



Institutionen för hälsovetenskap

# Sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning och smärtskattningsinstrument i kommunal hälso- och sjukvård

- En litteraturstudie

**Åsa Pettersson Linda Thomée**

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst  
Vårterminen 2019

## Sammanfattning

Titel: Sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning och smärtskattningsinstrument i kommunal hälso- och sjukvård

Författare: Pettersson, Åsa; Thomée, Linda

Institution: Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Roxberg, Åsa

Sidor: 39

Månad / år: Juni 2019

Nyckelord: kommunal hälso- och sjukvård, smärtskattning, smärtskattningsinstrument, smärtlindring, uppfattningar

---

**Bakgrund:** Det är vanligt att patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården lider av smärta. Upprepade studier pekar på att validerade smärtskattningsinstrument inte används i någon större utsträckning. Sjuksköterskors bristande kunskap om smärta, smärtskattning och smärtbehandling leder till sämre smärtlindring och försämrad livskvalitet för patienten. **Syfte:** Studiens syfte är att undersöka sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning och smärtskattningsinstrument inom den kommunala hälso- och sjukvården. **Metod:** En litteraturöversikt valdes för att genomföra studien. I studien ingår elva artiklar som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I analysen framkom tre kategorier; *kunskap*, *teamsamverkan* och *barriärer*. Studien visar att sjuksköterskor sällan använder sig av smärtskattningsinstrument i sitt dagliga arbete. De anser att det är svårt att smärtskatta en icke-verbal patient samt de patienter som drabbats av kognitiv svikt. Sjuksköterskor saknar kunskap om smärta och smärtlindring. Det framkommer även flera olika barriärer för smärtskattning såsom tidsbrist och personalbrist. Teamet runt patienten ansågs viktigt för att förbättra smärtskattning och smärtbehandling. **Slutsats:** Resultatet visar att sjuksköterskors kunskaper om smärta och smärtskattning är bristfällig. Arbetslivserfarenhet bidrar inte heller till att sjuksköterskor blir mer benägna att smärtskatta. Det behövs mer utbildning om smärta och smärtskattningsinstrument.

## Abstract

Title: Nurses' opinions of pain assessment and pain assessment tools in municipal healthcare

Author: Pettersson, Åsa; Thomée, Linda

Institution: Institution of Health Sciences, University West.

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS.

Supervisor: Roxberg, Åsa

Pages: 39

Month / year: June 2019

Keywords: municipal healthcare, pain assessment, pain assessment tools, pain relief, opinions

---

**Background:** It is common for patients in municipal healthcare to experience pain. Repeated studies indicate that validated pain assessment tools are rarely used. Nurses' lack of knowledge concerning pain, pain assessment and pain relief leads to poor quality pain management which leads to poor quality of life. **Aim:** The aim of the study was to investigate nurses' opinions of pain assessment and pain assessment tools in municipal healthcare. **Method:** A literature review was conducted in which eleven scientific studies were examined and analyzed according to qualitative content analysis. **Result:** Three categories: *knowledge*, *teamwork* and *barriers*, emerged from the analyses. The study shows that nurses rarely use pain assessment tools in their daily work. Nurses generally think it is complicated to assess pain in non-verbal patients or in patients with cognitive impairment. They also feel that they have a lack of knowledge when it comes to pain relief and pain assessment. Other barriers is lack of time and personnel. The multi professional team is seen as an important part to improve pain assessment and pain management. **Conclusion:** The result points towards the fact that nurses lack skills in pain management. It is not enough to learn from work experience. More extensive education is needed to gain nurses' interest and skills about pain.

## **Tillkännagivande**

Vi vill tacka vår handledare Åsa Roxberg för professionell handledning.

Vi vill också tacka bibliotekarie Jessica Thorn för ovärderlig hjälp i samband med litteratursökningarna.

# Populärvetenskaplig sammanfattning

Sjuksköterskors okunskap ger ökat lidande hos patienten

Smärta orsakar ett stort lidande för många äldre idag. Upp till 80 % av de äldre som bor på särskilda boenden eller vårdas i hemsjukvården besväras av olika smärtor. Det är en utmaning att komma tillrätta med problemet. Sjuksköterskorna, vars uppgift är att lindra smärtan med både läkemedel och god omvårdnad saknar grundläggande kunskap om smärtskattning och smärtlindring.

Tidigare studier visar att sjuksköterskan behöver smärtskatta patienten för att kunna ge en fullgod smärtlindring. Smärtskattning innebär i första hand att patienten själv talar om hur smärtan känns. Det är ovanligt att sjuksköterskor använder smärtskattningsinstrument. När sjuksköterskor inte smärtskattar får patienterna en sämre smärtlindring. Detta ökar patienternas lidande.

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om smärtskattning och smärtskattningsinstrument i den kommunala hälso- och sjukvården.

En litteraturstudie genomfördes där vi sökte artiklar som handlar om sjuksköterskors uppfattningar. Efter upprepade sökningar fick vi till slut fram 11 artiklar som var användbara för resultatet. Artiklarna som valdes bedömdes hålla en god vetenskaplig kvalitet. De lästes flera gånger och vi sökte efter variationer i sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning. Vi analyserade variationerna och sökte efter meningsinnehållet som så småningom ledde till tre kategorier, *kunskap*, *teamsamverkan* och *barriärer*.

Kunskap beskriver sjuksköterskornas kunskapsbrist och visar att arbetslivserfarenheten inte påverkar förmågan att smärtskatta. När sjuksköterskorna ingår i ett team där flera olika professioner ingår ökar intresset för smärtskattning. Barriärer kan vara svåra för sjuksköterskorna att påverka. Exempel på sådana barriärer är tidsbrist, personalbrist och brist på kontinuitet. Att smärtskatta, dokumentera och följa upp given behandling är ett krav som sjuksköterskor måste uppfylla oavsett om det är ont om tid, för lite personal eller sjuksköterskan saknar kännedom om patienten.

Vår uppfattning är att smärtskattning med smärtskattningsinstrument kvalitetssäkrar vården och sparar tid. När patienten känner sig delaktig, sedd och hörd minskar lidandet.

Sjuksköterskors kunskapsnivå om smärta och smärtbehandling behöver höjas. För att en utveckling ska kunna ske måste utbildningen förbättras avsevärt. Det är önskvärt att sjukvårdens arbetsgivare uppmärksammar behov och kompetensutvecklar personalen. Det största ansvaret ligger på sjuksköterskan själv som aktivt måste söka ny kunskap för att kunna ge en evidensbaserad smärtlindring.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Kommunal hälso- och sjukvård.....	1
Sjuksköterskans kompetensområde.....	1
Distriktssköterskans kompetensområde .....	2
Teamarbete i vården .....	2
Teoretisk förankring .....	2
Lidande.....	2
Smärta.....	3
Validerade mätinstrument .....	4
Smärtskattning.....	4
Smärtskattningsskalor .....	5
Användandet av validerade mätinstrument .....	5
Problemformulering .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Design.....	7
Fenomenografin som utgångspunkt .....	7
Datainsamling.....	8
Analys.....	9
Förförståelse .....	9
Etiska överväganden .....	10
Resultat.....	10
Kunskap.....	10
Teamsamverkan .....	11
Barriärer .....	12
Diskussion .....	13
Resultatdiskussion.....	13
Metoddiskussion.....	15
Slutsats .....	17
Förslag till klinisk tillämpning .....	17
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling .....	17
Referenser.....	19
Bilaga I	
Bilaga II	

## **Inledning**

Smärta är en subjektiv upplevelse. Det är vanligt att smärta hos äldre patienter inte behandlas i den utsträckning som skulle behövas. Att leva med smärta ger en nedsatt livskvalitet och patienten begränsas i sitt dagliga liv. Det är inte ovanligt med bieffekter som sömnstörningar, depression, oro och nedsatt aptit (Russell, Madsen, Flesner & Rantz, 2010). Smärtlindring hos de äldre patienterna hindras av olika faktorer såsom bristande personalkontinuitet, brister i team-samverkan och undermåliga kunskaper hos personalen (Savvas, Toye, Beattie & Gibson, 2014). En förutsättning för smärtlindring är att smärtan identifieras och behandlas samt att den givna behandlingen utvärderas (Elovsson & Boström, 2011).

Denna studie utförs inom ramen för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska. Vi är två yrkesverksamma sjuksköterskor med vardera flera års erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård. I den kliniska verksamheten har vi observerat att smärtskattning-instrument inte är ett naturligt inslag i det dagliga omvårdnadsarbetet. Det finns ett flertal validerade smärtskattning-instrument framtagna som skulle kunna användas. Frågan är varför dessa inte används.

## **Bakgrund**

Svensk sjuksköterskeförening (2010) hävdar att utgångspunkten för en hälsofrämjande omvårdnad är att människor har förmåga att uppleva hälsa och välbefinnande trots ohälsa och sjukdom. En hälsofrämjande omvårdnad vilar på en humanistisk grundsyn och inriktar sig på att förstå personens livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande istället för att fokusera på problemställningar och diagnos. Det hälsofrämjande förhållningssättet byggs upp genom dialog med patienten med särskild uppmärksamhet på delaktighet och jämlikhet. Att ha ansvar för omvårdnaden innebär att utföra kvalificerade bedömningar, tolkningar av patientens omvårdnadsbehov och genomförande av åtgärder i samklang med patientens önskemål (a.a.).

## **Kommunal hälso- och sjukvård**

Enligt Socialstyrelsen (2008) går utvecklingen mot att det utförs en alltmer avancerad hälso- och sjukvård i patientens eget hem som kan utgöras av antingen ett ordinärt eller särskilt boende. Allt fler patienter skrivs in i den kommunala hälso- och sjukvården vilket ibland medför att en ensam sjuksköterska vissa tider på dygnet ensam har ansvar för upp till 400 patienter. Patienten har trots detta rätt till en god vård vilket innebär att den ska vara patientfokuserad, kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik och dessutom ges i rimlig tid (a.a.).

Socialstyrelsen (2008) föreslår att patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har tillgång till en patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar för att tillgodose patientens behov av samordning av olika vårdinsatser. Den kommunala hälso- och sjukvårdens framtida organisation behöver utgå från patientens behov där alla delar i vårdkedjan samverkar. Uppdraget behöver tydliggöras och kompetensbehovet definieras (a.a.).

## **Sjuksköterskans kompetensområde**

I *kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2017) beskrivs de kärnkompetenser som innefattas i sjuksköterskans ansvarsområde. Dessa utgörs av personcentrerad vård, samverkan

i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik samt ledarskap och pedagogiska insatser i omvårdnadsarbetet. Den legitimerade sjuksköterskan ansvarar självständigt för kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå hälsa, hantera sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden. Arbetet ska utföras i enlighet med gällande lagar, författningar och andra styrdokument för hälso- och sjukvården. Den legitimerade sjuksköterskan har ett ansvar för att fortlöpande analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen och att kontinuerligt utveckla och fördjupa yrkeskompetensen utifrån forskning och reflekterande förhållningssätt (a.a.).

## **Distriktssköterskans kompetensområde**

I *kompetensbeskrivning för distriktssköterskor* (2008) anges att distriktssköterskan ska arbeta evidensbaserat. Hen ska också ha ett reflekterande förhållningssätt för att kunna beskriva och kritiskt analysera en situation, identifiera nya idéer och sedan genomföra och utvärdera dessa. Distriktssköterskan ska ha mod, inge trygghet och ha adekvat självuppfattning och självkänsla. Dessa egenskaper är av stor betydelse när det gäller att kunna vårda personcentrerat (a.a.).

Grunden i distriktssköterskans arbete är möten med människor i alla åldrar och hälsotillstånd. I distriktssköterskans kompetens ingår att stärka patienten till en god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt samt att bedöma när tiden är inne för övergången från behandlande till palliativ. Distriktssköterskans arbete och förhållningssätt förutsätter geografisk kännedom och förmåga att anpassa sig till olika samhälleliga förhållanden. Distriktssköterskan har en bred kunskap för att adekvat kunna möta såväl förutsägbara som oförberedda komplexa situationer. Distriktssköterskan behöver också vara lyhörd för samhällsförändringar, ha beredskap för ett livslångt lärande samt ha förmåga att söka och tillämpa evidensbaserad kunskap (Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor, 2008).

## **Teamarbete i vården**

I det multiprofessionella vårdteamet ingår flera olika kompetenser. Tanken är att medlemmarnas olika professionella bakgrunder och kompetenser samverkar för patientens bästa. Teamarbetet i vården gynnar patientens hälsa och upplevelse av delaktighet. Det gynnar också teammedlemmarnas utveckling och hälsa. Poängen med teamarbete är samarbetsvinst och bygger på teamets uppgiftsorienterade dialog (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013).

## **Teoretisk förankring**

Utvecklingen av teorier om vårdandet är mycket viktigt, dels för att omvårdnaden ska vila på en vetenskaplig grund, men också för att ge möjlighet till kritisk granskning och utvärdering av det praktiska vårdarbetet. De vårdvetenskapliga begrepp som skapas ska praktiseras och vara ett redskap för att utveckla vården och förbättra för patienten. En reflekterande dialog kan ske mellan den kunskap vårdaren har samlat på sig genom sin yrkesutövning och vårdvetenskapen där de vårdvetenskapliga begreppen blir redskap och språk (Ekeberg, 2017).

## **Lidande**

Verbet att lida innebär att genomleva och utstå ett symtom som exempelvis smärta. Lida kan också kopplas till en specifik omständighet som att lida av en hjärtsjukdom. Lidandet sätter den



mänskliga upplevelsen i centrum och har synonymer som plåga, smärta, kval, elände, pina, vända, prövning och tålande (Arman, 2017). Förståelse och kunskap om lidande är vårdandets hjärta och att lindra lidande är motivet för all vårdverksamhet. Lidande och välbefinnande står i relation till och förutsätter varandra. Lidande är ett vårdvetenskapligt kärnbegrepp och att lindra lidande hör till allt vårdande och medicinsk verksamhets gemensamma motivation (a.a.).

Vårdvetenskapliga och medicinska forskare är överens om att vårdverksamhetens överordnade uppgift är att lindra mänskligt lidande. Vårdpersonal behöver därför uppdatera sin kunskap om människors lidande för att utveckla sitt kunnande om hur man lindrar lidande (Arman, 2017). Lidandet som är relaterat till kroppen upplevs som lättast att lindra. Vårdlidandet, där vården oavsiktligt ökar personers lidande, innebär att det finns ett glapp mellan den vård som erbjuds och patientens upplevda och bedömda behov och förväntningar (a.a.).

Det finns olika faser av lidande. De är förnekande, insikt och kamp där målet med kampen är att uppleva lindring. Människan som lider och hennes medmänniskor försöker uppnå lindring genom att begränsa de svåra upplevelsorna. Förloppet att lindra lidande är labilt och ytterst känsligt (Arman, 2017). Vidare kan lidandets intensitet öka beroende på yttre och inre omständigheter. Vårdaren ställs ständigt inför utmaningen det innebär att antingen öppna sig för patientens sårbarhet eller välja att ignorera lidandet. Detta dilemma kan skapa en osäkerhet hos vårdaren. Att som vårdare vara medveten om det naturliga i att i sin profession se och visa medkänsla skapar större säkerhet. Med kunskap, erfarenhet och ett medvetet vårdande förhållningssätt kan mötet med patienten som lider istället leda till en kunskapsutveckling hos vårdaren (a.a.).

## **Smärta**

Smärta definieras som en subjektiv obehaglig och emotionell upplevelse till följd av en verklig eller hotande vävnadsskada. Mellan 50-100% av de patienter som drabbats av svår cancersjukdom lider av smärta. Smärta kan också förekomma vid sjukdomar som inte alls förknippas med smärta som till exempel hjärtsvikt, njursvikt och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) (Karlsson, 2013). Patienter med KOL rapporterar smärta i lika hög grad som cancerpatienter och i gruppen patienter med hjärtsvikt är det 40-75 % som lider av smärta. Smärtbehandlingen bör anpassas till den bakomliggande orsaken och det kan i vissa fall vara andra behandlingar än läkemedel som är aktuella. Patienter som lever med smärta har en nedsatt livskvalitet och upplever begränsningar i sitt aktiva liv. Smärtupplevelser kan väcka oro och ångest genom att de påminner om allvarlig sjukdom eller hotande död. Smärtupplevelsen kan ha fysiska, psykiska, sociala och existentiella komponenter och detta tillsammans skapar den totala smärtan (a.a.).

Hos den äldre patienten är smärta mer regel än undantag. Patienter som bor på särskilda boenden lider i hög utsträckning av smärta, så många som upp till 80 % är smärtpåverkade. Det är vanligt att smärtan är både svår och handikappande. Smärta hos äldre yttrar sig inte på samma sätt som hos yngre på grund av det fysiska åldrandet. Detta medför att det är vanligare att äldre inte känner smärtor vid tillstånd såsom hjärtinfarkt, magsår eller blindtarmsinflammation. Det är viktigt att personalen är observant på andra tecken som exempelvis nytillkommen psykisk och motorisk oro eller illamående. Vid nytillkommen förvirring eller orostillstånd bör den fysiska grundorsaken eftersökas (Strang, 2012).

## Validerade mätinstrument

När professionella inom hälso- och sjukvården ska bedöma enskilda patienters situation, behov eller funktion kan standardiserade bedömningsmetoder vara ett stöd. Ett bedömningsinstrument består av ett formulär med vetenskapligt prövade frågor. Bedömningsinstrumentet ska uppfylla krav på både reliabilitet och validitet och därutöver också accepteras av både professionella och patienten (Socialstyrelsen, 2012).

Användandet av validerade mätinstrument motiveras med den forskning som visar att människor i mångt och mycket brister som beslutsfattare, framförallt i komplexa situationer. Förmågan att skapa uppfattning om vad ett problem beror på och hur en situation ska lösas på bästa sätt styr den fortsatta insamlingen av information, som därmed inriktas på att bekräfta vad vi tror oss veta. Informationsinsamlingen styrs också av faktorer som exempelvis arbetsbelastning, organisation och arbetsledning men också attityder och egna erfarenheter spelar stor roll. Standardiserade bedömningsmetoder kan därmed skapa förutsättningar för att systematiskt ställa frågor, vilket kan vara avgörande för att få fram relevant information (Socialstyrelsen, 2012).

## Smärtskattning

Läkemedelsverket (2010) menar att förutsättningen för en bra smärtskattning är att man har en smärtanamnes och ett bra smärtskattningsinstrument. Valet av smärtskattningsinstrument som används kan variera beroende på verksamhet och patienter. En smärtbehandling anses vara kvalitetssäkrad först när smärtskattningen upprepas, dokumenteras och utvärderas. Det är viktigt att patientens subjektiva skattning respekteras och dokumenteras. Flera studier visar att patienter skattar smärta högre än vad vårdpersonalen gör. Detta står i motsats till ångest där patienter tenderar att skatta ångestnivå lägre än när personalen gör skattningen. Smärtskattning möjliggör ett gemensamt språk när man talar om smärtans intensitet och när smärtbehandling ska utvärderas. Smärtskattning är också ett sätt att undvika att patientens smärta underdiagnostiseras. Smärtlindring baserad på att vårdpersonalen "läser av" patientens smärta är den vanligaste orsaken till otillräcklig smärtlindring (a.a.).

Socialstyrelsen (2016) menar att smärtskattning i livets slutskede är en kvalitetsindikator och att dessa skattningar bör utföras regelbundet, också under sista levnadsveckan. Regelbunden smärtanalys och smärtskattning prioriteras högt i det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede. För att kunna bedöma smärtupplevelser i tid krävs systematiskt utförd smärtskattning, helst med hjälp av ett smärtskattningsinstrument. I livets slutskede ska det alltid göras en klinisk bedömning för att minska risken för obehandlad smärta eftersom patienten kanske inte längre är i stånd att svara själv. Det är stor variation mellan hur kommuner och landsting lever upp till detta. Socialstyrelsen (2016) anser att de som har en låg måluppfyllelse har en viktig uppgift att öka andelen symtomskattningar.

En förutsättning för en adekvat smärtlindring är att identifiera, analysera, åtgärda smärtan och sedan utvärdera resultatet. Smärtskattning av patienter med grav kognitiv svikt ska utföras på ett systematiskt sätt och patientens egen förmåga att svara på frågor om existerande smärta får inte underskattas. Om kunskapsnivån om smärta höjs så skulle sjuksköterskor bli mer medvetna och få en ökad förståelse för smärta och fler behandlingsstrategier kan användas. (Elovsson & Boström, 2011).

## Smärtskattningsskalor

Enligt Läke-medelsverket (2010) ska smärtskattningsskalor vara enkla att förstå och dessutom lätta att använda. De endimensionella skalor man rekommenderar är:

*Numerisk skala*- patienten väljer en siffra mellan 0-10 där 0 är ingen smärta och 10 är värsta tänkbara. Patienten kan säga en siffra eller sätta ett kryss på en pappersskala.

*Verbalt beskrivande skala*- patienten beskriver sin smärta med ord, adjektiv som beskriver smärtans intensitet, som ingen smärta-lätt smärta- måttlig smärta-medelsvår smärta osv

*Visuell analog skala (VAS)*- patienten anger sin smärta med en markör eller ett kryss på en 10 cm lång linje där 0 är ingen och 10 är värsta tänkbara smärta.

Valet av skala bör vara anpassat efter patientens behov och situation. Det finns inte något instrument som är ”the golden standard”. Smärta kan inte mätas utan bara uppskattas och det är enbart patienten som kan uppskatta sin smärta. Smärta hos äldre är vanligt och konsekvenserna av den obehandlade smärtan kan ge allvarlig påverkan på livskvalitet och kroppsfunction. Den äldre patienten har samma förmåga att skatta sin smärta men kan behöva längre tid för information och genomförande (Läke-medelsverket 2010).

Vid komplicerade smärttillstånd räcker inte ett endimensionellt mätinstrument utan då behöver smärtan utvärderas utifrån flera dimensioner som fysiskt, funktionellt, psykiskt, emotionellt, socialt och existentiellt. Med hjälp av en enkel bild av kroppens fram- och baksida, en så kallad smärteckning, kan patienten markera var på kroppen det gör ont och hur smärtan känns. Utöver smärtskattning bör patienten få frågor om hur smärtan påverkar nattsömn och aktivitet. För patienter som har svårt att uttrycka sig finns beteendeskalar att tillgå. Exempel på detta är Abbey Pain Scale som används för att läsa av kroppsuttryck. När en patient inte kan uttrycka sig verbalt finns risk för att denne inte får tillräckligt med smärtlindring. Tecken på detta kan vara förändrat beteende eller oro (Läke-medelsverket, 2010).

## Användandet av validerade mätinstrument

Andersson, Lindqvist, Årestedt, Fürst och Brännström (2018) har identifierat symtom som smärta, illamående, ångest/oro och andnöd som de vanligaste i livets slutskede. Av dessa symtom är smärtan dominerande och också det symtom som lindras bäst av vårdpersonalen. Resultatet visar även en hög förekomst av smärta och ångest/oro i den palliativa vården på särskilda boenden i Sverige. Validerade symtomskattningsskalor kan vara ett bra verktyg för att öka vårdkvaliteten på kommunala särskilda boenden (a.a.).

Andersson et al. (2018) menar att ett hinder för användningen av symtomskattningsskalor kan vara patientens oförmåga att själv uttrycka sina symtom när hen befinner sig i livets slutskede. En annan anledning till utebliven symtomskattning beror på att den äldre patienten tror att smärta tillhör det naturliga åldrandet och att denna föreställning bekräftas av både vårdpersonal och närstående. Enligt Andersson et al. (2018) har tidigare forskning kommit fram till att användningen av validerade symtomskattningsskalor har en direkt koppling till symtomlindring av smärta, illamående, ångest/oro och andnöd. Trots denna kunskap visar nyligen genomförda studier att symtomskattningsskalor används i för liten utsträckning i livets slutskede (a.a.).

Torvik, Nordtug, Brenne och Rognstad (2015) fann att smärtskattning i kommunal hälso- och sjukvård och på äldreboenden hör till ovanligheterna. Resultatet visar att smärtskattning och

uppföljande skattning är mycket viktigt för god smärtlindring och med tanke på den höga förekomsten av just smärta i gruppen äldre patienter är smärtskattning ett första steg mot adekvat smärtlindring. Vidare visar studien att gruppen icke-verbala patienter som kräver andra redskap än självskattning, som exempelvis beteendeobservationer, inte heller symtomskattas i någon större omfattning.

Torvik et al. (2015) konstaterade att fler fall av smärta hittades när skattningsinstrument användes jämfört med när sjuksköterskor bedömde patienterna utan stöd av något skattningsinstrument. Det framkom också att det är viktigt att sjuksköterskor använder sig av sin kliniska erfarenhet då olika beteenden kan vara symtom på olika saker hos de ickeverbala patienterna (a.a.). Herr (2010) fann att i vården av äldre är smärta ofta otillräckligt behandlad. Det råder ett glapp mellan ”bästa kliniska rekommendationer” för smärtskattning och behandling relaterat till vad som sker i verkligheten. En validerad smärtskattnings skala kan objektivt utvärdera smärtintensiteten. När en patient har en kognitiv svikt är det en större utmaning att skatta smärtan. En beteendeskala kan underlätta skattningen.

Ben Natan, Ataneli, Admenko och Har Noy (2013) fann att sjuksköterskors smärtskattning är direkt kopplad till sjuksköterskans allmänna kunskaper som hen fått genom grundutbildningen eller fördjupningskurser. Ju högre utbildning sjuksköterskan hade ju troligare var det att smärtskattning utfördes. Förmåga till smärtskattning ändras inte genom arbetserfarenhet utan de som från början har en positiv inställning till smärtstillande läkemedel och äldre patienter har en högre grad av vaksamhet gällande när det behövs smärtlindring. Kronisk smärta hos äldre är ett vanligt medicinskt problem samtidigt som smärtan ofta är både underdiagnostiserad och underbehandlad, ibland till och med felbehandlad. Majoriteten av patienterna på särskilda boenden har kroniska smärtor och hälften av dessa är otillräckligt smärtlindrade. Detta har en stor inverkan på den äldre patientens livskvalitet och ökar både sjuklighet och risken för förtida död (a.a.).

## **Problemformulering**

Smärta orsakar lidande för många patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. I sjuksköterskans uppdrag ingår att utföra kvalificerade bedömningar av patientens hälsotillstånd och ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att lindra lidande. Användningen av validerade smärtskattningsinstrument är ett sätt att kvalitetssäkra och utvärdera smärtbehandlingen under förutsättning att den utförs före och efter en smärtlindrande åtgärd. Trots detta är andelen utförda och dokumenterade smärtskattningar förhållandevis låg.

Det finns flera kända anledningar till att smärtskattningsinstrument inte används, bland annat att sjuksköterska och patient har skilda tolkningar av och värderar patientens smärta olika. Andra hinder kan vara patientens oförmåga att själv skatta sin smärta och tron att smärta är en del i det naturliga åldrandet. Sjuksköterskans attityd till och egen erfarenhet av smärta och smärtskattning styr till stor del vilken information hen väljer att samla in. Vidare är sjuksköterskors förmåga och benägenhet att smärtskatta kopplad till de kunskaper som hen fått genom grund- och/eller vidareutbildning där en vidareutbildad sjuksköterska har en ökad tendens att smärtskatta.

Det finns en diskrepans mellan rådande rekommendationer för smärtskattning och vad som sker i verkligheten. Innebörden blir att patienterna inte symtomlindras, vilket i sin tur ökar lidandet. Kännedom om sjuksköterskans uppfattning om smärtskattning och validerade smärtskattningsinstrument kan hjälpa till att undanröja en del hinder för och därmed bistå i strävan mot en ökad användning av smärtskattningsinstrument.

## Syfte

Studiens syfte är att undersöka sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning och smärt-skattningsinstrument inom den kommunala hälso- och sjukvården.

## Metod

För genomförandet av studien valdes en litteraturöversikt. Valet motiverades med att en litteraturöversikt ger en större variation av uppfattningar än en intervjustudie. Enligt Friberg (2017) används litteraturöversikt som metod för att skapa en översikt över ett kunskapsläge eller ett problem inom ett omvårdnadsrelaterat område tillhörande sjuksköterskans kompetensområde.

## Design

En litteraturöversikt inleds med att först skapa en överblick av vad som tidigare har studerats och därmed förstå på vilka grunder som resultatet i studien har framkommit. Det finns inget som hindrar att både kvantitativa och kvalitativa studier används. Det är omöjligt att gå igenom all tillgänglig forskning utan avgränsningar måste göras. Valet av artiklar är därmed ett kreativt arbete med utgångspunkt i problemformulering och syfte (Friberg, 2017).

Olsson och Sörensen (2011) menar att en litteraturöversikt kan genomföras för att inte störa den kliniska verksamheten inom hälso- och sjukvård. Vid en litteraturöversikt blir litteraturen informationskällan, liksom respondenten är det vid en intervju. Litteraturdata för resultatredovisningen samlas in från vetenskapliga artiklar eller andra relevanta vetenskapliga rapporter. I diskussionen ställs resultatet i dialog med bakgrundslitteraturen och diskuteras mot syfte och problemformulering. Polit och Beck (2017) menar att en litteraturöversikt är en fullständig studie i den meningen att informationen revideras och sedan analyseras utifrån en specifik frågeställning. Dessa fynd utgör därefter den färdiga skriftliga produkten. En litteraturgranskning av hög kvalitet kännetecknas av att den är systematiskt utförd med tydliga inklusions- och exklusionskriterier (a.a.).

## Fenomenografin som utgångspunkt

Då syftet är att undersöka hur sjuksköterskor uppfattar att det är att använda smärtskattningsinstrument valdes fenomenografin som utgångspunkt. Studien har för avsikt att belysa varför sjuksköterskor väljer alternativt väljer bort smärtskattningsinstrument som ett verktyg i det dagliga arbetet.

SBU (2017) beskriver fenomenografi som en metod som går ut på att utforska individers uppfattning av ett fenomen med huvudsakligt fokus på att finna olika synvinklar av fenomenet. Metoden skiljer nogsamt på "hur något är" och "hur något upplevs vara". Marton (2000) menar att fenomenografin i sig självt inte är en metod även om den förknippas med metodiska element. Fenomenografin är ett sätt att identifiera, formulera och hantera vissa typer av forskningsfrågor. Inom fenomenografin betraktas individer som bärare av skilda sätt att erfara ett fenomen. Beskrivningen är en redogörelse av variationer på en kollektiv nivå och inga enskilda röster framträder. *Vad* som erfars och *hur* det erfars står i centrum. I en fenomenografisk studie fokuseras på att fånga variationen i hur människor uppfattar ett fenomen (a.a.).

## Datansamling

Urvalet av artiklar till analysen har skett strategiskt och systematiskt med hjälp av relevanta sökord. Valet av sökord växte fram under sökandets gång och inspiration hämtades från relevanta artiklar. Sökorden som användes till den slutgiltiga sökningen var de som bedömdes mest tillämpliga för fokusområdet.

Med avstamp i den fenomenografiska utgångspunkten är det enligt Alexandersson (1994) möjligt att inkludera ett par äldre studier för att få en bred variation av uppfattningar i relation till det valda fenomenet (a.a.). Stor vikt fästes vid ett flexibelt tillvägagångssätt i datansamlingen för att få fram variationer i uppfattningar. Enligt Friberg (2017) är det datansamlingen som är den egentliga litteratursökningen (a.a.). Litteratursökningen dokumenterades nog och dokumentet är bifogat detta arbete, se bilaga I.

Sökningen inleddes med en pilotsökning i Google Scholar där 3 artiklar hittades. Dessa artiklar återfanns inte i de systematiska sökningarna i Cinahl och Medline. Den systematiska sökningen skedde i Cinahl och avgränsningarna årtal 2009-2019 användes, Peer review samt Engelska. Sökorden var: pain assessment OR pain assessment tools OR pain assessment nursing OR nurses opinions of pain OR pain management AND home health care OR home care OR home nursing AND nurses experience. I denna sökning hittades 8 av artiklarna som ingår i studiens resultat. Vid sökningen i databasen Medline användes avgränsningarna årtal 2009-2019, Abstract available samt Engelska. Sökorden var: pain assessment OR pain assessment tools OR pain assessment nursing OR nurses opinions of pain OR pain management AND home health care OR home care OR home nursing AND nurses experience. I denna sökning hittades 6 av de artiklar som sedermera ingick i resultatet- samtliga 6 var dubletter. Sökorden formulerades utifrån syftet och användes tillsammans med relevant trunkering. De redovisade sökningarna gjordes 2019-06-15.

Urvalsprocessen fortsatte med att vi läste sammanlagt 70 plus 77 titlar och därefter 35 plus 45 abstract. Efter denna sällning lästes 35 artiklar i sin helhet varav 27 exkluderades eftersom de inte bedömdes relevanta för studiens syfte ”att undersöka sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning och smärtskattningsinstrument inom den kommunala hälso- och sjukvården”. Samtliga artiklar där det inte går att utläsa just sjuksköterskors uppfattningar har exkluderats. Artiklar som inte behandlar smärtskattning och smärtskattningsinstrument i kommunal hälso- och sjukvård eller motsvarande kontext exkluderades. För att artiklarna skulle inkluderas i studien ställdes krav på att de skulle vara vetenskapliga och publicerade på engelska eller skandinaviska språk. Språkbegränsningen var av praktiska skäl då vi helt enkelt inte behärskar fler språk i den omfattningen att en analys skulle vara möjlig. I enlighet med Friberg (2017) är det problemformulering och syfte som avgjort vilka artiklar som valts ut. De utvalda artiklarna granskades i enlighet med SBU:s granskningsmallar för både kvantitativa och kvalitativa artiklar från 2014 där frågor rörande vetenskaplighet besvarades systematiskt. Bedömningen av artiklarnas vetenskapliga bevisvärde redovisas i bilaga II.

Sökningarna upprepades i april månad. Det visade sig dock att inga nya artiklar som motsvarade syftet tillkom och sökningarna avslutades då tidsplanen inte tillät fler sökningar. Till denna studies resultat användes slutligen 11 artiklar; 6 kvalitativa studier, 4 kvantitativa studier och 1 litteraturstudie.

## Analys

Analysen i en litteraturöversikt både innebär och kräver ett strukturerat arbetssätt (Friberg (2017)). Som analysmetod har vi valt att genomföra en kvalitativ innehållsanalys. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) handlar analysprocessen om att finna meningsenheter som utgörs av meningsbärande delar av texten.

När data analyserades söktes de meningsbärande enheterna fram. Dessa identifieras först när fokus läggs på fenomenets olika aspekter och variationer av uppfattningar eftersöks. Meningsenheterna har sedan kondenserats för att innebörden ska framträda. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver en process där meningsenheten får en etikett, en *kod*. Koden beskriver kort dess innehåll. Kodningen leder till att den kondenserade meningsenheten abstraheras och skapas alltid utifrån studiens syfte. Flera koder med liknande innebörd sammanförs till subkategorier som sedan sorteras in i olika kategorier. Kategorierna används som bas när den nya helheten tar form. Huvudregeln är att ingen data ska passa in i två eller flera kategorier (a.a.). Öppenhet för variationer av uppfattningar är viktigt. Ett resultat uppnåddes när de meningsbärande enheterna resulterade i sammanlagt tio subkategorier som i sin tur abstraherades till tre kategorier, se tabell 1.

Tabell 1. Subkategorier och kategorier som framkom vid analysen

Subkategorier	Kategorier
Befintlig kunskap	Kunskap
Erfarenhet	
Kunskapsbrist	
Tillit	Teamsamverkan
Samarbete	
Bristande kontinuitet	Barriärer
Bristande prioritering	
Tidsbrist	
Kommunikationssvårigheter	
Förutfattade meningar	

## Förförståelse

Enligt Rosberg (2017) har forskare en förförståelse för att kunna få syn på och utveckla ny kunskap och förståelse. Subjektivitet beskrivs som ett centralt redskap i forskningsprocessen. Subjektiviteten kan dock bli ett hinder för att se med nya "glasögon" och det är viktigt att vara medveten om samt kunna hantera sin egen förförståelse (a.a.).

Då båda författarna till föreliggande studie har arbetat i kommunal hälso- och sjukvård under sammanlagt 11 år finns trots allt en viss förförståelse. För att inte låta denna förförståelse i alltför hög grad påverka analysen har den medvetandegjorts genom kritisk reflektion som kontrats med öppenhet och nyfikenhet inför vad som kan visa sig.

## Etiska överväganden

Vid genomförande av en litteraturoversikt är det viktigt att inte kränka de forskare vars forskningsresultat ligger till grund för litteraturoversikten. Det är av största vikt att inte förvanska forskningen. En litteraturoversikt kräver stor noggrannhet gällande referenshantering och citat. Plagiering och förvrängning av fakta måste undvikas. Det forskningsetiska förhållningssättet är viktigt för att litteraturoversikten ska få hög trovärdighet (Olsson & Sörensen, 2011).

För att uppnå detta har samtliga artiklar som ingår i resultatet granskats och analyserats på ett strukturerat sätt som redovisas i bilaga II. I samtliga artiklar som ingår i litteraturoversikten finns det beskrivet vilken form av etisk granskning forskaren har använt sig av.

## Resultat

Sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning i den kommunala hälso- och sjukvården bildade tre kategorier (tabell 1). Kategorin *Kunskap* beskriver vilka kunskaper som sjuksköterskorna har med sig från sin utbildning, hur erfarenhet påverkar sjuksköterskans uppfattning och vad som kan tolkas som kunskapsbrister om smärtbehandling och smärtskattning. Kategorin *Team-samverkan* berör det multiprofessionella teamet som finns runt patienten. Teamet innefattar bland andra sjuksköterska, omvårdnadspersonal, läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast. Patienten är en självklar del i teamet. De anhöriga spelar en viktig roll för att kunna förstå och behandla den lidande patienten. Den tredje kategorin som framkom är *Barriärer*, en kategori som belyser vilka hinder som identifierats och som har inverkan på både smärtskattning och därigenom också smärtlindringen.

### Kunskap

Sjuksköterskor anser att smärta är vanligt förekommande hos den äldre patienten (Burns & McIlpatrick, 2015) och enligt Barry, Parsons, Passmore och Hughes (2012) uppfattas inte smärta som en del av det naturliga åldrandet. Sjuksköterskor är överens om att det är viktigt att inte förbise smärta som en orsak till beteendeförändringar. Enligt Burns och McIlpatrick (2015) är det sjuksköterskors uppfattning att det rådande arbetssättet för att identifiera smärta hos patienter med kognitiv svikt, är att uppmärksamma beteendeförändringar. Sjuksköterskor är medvetna om vikten av smärtskattning, men enligt De Witt Jansen et al. (2018) känner de sig osäkra på att tolka beteendeförändringar på grund av kunskapsbrist.

Enligt Barry et al. (2012) uttrycker sjuksköterskor att smärta ska behandlas olika hos patienter med och utan kognitiv svikt (Barry et al., 2012; Clark, Fink, Pennington & Jones, 2006). Sjuksköterskor anser att smärta hos patienter med kognitiv svikt kan ta sig ett annorlunda uttryck och deras uppfattning är att det är svårt att bedöma smärtan hos dessa patienter. De uppfattar att det är vanskligt att behandla patienter med kognitiv svikt med opioider, men den uppfattningen förändras i takt med att de får ökad erfarenhet. De blir då istället mer benägna att behandla med just opioider. Generellt är sjuksköterskor rädda för att överdosera smärtlindring (Barry et al., 2012).

Sjuksköterskor uppfattar att smärtskattning kan leda till förbättrad dokumentation och ge ett ökat intresse för smärtbehandling och utvärdering av given behandling (Mamhidir et al., 2017). De anser också att förbättrad smärtbedömning och dokumentation leder till en förbättrad smärtbehandling (Veal et al., 2018). Det råder däremot delade uppfattningar om smärtskattning. En



del sjuksköterskor anser att smärtskattning är en gissningslek medan andra anser att smärtskattning hos patienter med kognitiv svikt måste baseras på den kliniska erfarenheten (a.a.). En rådande uppfattning är att traditionella smärtskattningsinstrument inte fungerar för de patienter som drabbats av kognitiv svikt och smärta misstas därför ofta för beteendeproblem och felbehandlas (Burns & McIlfatrick, 2015). Sjuksköterskor uppfattar att frånvaro av klagan för smärta är samma sak som att patienten är smärtfri (Burns & McIlfatrick, 2015).

Sjuksköterskor anser att de har ett behov av vidareutbildning om smärtlindring och smärtskattning hos patienter med kognitiv svikt och icke verbala patienter (Barry et al., 2012; Gropelli & Sharer 2013). Samtidigt anser de sig ha goda kunskaper om akut smärta, kronisk smärta och smärtbehandling hos patienter som inte diagnostiserats med kognitiv svikt (Gropelli & Sharer, 2013; Veal et al., 2018). Enligt Veal et al. (2018) använder sjuksköterskorna smärtskattningsinstrument, men ifrågasätter nyttan och effektiviteten med dessa. De uttrycker också en önskan om ökad kunskap i alternativa smärtlindringsåtgärder (Barry et al., 2012). Det finns ett behov av ökad kunskap om smärta och smärtbehandling omvårdnadspersonal (Veal et al., 2018). Sjuksköterskor uppger att de saknar kunskap för att avgöra om patientens beteende är ett uttryck för smärta eller psykiskt illabefinnande. De anser att det finns behov av omfattande kunskap om smärtskattning och smärtskattningsinstrument (Burns & McIlfatrick, 2015).

Sjuksköterskor menar vidare att en professionell smärtskattning inkluderar både observation av kroppsspråk och verbala uttryck hos patienten (Zwakhaleh et al., 2018). Mindre erfarna sjuksköterskor tenderar att uppfatta smärta i mindre omfattning än de med fler år i yrket (Burns & McIlfatrick, 2015). Sjuksköterskor anser också att smärtbedömning och smärtlindring är ett detektivarbete och de söker svar hos patienten oavsett dennes kognitiva status. Patienter med demenssjukdom som är upprörda på grund av smärta, uppfattas av sjuksköterskorna som svåra att nå fram till (Karlsson et al., 2015).

Sjuksköterskor uppfattar att ett bra tillfälle att bedöma smärta är i samband med ADL. Sådana observationer uppfattas som vägledande (Karlsson et al., 2015; Zwakhaleh et al., 2018). En sjuksköterska beskriver en sådan situation; *”Even if the person is unable to verbalize pain adequately, you can observe that the person does not appear to be in pain when sitting but may be reluctant to move”* (Karlsson et al. 2015, s.195).

