

# Akutmottagningars omhändertagande av patienter med akut smärta

– En litteraturstudie

FÖRFATTARE	Sabina Molnar
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad OM5250, 15 högskolepoäng
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Britt Borg
EXAMINATOR	Nils Sjöström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Akutmottagningars omhändertagande av patienter med akut smärta
Titel (engelsk):	Treatment of patients with acute pain in emergency departments
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad/OM5250/ 15 högskolepoäng
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Sabina Molnar
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Nils Sjöström

---

## SAMMANFATTNING

Smärta är ett centralt fenomen inom vården och en av de vanligaste orsakerna till vårdkontakter. Smärta är alltid en subjektiv upplevelse och behandlingen behöver därmed anpassas efter varje enskild individ. Att lindra lidande är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden och behandlingen av patienter med smärta skall utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket bland annat innebär korrekt bedömning av smärta samt dokumentation och utvärdering av given behandling. Syftet med detta fördjupningsarbete var att göra en litteraturöversikt över akutmottagningars omhändertagande av patienter med akut smärta. Resultatet bygger på 11 vetenskapliga artiklar som söktes i databaser respektive manuellt. Materialet bearbetades utifrån en beskrivning för en litteraturöversikt. Fyra huvudsakliga områden inom akutmottagningars omhändertagande trädde så småningom fram, vilka presenteras i resultatet. Det framkom att det finns stora brister inom smärtskattning och dokumentation, att tiden till smärtlindring ofta är mycket lång, att alla med smärta inte får smärtlindring samt att patienterna trots dessa brister visades ha stor tillfredsställelse med behandlingen på akutmottagningen. Det framgick även mycket tydligt att i de fall interventioner genomfördes för att förbättra smärtlindringsarbetet på akutmottagningar, att behandlingen blev mycket bättre på alla plan. En bristande kommunikation mellan personal och patienter verkar vara en betydande faktor för att smärtlindringen ser ut som den gör idag. Patienter informeras inte tillräckligt om att risken för beroende vid användningen av vissa smärtstillande preparat, är minimal. I många fall har vårdpersonal inte heller tillräcklig kunskap inom området smärtlindring. Trots patienters tillsynes höga tillfredsställelse får den inte användas som måttstock för att avgöra om själva smärtlindringen är adekvat eller inte. En viktig slutsats som sålunda kan dras är att problemen gällande smärtlindring fortsatt behöver uppmärksammas så att förbättringsarbete kan göras, vilket visat sig vara lönsamt för både patienter och personal.

**Nyckelord:** smärta, akutmottagning, smärtlindring, väntetid, tillfredsställelse

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Smärta	2
Smärtlindring	2
Konsekvenser av obehandlad smärta	2
Okunskap och myter bland personal kring smärtbehandling	3
Smärta och lidande	3
Behandling och omvårdnad	4
Akutmottagningens verksamhet och triage	5
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>DATAINSAMLING</b>	<b>6</b>
<b>DATAANALYS</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>SMÄRTSKATTNING OCH DOKUMENTATION</b>	<b>10</b>
Smärtskattningar genomförda av personal stämmer inte alltid överens med patienters faktiska smärtintensitet	10
Smärtskattning vid inskrivning på akutmottagningen	10
Ytterligare smärtskattning efter inskrivning	10
Fakorer som ökar sannolikheten för smärtskattning och dokumentation	11
<b>VÄNTETIDEN FRÅN ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN FRAM TILL SMÄRTLINDRING</b>	<b>11</b>
<b>SMÄRTLINDRING</b>	<b>12</b>
Typ av smärtlindring	12
Administrering av smärtlindring	13
Kan man utgå från att alla patienter vill ha smärtlindring?	14
Behovet av smärtlindring	14
Administrering av smärtlindring till patienter som självmant ber om det	14
Smärtintensitetens betydelse i samband med smärtlindring	15

<b>PATIENTTILLFREDSSTÄLLELSE</b>	<b>15</b>
<b>Faktorer i behandlingen med betydelse för patienttillfredsställelse</b>	<b>15</b>
<b>Hög tillfredsställelse trots brister i behandlingen</b>	<b>16</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>17</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>17</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>19</b>
<b>Smärtskattning och dokumentation</b>	<b>19</b>
<b>Väntetiden från ankomst till akutmottagningen fram till smärtlindring</b>	<b>20</b>
<b>Smärtlindring</b>	<b>20</b>
<b>Patienttillfredsställelse</b>	<b>21</b>
<b>SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING</b>	<b>23</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>24</b>
<b>BILAGA</b>	
<b>ARTIKELÖVERSIKT</b>	

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Smärta är ett mycket centralt fenomen inom sjukvården och en av de vanligaste orsakerna till vårdkontakter (1). Sjuksköterskor idag möter därmed inom alla områden ständigt patienter som lider av någon form av smärta och därför är det viktigt att ha stor kunskap inom ämnet både ur ett omvårdnads- och ur ett medicinskt perspektiv. Jag har valt att fördjupa mig i akutmottagningars omhändertagande av patienter med smärta som sökorsak eftersom det har visat sig finnas stora brister inom omhändertagandet och behandlingen av denna patientgrupp (2-5). Jag vill veta mer om bland annat vilka brister det finns och vad de kan tänkas beror på. Enligt studier utgörs 78 % av alla akutbesök av patienter med smärta (6, 7). Att komma till akutmottagningen innebär för många patienter den första kontakten med vården, vilket kan vara skrämmande i sig och innebära ytterligare lidande, ett lidande som Eriksson (8) benämner ”vårdlidande”. Därmed är det synnerligen av vikt att ge bästa möjliga omvårdnad och behandling för att patienter skall känna sig trygga och få lindring i sin smärtupplevelse på bästa möjliga sätt.

## BAKGRUND

### Smärta

Definition av smärta:

*” An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.”*

(International Association for the Study of Pain) IASP (9)

Smärta är alltid en subjektiv upplevelse och varje individ lär sig att använda ordet smärta genom upplevelser associerade till skada tidigt i livet (9). I Hälso- och sjukvårdslagen (10) beskrivs att alla patienter skall bli bemötta med värdighet och respekt samt att villkoren skall vara desamma för alla. Vården och behandlingen skall så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (10).

I mötet med patienter är det sålunda viktigt att ha som utgångspunkt att smärta är en unik upplevelse (11). Smärta är alltid obehaglig (9) och är enligt Hawthorn (11) en fundamental och oundviklig form av mänskligt lidande. Att lindra lidande är ett av sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden (12) och därmed har sjuksköterskan en mycket viktig roll i vården av patienter med smärta.

Det finns idag stor kunskap om smärta och litteraturen inom ämnet är mycket omfattande (11). Med hänsyn till detta arbetes storlek blir sålunda beskrivningen av smärta relativt kortfattad.

Smärta klassificeras ofta efter varaktighet och benämns då som *akut* (kortvarig) eller *kronisk* (långvarig) (11). Dock är kronisk smärta inte detsamma som akut smärta under lång tid (11, 13). I detta arbete har en avgränsning gjorts till att endast innefatta patienter med akut smärta. Akut smärta kännetecknas av ett väldefinierat tidsmönster för smärtans insättande till skillnad från kronisk smärta som kan börja mer diffust.

Vanligtvis är akut smärta kopplad till vävnadsskada och försvinner därmed när vävnadsskadan läkt (1). Akut smärta innebär aktiva processer i perifera och centrala nervsystemet (13) och medför ökad aktivitet i det autonoma nervsystemet som hos den drabbade yttrar sig i form av bland annat svettningar och vasokonstriktion (11). Detta är övergående vid akut smärta. Kronisk smärta leder däremot så småningom till bestående biologiska förändringar i CNS (11, 13). Smärta leder inte bara till fysiologiska reaktioner i kroppen, utan även till tankar, känslor, upplevelser och beteenden. Att känna smärta är sålunda resultatet av en integrering av signaler hos skadad vävnad, individens totala status och sammanhanget som individen befinner sig i (13).

### **Smärtlindring**

Det finns olika typer av smärtlindring och två huvudgrupper som smärtlindring indelas i är farmakologisk och icke-farmakologisk/komplementär smärtlindring. Gruppen av läkemedel som används för att behandla smärta benämns analgetika. När det gäller analgetikum väljs detta ofta utifrån smärtans intensitet och analgetika brukar delas in i tre grupper:

- Icke-opioider, vilka vanligtvis används vid lindrig smärta. Till exempel paracetamol.
- Svaga opioider, vilka kan ersätta, eller kombineras med icke-opioider om smärtan kvarstår. Till exempel kodein.
- Starka opioider, vilka används vid svår smärta då tidigare nämnda preparatgrupper inte har tillräcklig smärtlindrande effekt. Till exempel morfin.

Även om det är läkaren som ordinerar analgetika så är det sjuksköterskan som administrerar läkemedlet och utvärderar effekten samt övervakar patienten gällande läkemedelsbiverkningar (11).

Exempel på icke-farmakologisk smärtlindring (11):

- Kognitiva/beteendeterapeutiska strategier som syftar till att förändra patientens upplevelse av smärtan.
- Hudstimulering, som exempelvis applicering av is och värme.
- Högläge, kompression eller immobilisering av en skadad kroppsdel.

Begreppet smärtlindring används i detta arbete som ett samlingsbegrepp för både farmakologisk och icke-farmakologisk behandling då det i syftet inte inryms att gå närmare in på de olika typerna av smärtlindring. Termen "oligoanalgesi" är ett begrepp som beskriver problemet när smärta lämnas obehandlad eller inte behandlas i tillräcklig utsträckning och har sedan Wilson och Pendleton (14) använde det första gången 1989 i sin studie av smärtbehandling på en akutmottagning, fortsatt att användas än idag.

### **Konsekvenser av obehandlad smärta**

Smärta kan medföra många negativa konsekvenser om den lämnas obehandlad (11, 13). Akut smärta kan exempelvis övergå i kronisk smärta om den lämnas obehandlad (11). Långvarig smärta kan i sin tur leda till depression, ångest och trötthet med påverkan på sociala relationer och minskad aktivitet (13). Smärta efter kirurgiska ingrepp kan medföra minskad aktivitet vilket kan leda till komplikationer som ventrombos,

hudkomplikationer och lunginflammation, som i sin tur förlänger läkningsprocessen (11).

### **Okunskap och myter bland personal kring smärtbehandling**

I en studie (7) genomförd bland sjuksköterskor på en akutmottagning ville man identifiera olika hinder för smärtlindring samt identifiera inom vilka områden det råder kunskapsbrist gällande analgetika. Det visade sig att hindret, som sjuksköterskorna identifierade som det primära, var att inte kunna administrera analgetika fram tills att diagnos ställts. Kunskapsbristen gällande analgetika visade sig vara stor bland sjuksköterskorna. Många hade bland annat inte klart för sig skillnaden mellan ”beroende” och ”tolerans” och många saknade kunskap gällande farmakologiska principer i samband med analgetika. Hawthorn (11) skiljer på psykologiskt beroende och fysiskt beroende. Psykologiskt beroende innebär ett överväldigande och tvångsmässigt behov att använda ett visst/vissa preparat för dess psykologiska effekter i första hand. Fysiskt beroende innebär att kroppen vant sig så vid tillförseln av ett läkemedel under längre tid att kroppen reagerar med abstinenssymtom om preparatet inte tillförs – tolerans mot preparatet har alltså utvecklats och det krävs successivt högre doser av preparatet för att uppnå effekt (11).

Det har även framkommit i studier att smärta (15), i synnerhet buksmärta (16) har lämnats obehandlad på grund av okunskap och myter om att smärtlindring skulle dölja diagnostiska fynd. Det finns inga vetenskapliga bevis för att smärtlindring skulle försvåra diagnostisering (15, 16). Trots det så är detta en rutin som man ofta går efter, vilket endast resulterar i lidande för patienten. Gällande patienters tillfredsställelse med smärtbehandling skriver Gordon et al. (17) att man länge använt smärtintensiteten som ett mått på tillfredsställelsen med behandlingen bland patienterna, vilket inte alltid visat sig vara en adekvat variabel för detta ändamål. I en del studier fann man samband mellan smärtintensitet och patienttillfredsställelse, medan det i andra inte var smärtintensiteten som påverkade tillfredsställelsen med behandlingen, utan istället fann man att bemötandet från personalen hade en avgörande betydelse. Under 90-talet togs därmed kvalitetsindikatorer fram för att kunna mäta kvaliteten på smärtbehandling på ett adekvat och enhetligt sätt (17).

### **Smärta och lidande**

Begreppet lidande har sedan 1940-talet kommit att beskrivas allt oftare i form av termerna sjukdom och smärta, trots att lidandet enligt Eriksson (8) har flera olika dimensioner med fler innebörder än enbart den fysiska smärtan. Ett lidande kan finnas utan att smärta finns, samtidigt som smärta kan upplevas utan lidande. Begreppen smärta och lidande kan därmed inte betraktas som varandras synonymer. Däremot så har vårdandet uppkommit just i syfte att lindra människors lidande och då ligger det nära till hands att dra den slutsatsen att patienter med fysisk smärta som söker vård upplever ett lidande i smärtan och därför söker sig till vården för att få lindring. Som tidigare nämnt kan vården i sig skapa ytterligare lidande för patienter.

De tre former av lidande som man möter i vården benämner Eriksson (8) som *sjukdomslidande*, *vårdlidande* och *livslidande*). Sjukdomslidande innebär det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling och innefattar kroppslig smärta liksom själsligt och andligt lidande. Med vårdlidande avses det lidande som upplevs i relation till själva vårdsituationen och kan innefatta kränkning av patientens värdighet,

fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Livslidande utgörs av det lidande som är relaterat till allt vad det innebär att leva och att vara människa, ett lidande som upplevs i relation till det egna och unika livet (8).

På akutmottagningars ofta korta möten med patienter är det främst sjukdomslidandet – det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling - och vårdlidandets icke-behandling som kan vara aktuella. Vårdlidande kan skapas i och med icke-vård eller utebliven vård (8) som exempelvis utebliven smärtlindring vilket är ett uppenbart problem på akutmottagningar världen över (1). Kroppslig smärta är en vanlig orsak till lidande som kan vara outhärdligt och bör därför lindras med alla till buds stående medel. Även om smärta som tidigare beskrivet är en komplex upplevelse (13), så kan ett outhärdligt lidande lindras om den fysiska smärtan reduceras (8).

### **Behandling och omvårdnad**

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (18). I omhändertagandet av patienter med smärta är det viktigt att ha en helhetssyn och se till att förutsättningarna för att patienten skall få bästa möjliga smärtlindring finns. Faktorer såsom trygghet, omhändertagande, förståelse, stöd, uppmuntran och vänlighet är viktiga att tänka på eftersom de kan påverka smärtan positivt (19) och därigenom bidra till att lindra patientens lidande.

Kommunikationen med patienten spelar en viktig roll i bedömningen av smärta, eftersom det är patienten själv som vet bäst hur ont denne har. Det förekommer att patienter kan ha en negativ attityd till opioida analgetika eller till en specifik administrationsväg (rektalt, parenteralt) eller något annat gällande smärtbehandling, vilket kan påverka smärtbedömningen på ett negativt sätt genom att patienten kanske undviker att tala om sin fulla smärtintensitet på grund av rädslor. En viktig förutsättning för en god smärtbedömning och datainsamling är således upprättandet av en bra relation mellan sjuksköterska och patient, vilken i sin tur skapar förutsättningar för god kommunikation. Det finns situationer då man inte kan kommunicera med patienten och då är observationen av smärtbeteenden särskilt betydelsefull (11).

Akut smärta behandlas vanligen på sjukhus och kan erbjuda problem med avseende på upprätthållandet av kontinuitet i omvårdnaden (11), särskilt på en akutmottagning där genomströmningen av patienter är stor (20). För att uppnå optimal smärtlindring vid akuta smärtor behöver strategier tillämpas, som exempelvis inrättande av ett ”akut smärtteam” och utformande av behandlingsprotokoll för smärtkontroll, vilket har visat sig ha goda effekter (21). I USA finns en myndighet, The Joint Commission (22), som är en självständig oberoende organisation med syftet att kontinuerligt förbättra kvaliteten på vården genom kvalitetsgranskningar och framläggandet av riktlinjer. De kvalitetsgranskar vårdgivare även utanför USA. De understryker vikten av adekvat smärtbehandling och har därför lagt fram riktlinjer som kräver att vårdgivare skattar och behandlar smärta på ett adekvat sätt (22).

För att kunna ge en effektiv smärtbehandling är det viktigt att analysera vilken typ av smärta patienten har (23), eftersom det är olika bakomliggande mekanismer till olika typer av smärta (24). Olika smärttillstånd kräver olika typ av behandling och i de fall där flera olika smärtyper framträder samtidigt hos en och samma patient, är det viktigt



att varje smärttyp behandlas med en för sin karaktär adekvat metod (23). Det är sålunda flera olika faktorer som är viktiga för att få en helhetsbild av smärtan. En relativt enkel men viktig parameter inom smärtanalysen är smärtintensiteten. Bedömning av smärtintensitet är en omvårdnadsåtgärd som skall göras och dokumenteras med jämna mellanrum både inför bedömning av behovet av smärtlindring och inte minst för utvärdering av given smärtlindring (23). Ofta använda smärtskattningsinstrument för att mäta smärtintensiteten är Visual Analog Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) och Verbal Descriptor Scale (VDS) (25), alla tre med validitet och reliabilitet för att skatta smärtintensitet (26). Minsta skillnad med kliniskt signifikant betydelse på VAS och NRS-skalan är 13 mm (27, 28).

VAS är en 10 cm lång linje vars ena ände är markerad ”ingen smärta” och andra ände är markerad ”värsta tänkbara smärta”. Patientens markering på linjen mellan dessa ändpunkter, motsvarar dennes smärtintensitet (25).

NRS är en linje markerad med jämna mellanrum med siffrorna 0-10, där 0 står för ”ingen smärta” och 10 står för ”värsta tänkbara smärta”. Patienten markerar här den siffra som motsvarar hans/hennes smärtintensitet (25).

VDS består av en skala markerad med fem adjektiv för att beskriva smärtan. Exempel på adjektiv som kan används är *ingen smärta*, *lindrig smärta*, *måttlig smärta*, *svår smärta* och *outhärdlig smärta*. Patienten väljer ett av de fem orden, som bäst beskriver dennes smärta (25).

Ett annat vanligt mätinstrument är likert-skalan. En likert-skala (med verbala kategoriska svars-alternativ) är ett mätinstrument/”kvantifieringsskala” med bevisad validitet som ofta används för att mäta kvalitet eller tillfredsställelse (29). Det är en ordinalskala och medför sålunda till en rangordning av individerna utan att säga något om skillnadernas storlek mellan olika individer (30). En likert-skala kan ha olika många svarsalternativ, ofta förekommer mellan 1-7 alternativ (31).

### **Akutmottagningens verksamhet och triage**

På akutmottagningen behandlas och bedöms patienter utan att diagnosen är klarlagd, till skillnad från hur det oftast är på vårdavdelningar (20). Detta ställer krav på personalen att utifrån patientens redogörelse för sina symtom, tillsammans med undersökningsfynd, försöka komma fram till vad patienten lider av. Patienterna skickas sedan vidare, antingen till en vårdavdelning eller skrivs ut till hemmet. Flödet av patienter till en akutmottagning varierar beroende på årstid, klockslag och veckodag. Vanligtvis anländer patienterna till akutmottagningen genom att de tagit sig dit själva, eller via ambulans. Varje enskild patients behov av vård måste bedömas men då många patienter söker vård på en akutmottagning samtidigt, så är det nödvändigt att någon typ av turordning upprättas för att i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (10) se till att den som har störst behov av vården ges företräde till den. Detta kan ske med hjälp av *Triage*, som är ett turordningssystem baserat på den sjuka/skadade personens medicinska angelägenhetsgrad (20). Den som är i störst behov av vård ges företräde genom att tilldelas en hög triagenivå. Detta innebär att andra som utifrån sitt medicinska tillstånd bedöms till en lägre triagenivå får vänta. Väntetiden för patienterna kan ofta bli lång, eftersom det inte alltid bara är läkaren som patienten behöver träffa. Ofta uppstår väntan för att få komma till röntgen eller andra undersökningar, under tiden som beslut

skall tas och samordning med andra instanser sker. Under denna väntetid är det viktigt att patienterna kontinuerligt övervakas med tanke på att patienternas tillstånd hastigt kan förändras. Detta ställer stora krav på omvårdnad och medicinskt omhändertagande under tiden som patienten befinner sig på akutmottagningen.

## **SYFTE**

Att göra en litteraturöversikt över akutmottagningars omhändertagande av patienter med akut smärta.

## **METOD**

### **DATAINSAMLING**

Resultatet i denna litteraturstudie bygger på 11 vetenskapliga artiklar, varav tio är kvantitativa (32-41) och en är kvalitativ (42). Tre av artiklarna (38-40) var interventionsstudier där man jämförde standardbehandlingen med smärtbehandlingen efter att man vidtagit åtgärder för att förbättra behandlingen. Dessa åtgärder bestod bland annat av att implementera gemensamma riktlinjer, exempelvis införandet av analgetikaprotokoll, på akutmottagningarna för behandling av smärta samt utbildning av personalen inom området smärta och smärtlindring. Att de flesta artiklarna som inkluderats är kvantitativa, förklaras av att majoriteten av artiklarna som totalt sett hittades, utifrån sökord och avgränsningar som användes för att få träffar som motsvarar arbetets syfte, var kvantitativa. Av de inkluderade artiklarna i detta arbete hittades sju (32, 33, 35-37, 39, 42) genom manuella sökningar och fyra (34, 38, 40, 41) genom sökningar i databaserna. Sökningarna genomfördes under september 2010 i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus på Biomedicinska biblioteket i Göteborg, samt manuellt utifrån referenslistor. Sökningar gjordes också i databasen PsychInfo, men redovisas inte eftersom de inte gav något användbart resultat. De manuella sökningarna gick till genom att läsa igenom referenslistorna till artiklarna som hittats i databaserna. De artiklar som utifrån titel och publikationsdatum verkade relevanta i referenslistorna söktes fram i PubMed utifrån titel, författare och årtal.

Från början var syftet begränsat till patienter med buksmärta och deras upplevelse av att komma till akutmottagningen. Då användes sökordet abdominal pain, som också är en MeSH-term. Detta kombinerades med ”upplevelser” i olika översättningar på engelska. Det visade sig snabbt att det inte fanns tillräckligt med publicerat material för att kunna uppnå detta syfte, eftersom det endast var några få artiklar som återkom. Detta resulterade i att syftet modifierades till att omfatta patienter med smärta och sökordet abdominal togs bort och enbart pain användes. De få artiklar om buksmärta som dock hittades, inkluderades i arbetet eftersom dessa fortfarande innehöll information som ansågs relevant för arbetets syfte, då buksmärta utgör en av de vanligaste sökorsakerna på akutmottagningar (34, 38). Även begränsningen till ”patienters upplevelser” fick tas bort då det visade sig att det inte fanns tillräckligt med publicerat material kring detta. Bröstmärta som fenomen exkluderades eftersom det inte ligger inom intresseområdet och eftersom det är allmänt vedertaget att bröstmärta nästan alltid prioriteras och

föranleder akut omhändertagande och smärtlindring. Det var inte nödvändigt att i sökfunktionen ange att artiklar rörande bröstsmärta skulle exkluderas, eftersom de artiklar som kom upp med sökordet pain inte handlade om bröstsmärta.

I många av artiklarna finns även i metoden beskrivet att bröstrelaterad smärta exkluderades eftersom denna automatiskt föranledde omedelbar handläggning på akutmottagningen och dessa patienter fick sålunda inte möjlighet att delta i dessa studier.

I tabell 1 redogörs för sökningarna och vilka sökord som användes. Trunkering användes där stjärna är angiven, för att inte gå miste om artiklar med olika ändelser på ordstammen som trunkerats. Artiklarna som inkluderades i arbetet var begränsade till att ha publicerats från och med 1999 och framåt, men för att öka träffarna för att få en överblick över vad som finns skrivet överhuvudtaget, togs denna begränsning bort i början.

Efter att ha sökt en hel del artiklar både i databaserna och manuellt upptäcktes sålunda att ordet "oligoanalgesia" användes i en hel del artiklar som verkade relevanta. Därmed användes det även som sökord för att ytterligare precisera sökningarna och avgränsning gjordes till de senaste fem åren eftersom antalet träffar med detta sökord ökade markant. Det framkom under sökningarna utifrån antingen rubriker, abstract eller hela artiklar som skummades igenom, att bristen på smärtlindring verkar vara ett generellt problem på akutmottagningar i flera länder. Därmed riktades mitt intresse in på detta och att utifrån detta göra en översikt av hur behandlingen på akutmottagningar ser ut när det gäller patienter med smärta.

