarenhet på kirurgisk avdelning. <u>Datainsamling:</u> Snöbollsteknik, av en sjuksköterska rekommenderades fler osv. <u>Analys:</u> Identifiering, kodning och kategorisering. Innehållsanalys.	26 (-)	Tre kategorier dök upp -Institutionella begränsningar - Sjuksköterskornas närhet till och engagemang i smärta och lidande - Sjuksköterskornas felbarhet	K I

XVIII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A, & Anosheh M. 2009 Storbritannien	Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management	Att identifiera sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar om hinder för postoperativ smärtbehandling.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> minst 2 års arbetserfarenhet på kirurgavdelningar, på sjukhus anslutna till Tehrans Universitet. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> constant comparative method.	26 (-)	Brist på pedagogisk/utbildnings förberedelse Sjuksköterskans begränsade auktoritet (sjukvårdens struktur och kultur, regler och förordningar, lag- och politiska aspekter, läkarcentrerat, tidsbrist, tunga arbetsuppgifter, ökning av 'non-nursing duties', obalanserade ssk-patientförhållanden) Begränsad ssk-pat relation (inte tillräckligt med tid med patienten) Störningar under smärtlindring (försening av interventioner relaterat till ssk's arbetsbelastning, leta efter läkare och utrustning, svara i telefon,	K I

XIX

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
					inte tillräckligt många ssk på plats)	
Shoqirat N 2015 Jordanien	‘We are nurses, they are doctors’: Barriers to nurses’ roles in pain management following surgery in Jordan	Att utforska hinder för sjuksköterskans roll vid smärtbehandling efter operation i Jordanien.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie med 4 fokusgrupper. <u>Urval:</u> 25 sjuksköterskor som jobbar på kirurgavdelningar. Både män och kvinnor. <u>Datainsamling:</u> Gruppdiskussioner. Två grupper med junior-nurses och två med senior, för att ingen hierarki skulle spela in. Ingen hade chefsposition. Semistrukturerat med öppna frågor. <u>Analys:</u> Transkriptionen översattes från arabiska till engelska av 2 tvåspråkiga professorer. Transkriptionen kodades och delades in i grupper efter N-Vivo	25 (-)	Barriers within bedside - Alla sjuksköterskor tog upp uppmärksamhetssökande patienter som ett hinder för att se efter andra patienter. Den andra underkategorin var familjer som la sig i. Barriers with nursing - För många patienter. Stark hierarki.	K I

XX

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Tsai F, Tsai Y, Chien C, & Lin C. 2007 Kina	Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan.	Att utforska kunskap om samt hinder för smärtbehandling bland akutsjuksköterskor i Taiwan.	<u>Design:</u> Enkätstudie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som är över 18 år och arbetar på en akutmottagning på ett av nio olika sjukhus i fyra olika regioner av Taiwan. <u>Datainsamling:</u> The Nurses' Knowledge and Attitudes Survey-Taiwan version användes för att mäta sjuksköterskornas kunskap om smärta. Ett annat verktyg skapades för att mäta sjuksköterskornas uppfattning om barriärer. <u>Analys:</u> SPSS for Windows (version 10Æ0) användes för dataanalys. Pearson's correlation coefficients, one-way ANOVA och Scheffee's post hoc-test användes	328 (79)	De största hindren som identifierades var: Att behöva ta hand om andra akut sjuka patienter samtidigt som de skulle ta hand om patienter som hade smärta. Patienter som brukar alkohol eller andra "recreational" drugs. Ej adekvat smärtskattning och/eller smärtstillning. Dessa barriärer fanns ofta eller alltid i det kliniska arbetet. Undersökning visade att sjuksköterskor med mer erfarenhet upplevde färre hinder.	P I

XXI

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet