



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SMÄRTSKATTNINGSSINSTRUMENT

Faktorer som påverkar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument

Författare Björn Fredriksson och Jonathan Sundbäck.

Examensarbete:	15 hp.
Program:	Sjuksköterskeprogrammet.
Nivå:	Grundnivå.
Termin:	Ht/2018.
Handledare:	Christopher Holmberg.
Examinator:	Helene Berglund.
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa.

Förord

Ett stort tack till vår handledare Christopher Holmberg för god handledning och vägledning. Vi vill också tacka enhetscheferna på Hälso- och sjukvårdsenheten i Lundby stadsdelsförvaltning. Vi vill dessutom tacka Mirja Augustsson för korrekturläsning av uppsatsen. Jonathan vill slutligen tacka sin nyfödda dotter Julia för att hon sovit bra på nätterna.

Titel (svensk)	Smärtskattningsinstrument, faktorer som påverkar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument
Titel (engelsk)	Pain Measurement, factors that contribute to the nurse usage of pain scale
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare	Björn Fredriksson och Jonathan Sundbäck
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Helene Berglund

Sammanfattning:

Bakgrund, smärta påverkar både samhället och den enskilde individen. Smärta är en subjektiv upplevelse och smärtskattning sker genom självskattning med smärtskattningsinstrument. För att kommunicera och möta patientens upplevelse av smärta så använder sjuksköterskan smärtskattningsinstrument. Det finns flera faktorer som påverkar sjuksköterskans användning och tolkning av patientens smärta. Organisationen och teamet där sjuksköterskan arbetar är exempel på faktorer som påverkar hur sjuksköterskan använder smärtskattningsinstrument. **Syfte**, att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. Vilka faktorer främjar och hindrar sjuksköterskans benägenhet att använda smärtskattningsinstrument. **Metod**, detta är en litteraturstudie med 15 vetenskapliga artiklar, både kvalitativa och kvantitativa, har inkluderats. **Resultat**, faktorer som främjar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument är attityd och egen förmåga, kunskap och organisatoriska faktorer. Faktorer som hindrar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument är attityd, bristande kunskap, kommunikationssvårigheter och organisatoriska faktorer. **Slutsats**, sjuksköterskan behöver få en ökad kunskap inom smärtskattning. Organisatoriska ansvarsområden behöver stärkas för att ge sjuksköterskan bättre förutsättningar till smärtskattning. Slutligen är det av stor vikt att sjuksköterskan tror på sin egen förmåga och har förståelse för att hennes attityd påverkar användningen av smärtskattningsinstrument.

Nyckelord: Sjuksköterska, smärtskattningsinstrument.

Innehållsförteckning

Inledning	6
Bakgrund	6
Smärta	6
Konsekvenser av smärta	6
Smärtskattning hos olika patientgrupper	7
Smärtskattningsinstrument	7
Sjuksköterskans roll	8
Personcentrerad omvårdnad	9
Kommunikation	10
Problemformulering	10
Syfte	11
Metod	11
Studiedesign	11
Tabell 1. PIO.	11
Databaser och Sökord	11
Urval	12
Tabell 2. Inklusionskriterier och Exklusionskriterier.	13
Etik	13
Dataanalys	13
Resultat	14
Faktorer som främjar sjuksköterskans benägenhet att använda smärtskattningsinstrument	15
Positiv inställning och tilltro till egenförmåga	15
Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet	15
Organisatoriska faktorer	15
Faktorer som hindrar sjuksköterskan att använda smärtskattningsinstrument	16
Organisatoriska brister	16
Sjuksköterskans bristande kunskap	17
Kommunikationssvårigheter	17
Sjuksköterskans attityd, fördomar och misstro	18
Diskussion	19
Resultatdiskussion	19
Organisatoriska faktorer	19

Kommunikation och samverkan	20
Kunskap och attityd	20
Metoddiskussion	21
Slutsats	22
Vidare forskning	23
Referenser	24
Bilagor	29
Bilaga 1 Söktabell.	29
Bilaga 2 Artikelöversikt	30

Inledning

Smärta är både ett diffust begrepp och ett diffust symtom. Smärta kan tolkas och behandlas på många olika sätt. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna bedöma, utvärdera och dokumentera patienternas smärta. På grund av smärtans diffusa natur är smärtskattningsinstrument ett viktigt hjälpmedel för både sjuksköterskan och patienten (Bergh, 2014). Detta examensarbete är verksamhetsförankrat och utvecklat i samråd med representanter för en stadsdel i Göteborg som önskade få ytterligare kunskaper om sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. Denna litteraturstudie syftar därför till att hjälpa kommunen undersöka vad som påverkar användandet av smärtskattningsinstrument. Resultatet av denna litteraturstudie kan därför komma att ligga till grund inför en framtida implementering av smärtskattningsinstrument.

Bakgrund

Smärta

International Association for the Study of Pain (ISAP, 2017) definierar smärta som: “En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse som är förknippad med faktiska eller potentiella vävnadsskador eller beskrivs i form av sådan skada” (ISAP, 2017, s. 217). Smärta består av tre olika delar. Den sensoriska delen som involverar känselreceptorer. Den känslomässiga delen som involverar upplevelsen av obehag och den kognitiva delen där personen drar ett samband mellan upplevelsen och en eventuell vävnadsskada. Smärta är en komplex upplevelse som är både subjektiv och personlig (Rivano, 2010). Eftersom upplevelsen av smärta är subjektiv är den generellt svår att bedöma och mäta (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2006).