Urvalet begränsades till att omfatta vuxna människor med någon form av akut smärta. Barn uteslöts med anledning av att de ofta söker tillsammans med en vuxen och för att de inte alltid har förmåga att lämna de uppgifter som krävs. En av artiklarna som hittades genom manuell sökning (32), där även barn ingick i urvalet, inkluderades dock i arbetet eftersom den efter genomläsning ansågs bidra med värdefull information, trots att den föll utanför ramen för valda inklusionskriterier. Det framkom i studiens metod att endast de med förmåga att lämna efterfrågade uppgifter skulle inkluderas. Därmed var det inget hinder att barn var med. Beträffande valet av den ena artikeln (34) så kom den upp vid två olika söktillfällen när olika sökord användes.

Av studierna som inkluderades i arbetet var det endast en som var genomförd i Sverige. Detta bedömdes inte vara ett hinder för att kunna applicera resultatet från de övriga artiklarna på vården här i Sverige, eftersom levnadsförhållandena i länderna som studierna genomfördes i, är relativt lika dem i vårt land. Studier från följande länder, förutom Sverige, inkluderades: USA (6 studier varav en del av den ena genomfördes i Canada), Canada (2 studier varav halva den ena utfördes i USA), Schweiz (1 studie), Israel (1 studie), Storbritannien (1 studie).

**Tabell 1****Mesh-termer:** abdominal pain, pain, emergency nursing

Databas	Sökord	Limits	Träffar	Valda artiklar
PubMed 2010-09-08	Abdominal Pain OR Abdominal Pain/psychology AND emergency nursing	Humans, female and adult 19-44 years, publicerad senaste 10 åren	12	
PubMed 2010-09-08	Abdominal Pain OR Abdominal Pain/psychology AND emergency nursing	Humans,male, female and adult 19-44 years, publicerad senaste 10 åren	16	
PubMed 2010-09-08	“Abdominal pain” AND patient perspective		73	1 (41)
PubMed 2010-09-10	“Pain assessment” AND” abdominal pain” AND emergency		7	1 (38)
PubMed 2010-09-10	Quality AND “emergency nursing” AND abdominal pain	Humans, male, female, all adult	1	
Scopus 2010-09-14	“abdominal pain” AND emergency AND nurse OR nursing AND patient satisfaction		8	
PubMed 2010-09-21	oligoanalgesia AND emergency department	Humans, All Adult: 19+ years, publicerad senaste 5 åren	9	1 (40)
CINAHL 2010-09-21	"Emergency Nursing" and pain relief	Peer reviewed, research article	6	1 (34)
	Artiklar funna genom manuell sökning:			(32, 33, 35-37, 39, 42)

**DATAANALYS**

Materialet som består av 11 vetenskapliga artiklar, har valts att analyseras utifrån modellen för en litteraturoversikt, eftersom denna bedömdes vara lämpligast att använda för bearbetning av artiklarna för att kunna uppnå syftet med arbetet. Motivet för en litteraturoversikt så som det beskrivs av Friberg (43) sid. 117:

- *”Att skapa en överblick av ett avgränsat område”*
- *”Att träna ett strukturerat arbetssätt genom att sammanställa redan publicerade forskningsresultat”*
- *”Att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning”*

Friberg (43) beskriver hur man genomför en litteraturöversikt, i flera steg. Efter valet av område eller fenomen som man vill undersöka så görs en inledande litteratursökning för att få en bild av hur forskningen ser ut inom det valda området. Därefter görs en övergripande beskrivning av inom området publicerat material, vilket kan beskrivas som att man anlägger ett ”helikopterperspektiv” för att se helheten. Därefter görs en avgränsning till ett antal studier som man granskar ur kvalitetssynpunkt gällande vetenskapligheten. De studier som man valt ut och som skall ingå i arbetet skall sedan läsas med avseende på likheter och skillnader i bland annat metod, resultat och forskningsansats. Ur denna process kommer så småningom övergripande teman/kategorier att framträda beträffande de olika studiernas likheter och skillnader och utifrån denna bearbetning kan så småningom ett resultat utformas.

En viktig aspekt som togs hänsyn till, vid valet av metod, var att det i beskrivningen av en litteraturöversikt i Fribergs bok (43) inte görs någon avgränsning till antingen kvalitativa eller kvantitativa artiklar. I det hittade materialet som skulle analyseras ingick sålunda både kvantitativa och kvalitativa artiklar, även om de kvantitativa var övervägande.

Det första urvalet gjordes i databaserna utifrån artiklarnas rubriker. Utifrån de rubriker som verkade relevanta lästes sedan abstracten och om även dessa bedömdes vara relevanta utifrån detta arbetes syfte, så skrevs artikeln ut. Denna procedur varvades med att de utskrivna artiklarna lästes och antingen förkastades eller behölls för en djupare analys. När tillräckligt många artiklar hade skrivits ut, lästs och bedömts vara relevanta för fortsatt analys, avslutades sökningarna. Det är svårt att avgöra vad som är ”tillräckligt”, men när artiklar återkom i träfflistan trots olika kombinationer av sökord och begränsningar så bedömdes att det material jag fått fram skulle kunna vara tillräckligt för att uppnå syftet med arbetet. Sökorden hade valts med omsorg utifrån att få träffar på material som skulle kunna användas för att uppnå arbetets syfte. Efter urvalsprocessen som gjordes, kvarstod slutligen elva artiklar vilka analyserades djupare avseende på likheter och skillnader både i metod och resultat enligt Fribergs (43) modell för en litteraturöversikt. Vid upprepade genomgångar av artiklarna framkom att ett antal områden eller aspekter, var återkommande. Resultatet presenteras utifrån dessa områden/aspekter för att ge en så strukturerad och heltäckande överblick över det analyserade materialet som möjligt.

## **RESULTAT**

Resultatet kommer att presenteras utifrån följande fyra områden och underrubriker som framkom under analysprocessen:

### **SMÄRTSKATTNING OCH DOKUMENTATION**

**Smärtskattningar genomförda av personal stämmer inte alltid överens med patienters faktiska smärtintensitet**

**Smärtskattning vid inskrivning på akutmottagningen**

**Ytterligare smärtskattning efter inskrivning**

**Faktorer som ökar sannolikheten för smärtskattning och dokumentation**

**VÄNTETIDEN FRÅN ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN FRAM TILL SMÄRTLINDRING**

## **SMÄRTLINDRING**

**Typ av smärtlindring**

**Administrering av smärtlindring**

**Kan man utgå från att alla patienter vill ha smärtlindring?**

**Behovet av smärtlindring**

**Administrering av smärtlindring till patienter som självmant ber om det**

**Smärtintensitetens betydelse i samband med smärtlindring**

**PATIENTTILLFREDSSTÄLLELSE**

**Faktorer i behandlingen med betydelse för patienttillfredsställelsen**

**Hög tillfredsställelse trots brister i behandlingen**

## **SMÄRTSKATTNING OCH DOKUMENTATION**

**Smärtskattningar genomförda av personal stämmer inte alltid överens med patienters faktiska smärtintensitet**

I Guru och Dubinskys studie (36) framkom att läkares och sjuksköterskors skattningar av patienters smärta inte överensstämde med patienternas smärtskattningar då de ombads att själva uppge smärtintensiteten på en smärtskattningsskala. Både läkare och sjuksköterskor skattade patienternas smärta som lägre än vad patienterna själva gjorde. När man jämförde läkarnas skattningar av patienternas smärta med sjuksköterskornas skattning av samma patienters smärta visade det sig att sjuksköterskorna skattade patienternas smärta lägre än vad läkarna gjorde. I den kvalitativa studien (42) använde personalen en VDS-skala vid bedömningen av patienternas smärta. Det framkom i intervjuerna att flera av patienterna upplevde det som att ingen hade frågat efter deras smärta överhuvudtaget, trots att smärtskattningar bevisligen gjorts i alla utom endast två fall.

**Smärtskattning vid inskrivning på akutmottagningen**

Man fann i Guru och Dubinskys studie (36) att det i 90 % av läkarnas dokumentation fanns en notering att patienten har ont. Däremot fanns inte i någon av alla dessa anteckningar beskrivet huruvida smärtan skattats med hjälp av ett smärtskattningsinstrument eller inte. I sjuksköterskornas dokumentation hittades fem anteckningar om att smärtskattning gjorts med hjälp av något smärtskattningsinstrument men däremot framkommer inte i hur stor del av sjuksköterskornas anteckningar totalt sett, det finns noteringar om patientens smärta vid inskrivningsskedet. I studien av Eder et al. (37) framkom att det i 94 % av de granskade journalerna (läkar- och sjuksköterskeanteckningar tillsammans) som ingick i studien fanns någon form av smärtskattning dokumenterad, som genomförts vid patientens inskrivning. Ur ca en femtedel av dessa anteckningar framgick att ”inskrivnings-skattningen” genomförts med hjälp av ett smärtskattningsinstrument. I denna studie var det lika stor andel av läkare och sjuksköterskor som gjort dessa anteckningar, till skillnad från i studien av Guru och Dubinsky (36). Studien av Todd et al. (32) visar på att det i journalerna fanns åtminstone en smärtskattning dokumenterad i 83 % av fallen men det framkommer inte i studien i vilket skede smärtskattningen gjorts.

**Ytterligare smärtskattning efter inskrivning**

Det framkom i flera studier (32, 36, 37) att smärtskattningar utöver en första smärtskattning vid inskrivning på akutmottagningen var sällsynt och utfördes

oregelbundet. Det framkom även att smärtskattningar oftare gjordes och fanns dokumenterade av sjuksköterskor jämfört med läkare (36, 37). I Guru och Dubinskys studie (36) var det 21 patienter som fick analgetika men man hittade sammanlagt endast tio anteckningar om smärtskattning i anslutning till den givna smärtlindringen. Av dessa tio anteckningar var nio sjuksköterskeanteckningar och en läkaranteckning. I studien av Eder et al. (37) framkom att det i 40 % av journalerna fanns en anteckning om smärtskattning utöver den som genomfördes vid inskrivningen och det visade sig vara mer än två gånger så vanligt att sjuksköterskor genomförde och dokumenterade denna jämfört med läkare. Det var däremot knappt i en femtedel av journalerna som det fanns dokumenterat att smärtskattningen som genomförts, hade gjorts med hjälp av ett smärtskattningsinstrument. När det gäller användningen av smärtskattningsinstrument och dokumentationen av detta, så var det över tre gånger så vanligt bland sjuksköterskorna jämfört med läkarna (37). I en av interventionsstudierna (40) framkom att antalet smärtskattningar genomförda efter den första skattningen av smärtintensitet vid inskrivning på akutmottagningen ökade bland sjuksköterskor efter interventionen. Även dokumentationen kring förekomst av smärta och smärtskattning förbättrades både bland sjuksköterskor och läkare efter implementeringen av riktlinjer för behandlingen av patienter med akut smärta.

#### **Faktorer som ökar sannolikheten för smärtskattning och dokumentation**

I studien av Eder et al. (37) kunde man utläsa ur journalerna och komma fram till slutsatsen att i de fall där åtminstone en smärtskattning fanns dokumenterad, var det vanligare att ytterligare smärtskattningar genomfördes, till skillnad från de fall där det inte fanns någon smärtskattning dokumenterad. Det visade sig även finnas andra faktorer som ökade sannolikheten att flera smärtskattningar skulle genomföras, nämligen:

- Administrering av kraftiga analgetiska preparat (som till exempel Demerol, Fentanyl eller Morfin)
- Mycket svår smärta hos patienten vid ankomst till akutmottagningen
- Bröstmärta (oavsett om den var hjärt-relaterad eller inte).

I denna studie var det 10,6 gånger så stor chans vid förekomsten av bröstmärta, jämfört med övrig smärta, att smärtskattningar utöver den första skulle göras och dokumenteras. Även i Tanabe och Buschmanns undersökning (41) framkom att patienter med bröstmärta predisponerade till någon form av intervention (smärtlindring i detta fall) jämfört med övriga patienter med någon form av smärta. Interventionerna i både Yanukas (39) och Muntlins studier (38) medförde att fler smärtskattningar gjordes då hela behandlingen fick en tydlig och enhetlig struktur där smärtskattningar blev en viktig del i behandlingen.