## Teamsamverkan

Sjuksköterskors uppfattning är att det är svårt att få gehör hos läkaren när det gäller smärtlindring och smärthantering av patienter med kognitiv svikt (Barry et al. 2012). De anser också att läkaren inte tar smärtbehandling och smärtskattning på allvar utan till och med kan ignorera hjälpbehovet. Sjuksköterskorna uttrycker att de uppfattar sig själva som advokater för sina patienter (De Witt Jansen et al., 2017). Enligt Burns och McIlfatrick (2015) anser sjuksköterskor att de har tillräckligt goda kunskaper om smärthantering för att vara delaktiga i besluten och om läkaren inte lyssnar på dem blir de frustrerade. Enligt Clark et al. (2006) uppfattar sjuksköterskor detta som ett hinder för adekvat smärtlindring.

Sjuksköterskor har en bristande tillit till sina kollegors förmåga att smärtskatta (Gropelli & Sharer, 2013). Vidare anser de att omvårdnadspersonalen har en god förmåga att bedöma patientens smärta eftersom de har så tät patientkontakt och därmed kan notera smärtsignaler och beteendeförändringar hos patienten. Sjuksköterskor anser att de är beroende av omvårdnadspersonalens observationer för sitt eget yrkesutövande och påtalar samtidigt vikten av anhörigdelaktigheten (Karlsson et al., 2015). Det uttrycks som; *”If we need to know how long they have*

*been in pain or if the pain problems has existed earlier, we always try to involve relatives particularly if the care recipients have problems speaking for themselves. That kind of information is really important to us and can only be obtained from relatives”* (Karlsson et al., 2015 s. 195)

Enligt Mamhidir et al. (2017) uppfattar sjuksköterskor att diskussioner om smärtskattning kan öka dialogen i hela teamet. Det leder ofta till en mer konkret diskussion. Sjuksköterskor uppger att det i efterhand framkommit att smärta har identifierats men att detta inte finns dokumenterat. De sjuksköterskor som inte använt smärtskattningsinstrument tidigare känner sig osäkra när de förväntas stödja omvårdnadspersonalen i smärtskattning (Mamhidir et al., 2017). Sjuk-sköterskors uppfattning är att om det finns ett välfungerande multiprofessionellt team runt patienten och möjlighet till grupphandledning med utgångspunkt i patientfall så leder detta till en utveckling av smärtbehandlingen (De Witt Jansen et al., 2017).

## **Barriärer**

Det finns flera anledningar till att smärtskattningen brister, dessa är benämnda barriärer. Sjuksköterskor uppfattar att smärtskattningsinstrument är mer användbart när de inte känner sina patienter särskilt väl (Mamhidir et al., 2017). Motsatt förhållande råder när de har en personlig kännedom om sina patienter då de anser att det är lättare att tolka smärtsignaler och beteendeförändringar (Burns & McIlfatrick 2015; Karlsson et al., 2015; Veal et al., 2018).

Enligt Mamhidir et al. (2017) uppfattar sjuksköterskor att smärtskattning ökar arbetsbelastningen (a.a.) och tidsbrist är en annan barriär de nämner (Burns & McIlfatrick, 2015; Clark et al., 2006; Karlsson et al., 2015; Mamhidir et al., 2017; Zwakhalen et al., 2018). Fler exempel på barriärer är bristande kontinuitet, det vill säga att flera olika sjuksköterskor träffar patienten och detta försvårar både bedömningar och uppföljningar. De menar också att förutfattade meningar och egna föreställningar om smärta kan påverka smärtskattningen (Burns & McIlfatrick, 2015; Clark et al., 2006; Karlsson et al., 2015; Mamhidir et al., 2017).

Sjuksköterskor anser att smärta uppmärksammas för lite och att detta är en barriär för adekvat smärtlindring (Zwakhalen et al., 2018). Vidare hävdas att personalbrist är ett hinder för adekvat smärtskattning och uppföljning av smärtbehandlingen (Burns & McIlfatrick, 2015). När smärtskattningsinstrument inte har introducerats på arbetsplatsen används de heller inte *”No tools has been introduced in our home care center, it has not been implemented”* (Zwakhalen et al. 2018, s. 370). Sjuksköterskor med mindre erfarenhet är mer noggranna när det kommer till att dokumentera den patientskattade smärtan, medan de erfarna sjuksköterskorna tenderar att fel-tolka VAS. Det kan medföra att patienten får mindre potent smärtlindring (Alm & Norbergh, 2013).

Tolkning av patientens smärta är individuell och kan därför variera beroende på den som tolkar. De uppger att de är rädda för att fel-tolka smärtskattningsinstrument och litar heller inte fullt ut på sina egna bedömningar. För att hantera detta observerar och tolkar sjuksköterskorna patientens ansiktsuttryck och kroppsspråk som ett komplement till befintliga smärtskattnings-instrument (Zwakhalen et al., 2018). Enligt Clark et al. (2006) är sjuksköterskor som är mer observanta på smärta också mer benägna att ge mer alternativ behandling utöver läkemedel som exempelvis lägesändring.

Sjuksköterskor medger att det vore bra om varje enskild patient har en individuell vårdplan avseende smärta. Trots det väljer de att arbeta med standardvårdplaner (Gropelli & Sharer,

2013). Sjuksköterskor uppfattar att patienter som inte ber om smärtlindring inte heller är i behov av smärtskattning eller behandling. Detta trots att de anser att patienter underrapporterar sin smärta samtidigt som de både kan filtrera och maskera den rapporterade smärtan på grund av rädsla för överanvändning av analgetika och beroende (Gropelli & Sharer, 2013; Clark et al., 2006). Enligt Gropelli och Sharer (2013) anser sjuksköterskor att anhöriga också oroar sig för att patienten ska utveckla läkemedelsberoende och sjuksköterskor uppfattade då inte att anhöriga tillförde något av värde i vården av patienten (Gropelli & Sharer, 2013).

Patienter som inte kan ta läkemedel per os eller uttrycka sin smärta verbalt får en sämre smärtlindring (De Witt Jansen et al., 2017). En patient som ler uppfattas även mindre smärtpåverkad (Alm & Norberg 2013). Sjuksköterskor uppger att det kan finnas svårigheter att få patienterna att förstå att smärtlindring gör gott. Om patienten inte förstår kan hen bli aggressiv och svår att nå fram till. Vidare anses att dokumentation av smärtskattning brister och det är en anledning till att man väljer bort smärtskattningsinstrument. Smärtskattnings-instrument kan inte ersätta klinisk blick och erfarenhet (De Witt Jansen et al., 2018). Sjuksköterskor uppger att de har svårt att tänka sig in i patientens situation utan att påverkas av sina egna åsikter om smärta (Gropelli & Sharer, 2013; Mamhidir et al., 2017).

## Diskussion

Föreliggande studie visar att smärtskattning och smärtlindring i den kommunala hälso- och sjukvården brister. Studien visar också att sjuksköterskor är medvetna om dessa brister och att de har en uppfattning om dess orsaker. Sjuksköterskor uppfattar svårigheter i att smärtskatta patienter som av någon anledning inte kan uttrycka sig verbalt. De känner sig kompetenta när de smärtskattar kognitiva patienter och när de behandlar akut smärta.

## Resultatdiskussion

Resultatet redovisas i tre huvudsakliga kategorier som benämns *kunskap*, *teamsamverkan* och *barriärer*.

Det som framförallt framträder är brist på *kunskap*. Ben Natan et al. (2013) menar att sjuksköterskors benägenhet att smärtskatta är direkt kopplad till de kunskaper de har tillgodogjort sig i grundutbildningen. Dessa ändras inte genom arbetserfarenhet (a.a.). När en sjuksköterska är vidareutbildad ökar benägenheten att smärtskatta och behandlingsstrategierna är fler (Elovsson & Boström, 2011). Vårt resultat visar att sjuksköterskor är medvetna om vikten av smärtskattning. Det föreligger emellertid osäkerhet om hur de ska använda och tolka smärtskattningsinstrument. Socialstyrelsen (2012) belyser människans brister som beslutsfattare och menar att användningen av validerade mätinstrument kan vara avgörande för att få fram relevant information (a.a.). Enligt Andersson (2018) har användningen av validerade skattningsinstrument en direkt koppling till symtomlindringen. Läkemedelsverket (2010) hävdar att smärtskattningsskalor ska vara både enkla att förstå och att använda och de rekommenderar användandet av VAS. Smärtskattning som bygger på att sjuksköterskan ”läser av” patientens smärta är den vanligaste orsaken till dålig symtomkontroll.

Vår studies resultat pekar på att sjuksköterskor uppfattar svårigheter med smärtskattning hos den kognitivt nedsatta patienten medan de känner sig mer rustade för att behandla akut smärta hos kognitiva patienter. Resultatet visar också att sjuksköterskor anser att smärta ska behandlas olika hos patienter med och utan kognitiv svikt. Elovsson och Boström (2011) beskriver smärtans mångfald och uttryckssätt, vikten av att kunna se hela människan och sätten att uttrycka

smärta. De beskriver också vikten av att kunna tolka icke-verbala uttryck (a.a.). Dahlberg (2002) menar att detta kan leda till vårdlidande. Vårdlidande är något som uppstår på grund av ett omedvetet handlande, till exempel vid kunskapsbrist och när reflektion saknas. Det uppstår i vårdandet och ska elimineras (a.a.).

Resultatet visar att smärta hos patienter med kognitiv svikt riskerar att misstolkas för beteendeproblem och därför felbehandlas. Det råder stor kunskapsbrist om smärtskattning inom den kommunala hälso- och sjukvården och användandet av smärtskattningsinstrument sker slumpvis eller sällan. Det gäller särskilt i vården av patienter med kognitiv svikt. Sjuksköterskan måste kombinera sin kliniska erfarenhet med användandet av smärtskattningsinstrument eftersom ett förändrat beteende kan stå för olika företeelser hos olika patienter. Enligt Herr (2010) kan patienter med vad som bedöms som medelsvår kognitiv svikt fortfarande skatta sin smärta. Det mest riktiga sättet är att fråga om aktuell smärta. Det går att använda VAS även för denna patientgrupp (a.a.). Enligt Strang (2012) är det viktigt att sjuksköterskor har kunskap om den äldre patientens förändrade smärtupplevelse. Nyttillkomna beteenderelaterade symtom kan mycket väl vara tecken på smärta och dess orsak måste undersökas (a.a.). Med bakgrund i att upp till 80% av de äldre patienterna lider av smärta i någon form är det anmärkningsvärt att sjuksköterskeutbildningen inte ger tillräckliga baskunskaper i ämnet.

Patienten är en självklar del i *teamsamverkan*. Dahlberg (2002) menar att när patientens lidande inte uppmärksammas så fråntas patienten rätten att ta den aktiva delen i sin hälsoprocess. Patientens värdighet kränks och hen förolämpas och blir förödmjukad av att inte bli sedd eller hörd. Detta kan leda till ett vårdlidande (a.a.). Arman (2017) belyser vårdlidandet som en diskrepans mellan given vård och de förväntningar patienten har på vården (a.a.). Vår uppfattning är att det ibland finns svårigheter med att få gehör hos läkaren gällande smärthantering och smärtlindring och det blir frustrerande när läkaren inte lyssnar. Många sjuksköterskor anser sig ha tillräckligt goda kunskaper i smärthantering för att kunna vara delaktiga i besluten. Detta dilemma skulle med stor sannolikhet kunna mildras om sjuksköterskan behärskar smärtskattningsproceduren. Med en väl utförd smärtskattning, dokumentation och uppföljning kan sjuksköterskan styrka behovet av smärtbehandling till läkaren. Detta är ett sätt att verka för en mer hållbar omvårdnad. Enligt Elovsson och Boström (2011) har läkarens och sjuksköterskans arbetsrelation påverkan på smärtbehandlingen. Om sjuksköterska och läkare byggt upp en bra relation så uppfattas läkaren som en tillgång. När en kontinuerlig läkarkontakt saknas och relationen följaktligen inte är särskilt stabil upplevs läkare som ett hinder för god smärtbehandling (a.a.).

Sjuksköterskor anser att omvårdnadspersonalen är en förutsättning för det egna yrkesutövandet då de registrerar och noterar beteendeförändringar hos patienten. De anser också att det multi-professionella teamets dialog om smärtskattning utvecklar smärtbehandlingen. Elovsson och Boström (2011) menar att det är nödvändigt med teamsamarbete då man har sett att brister i teamsamverkan leder till sämre smärtbehandling (a.a.). Sjuksköterskan har ett särskilt samordningsansvar för att tillgodose patientens behov (Socialstyrelsen, 2008). Resultatet visar att när smärtskattning inte utförs saknas underlag för smärtbehandling och utvärdering. Enligt Läke-medelsverket (2010) är smärtbehandlingen kvalitetssäkrad först när smärtskattning upprepas, dokumenteras och utvärderas (a.a.).

*Barriärer* utgör en stor del av resultatet. Barriärer är en företeelse som hindrar en god smärtbehandling. Ett återkommande hinder för smärtskattning är bristande kontinuitet. Olika sjuksköterskor träffar patienten och gör olika bedömningar som dessutom kan präglas av egna förut-

fattade meningar och föreställningar om smärta. Elovsson och Boström (2011) menar att kontinuiteten påverkar smärtbehandlingen. När personalomsättningen är låg fungerar smärtbehandlingen bättre och uppföljning och utvärdering genomförs (a.a.).

Denna studies resultat visar både personalbristens och personalomsättningens påverkan på smärtskattning och smärtbehandling. Sjuksköterskor som har en kortare arbetserfarenhet är noggrannare med att dokumentera patientens självskattade smärta än de med längre erfarenhet. Att avstå från att dokumentera en medicinsk bedömning är inte förenligt med vad som står angivet i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLFS-FS 2016:40). Där är det tydligt angivet att detta är ett krav.

Mer erfarna sjuksköterskor tenderar också att feltolka VAS och ge mindre potent smärtlindring. Socialstyrelsen (2012) menar att de egna attityderna och erfarenheterna får ett för stort utrymme. Erfarenheter spelar stor roll när det kommer till att fatta beslut, inte minst i komplicerade situationer. Informationsinsamlingen inriktas på att bekräfta de antaganden som gjorts och blir snarare ett sökande efter bekräftelse än ny information (a.a.). Läkeemedelsverkets (2010) uppfattning är att smärta inte kan mätas utan ska uppskattas, då det enbart är patienten som kan uppskatta sin egen smärta. Arman (2017) menar att när patienten inte blir sedd, trodd och hörd orsakas vårdlidande. När sjuksköterskan erkänner patientens lidande, bekräftar smärtan och utför omvårdnadsåtgärder kan detta lindra patientens lidande (a.a.). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012) ingår det i sjuksköterskans arbetsuppgifter att utföra kvalificerade bedömningar.

Resultatet visar att sjuksköterskor är väl medvetna om att patienter gagnas av individuella vårdplaner avseende smärta, men att de väljer att göra avsteg från detta genom att arbeta med standardvårdplaner på grund av tidsbrist. Enligt Socialstyrelsen (2008) måste den kommunala hälso- och sjukvården utgå från den enskilda patientens behov (a.a.). Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patient och närstående (SFS 2014:821). Att enbart basera vården på standardvårdplaner är med patientlagen som utgångspunkt svårt att motivera. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) påtalar i sin tur vikten av rutiner för att kunna bedriva en säker vård. Det kan uppstå problem när sjuksköterskan väljer att strikt följa rutiner, eftersom vården då inte anpassas efter den enskilda patientens behov. Rutiner i samband med sjukvårds- och omvårdnadsarbete ses ofta som något negativt, men ger förutsättningar för en kvalitetssäkrad vård. När rutiner kombineras med patientens individuella behov finns goda förutsättningar för att lindra patientens lidande (Strand, 2018).

## **Metoddiskussion**

Initialt planerades för en intervjustudie. Det hade gett oss möjlighet att formulera egna frågor och ställa följdfrågor. Kanske hade det bidragit till ett mer nyanserat resultat. När syftet med studien formulerats och testades på sjuksköterskor i vår närhet visade det sig att de flesta kände sig obekväma med att delta. Förevändningen var att de inte använde sig av smärtskattningsinstrument. På grund av det ansågs att risken för selektivt urval och slutligen ett missvisande resultat ökade. Det bidrog till att vi istället valde att genomföra en litteraturoversikt som har fördelen att den går att genomföra utan att störa den kliniska verksamheten. Ytterligare en aspekt som bidrog till beslutet var tidsbrist. Det stora utbudet av forskningsartiklar skapade möjligheter att ta del av ett större urval på en relativt kort tid.

Artikelsökningen utfördes den 2 mars 2019. Resultatet av sökningarna begränsas av den från början fastställda tidsplanen samt de valda sökorden. I de artiklar som valdes ut för resultatet framkom fler tänkbara sökord, exempelvis *pain management* som utgjorde grund för nya sök-kombinationer. Till resultatet användes två kvantitativa studier där bevisvärdet enligt gransk-ningsmallen blev lågt på grund av mycket låga svarsfrekvenser (bilaga II). Dessa inkluderades ändå eftersom de tydligt visade sjuksköterskors uppfattningar vilket överensstämmer med stu-diens syfte. Den låga svarsfrekvensen är av mindre betydelse då vi sökte variationer av uppfatt-ningar.

I en kvalitativ innehållsanalys är huvudregeln att ingen data ska passa in i två eller flera kate-gorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Detta upplevdes mycket svårt då uppfattning-arna emellanåt var sammanflätade och meningsenheterna var för långa och gav flera innebör-der. En försvårande omständighet var språket och risken för feltolkning. Vid över-sättningen av meningsenheterna krävdes tålmod och noggrannhet för att minimera risken för feltolkning. De subkategorier som skapade huvudbry var erfarenhet och befintlig kunskap samt tidsbrist och prioriteringar. För att lösa detta analyserades meningsenheterna flera gånger. Dessa bena-des så småningom ut och subkategorier och därefter kategorier tog form.

Om resultatet i en litteraturstudie ska anses vara *giltigt* förutsätter det att det redan publicerade materialet som ju utgör underlag för studien är oförvanskat (Polit & Beck, 2012). Förförståelsen har hanterats genom att reflektera samt fokusera på att eftersöka variationerna i det utforskade materialet, vilket understryks av Friberg (2017) som menar att det är avgörande för studiens kvalitet att genomgående ha ett kritiskt och reflekterande förhållningssätt i arbetet med att välja studier (a.a.). I föreliggande studie har analysmaterialet undersökts för att finna sjuksköterskors variationer i uppfattningar. Studiens  *trovärdighet* handlar till stor del om forskningsprocessens transparens i beskrivningen av analysförfarandet. Wihlborg (2017) menar vidare att det krävs en förmåga till lyhördhet och följsamhet inför vad analysmaterialet uttrycker.

Hela analysen har genomförts av oss båda vilket kan bidra till en ökad *tillförlighet* av studiens resultat. Det har möjliggjort reflektion samt diskussion kring vad som visar sig. Enligt Polit och Beck (2017) ska resultatet *bekräfta* deltagarnas röster och inte forskarens förförståelse samt undersökningsvillkor (a.a.). Arbetet har genomgående utförts med koncentration på vår delak-tighet samt i ständig dialog med det som visar sig.

En svaghet med litteraturöversikt är risken för selektivt urval. Det betyder att artiklar med ett för vår studies syfte högst relevant innehåll kan ha sorterats bort eftersom titeln varit missvi-sande. Så kan också ha skett när urval gjorts på basen av lästa abstract. Om dessa inte motsvarat föreliggande studies syfte kan information ha gått om intet. En annan svaghet med litteraturö-versikter kan vara att de snabbt blir inaktuella då nytt forskningsmaterial publiceras.

Föreliggande studies material kommer från Nordamerika, norra Europa samt Australien. Re-sultatet är sannolikt inte *överförbart* på alla delar av världen på grund av skillnader i sociala och socioekonomiska förhållanden. Däremot är resultatet sannolikt överförbart på all vård som utförs i liknande kontexter, det vill säga hemsjukvård samt särskilda boenden i både kommunal och privat regi.

## **Etikdiskussion**

De artiklar som ingår i studien har genomgått en etikprövning vilket innebär att de är granskade av en etisk kommitté och blivit godkända i respektive ursprungsland. Enligt Polit och Beck

(2017) ska de som utför studien ha ett objektiva förhållningssätt och lägga sin förförståelse och egna åsikter åt sidan (a.a.). I vår studie har vi tänkt på detta genom att ha en kontinuerlig dialog med varandra och reflektera över det som framkommit. Vi tror inte att vår förförståelse har påverkat resultatet i någon större utsträckning då vi hela tiden fokuserat på studiens syfte och ständigt återvänt till detsamma. Vi tvivlar dock på om vi hade kunnat genomföra studien helt utan förförståelse då intresset för ämnet är sprunget ur just denna. Stor vikt har lagts vid att inte omtolka de valda artiklarnas resultat för att passa våra egna erfarenheter och inga omformuleringar av citat har gjorts, utan ursprungsspråket har använts. För att säkerställa att artiklarna som använts för studiens resultat inte förvanskats har de lästs av oss båda upprepade gånger.