#### **VÄNTETIDEN FRÅN ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN FRAM TILL SMÄRTLINDRING**

De flesta av artiklarna (32, 33, 35, 36, 38-42), förutom två stycken (34, 37) i vilkas syfte det inte ingick, tar upp väntetiden från inskrivning till smärtlindring. I några studier benämns tiden som en variabel som antas vara (man undersöker om signifikant samband föreligger) (35) eller som konstaterats vara av betydelse för patienttillfredsställelsen (36, 38, 39, 42), då man i studierna var intresserad av vilka faktorer som har med patienttillfredsställelse att göra. I två studier (32, 33) framgick inte ur syftet att specifikt tiden fram till smärtlindring skulle undersökas, men det

omnämndes senare i båda artiklarna att väntetiden fram till smärtlindring varit för lång för flertalet patienter. I Tanabe och Buschmanns undersökning (41) presenterades medelväntetiden, som var 74 minuter, utan att den sattes i något direkt samband med övriga variabler. I studien av Todd et al. (32) hade mediantiden från triagebedömning till analgetikaadministrering räknats ut, vilken var 90 minuter. Knappt en tredjedel av patienterna erhöll dock smärtlindring inom en timme. I en tidigare studie av Todd et al. (33) var det medeltiden från triage till analgetikaadministrering man räknat ut, vilken uppgick till 116 minuter. I denna studie poängteras även att patienterna beräknades tillbringa drygt hälften av den totala tiden på akutmottagningen (som i genomsnitt uppgick till 4h) i medelsvåra till svåra smärtor.

I Grahams studie (42), som är den enda kvalitativa studie som inkluderats i arbetet, framkom att väntetiden för de flesta patienterna upplevdes som en viktig faktor i behandlingen av smärta. Att sitta och vänta på smärtlindring benämndes bland annat som smärtsamt och svårt och det var en ovisshet hur länge man skulle vänta. Väntetiden föranledde även funderingar om övriga medpatienters behov av smärtlindring då de tolkades vara i sämre skick än patienten som intervjuades. Det upplevdes som ett dilemma bland de intervjuade patienterna huruvida man skulle fråga efter smärtlindring eller inte och i så fall när. I studien av Blank et al. (35) var medeltiden från inskrivning till analgetikaadministrering 104 minuter. Av 30 patienter erhöll fyra analgetika inom en timme, vilket är ungefär halva andelen av dem i studien av Todd et al. (32) som fick analgetika inom loppet av en timme.

Tre av studierna (38-40) var interventionsstudier med det gemensamt att man jämförde standardbehandlingen som den såg ut för tillfället, med smärtbehandlingen efter att man vidtagit åtgärder för att förbättra behandlingen. Vad det gäller väntetiden fram till smärtlindring, så ledde interventionen till en förbättring i alla tre studierna genom att väntetiden kunde förkortas. I studien från Israel (39) kunde tiden till smärtlindring i och med interventionen förkortas från 69 till 35 minuter. I studien av Decosterd et al. (40) förkortades mediantiden från 96 minuter till 60 minuter och i den svenska studien av Muntlin et al. (38) sjönk väntetiden från 2,5 h till 1,5 h. I sju (32, 33, 35, 38-41) av de nio artiklar som berör tiden så presenteras till synes ett värde i siffror på medel- eller medianväntetiden från ankomst till smärtlindring. I de övriga två studierna (36, 42) anges inte väntetiden konkret i siffror.

## **SMÄRTLINDRING**

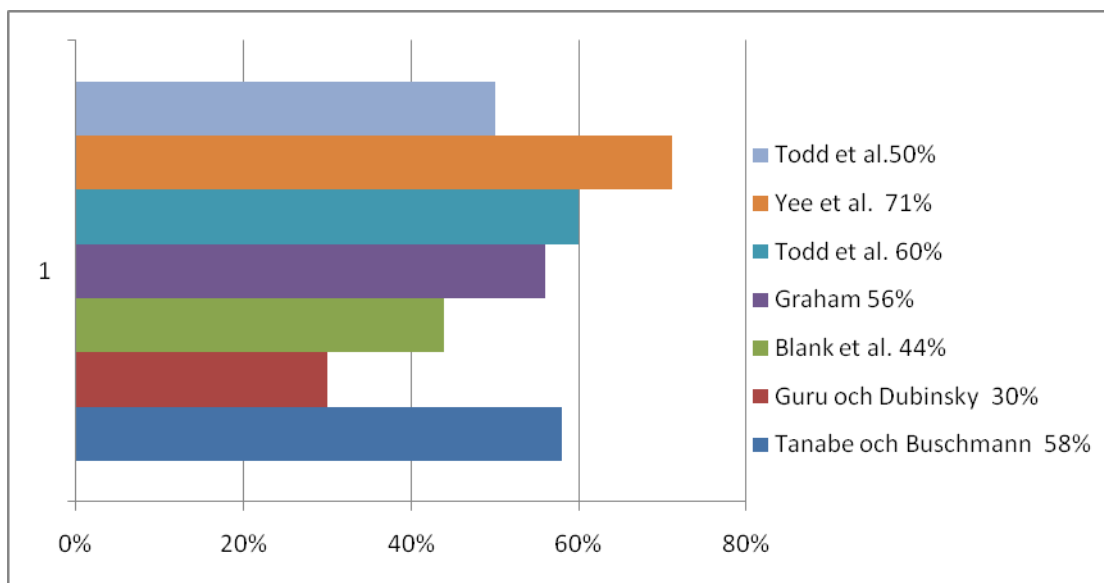
### **Typ av smärtlindring**

Det framgår av samtliga artiklar att farmakologisk smärtlindring är den metod som oftast används på akutmottagningar. I tre av studierna (36, 41, 42) förekom dock alternativ smärtlindring såsom is, immobilisering och högläge. Även om detta inte användes i lika stor utsträckning som farmakologiska metoder, så fanns en efterfrågan bland patienterna som inte alltid blev uppfylld. I ytterligare en studie (35) erhöll en av patienterna lokal analgesi i form av en hudsalva. I en annan av studierna (32) beskrivs att det finns så stora brister i dokumentationen av icke-farmakologiska smärtlindrande metoder samt lokala analgetikapreparat att någon information om frekvensen av dessa inte kunde utläsas ur journalerna.

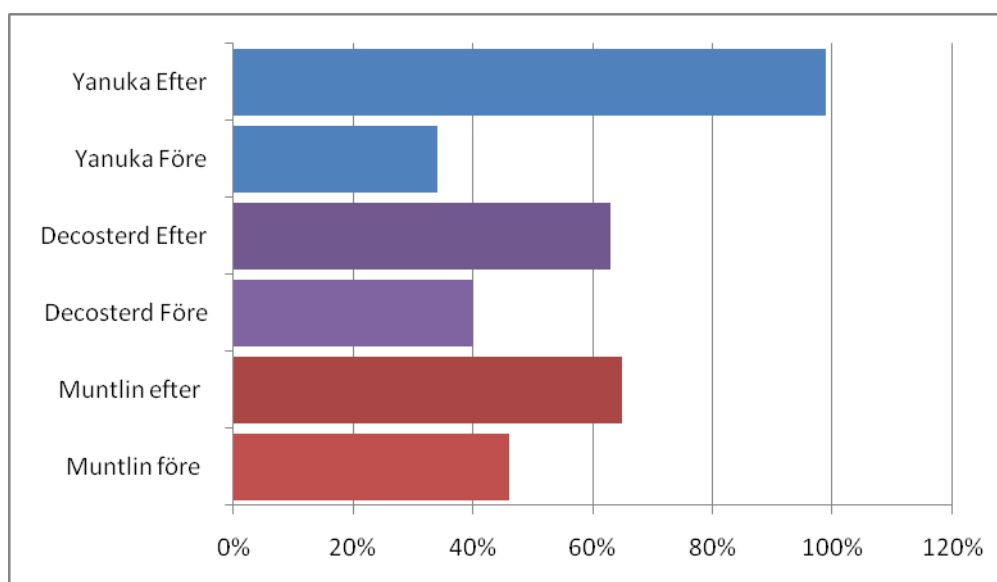


### Administrering av smärtlindring

I de tio artiklar (32-36, 38-42) vars syfte inbegrep att undersöka administreringen av smärtlindring, kunde det konstateras att alla med smärta inte fick smärtlindring. Gemensamt för de tre interventionsstudierna (38-40) var att antalet patienter som fick smärtlindring i samband med, eller efter interventionen ökade. I figur 1 presenteras procentandelen patienter som får smärtlindring i respektive studie. I figur 2 presenteras procentandelen patienter i interventionsstudierna som får smärtlindring före respektive efter intervention.



**Figur 1** Andel patienter (%) som fick smärtlindring i de studier där detta undersökts.



**Figur 2** Andel patienter (%) som fick smärtlindring i interventionsstudierna före intervention samt efter intervention.

### **Kan man utgå från att alla patienter vill ha smärtlindring?**

Det förekommer att patienter nekar till smärtlindring, vilket framkom i två av studierna (35, 41). I Tanabe och Buschmanns undersökning (41) frågades patienterna under urvalet om de var rädda för att bli beroende av smärtstillande och om de vid tidpunkten för frågan skulle ta emot eller neka till smärtlindring. Detta eftersom man fortsättningsvis ville undersöka frekvensen av farmakologisk intervention och på så sätt utesluta de patienter som inte skulle vara aktuella för farmakologisk behandling eftersom de skulle tackat nej till den. Det visade sig att majoriteten bland dem som skulle ha tackat nej till erbjuden smärtlindring hade en rädsla för att bli beroende. I studien av Blank et al. (35) drar man den slutsatsen att patienterna som nekade till smärtlindring kan tänkas ha gjort det på grund av att de hade en lägre smärtintensitet än den nivå vid vilken patienterna ansåg det vara adekvat att erhålla smärtlindring. Genomsnittsvärdet på smärtintensiteten i populationen var 57 mm på VAS-skalan och genomsnittsvärdet på nivån av smärtintensitet vid vilken patienterna ansåg det vara adekvat med smärtlindring, var 69 mm på VAS-skalan. Man ställde också frågan om de skulle tagit emot smärtlindring om den erbjudits före läkarundersökningen. Drygt hälften av patienterna skulle tagit emot behandlingen och resterande skulle tackat nej.

### **Behovet av smärtlindring**

Patienters behov av smärtlindring har inget samband med huruvida de självmant ber om att få smärtlindring eller inte. Vissa patienter som har ont efterfrågar själva smärtlindring medan andra inte gör det av olika anledningar. I Grahams studie (42) framkom att många patienter inte bad om något smärtstillande trots att de skulle velat ha något. Vissa av patienterna trodde att man inte kunde få analgetika före läkarundersökningen, och några patienter upplevde att smärtlindringen var deras eget ansvar och att det kunde kännas som ett dilemma huruvida man skulle be om smärtlindring och i så fall när. I en annan studie (35) visade det sig att drygt hälften av de patienter som inte fått smärtlindring ansåg att det var ett adekvat beslut av vårdgivarna och frågade därför heller inte efter smärtlindring, medan övriga hade önskat få något även om de inte efterfrågade det. Även i studien av Todd et al. (32) var det nästan hälften av dem som inte fick analgetika som kände att de hade behövt det. I Guru och Dubinskys studie (36) framkom att det var sex patienter bland dem som inte fått analgetika, som ansåg att de borde fått smärtlindring eller hoppats på att de skulle fått det. I studien av Yee et al. (34) var det däremot ungefär hälften av dem som inte självmant bad om analgetika som fick det.

### **Administrering av smärtlindring till patienter som självmant ber om det**

I tre studier (32-34) tittade man närmare på hur stor del av dem som faktiskt frågar efter smärtlindring som får det och det visade sig att efterfrågan var större än utbudet i två av dem. I den ena studien (34) var det 100 % av patienterna som frågade efter smärtlindring som fick det. I Todds båda studier (32, 33) framkommer inte hur många det var bland dem som fått analgetika, som också hade bett om det. De redogör däremot för hur stor del av dem som inte hade fått analgetika, som hade efterfrågat det. I den tidigare studien (33) var det ungefär en tiondel av dem som inte fått analgetika som hade efterfrågat det. I den andra studien (32) var det knappt en tredjedel av dem som inte fick analgetika som hade frågat efter det.

### **Smärtintensitetens betydelse i samband med smärtlindring**

I fyra (32, 33, 36, 41) av studierna undersöks huruvida smärtintensitet har ett samband med smärtlindring eller inte. I alla utom en av dessa studier (41) framkom att smärtintensiteten påverkade smärtlindringen på så sätt att högre smärtintensitet oftare medförde smärtlindring än lägre smärtintensitet. I Guru och Dubinskys studie (36) visade det sig att andelen som fick smärtlindring var störst i gruppen av dem med svår smärta, jämfört med andelen i de övriga två grupperna för medelsvår- respektive lindrig smärta. I studien från 2002 av Todd et al. (33) framkom också ett liknande samband. I denna studie beräknade man hur stor andel av totala antalet patienter som fick smärtlindring, som utgjordes av respektive andel med mild- medelsvår- och svår smärta. Största andelen av dem som fick smärtlindring utgjordes av patienter med svår smärta.