## **Slutsats**

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning och smärtskattningsinstrument inom den kommunala hälso- och sjukvården. Föreliggande studie visar att när fokus läggs på smärtskattning och smärtlindring ökar intresset och patienten blir bättre smärtlindrad. Utbildning i smärtlindring brister. Många arbetsplatser ger heller inte möjlighet till kompetensutveckling inom smärta och smärtbehandling. Visserligen har varje sjuksköterska ett ansvar för att hålla sig uppdaterad, men arbetsgivare möjliggör inte detta när organisationen ofta är underbemannad. Smärt-skattning skulle mycket väl kunna utvecklas om det fanns ett bättre organisatoriskt stöd, men det förutsätter en högre förståelse hos chefer och vårdledare. Som sjuksköterskor har vi också ett ansvar att utbilda både kollegor, omvårdnadspersonal och anhöriga vilket försvåras av ovan nämnda organisatoriska brister. När flera professioner samarbetar och har en dialog om smärta utifrån sina olika kompetenser ökar hela teamets kunskapsutveckling vilket leder till bättre smärtskattning och i förlängningen bättre smärtlindring för patienten.

## **Förslag till klinisk tillämpning**

Kunskapen om att smärtskattning bidrar till mer adekvat smärtlindring borde leda till en ökad användning av smärtskattningsinstrument. Det finns stark evidens för att ökad smärtlindring leder till förbättrad livskvalitet. Föreliggande studie har synliggjort sjuksköterskors uppfattningar om smärtskattning och smärtskattningsinstrument inom den kommunala hälso- och sjukvården. Ett stort utbildningsbehov är identifierat och det finns utrymme för utbildningsinsatser i alla delar av vården. Det krävs behandlingsstrategier som är anpassade för den äldre patienten där både smärtskattning, läkemedel och omvårdnadsåtgärder ingår som en naturlig del av behandlingen. Som sjuksköterska går det inte att negligera kravet på den egna kunskapsutvecklingen som i detta fall gäller smärtskattning. Det måste avsättas tid för denna och ansvaret vilar på vårdens huvudmän såväl som på den enskilda sjuksköterskan.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling**

Vikten av smärtskattning är belyst i ett stort antal studier. Sjuksköterskors kompetens inom smärtlindring och smärtskattning är låg då de inte får någon större kunskap med sig från grundutbildningen. Den fortsatta kompetensutvecklingen via till exempel arbetsplatsen avhjälpes inte heller problemet i någon större omfattning då sjuksköterskor väljer att inte delta på grund av bland annat tidsbrist. Fortsatt forskning skulle kunna koncentreras på hur smärtskattning kan implementeras som en naturlig del i sjuksköterskans dagliga omvårdnadsarbete. Frågor att ställa kan vara hur det multiprofessionella teamet kan bidra till en förbättrad smärtskattning och

smärtlindring hos patienter med kroniska smärtor. Ett annat forskningsområde är varför sjuksköterskor är bättre på att behandla akut smärta än kronisk smärta. Ytterligare ett forskningsområde är att undersöka vilket eller vilka smärtskattnings-instrument som är optimala för den äldre patienten inom kommunal hälso- och sjukvård. Mer forskning behövs för att förstå varför sjuksköterskor inte systematiskt använder sig av smärtskattningsinstrument och hur dessa på bästa sätt ska kunna implementeras i vården.



## Referenser

- Alm, A. K., & Norbergh, K.-G. (2013). Nurses' Opinions of Pain and the Assessed Need for Pain Medication for the Elderly. *Pain Management Nursing*, 14(2), 31-8. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.pmn.2010.07.007>
- Andersson, S., Lindqvist, O., Årestedt, K., Fürst, C.-J., & Brännström, M. (2018). Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National Register-Based Study. *Journal of Pain & Symptom Management*, 55(5), 1304–1312. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489>
- Alexandersson, M. Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Starrin, B. & Svensson, P. (red.) (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (s. 111-139). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. (2017) Lidande. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2:a uppl.). (s. 213-223). Lund: Studentlitteratur.
- Barry HE, Parsons C, Peter Passmore A, & Hughes CM. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1258–1266. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1002/gps.3770>
- Ben Natan, M., Ataneli, M., Admenko, A., & Har Noy, R. (2013). Nurse assessment of residents' pain in a long-term care facility. *International Nursing Review*, 60(2), 251–257.
- Burns, M., & McIlfatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400–407. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, (2013). Teamarbete i vården. I Edberg, A. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden*. (s. 63-102). (1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Clark L, Fink R, Pennington K, & Jones K. (2006). Nurses' reflections on pain management in a nursing home setting. *Pain Management Nursing*, 7(2), 71–77. <http://ezproxy.server.hv.se/login?url=http://search.ebsco-host.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106314138&site=ehost-live&scope=site>
- Dahlberg K. (2002). [The unnecessary suffering from care]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 22(1), 4–8. <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106831850&site=ehost-live&scope=site>
- De Witt Jansen B., Brazil K., Passmore P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. Morgan, S. M., Watson M., & Parsons, C. (2018). “A tool doesn't add anything”. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;33, 1346–1354. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1002/gps.4931>
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan S. M., Watson M., & Parsons, C. (2017). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1234–1244. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/jocn.13442>

- Ekebergh, M. (2017). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 79-92). (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Elovsson, M., & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård. *Vård i Norden*, 31(4), (s.10–15). <http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104518852&site=ehost-live&scope=site>
- Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Gropelli, T., & Sharer, J. (2013). Nurses' Perceptions of Pain Management in Older Adults. *MEDSURG Nursing*, 22(6), 375–382. <http://ezproxy.server.hv.se/login?url=http://search.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104134019&site=ehost-live&scope=site>
- Herr, K. (2010). Pain in the Older Adult: An Imperative Across All Health Care Settings. *Pain Management Nursing*, 11(2), s.1-10. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.pmn.2010.03.005>
- HSLF-FS 2016:40. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Hämtad 14 april, 2019, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20165/2016-4-44.pdf>
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Hämtad 8 maj 2019, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012). Hämtad 28 mars, 2019, från Svensk sjuksköterskeförening, [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskor-nas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskor-nas_etiska_kod_2017.pdf)
- Karlsson, C. E., Ernsth Bravell, M., Ek, K., & Bergh, I. (2015). Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 190–200. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/opn.12072>
- Karlsson, M. (2013). Hantering av svåra symtom. I Andershed, B., Ternstedt, B.-M., & Håkansson, C. (red.). *Palliativ vård- begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (s. 405-416). Lund: Studentlitteratur.
- Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor. (2017). Hämtad 5 februari, 2019, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>
- Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor. (2008). Hämtad 18 oktober, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim., U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:e uppl.). (s. 219-233). Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelsverket (2010). Smärtlindring i livets slutskede -ny rekommendation. Hämtad 30 januari 2019 från Läkemedelsverket, <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation.pdf>

- Mamhidir, A.-G., Sjölund, B.-M., Fläckman, B., Wimo, A., Sköldunger, A., & Engström, M. (2017). Systematic pain assessment in nursing homes: a cluster-randomized trial using mixed-methods approach. *BMC Geriatrics*, *17*, 1–16. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1186/s12877-017-0454-z>
- Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3:e uppl.) Stockholm: Liber.
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rosberg, S. (2017). Fenomenologi. I B. Höglund-Nielsen & Granskär (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 127-150). Lund: Studentlitteratur.
- Russell, T. L., Madsen, R. W., Flesner, M., & Rantz, M. J. (2010). Pain management in nursing homes: what do quality measure scores tell us? *Journal of Gerontological Nursing*, *36*(12), 49–56. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.3928/00989134-20100504-07>
- Savvas, S. M., Toyne, C. M., Beattie, E. R. A., & Gibson, S. J. (2014). An Evidence-Based Program to Improve Analgesic Practice and Pain Outcomes in Residential Aged Care Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(8), 1583–1589. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/jgs.12935>
- SBU. (2017). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik. I Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten- en handbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad 29 oktober, 2018, från SBU, <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 14 april, 2019, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Socialstyrelsen. (2008). Hemsjukvård i förändring – en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikationer. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 19 februari, 2019, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-59>
- Socialstyrelsen. (2012). Om standardiserade bedömningsmetoder [Broschyr]. Västerås: Edita Västra Aros. Hämtad 8 februari, 2019, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18907/2012-12-9.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). Nationella riktlinjer för palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2 februari, 2019, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20396/2016-12-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). Vem får göra vad i hälso- sjukvården och tandvården? Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 oktober, 2018, från Socialstyrelsen, <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/landsting-regioner-och-kommuner-ansvarar-att-erbjuda-en-god-varld>
- Strand, T. (2018). *Hjälp mig att hjälpa dig! Upplevelser och uppfattningar av undersökning med MRT för personer med metastaser i ryggen*. (Doktorsavhandling, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö, Linnaeus University Dissertations 320). Hämtad från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1198834/FULL-TEXT01.pdf>
- Strang, P (2012). De allra äldsta i palliativ vård. Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) (2012). *Palliativ medicin och vård*. (4:e, rev. uppl.) (s. 179-186). Stockholm: Liber.
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). Indikatorer för hälsofrämjande omvårdnad. Hämtad 23 januari, 2019, från Svensk sjuksköterskeförening,

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf)

- Torvik, K., Nordtug, B., Brenne, I. K., & Rognstad, M.-K. (2015). Pain Assessment Strategies in Home Care and Nursing Homes in Mid-Norway: A Cross-sectional Survey. *Pain Management Nursing, 16*(4), 602–608. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.pmn.2015.01.001>
- Veal, F., Williams, M., Bereznicki, L., Cummings, E., Thompson, A., Peterson, G., & Winzenberg, T. (2018). Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study. *Pain Management Nursing, 19*(2), 177–185. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.pmn.2017.10.002>
- Wihlborg, M. (2017). Fenomenografi. I Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:e uppl.). (s. 107-123). Lund: Studentlitteratur.
- Zwakhaleh, S., Docking, R. E., Gnass, I., Sirsch, I. E., C. Stewart, C., N. Allcock, N., & Schofield, P. (2018). Pain in older adults with dementia. A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Der Schmerz 32*(5), 364–373. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1007/s00482-018-0290-x>

Cinahl 20190615	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Artiklar valda till resultatet
1	pain assessment OR Pain assessment tools OR pain assessment nursing OR nurses opinions of pain OR pain management	81544				
2	home health care OR home care OR home nursing	116083				
3	Nurses experience	44619				
4	1+2+3	150				
Avgränsningar: 2009-2019, Peer review, Engelska		70	70	35	16	8 Alm (2013) Burns (2015) De Witt Jansen (2018) De Witt Jansen (2017) Gropelli (2013) Karlsson (2015) Mamhidir (2017) Veal (2018)