I Todds andra studie från 2007 (32) framkom ett lite annorlunda samband. I respektive grupp för dem med medelsvår- medelsvår till svår – och svår smärta jämförde man andelen som bad om smärtlindring med andelen som faktiskt fick smärtlindring. Man upptäckte att med stigande smärtintensitet var det fler som efterfrågade smärtlindring samtidigt som färre av dessa faktiskt erhöll smärtlindring. Fortfarande var totala antalet patienter som fått smärtlindring störst i gruppen med svår smärta, men relativt sett så var det också fler i gruppen med svår smärta som efterfrågat smärtlindring som inte fick det, till skillnad från hur det var i de två andra grupperna för patienter med lägre smärtintensitet. Detta kom man fram till genom att räkna ut om det fanns något signifikant samband, vilket det gjorde, mellan *smärtintensiteten vid ankomst - behovet av smärtlindring - samt om patienten fått eller inte fått smärtlindring*. I Tanabe och Buschmanns studie (41), som också var den enda med detta resultat, framkom att smärtintensitet inte var en faktor som påverkade sannolikheten att få smärtlindring.

### **PATIENTTILLFREDSSTÄLLELSE**

#### **Faktorer i behandlingen med betydelse för patienttillfredsställelse**

Av de elva inkluderade artiklarna i detta arbete är det åtta stycken (32, 33, 35-40) som mer eller mindre berör patienttillfredsställelse. I den kvalitativa studien (42) framkom att nästintill samtliga patienter ansåg det som mycket viktigt med hantering av och behandling mot smärta i samband med triage på akutmottagningen. Det visade sig i samma studie att nästan hälften av patienterna hade en upplevelse av att ingen i personalen uppmärksammade eller frågade om deras smärta.

I Guru och Dubinskys studie (36) fanns möjlighet för patienterna att lämna fria kommentarer om de ville och cirka en tredjedel (24 patienter av totalt 71) utnyttjade denna möjlighet. Nästan hälften av patienterna som lämnat kommentarer påpekade att de ansåg att väntetiden fram till smärtlindring var för lång. Sex av patienterna (motsvarande 25 % av dem som lämnat kommentarer och 8 % av totala antalet inkluderade patienter) påpekade att de inte fått smärtlindring. Två av patienterna (8,3 % av kommenterande respektive 2,8 % av totala antalet patienter) skrev att smärtbehandlingen skulle blivit bättre om personalen vore bättre på kommunikation. I resterande få kommentarer hade patienter som fått is och immobilisering som smärtlindring, skrivit att de var nöjda med detta. Interventionerna i alla tre interventionsstudierna (38-40) medförde liknande effekter med en ökning av den uppmätta patienttillfredsställelsen efter eller under interventionsfasen. Den ökade tillfredsställelsen sätts inte i samband med någon specifik förändring som genomförts i

behandlingen under interventionen i någon av artiklarna. Dock nämns det i studien från Israel (39) att man noterade en genomsnittlig sänkning av smärtintensiteten bland patienterna efter interventionen. Dock gjordes ingen statistisk beräkning på detta.

I fem av artiklarna (32, 35, 37, 38, 40) undersöktes om det fanns ett statistiskt samband mellan patienttillfredsställelsen och något specifikt i behandlingen. *Graden av smärtlindring* undersöktes i två studier (35, 40) varav man i den ena studien (40) fann att patienttillfredsställelsen korrelerade med graden av smärtlindring (skillnaden i smärtintensitet mellan värdet på VAS-skalan vid inskrivning respektive utskrivning från akutmottagningen). Större skillnader i smärtintensitet medförde högre värden för skattad patienttillfredsställelse. I den andra studien (35) var sambandet inte signifikant. I studien av Blank et al. (35) undersökte man även om *tiden fram till smärtlindring* samt *om man fått smärtlindring eller inte* hade något signifikant samband med patienttillfredsställelsen. Inte heller gällande dessa saker framkom något signifikant samband. Det angivna värdet för patienttillfredsställelse var i genomsnitt likadant i båda grupperna, både bland dem som fick smärtlindring och dem som inte fick det. Även i den svenska studien (38) visade det sig att upplevelsen av vårdkvalitet inte påverkades av huruvida patienterna fick smärtlindring eller inte. Den patientupplevda kvaliteten på vården under interventionsfasen, ökade oberoende av om patienterna fick smärtlindring eller inte.

En annan studie (37) fann att *smärtskattning* var av betydelse för patienttillfredsställelsen. I denna studie framkom att de patienter som fått sin smärta skattad och dokumenterad flera gånger under vistelsen på akutmottagningen angav en högre grad av tillfredsställelse än övriga patienter som bara blivit smärtskattade en gång vid ankomsten till akutmottagningen. I studien av Todd et al. från 2007 (32) hittade man ytterligare något i behandlingen som signifikant påverkade patienternas tillfredsställelse. Det visade sig att patienternas tillfredsställelse var beroende av hur personalen formulerade sin fråga gällande patienternas åsikt om behandlingen. De patienter som fick frågan om vad de hade för upplevelser kring bemötandet i samband med behandlingen angav statistiskt sett högre poäng för tillfredsställelse jämfört med de patienter som blev tillfrågade av kring den generella effekten av smärtlindringen.

### **Hög tillfredsställelse trots brister i behandlingen**

Det framgick av fyra artiklar (32, 33, 35, 36) att den allmänna tillfredsställelsen med behandlingen bland patienterna var hög, trots att man kunnat konstatera att behandlingen inte varit optimal. I den ena studien av Todd et al. (32) uppmättes patienttillfredsställelsen till att vara ganska hög både gällande smärtlindringen överlag och gällande personalens respons gentemot de patienter som uttryckte smärta, trots att inga större skillnader i graden av smärtlindring kunde observeras under patienternas vistelse på akutmottagningen. På en skala från 1-6 blev medianvärdet för patienttillfredsställelse 5.

Även i den andra studien av Todd et al. (33) angav patienterna i genomsnitt en relativt hög grad av tillfredsställelse, medianvärde 5 av 6, med smärtlindringen trots låga siffror på antalet patienter som fått smärtlindring och höga värden på smärtintensitet bland patienterna. Det framgår dock inte vad som föranledde det genomsnittligt höga värdet på tillfredsställelse bland patienterna i denna studie, om det finns några fastställda samband eller inte. Även i studien av Blank et al. (35) kunde ett högt medianvärde, 4 av

5, på patienttillfredsställelsen noteras och i detta fall var sambanden mellan de olika faktorerna i behandlingen och patienttillfredsställelsen inte signifikanta. Man kunde inte koppla den höga tillfredsställelsen till något specifikt i behandlingen. I samma studie noterades att 93 % av patienterna var villiga att skrivas ut från akutmottagningen trots obehag relaterat till smärta. Det var endast några få patienter av som hade förväntningar på att bli helt smärtfria under vistelsen på akutmottagningen. I Guru och Dubinskys studie (36) var ungefär en tredjedel av patienterna nöjda med erhållen smärtbehandling och bland dessa fanns patienter med varierande grad av smärtintensitet och patienter som inte fått fullständig smärtlindring.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Syftet med detta arbete var att göra en litteraturoversikt över akutmottagningars omhändertagande av patienter med akut smärta. Detta syfte framkom efter modifiering av det primära syftet som i början var specificerat till att omfatta patienter med buksmärta. Det hittades knappt några artiklar med denna avgränsning, vilket föranledde en utökning av syftet till att omfatta patienter med akut smärta. Två av artiklarna (34, 38) som inkluderades i arbetet handlade om buksmärta, varav det i den ena (38) står att resultatet är generaliserbart och inte endast kan appliceras på patienter med buksmärta, medan det i den andra artikeln (34) står att resultatet inte är generaliserbart utan gäller endast för patienter med buksmärta. Med anledning av detta kanske den senaste artikeln inte skulle inkluderas med tanke på dess specifika fokus på en enda typ av smärta, men samtidigt så framkommer i båda artiklarna (34, 38) samt även i övriga artiklar (32, 33, 36, 37, 40) att patienter med buksmärta utgör en stor del av patienterna som söker till akutmottagningar för akut smärta. Med hänsyn till detta ansågs det relevant att inkludera artikeln.

Det som skulle kunna ses som en svaghet i arbetet är att det inte skrivs utifrån något specifikt perspektiv, det vill säga antingen patienters, personals eller anhörigas. I början var intentionen att samla material som var skrivet ur patientens perspektiv men det visade sig tidigt under artikelsökningen att de flesta studierna som hittades om akut smärta på akutmottagningar är kvantitativa och inte ute efter att redogöra för patientupplevelser. Därmed fick perspektivet breddas och sökningarna reviderades till artiklar utan avgränsningen till patientupplevelser. Men detta föranledde inte att de artiklar som hittades och var skrivna ur ett patientperspektiv exkluderades. En styrka i arbetet var att faktorer som är viktiga i behandlingen av patienter på akutmottagningar samlades i ett arbete och att även faktorer viktiga för behandlingen ur patienters perspektiv presenterades.

En av artiklarna som hittades (42) var sålunda kvalitativ och hade som syfte att redogöra för patienters upplevelser kring akut smärta på akutmottagningen. En annan artikel som presenterade patienternas perspektiv var den kvantitativa studien av Tanabe och Buschmann (41). Trots att denna studie fokuserade på patientperspektivet, så var det svårare att sätta sig in i detta med tanke på studiens kvantitativa karaktär. I ytterligare en av de kvantitativa artiklarna (36) presenterades patientupplevelser relaterat till behandlingen. Detta var möjligt eftersom man i slutet på frågeformuläret lämnat plats

för fria kommentarer. Nu i efterhand som området undersökts och ytterligare artiklar påträffats under själva skrivandet så är det uppenbart att det finns långt mycket mer material än det som hittades i början och det hade kanske varit möjligt att skriva ett helt arbete utifrån patienternas upplevelser. Det kan sålunda konstateras att sökningarna som resulterade i de elva artiklarna definitivt inte var heltäckande.

I enlighet med Friberg (43) så kan både kvantitativa och kvalitativa artiklar ingå i en litteraturöversikt, vilket var syftet med detta arbete. Syftet kunde till stor del uppfyllas, men det kan diskuteras hur pass heltäckande för området de teman som hittades är. Under analysen av materialet finns risken att personligt intresse till viss mån var styrande då de olika områdena hittades. Artiklarna försökte läsas förutsättningslöst men fyndet av gemensamma områden i några artiklar kan ha lett till att det i övriga artiklar också söktes efter dessa områden. Detta kan ha påverkat resultatet. Endast fyra av de 11 använda artiklarna hittades via databassökningar. Detta kan bero på att sökorden som användes var för få och kombinerades med varandra på ett olämpligt sätt. Det som också kan ha begränsat träffarna vid sökningarna kan ha varit att sökordet nursing användes. Sex stycken av artiklarna (32, 33, 36, 37, 39, 40) är inte publicerade i omvårdnadstidsskrifter, vilket skulle kunna ifrågasätta arbetets resultat i fråga om relevans för omvårdnad. Trots att dessa artiklar inte är skrivna av sjuksköterskor eller ur ett direkt omvårdnadsperspektiv, så framkommer aspekter som trots detta är av stor vikt för en god omvårdnad och faktorer som är viktiga i behandlingen av patienter med smärta, både för läkare och sjuksköterskor.

Att majoriteten av artiklarna var av kvantitativ karaktär försvårade emellanåt analysprocessen eftersom det av skribenten krävdes ytterligare fördjupning i statistisk litteratur för att kunna förstå och tolka resultatet i artiklarna. Att presentera all kvantitativ data i löpande text på ett lika entydigt och förståeligt sätt som studierna presenterade i siffror var en utmaning. Detta kan ha medfört att texten ibland kan ha känts hackig och svår att hänga med i.

Samtliga artiklar tar i sin metod upp huruvida deras studie blivit godkänd av institutet där studien genomförts, av en så kallad "Institutional Review Board" eller av en etisk kommitté. Det framgår tydligt i metoden i varje artikel hur urvalsprocessen gått till och om patienterna fått information om studien samt att de givit antingen skriftligt eller muntligt medgivande inför deltagandet. I de artiklar där undantag från detta förekommer ges en motivering till anledningen. I Guru och Dubinskys studie (36), beskrivs exempelvis att någon etisk granskning inte behövde göras med anledning av studiens utformning, en observationsstudie, vilken inte innebar någon intervention för patienterna. I två av studierna (35, 39) som blivit godkända av "Institutional Review Board" respektive en etisk kommitté, ansågs det inte vara nödvändigt med skriftligt respektive muntligt medgivande från patienterna eftersom studierna bedömdes innebära mycket låga risker för de involverade. I Yanukas studie (39) kan detta öka trovärdigheten för resultatet eftersom patienterna skulle vara blindade för syftet med studien. Hade man frågat om medgivande hade det kanske påverkat resultatet. I tre av studierna (38, 40, 42) förs ett något djupare etiskt resonemang än i övriga artiklar.

Slutligen så skulle tillämpbarheten av resultatet på den svenska akutvården kunna ifrågasättas, med anledning av att alla studier, förutom den svenska, härrör från olika länder i världen. Men det som talar för att det är möjligt att generalisera resultatet är

bland annat att samtliga studier visar på liknande resultat. Länderna som de inkluderade studierna härrör ifrån, bedöms utifrån skribentens grundläggande kunskaper, ha en relativt liknande infrastruktur vilket förutsätter liknande villkor för sjukvårdens tillgänglighet, liknande sjukvårdsresurser och liknande sjukvårdsorganisation med akutmottagningar som i Sverige. Det råder även relativt liknande förhållanden i länderna gällande sjukdomar och skador som föranleder besök till akutmottagningar. Generellt sett till siffror på inkluderade personer i studierna verkar akutmottagningarna i de olika länderna även ha liknande kapacitet att ta emot patienter. Därmed är det rimligt att dra slutsatsen att det är möjligt att tillämpa detta arbetes resultat på den svenska sjukvården. En särskilt viktig aspekt för vården och dess framtida förbättringar är att alla tre interventionsstudier (38-40) visar på liknande resultat trots att de var gjorda i tre olika länder i Europa och Mellanöstern, nämligen Sverige, Schweiz och Israel.

## **RESULTATDISKUSSION**

### **Smärtskattning och dokumentation**

En förutsättning för att kunna ge adekvat smärtlindring är att en bedömning av patientens smärta görs och att smärtintensitet bedöms med hjälp av ett smärtskattningsinstrument. Detta inte bara i det initiala skedet utan även som utvärdering av given smärtlindring och inför vidare eventuell behandling (23). I enlighet med lagar och regler skall detta följas och dokumenteras. Det kan sålunda konstateras utifrån sju (32, 36-40, 42) av de granskade studierna att det finns brister i både genomförandet och dokumentationen av detta. Det fundamentala i smärtbehandling måste vara att utgå från patienten, eftersom smärta är en subjektiv upplevelse (9, 11). En av studierna (36) visar på att detta förmodligen inte varit utgångspunkten, eftersom det var en sådan genomgående diskrepans i bedömningen av patienternas smärta gjord av personalen i relation till patienternas faktiska smärta.

Kanske blir man som personal "lite förblindad" i yrket efter ett tag och gör mycket på rutin istället för att möta varje patient utifrån den unika individ som denne är. Att personal i studien (36) skattat smärtintensiteten hos patienterna som "för låg" i förhållande till patienternas smärtintensitet istället som "för hög" innebar att många patienter inte fick den lindring i sitt lidande som de just då var i behov av. Med hjälp av kommunikation hade detta kanske kunnat undvikas, eller så hade det kanske skett i mindre utsträckning. I en av studierna (37) fann man att det i de fall där åtminstone en smärtskattning fanns dokumenterad, var vanligare att ytterligare smärtskattningar genomfördes. Detta visar på vikten av att dokumentation sker av vidtagna åtgärder, eftersom det bidrar till att personal även fortsättningsvis dokumenterar. Man skulle kunna säga att det positiva i arbetet "smittar av sig".

Smärtskattning är sålunda en viktig del och en utgångspunkt för behandlingen som helhet (23) och behöver därmed genomföras och dokumenteras. I samtliga interventionsstudier (38-40) framkommer att smärtskattning och dokumentationen kring denna förbättrades i samband med och till följd av interventionerna. Bristande och oklara rutiner och avsaknad av gemensamma riktlinjer på akutmottagningar kan utifrån dessa fakta förklaras som bidragande orsak till de brister gällande smärtskattning och dokumentation som finns.

### **Väntetiden från ankomst till akutmottagningen fram till smärtlindring**

Väntetiden från ankomst till akutmottagningen fram till smärtlindring verkar vara en mycket betydelsefull faktor i behandlingen för patienter med akut smärta. Denna slutsats är rimlig att dra utifrån att väntetiden tagits upp av de flesta artiklarna i resultatet (32, 33, 35, 36, 38-42). För att få en samlad bild över väntetiden utifrån de värden som angivits i artiklarna, så beräknades ett medelvärde på artiklarnas angivna värden för väntetiden, vilket gav ett resultat på runt 100 minuter. Det har visats i tidigare forskning att den felaktiga tron på att smärtlindring skulle försvåra diagnostisering, särskilt för patienter med buksmärta (15, 16) har lett till att patienter fått vänta onödigt länge på smärtlindring eller inte blivit smärtlindrade överhuvudtaget.

Tänker man sig själv in i situationen att man är patient på en akutmottagning och har ont, så vill man nog inget hellre än att få lindring i sin smärta och i sitt lidande. Att sitta eller ligga och tvingas ha ont under en så pass lång tid som medelväntetiden fram till smärtlindring faktiskt visat sig vara, 100 minuter, kan upplevas mycket plågsamt. Att behöva vänta länge på smärtlindring, inte få tillräckligt, eller i värsta fall bli utan smärtlindring kan i ljuset av Erikssons teori om lidande (8) beskrivas som vårdlidande för patienten i egenskap av ”icke-vård” eller ”utebliven vård”, i detta fall utebliven smärtlindring. Att det innebär ett lidande att behöva vänta när man har ont, framkommer tydligt i den kvalitativa studien (42), där patienternas upplevelser av väntetiden presenteras. Det är ett värdefullt bidrag till resultatet som lyfter fram en information som kanske är lättare att relatera till än till de övriga artiklarnas resultat som på grund av sin kvantitativa metod till största del presenterar data i form siffror. Två av studierna (34, 37) omnämner inte väntetiden alls då deras syften var specifikt riktade mot att undersöka andra delar i behandlingen. Väntetiden fram till smärtlindring är sålunda en viktig aspekt i behandlingen som helhet och har bevisats kunna förkortas genom utbildning för personalen på akutmottagningen och införandet av riktlinjer (38-40).

### **Smärtlindring**

Det kunde inom detta område entydigt konstateras att patienter underbehandlas gällande sin fysiska smärta. Detta i enlighet med de siffror på andelen patienter som erhåller smärtlindring, i tidigare studier (4, 14). Det kunde konstateras i alla artiklar utom en (37) att långt ifrån alla patienter med smärta på akutmottagningar får smärtlindring. Den artikel i vilken detta inte togs upp var av anledning att artikelns syfte endast omfattade att undersöka dokumentationen gällande smärtlindring. I Tanabe och Buschmanns undersökning (41) framkom att det bland majoriteten av patienterna som skulle tacka nej till farmakologisk smärtlindring förelåg en rädsla för att bli beroende. Otillräcklig kunskap om smärtlindrande farmaka hos personalen är något som blivit belyst som ett problem i tidigare forskning inom smärtlindringens område (7). Denna okunskap i kombination med en rädsla för beroende som bevisligen förekommer bland patienter (41) kan ses som en bidragande orsak till att smärtlindringen ser ut som den gör idag, med ett varierande antal patienter som blir utan smärtlindring utan adekvata skäl.

Som den andra studien visar (35), i vilken det framkommer att genomsnittsvärdet för den smärtintensitet vid vilken patienterna ansåg det vara adekvat med smärtlindring låg över genomsnittsvärdet på patientgruppens faktiska smärtintensitet, så har man som hälso- och sjukvårdspersonalen skyldighet att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (18). Att insamla och delge den information som krävs för att kunna ge en fullgod smärtlindring är då en rimlig och nödvändig åtgärd. I anslutning till nämnda studier (35, 41) är det sålunda också viktigt att ha tillräcklig



kunskap inom sitt område. Detta kan vara något som skulle kunna åtgärdas på organisatorisk nivå, genom att utbilda sin personal inom de specifika områden som arbetsplatsen har hand om, som exempelvis smärta på akutmottagningen. Exempel på detta och att det faktiskt fungerar, bevisades i de tre interventionsstudierna där det blev en tydlig ökning av antalet patienter som fick analgetika efter interventionerna (38-40).

Farmakologisk smärtlindring är idag den vanligaste metoden att använda på akutmottagningar, vilket kunde bekräftas av fem studier (32, 35, 36, 41, 42). Det kan ligga nära till hands att tro att det också är det mest effektiva och eftertraktansvärda bland patienter, men det framkom att det finns brister även inom den icke-farmakologiska smärtlindringen och att patienter som efterfrågat detta inte fått det. Som personal är det sålunda viktigt att ha tillräcklig kunskap om både farmakologiska och icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder för att kunna ge en så optimal smärtlindring som möjligt till varje enskild patient utifrån dennes förutsättningar och behov.

### **Patienttillfredsställelse**

Generellt sett så har man kunnat uppmäta en hög tillfredsställelse med behandlingen hos patienter trots att patienter påpekat att faktorer som väntetiden till smärtlindring upplevts som för lång och att en relativt liten andel faktiskt blivit smärtlindrade överhuvudtaget eller tillräckligt (32, 33, 35, 36). Liknande resultat har framkommit i tidigare forskning rörande patienttillfredsställelse i den för arbetet relevanta patientgruppen på akutmottagningar (17).

I studien av Yanuka et al. (39) kunde en allmänt högre patienttillfredsställelse uppmätas efter interventionen jämfört med före. Graden av tillfredsställelse, som patienterna skattat med hjälp av en VAS-skala, hade ökat från 3.0 till 4.0. I studien undersöker man inte om det finns något statistiskt signifikant samband mellan vart och ett av de områden, inom vilka man med interventionen ville uppnå förbättringar, och patienttillfredsställelsen. Det går således inte att säga specifikt vad det är som medfört en ökad tillfredsställelse, utan det framkommer att alla faktorer tillsammans bidrog till en förbättring av kvaliteten på smärtbehandlingen (39). Sett till dessa konkreta faktorer med konstaterade brister så kan det tyckas ologiskt att patienter trots detta anger en hög grad av tillfredsställelse med behandlingen. Troligtvis så finns det andra betydelsefulla komponenter i behandlingen som helhet, som kanske inte är lika lätta att operationalisera och kunna mäta.

Ett exempel på detta är faktumet som framkom i en av studierna (32). En del av patienterna blev tillfrågade om hur de upplevde behandlingen och hos de övriga patienterna frågade man om effekterna av behandlingen. Det visade sig sålunda att patienterna som blev tillfrågade om *hur de upplevde behandlingen* hade angett statistiskt sett högre poäng på skalan med vilken man mätte tillfredsställelse. Detta skulle kunna förklaras utifrån det faktumet att smärta inte bara innebär fysiologiska reaktioner i kroppen. Att känna smärta är en komplex upplevelse som föranleder tankar, känslor, *upplevelser* och beteenden (13). Det har fastställts att det är viktigt i omhändertagandet av patienter med smärta, att ha en helhetssyn (19) och att kommunicera med patienten eftersom hon eller han själv vet bäst hur ont denne har (11). Att fråga om *effekterna av behandlingen* är formulerad på ett objektiva sätt där objektiva svar förväntas men samtidigt så innebär smärtupplevelsen så mycket mer än vad som kan mätas i exempelvis smärtintensitet. Detta kan vara en av anledningarna till

att många patienter upplever behandlingen som god, eftersom helheten upplevs som god och de känner sig trygga och sedda, vilket kan påverka smärta positivt (19).

Även i Grahams (42) och Guru och Dubinskys (36) studier bekräftas att tillfredsställelse med behandlingen av smärta inte enbart handlar om konkreta faktorer som kan mätas. I Guru och Dubinskys studie (36) var det framförallt väntetiden fram till smärtlindring som upplevdes som för lång men det framkom även att patienter ansåg att behandlingen hade varit bättre om personalen haft bättre kommunikationsfärdigheter. Kommunikation är som tidigare nämnt en förutsättning för adekvat behandling (11). I den kvalitativa studien (42) visade det sig att några av de patienter som man hade smärtskattat ändå upplevde det som att ingen frågat efter deras smärta. Att ange en siffra eller ett ord för sin smärta kanske inte alls är tillräckligt för vissa för att uttrycka sin smärta. Alla är olika och som sjuksköterska är det viktigt att identifiera varje patients behov. Smärtskattning är en viktig åtgärd som skall göras (18) men som idag på grund av den stress som ofta råder inom vården kanske sker på löpande band utan hänsyn till patientens upplevelser av helheten som det innebär att vara i en främmande miljö, känna oro och ha ont. Att ge patienten lite av sin tid och förmedla en trygghet kan, om behovet föreligger, göra stor skillnad i positiv riktning i patientens helhetsupplevelse av behandlingen.