Medline 201900615	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Artiklar valda till resultatet
1	pain assessment OR Pain assessment tools OR pain assessment nursing OR nurses opinions of pain OR pain management	176013				
2	home health care OR home care OR home nursing	161845				
3	Nurses experience	85371				
4	1+2+3	137				
Avgränsningar: 2009-2019, Abstract available, Engelska		77	77	45	19	6 (endast dubletter) Alm (2013) De Witt Jansen (2018) De Witt Jansen (2017) Karlsson (2015) Mamhidir (2017) Veal (2018)

Artikel	Problem och syfte	Metod/analys	Resultat	Diskussion	Delta-gare/bortfall	Risk för systematis-ka fel	Bevisvärde
<p>Alm &amp; Norbergh, 2013</p> <p><i>Nurses Opinions of Pain and the Assessed Need for Pain Medication for the Elderly</i></p> <p>Pain management nursing</p>	<p>Påverkas sjuk-sköterskans upp-fattning av pati-entens smärta av patientens icke verbala ledtrå-dar?</p>	<p>Kvantitativ stu-die Enkätundersök-ning med fallbe-skrivningar</p>	<p>Sjuksköterskor med längre yrkes-erfarenhet är mindre benägna att smärtskatta och de smärtlindrar med mindre doser.</p> <p>Dokumentationen är bristfällig och ibland skriver de annat än vad pati-enten uppger.</p>	<p>De nyare sjukskö-terskorna är bättre på att dokumentera och smärtskatta och dis-kussionen är att det kan vara ett lagbrott om man inte doku-menterar och det kan bli problem att ge patienten den opti-mala smärtlind-ringen.</p>	<p>128 tillfrå-gade varav 56 deltog Svarsfre-kvens 45%</p>	<p>Låg</p>	<p>Låg</p>

<p>*Barry, Parsons, Passmore &amp; Hughes, 2012</p> <p>An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia</p> <p>International journal of geriatric psychiatry</p>	<p>Att undersöka kunskaper, attityder och värderingar av smärtskattning och smärtbehandling</p>	<p>Frågeformulär, kvantitativ studie med kvalitativ frågeställning som del två</p>	<p>Sjuksköterskorna tycker det är svårt med smärtskattning på patienter med kognitivsvikt och önskar att de hade mer kunskap.</p>	<p>Sjuksköterskor tror inte att patienter med och utan kognitivsvikt ska behandlas lika avseende smärta.</p>	<p>Av 244 förfrågningar fick man respons från 96 Svarsfrekvens 39 %</p>	<p>Medelhögt</p>	<p>Låg</p>
---	---	--	---	--	---	------------------	------------



<p>Burns &amp; McIlfatrick, 2015</p> <p><i>Palliative care in dementia: literature review of "nurses" knowledge and attitudes towards pain assessments</i></p> <p>International journal of palliative nursing</p>	<p>Att utforska sjuksköterskans kunskap och attityd om smärtskattning.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Fem teman framkom:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Svårigheter att identifiera smärta hos demenssjuka.</li> <li>2. Dåligt anpassade smärtskattningsinstrument.</li> <li>3. Tidsbrist och arbetsbelastning</li> <li>4. Bristande kommunikation och teamarbete</li> <li>5. Erfarenhet och utbildning</li> </ol>	<p>Sjuksköterskor är medvetna om att en förändring i beteendet kan vara en indikation för demenssjukas smärta men saknar självförtroende för att påbörja smärtbehandling enbart på grund av en beteendeförändring.</p>	<p>128/28/11 Av 28 utvalda artiklar valdes 11</p>	<p>Låg</p>	<p>Högt</p>
---	--	-------------------------	--	--	---	------------	-------------

<p>*Clark, Fink, Pennington &amp; Jones 2006</p> <p>Nurses' reflections on pain management in a nursing home setting</p> <p>Pain management nursing</p>	<p>Att undersöka förändringar i sjuksköterskors attityder angående smärta, smärtskattning och smärtbehandling</p>	<p>Kvalitativ studie Interventions/ intervjustudie.</p>	<p>Det finns en problematik i att smärtskatta patienter med kognitiv svikt. Man fann också att sjuksköterskor är oroliga för att överdosera analgetika.</p>	<p>Det är en utmaning med smärtskattning av patienter med kognitiv svikt.</p>	<p>103 av 112 genomförda intervjuer bidrog till resultatet</p>	<p>Låg</p>	<p>Hög</p>
<p>De Witt Jansen et al. 2017</p> <p><i>Nurses experience of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study</i></p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Syftet är att utforska vilka erfarenheter sjuksköterskor inom hospice och sjuksköterskor på särskilda boenden har om smärtbehandling för demenssjuka patienter och patienter i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervjustudie</p>	<p>Tre teman identifierades: utmaningen att administrera smärtlindring, relationen mellan sjuksköterska och läkaren, sambandet mellan lärandet och praktiserandet</p>	<p>Det är en utmaning att hantera smärtbehandlingen i praktiken. Många barriärer identifierades.</p>	<p>24, inget bortfall</p>	<p>Låg</p>	<p>Medelhögt</p>

<p>De Witt Jansen et al. 2018</p> <p><i>"A tool doesn't add anything" The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life – a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives</i></p> <p>Int J Geriatr Psychiatry</p>	<p>Syftet är att utforska läkare och sjuksköterskors användning av observationsskalor hos palliativa patienter med avancerad demenssjukdom. Vad finns det för uppfattningar och vad är utbildningsbehovet?</p>	<p>Kvalitativ studie Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>3 teman framkom, ¼ del av deltagarna använde observationsskalor regelbundet. En anledning till att de inte användes var att man uppfattade begränsningar hos mätinstrumenten, svårigheter att använda dem och att integrera dem i det kliniska arbetet och man tyckte inte att de tillförde någonting.</p>	<p>De som hade lyckats integrera mätinstrumenten i det dagliga arbetet uppfattade positiva effekter av detta, de uppfattade smärta tidigare och överrapporteringen underlättades mellan kollegor.</p>	<p>24, inget bortfall</p>	<p>Låg</p>	<p>Medelhögt</p>
---	--	---	---	---	---------------------------	------------	------------------

Gropelli & Sharer, 2013 <i>Nurses' Perceptions of Pain Management in Older Adults</i> Medsurg Nursing	Studiens syfte var att förklara fenomenet av sjuksköterskors uppfattningar av smärtlindring i vården av äldre patienter.	Kvalitativ studie Intervjustudie	Resultatet belyser vikten av utbildning, en bra kommunikation, en individuell vårdplan och att man erkänner olika uppfattningar. Sjuksköterskornas barriärer för en effektiv smärtbehandling var deras uppfattningar i den här intervjustudien. De fokuserade ständigt på andras uppfattningar och göranden och de hade för lite självreflektion. För lite utbildning, för lite individuella vårdplaner och kommunikation och en negativ inställning till äldre patienter och anhöriga kom fram i flertalet av intervjuerna.	Sjuksköterskornas uppfattning var att en god smärtlindring var möjlig och skedde för det mesta men de beskrev också att uppfattningar och värderingar kunde påverka deras förmåga att smärtlindra.	16 intervjuer genomfördes	Låg	Hög
---	--	-------------------------------------	--	--	---------------------------	-----	-----

<p>Karlsson, Ernsth-Bravel, Ek &amp; Berg, 2015</p> <p><i>Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study</i></p> <p>International journal of older people nursing</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka hemsjukvårdsteamets uppfattningar om smärtskattning på patienter med en demenssjukdom</p>	<p>Kvalitativ studie Intervjustudie med öppna frågor</p>	<p>4 teman/tolkningar framträdde i resultatet: Samarbetet i teamet krävde tillit till varandra Användande av flera olika strategier för att skatta smärta Behov av personalkontinuitet i omvårdnad och smärtskattningssituationer Behov av mer tid för att kunna smärtskatta</p>	<p>Diskussion: Studien indikerar att identifiera smärta kräver samarbete på hög nivå i teamet och med anhöriga där man använder sig av varandras kompetenser.</p>	<p>13 deltagare av 21 tillfrågade</p>	<p>Låg</p>	<p>Medelhögt</p>
<p>Mamhidir et al. 2017</p> <p><i>Systematic pain assessment in nursing homes: a cluster-randomized trial using mixed-methods approach</i></p> <p>BMC Geriatrics</p>	<p>Förändring i smärtskattning? Förändring kring dokumentationen? Förändring i läkemedelsanvändningen över tid? Hur upplever personalen interventions studien?</p>	<p>Kvantitativ studie med en kvalitativ del Interventions studie, en experimentell klinisk studie</p>	<p>De som inte fick smärtilindring blev snabbare ADL beroende</p>	<p>Man såg ingen signifikant skillnad avseende smärta och välbefinnande däremot såg man att jämförelsegruppen försämrades ADL mässigt.</p>	<p>Av 13 tillfrågade SÄBO valde 10 att delta.</p>	<p>Låg</p>	<p>Medelhög</p>

<p>Veal et al. 2018</p> <p><i>Barriers to optimal pain management in aged care facilities: An Australian qualitative study.</i></p> <p>Pain management nursing</p>	<p>Undersökning hur smärta hanteras på särskilda boende och vilka barriärer som finns för optimal smärtlindring</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semis- strukturerade intervjuer</p>	<p>Barriärer som uppfattades var flera, bl a att de äldre inte sa till om smärta och att de var tveksamma till att ta emot smärtlindring.</p>	<p>Mycket smärta skulle kunna undvikas om en bättre rutin för dokumentation fanns och om sjuksköterskorna kunde få mer utbildning i smärtskattning.</p>	<p>Av 16 tillfrågade SÄBO valde 5 att delta. Där genomfördes 23 intervjuer</p>	<p>Låg</p>	<p>Medelhög</p>
<p>*Zwakhaleh et al. 2018</p> <p><i>Pain in older adults with dementia.</i></p> <p>Der Schmerz</p>	<p>Syftet var att undersöka barriärer runt användandet av smärtskattningsinstrument i syfte att optimera smärtbehandlingen</p>	<p>Kvantitativ enkätstudie</p> <p>Webbaserat frågeformulär</p>	<p>Sjuksköterskor ansåg att skattningsinstrument var lätta att använda men svåra att implementera i det dagliga arbetet. Sjuksköterskor anställda på äldreboenden upplevde att de var i behov av mer utbildning om smärta och smärtskattning.</p>	<p>Utbildning i smärta och smärtskattning efterfrågas</p>	<p>1005 förfrågningar skickades ut, 206 svarande Svarsfrekvens 20 %</p>	<p>Låg</p>	<p>Låg</p>

\* osystematisk sökning i Google Scholar

Högskolan Väst  
Institutionen för Hälsovetenskap  
461 86 Trollhättan  
Tel 0520-22 3000 Fax 0520-22 30 99  
[www.hv.se](http://www.hv.se)