Utifrån det som framkommit i studierna och utifrån tidigare forskning (17) är sålunda patienttillfredsställelsen inget mått på hur adekvat smärtlindring patienter i regel erhåller, eftersom tillfredsställelsen även bygger på flera andra faktorer. En uppmätt hög patienttillfredsställelse får inte utgöra ett hinder i god tro om att smärtbehandlingen med avseende på konkreta faktorer som smärtskattning, dokumentation och smärtlindring i adekvata doser efter adekvat väntetid, är felfri. Trots hög patienttillfredsställelse kan kvalitetsgranskningar och förbättringar gällande smärtbehandlingen genomföras. Det är trots allt fortfarande ett utbredd och stort problem idag att så många patienter på akutmottagningar inte får en adekvat smärtbehandling (1, 4).

När det gäller *Graden av smärtlindring*, som man i Decosterds studie (40) undersökte i samband med patienttillfredsställelse, fann man att patienttillfredsställelsen korrelerade med graden av smärtlindring (skillnaden i smärtintensitet mellan värdet på VAS-skalan vid inskrivning respektive utskrivning från akutmottagningen). Större skillnader i smärtintensitet medförde högre värden för skattad patienttillfredsställelse. I relation till det som Gordon et al. (17) skriver så är smärtintensiteten inte någon säker faktor att mäta om man vill ta reda på tillfredsställelsen med behandlingen. I studierna som Gordon et al. tittat på så fann man i några av dem samband mellan tillfredsställelse och smärtlindring medan man i andra inte gjorde det (17). Ett led i förklaringen kan vara att olika populationer skulle kunna medföra olika resultat men också att behandlingen ser olika ut på de olika platserna som respektive studie genomförts på, och därav att behandlingarna ger olika bra smärtlindring beroende på allt från använda preparat till rutiner och riktlinjer.

Det är svårt att dra några slutsatser utifrån dessa studier, kring huruvida smärtintensiteten påverkar patienttillfredsställelsen eller inte. Men som en del i helheten så är det nog rimligt att anta att smärtintensiteten har en påverkan på tillfredsställelsen med behandlingen och att tillfredsställelsen kan vara en vägvisare gällande kvaliteten på den givna behandlingen. Enligt Eriksson (8) kan ett outhärdligt lidande lindras om den

fysiska smärtan reduceras och utifrån detta ligger det nära till hands att anta att tillfredsställelsen med behandlingen ökar om behandlingen bidrar till att lidandet minskar.

### **SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING**

Som det ser ut idag så finns fortfarande stora brister inom omhändertagandet av patienter med akut smärta på akutmottagningar, samtidigt som man bevisligen uppmärksammar och försöker avhjälpa problemen.

Det finns stora brister i dokumentation och genomförande av smärtskattningar (32, 36, 37), väntetiderna fram till smärtlindring är ofta långa (32, 33, 35, 36, 38-42), och smärtlindring administreras inte i tillräcklig grad (4, 14). Trots detta så kan en hög tillfredsställelse med behandlingen uppmätas bland patienter (17, 32, 33, 35, 36). Inom alla områden har förbättringar uppnåtts i och med interventionerna som genomfördes i de tre interventionsstudierna (38-40). En slutsats utifrån detta är alltså att implementering av riktlinjer och utbildning av personal enligt liknande mönster som i de redovisade interventionsstudierna, kan leda till radikala förbättringar i kvaliteten på vården av patienter på akutmottagningar som lider av akut smärta.

Fortsatt forskning rörande bemötandet av patienter och vad de upplever vara viktigt i omvårdnaden är att rekommendera eftersom det visat sig ha betydelse för patienternas upplevelse av smärtlindring (32, 36, 42). Även forskning kring icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som användningen av is, immobilisering och högläge skulle kunna leda till förbättringar gällande smärtbehandlingen, eftersom det bland patienterna visat sig vara en efterfrågan om detta (36, 41), samtidigt som det saknats dokumentation för att överhuvudtaget kunna utvärdera dessa metoder (32).

### **REFERENSER**

1. Nordfors L-O. Smärta [Elektronisk resurs]. Stockholm: Forum för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting; 2006.
2. Selbst SM, Clark M. Analgesic use in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1990 Sep;19(9):1010-3.
3. Dempster E. Pain relief in accident and emergency? *Accid Emerg Nurs.* 1995 Jan;3(1):3-6.
4. Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2004 Apr;43(4):494-503.
5. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain.* 2004 Nov;112(1-2):1-4.
6. Swailes E, Rich E, Lock K, Cicotte C. From triage to treatment of severe abdominal pain in the emergency department: evaluating the implementation of the emergency severity index. *J Emerg Nurs.* 2009 Sep;35(5):485-9.
7. Tanabe P, Buschmann M. Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *J Emerg Nurs.* 2000 Aug;26(4):299-305.
8. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber; 1994.
9. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP pain terminology. *Pain.*: International Association for the Study of Pain; [2010-11-30]; Available from: [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain).
10. Svensk författningssamling:SFS. 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Sveriges Riksdag; 1982 [2011-03-23]; Available from: [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se).
11. Hawthorn J RK. Smärta - bedömning och behandling. Lund: Studentlitteratur; 1999.
12. International Council of Nurses (ICN). ICNs etiska kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening; 2008 [2010-11-29]; Available from: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>.
13. Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU). Rehabilitering vid långvarig smärta. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering2010. Report No.: 198.
14. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 1989 Nov;7(6):620-3.
15. Pasero C. Pain in the emergency department. *Am J Nurs.* 2003 Jul;103(7):73-4.
16. LoVecchio F, Oster N, Sturmman K, Nelson LS, Flashner S, Finger R. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain. *J Emerg Med.* 1997 Nov-Dec;15(6):775-9.
17. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Manag Nurs.* 2002 Dec;3(4):116-30.
18. Svensk författningssamling: SFS. 2010: 659 Patientsäkerhetslag. Stockholm: Sveriges riksdag; 2010 [2011-03-23]; Available from: [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se).
19. Isgren C, Lyckander S, Strömberg B. Omvårdnad. Stockholm: Liber; 2003.
20. Göransson K, Eldh AC, Jansson A. Triage på akutmottagning. Stockholm: Studentlitteratur; 2008.

21. Mackintosh C, Bowles S. Evaluation of a nurse-led acute pain service. *Can clinical nurse specialists make a difference?* *J Adv Nurs.* 1997 Jan;25(1):30-7.
22. The Joint Commission. *The Joint Commission.*: The Joint Commission; [2010-12-09]; Available from: <http://www.jointcommission.org>.
23. Sverige Di. PUNK-handboken 2008 (Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet) Riktlinjer för vård kap. 10. Distriktsköterskeföreningen i Sverige; 2006 [2010-12-01]; Available from: <http://www.distriktskoterska.com/punk.htm>.
24. Smärtbehandlingsenheten för barn pediatrik anestesi och intensivvård. Riktlinjer för smärtbehandling vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset, Astrid Lindgrens Barnsjukhus; 2003 [2010-12-01]; Available from: <http://www.karolinska.se/upload/fromoldwww2.ks.se/imgwiz/atts/KS-1047186-1.pdf>.
25. Jacox A, et al. . *Management of Cancer Pain: Clinical Practice Guideline Md: VS Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.*; 1994 Mars No. 9. Rockville.
26. Gagliese L, Weizblit N, Ellis W, Chan VW. The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain.* 2005 Oct;117(3):412-20.
27. Todd KH, Funk JP. The minimum clinically important difference in physician-assigned visual analog pain scores. *Acad Emerg Med.* 1996 Feb;3(2):142-6.
28. Gallagher EJ, Liebman M, Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med.* 2001 Dec;38(6):633-8.
29. van Laerhoven H, van der Zaag-Loonen HJ, Derkx BH. A comparison of Likert scale and visual analogue scales as response options in children's questionnaires. *Acta Paediatr.* 2004 Jun;93(6):830-5.
30. Ejlertsson G. *Statistik för hälsovetenskaperna.* Lund: Studentlitteratur; 2003.
31. Guyatt GH, Townsend M, Berman LB, Keller JL. A comparison of Likert and visual analogue scales for measuring change in function. *Journal of Chronic Diseases.* 1987;40(12):1129-33.
32. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain.* 2007 Jun;8(6):460-6.
33. Todd KH, Sloan EP, Chen C, Eder S, Wamstad K. Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments. *CJEM.* 2002 Jul;4(4):252-6.
34. Yee AM, Puntillo K, Miaskowski C, Neighbor ML. What patients with abdominal pain expect about pain relief in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2006 Aug;32(4):281-7.
35. Blank FS, Mader TJ, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D. Adequacy of pain assessment and pain relief and correlation of patient satisfaction in 68 ED fast-track patients. *J Emerg Nurs.* 2001 Aug;27(4):327-34.
36. Guru V, Dubinsky I. The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *J Emerg Med.* 2000 Jan;18(1):7-12.
37. Eder SC, Sloan EP, Todd K. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. *Am J Emerg Med.* 2003 Jul;21(4):253-7.

38. Muntlin A, Carlsson M, Safwenberg U, Gunningberg L. Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2010 Jul 1.
39. Yanuka M, Soffer D, Halpern P. An interventional study to improve the quality of analgesia in the emergency department. *CJEM*. 2008 Sep;10(5):435-9.
40. Decosterd I, Hugli O, Tamches E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, et al. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med*. 2007 Oct;50(4):462-71.
41. Tanabe P, Buschmann M. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *J Emerg Nurs*. 1999 Jun;25(3):171-7.
42. Graham J. Adult patients' perceptions of pain management at triage: a small exploratory study. *Accid Emerg Nurs*. 2002 Apr;10(2):78-86.
43. Friberg F, editor. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur; 2006.

## BILAGA

### ARTIKELÖVERSIKT

#### Referensnummer: 32

<b>Titel</b>	Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study
<b>Författare</b>	Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P
<b>Tidsskrift</b>	The Journal of Pain
<b>År, land</b>	2007, USA och Canada
<b>Syfte</b>	Att på några utvalda akutmottagningar redogöra för smärtorsak, smärtupplevelser, metoder för smärtskattning och behandling samt patienters tillfredsställelse med sjukvården.
<b>Metod</b>	Kvantitativ prospektiv observations- och multicenters cohortstudie i två delar. Fas 1 utfördes på akutmottagningarna och fas 2 bestod av telefonuppföljning av patienterna. Endast resultatet av första delen presenteras i artikeln. I studien valdes 17 akutmottagningar från USA och 3 från Canada ut, varav alla utom en ingick i studien. Datainsamlingen gjordes med hjälp av strukturerade intervjuer, journalutdrag och smärtskattningar under vistelsen på akuten. Urval: varannan dag över en elvadagarsperiod valdes patienter under sex stycken 8-timmarsskift ut (dag- kväll- och nattskift). Inklusionskriterier: ålder $\geq 8$ år, smärta skattad till NRS $\geq 3$ , tillräcklig vakenhetsgrad för att förstå och svara på frågor, förmåga att tala språket, skriftlig delgivande innehållande även kontaktuppgifter om anhörig. Exklusionskriterier: kranskärlsrelaterade smärtor, inläggning på sjukhus efter utskrivning från akutmottagningen, intoxication eller annan påverkan på den mentala förmågan, dövhet, stumhet, patienter som sökte för problem relaterade till sexuella övergrepp, misshandel inom familjen eller personer under polisarrest. Totalt ingick 842 patienter i studien efter ett bortfall på 994. NRS- och Likert-skala användes.
<b>Antal referenser</b>	16

#### Referensnummer: 33

<b>Titel</b>	Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments
<b>Författare</b>	Todd KH, Sloan EP, Chen C, Eder S, Wamstad K
<b>Tidsskrift</b>	CJEM (Canadian Journal of Emergency Medicine)
<b>År, land</b>	2002, USA
<b>Syfte</b>	Undersöka smärtorsak, smärtbehandlingsmetoder, patientupplevelser av smärta och patienttillfredsställelse med smärtbehandling på två storstads-akutmottagningar.
<b>Metod</b>	Kvantitativ tvärsnittsstudie. Data inhämtades genom strukturerade intervjuer utifrån ett frågeformulär och från journalhandlingar.

	Journalerna granskades med hjälp av ett skriftligt abstraktionsinstrument för dokumentation av smärta och smärtbehandling. Alla patienter som sökte för någon typ av smärta under de tider som forskaren var på plats, var lämpliga deltagare. Exklusionskriterier: påverkad mental status, allvarliga sjukdomstillstånd, icke-engelsktalande patienter. Totalt ingick 525 patienter i studien efter ett bortfall på 81. NRS- och Likert-skala användes.
<b>Antal referenser</b>	14

**Referensnummer: 34**

<b>Titel</b>	What Patients With Abdominal Pain Expect About Pain Relief in the Emergency Department
<b>Författare</b>	Yee AM, Puntillo K, Miaskowski C, Neighbor ML
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Emergency Nursing
<b>År, land</b>	2006, USA
<b>Syfte</b>	Beskriva patienters förväntningar på smärtlindring och huruvida kommunikationen med vårdpersonal påverkar patienters smärtlindring överlag.
<b>Metod</b>	Kvantitativ studie som bygger på en föregående stor prospektiv-deskriptiv- korrelationsstudie vars syfte var att identifiera vad sjuksköterskor och läkare på akutmottagningen grundar sina beslut gällande smärtlindring på. I denna studie koncentrerade man sig på patienter med buksmärta. Datainsamlingen skedde med hjälp av frågeformulär som hade "pilot-testats" och reviderats därefter. Inklusionskriterier: engelsktalande sökandes för buksmärta med varaktighet <10 dagar. Exklusionskriterier: livshotande eller instabilt tillstånd, förändrad mental status, redan etablerat smärtlindringsprotokoll eller kronisk smärta definierat som smärta med varaktighet >10 dagar. Med varje patient som ingick i studien ingick även en sjuksköterska och en läkare. Vårdgivarna kunde ingå i studien med flera olika patienter. Totalt ingick 48 patienter, 35 sjuksköterskor och 47 läkare. NRS-skala användes.
<b>Antal referenser</b>	20

**Referensnummer: 35**

<b>Titel</b>	Adequacy of Pain Assessment and Pain Relief and Correlation of Patient Satisfaction in 68 ED Fast-track Patients
<b>Författare</b>	Blank FSJ, Mader TJ, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Emergency Nursing
<b>År, land</b>	2001, USA
<b>Syfte</b>	Undersöka hur väl smärta bedöms och behandlas på akutmottagningen utifrån JCAHO's rekommendationer.
<b>Metod</b>	Kvantitativ deskriptiv studie där patienter intervjuades med hjälp av ett strukturerat frågeformulär vid ankomst och utskrivning från akuten. Data



	samlades in angående patienternas tillfredsställelse med behandlingen och angående deras upplevelser av smärtintensitet, när de ansåg att smärtlindring skulle sättas in samt graden av smärtintensitet de ansåg vara godtycklig att ha vid utskrivning. Till sin hjälp hade man förutom intervjuformulären en VAS-skala och Likert-skala. Även demografiska data, diagnos och given analgetika noterades på de förtryckta formulären. Datainsamlingen pågick under 16 h per dag under 7 dagar. Urvalet begränsades till engelsktalande patienter med akut smärta, som hade fått en triagenivå på 3-4 av 4 där 1 är livshotande. Totalt ingick 68 patienter.
<b>Antal referenser</b>	14

**Referensnummer: 36**

<b>Titel</b>	The patient vs. Caregiver perception of acute pain in the emergency department
<b>Författare</b>	Guru V, Dubinsky I
<b>Tidsskrift</b>	The Journal of Emergency Medicine
<b>År, land</b>	2000, Canada
<b>Syfte</b>	Fastställa hur personalen på en akutmottagning tolkar och behandlar smärta
<b>Metod</b>	Kvantitativ prospektiv observations- cohortstudie med bekvämlighetsurval under olika dygns skift då forskaren var på akutmottagningen mellan april-augusti. Inklusionskriterium: ålder $\geq 18$ Exklusionskriterier: smärta som varat 48 h eller längre, livshotande tillstånd, språksvårigheter, tillstånd med påverkan på medvetandet. Totalt ingick 71 patienter efter bortfall på 42. Patienterna skulle fylla i ett formulär vid inskrivning innan de träffat läkare samt vid utskrivning. Möjlighet att lämna fria kommentarer fanns på sista formuläret. VAS-skala, NRS-skala och Likert-skala användes.
<b>Antal referenser</b>	20

**Referensnummer: 37**

<b>Titel</b>	Documentation of ED Patient Pain by Nurses and Physicians
<b>Författare</b>	Eder SC, Sloan EP, Todd K
<b>Tidsskrift</b>	American Journal of Emergency Medicine
<b>År, land</b>	2003, USA
<b>Syfte</b>	Evaluera dokumentationen kring smärta på akutmottagningen, i ljuset av JCAHO's rekommendationer kring denna.
<b>Metod</b>	Kvantitativ studie där man använt sig av en föregående studies (ref.nr 36) prospektivt insamlade data gällande smärtbehandling av de patienter som då ingick från en av de två akutmottagningar som undersöktes. Man genomförde nu en retrospektiv översikt av insamlade data. Man koncentrerade sig på journalhandlingarna med fokus på smärtskattning, vilka ansågs kompletta och förenliga med JCAHO's rekommendationer om de uppfyllde vissa kriterier. Patienter över 18 år som var

	engelsktalande och inte mentalt påverkade ingick i studien. Av 302 patienter granskade uppfyllde 261 av patienternas journaler de kriterier som krävdes för att ingå i studien.
<b>Antal referenser</b>	21

**Referensnummer: 38**

<b>Titel</b>	Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study
<b>Författare</b>	Muntlin Å, Carlsson M, Säfwenbergs U, Gunningberg L
<b>Tidsskrift</b>	International journal of Nursing Studies
<b>År, land</b>	2010, Sverige
<b>Syfte</b>	Undersöka resultatet av vårdbedömning, smärtskattning och sjuksköterske-initierad analgesi med iv. opioider jämfört med standardmetoderna på akutmottagningen för handläggning av patienter som söker för akut buksmärta.
<b>Metod</b>	Kvasi-experimentell design i tre faser, som benämndes A1, B samt A2, där standardhandhavandet av patienter i första fasen A1 jämförs med interventionsfasen fas B och återgången till standardhandhavandet, fas A2. Urvalet av patienter skedde mellan februari och augusti 2009 dygnet runt alla dagar fram till att önskat antal patienter kunnat inkluderas. Inklusionskriterier: pågående buksmärta <2 dagar, 18 år, orienterad till person, tid och rum. Exklusionskriterier: traumarelaterad buksmärta, tillstånd i behov av akuta insatser, smärtintensitet 9-10 uppmätt på NRS-skalan. Totalt antal inkluderade patienter efter bortfall var 50, 100 och 50 i respektive fas, A1, B och A2. Bortfall: 78, i de flesta fall på grund av inkompleta frågeformulär. NRS-skala och ett formulär utformat för att mäta patientupplevd vårdkvalitet användes.
<b>Antal referenser</b>	39

**Referensnummer: 39**

<b>Titel</b>	An interventional study to improve the quality of analgesia in the emergency department
<b>Författare</b>	Yanuka, M. Soffer, D. Halpern, P.
<b>Tidsskrift</b>	CJEM (Canadian Journal of Emergency Medicine)
<b>År, land</b>	2008, Israel
<b>Syfte</b>	Undersöka hur adekvat smärtbehandlingen på en storstads-akutmottagning med hög besöksfrekvens fungerar samt undersöka effekten av en strukturerad intervention (som bland annat innebar införande av ett analgetikaprotokoll samt utbildning för personalen).
<b>Metod</b>	Kvantitativ prospektiv enkel-blind pre- och postinterventionsstudie med bekvämlighetsurval under olika dag- och kvällsskift. Patienter, läkare och sjuksköterskor var blindade för syftet med studien. Inklusionskriterier: patienter med lättare till medelsvåra trauman, njurkolik. Exklusionskriterier: patienter under 18 år, nedsatt mental status,

	kardiorespiratorisk instabilitet, patienter som inte gick med på att skatta sin smärta med hjälp av en VAS-skala. Data insamlades kring samma variabler i båda grupperna. 1000 patienter inkluderades före intervention och 700 inkluderades efter interventionen. Samma inklusions- och exklusionkriterier var aktuella för urval både före och efter intervention. VAS-skala användes
<b>Antal referenser</b>	21

**Referensnummer: 40**

<b>Titel</b>	Oligoanalgesia in the Emergency Department: Short-Term Beneficial Effects of an Education Program on Acute Pain
<b>Författare</b>	Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel J-C, Yersin B, Buclin T
<b>Tidsskrift</b>	Annals of Emergency Medicine
<b>År, land</b>	2007, Schweiz
<b>Syfte</b>	Att undersöka effekten av smärtlindring före- och efter implementering av gemensamma kliniska riktlinjer och ett utbildningsprogram för personal, gällande patienter som ankommer till akutmottagningen med någon form av smärta.
<b>Metod</b>	Experimentell pre-post interventions kohortstudie med två datainsamlingsperioder – en före- och en efter intervention. Datainsamlingen under båda perioder genomfördes av en och samma forskare med hjälp av ett skriftligt intervjuformulär och en standardiserad mall för datainsamling från journaler. Datainsamlingarna skedde under 3 perioder med 7 på varandra följande dygn där olika 8-timmarsskift fanns representerade. Alla på varandra följande patienter över 16 år med smärta var möjliga deltagare efter muntligt medgivande. Exklusionskriterier: ingen smärta, smärta som varat längre än 3 mån., akut livshotande sjukdom eller skada med omedelbart omhändertagande, förändrad mental status, neuropsykiatriska störningar, språksvårigheter eller vägran att delta i studien. I fas 1 ingick 249 patienter efter bortfall på 374 och i fas 2 ingick 192 patienter efter bortfall på 381. VAS-skala och VDS-skala användes.
<b>Antal referenser</b>	48

**Referensnummer: 41**

<b>Titel</b>	A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective
<b>Författare</b>	Tanabe P, Buschmann MB
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Emergency Nursing
<b>År, land</b>	1999, USA
<b>Syfte</b>	Beskriva förekomsten av smärta på akutmottagningen och identifiera faktorer som skulle kunna bidra till behandlingen av densamma.
<b>Metod</b>	Kvantitativ deskriptiv studie baserad på intervjuer rörande frågor kring

	<p>patienternas smärta utifrån olika aspekter, samt journalutdrag för insamling av data gällande given behandling. Patienterna valdes konsekutivt ut under datainsamlingsperioden som pågick nio dagar. Inklusionskriterier: ålder <math>\geq 18</math> år; förmåga att förstå, läsa och tala engelska; orienterad till namn, tid, rum; fysiologiskt stabilt tillstånd. Exklusionskriterier: hallucinationer, vanföreställningar, suicidala intentioner, intentioner för mord, alkoholpåverkan, drogpåverkan; multitraumapatient i behov av traumateam; sårskador. Personalen på akutmottagningen var blindade för syftet med studien och intervjuerna genomfördes i frånvaro av personalen knuten till akutmottagningen. Totalt inkluderades 203 patienter. NRS- och VDS-skala användes.</p>
<b>Antal referenser</b>	22

**Referensnummer: 42**

<b>Titel</b>	Adult patients' perceptions of pain management at triage: a small exploratory study
<b>Författare</b>	Graham J
<b>Tidsskrift</b>	Accident and Emergency Nursing
<b>År, land</b>	2002, Storbritannien
<b>Syfte</b>	Utforska vuxna patienters upplevelser av smärtbehandling vid triage.
<b>Metod</b>	<p>Kvalitativ explorativ studie i liten skala med bekvämlighetsurval. 20 min långa strukturerade intervjuer med 7 öppna frågor genomfördes. Intervjuerna spelades in, transkriberades och därefter gjordes en innehållsanalys med identifiering av olika teman. Studien föregicks av en pilotstudie för att identifiera potentiella hinder för metoden. Inga inklusionskriterier var angivna utan alla på varandra följande patienter tillfrågades om de var villiga att delta. Exklusionskriterier: <math>&lt; 18</math> år, oförmåga att delge samtycke, skallskada med förlust av medvetande, alkohol- eller drogpåverkan, mentala problem, oförmåga att delta i en intervju relaterat till kommunikationssvårigheter. Totalt ingick 18 patienter efter ett bortfall på 47. VDS-skala samt beskrivande termer användes för att skatta smärta.</p>
<b>Antal referenser</b>	67