Enligt World Health Organization (WHO, 2007) är det viktigt att identifiera smärta som ett symtom i sig och inte enbart som en konsekvens av sjukdom. Det är viktigt att prioritera smärtlindring då smärta har flera dimensioner som påverkar individen. Det är viktigt att se den totala smärtan och inte smärta enbart som en följd av skada eller sjukdom. Bedömning av smärta och smärtlindring ska prioriteras, enbart akuta livshotande tillstånd ska gå före smärtbehandling (WHO, 2007). Vidare understryker både WHO och SBU att kommunikation är ett viktigt verktyg för att tydliggöra och möta patienter med smärttillstånd. Genom kommunikation går det att se patientens smärta och därmed lindra smärtan. Det är viktigt att ta smärtproblematik på allvar då obehandlad smärta är en faktor som påverkar patientens livskvalité negativt (WHO, 2007; SBU 2006).

Konsekvenser av smärta

Förekomsten av långvarig smärta bland befolkningen i Sverige är mellan 40–50%. Detta leder till stora kostnader i samhället. I Sverige uppskattades år 2003 smärta kosta samhället ca 87,5 miljarder kronor (SBU, 2006). Smärta är en av de vanligaste besöksorsakerna i primärvården och en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning (SBU, 2006).

Smärta följs ofta av försämrad livskvalité och lidande för individen och leder ofta till nedstämdhet och ångest (Allvin & Brantberg, 2010). Akut smärta som sedan övergår till

långvarig smärta kan leda till psykisk ohälsa (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell, & Polomano, 2008). SBU (2006) menar också att det finns ett samspel mellan långvarig smärta och depression, ökad smärta ger ökad risk att drabbas av depression (SBU, 2006). Patienter med långvarig smärta upplever ofta trötthet, passivitet och ensamhet. En förklaring är att patienterna blir sjukskrivna och får då ge upp sina fritidsintressen och slutar träffa sina vänner (Bergh, 2014).

Smärtskattning hos olika patientgrupper

Smärta drabbar flera olika patientgrupper i olika vårdssituationer, detta innebär att smärta kan behöva bedömas på olika sätt där patienten, diagnosen och förutsättningarna i vården beaktas (Briggs, 2010).

Enligt prognoser av WHO (2015) är äldre en växande population. Detta ställer krav på framtidens vård, då äldre i framtiden kommer att vara en större del av populationen. På grund av bättre hälsa, minskad barnadödlighet och högre medelålder, blir allt fler personer över 60 år (WHO, 2015). Bland äldre är smärta vanligt, upp till 80% lever med kronisk smärta (SBU, 2006). Det finns en osäkerhet vid administrering av läkemedel till denna patientgrupp som beror på bristande kunskap hos sjuksköterskor. Genom att dokumentera och bedöma smärta på ett adekvat och evidensbaserat sätt så minskar risken att de äldres smärta förbises. Organisatoriska hinder som påverkar är hög arbetsbelastning och minskad tid med patienter, dessa faktorer behöver förbättras. Det är viktigt att se äldres behov av tydlighet och att sjuksköterskan tar sig tid att förklara för den äldre patienten (Fitzgerald, Tripp & Halksworth-Smith, 2017).

Enligt Socialstyrelsen (2017) är prevalensen av demens i Sverige ca 130 000–150 000 personer (2017). Sedan 1940-talet råder ökad befolkningstillväxt och efter år 2040 spås antalet patienter med demens ha ökat kraftigt (Socialstyrelsen, 2017). Demens är en samling av sjukdomar med kognitiv nedsättning. Dessa kognitiva förmågor försämras successivt över tid, vilket påverkar patientens förmåga att självskatta och kommunicera sin smärta (Edberg, 2014). För denna patientgrupp är det därför viktigt att finna andra kommunikationsvägar, då tal kanske inte ger en adekvat bild av patientens smärta. Kroppsspråk, mimik och andra tecken som till exempel spända muskler och annorlunda rörelsemönster kan vara tecken på smärta. Det är viktigt att patienter med demens får adekvat smärtlindring. Funktionsnedsättningar som till exempel demens får inte leda till sämre smärtlindring (Kaasalainen, 2007).

Postoperativ vård ställer krav på god smärtlindring och att verksamheten har rutiner för denna patientgrupp. För postoperativa patienter är det viktigt med tidig mobilisering efter operation för att förebygga komplikationer och för att få en bättre återhämtning. Smärtlindring är viktigt för att möjliggöra tidig mobilisering. Det är viktigt att postoperativa patienter får utbildning i smärtskattning innan operation då det fungerar dåligt att införa en ny smärtskala vid smärta efter operation (Synnöve, Walberg & Cornelius, 2016).

Smärtskattningsinstrument

Som nämnts tidigare är smärta subjektiv. Således kan den inte mätas objektivt men den kan skattas av patienten. Smärtskattningsinstrument är både ett verktyg och metod som sjuksköterskan kan använda för att identifiera, konkretisera och bedöma smärta. Att

identifiera ett omvårdnadsproblem som till exempel smärta, är nödvändigt för att kunna vidta rätt omvårdnadsåtgärder (Norrbrink, Lund & Lundberg, 2014).

Smärtskattningsinstrument kan delas in i endimensionella skalor och multidimensionella enkäter (SBU, 2006). Endimensionella smärtskattningsinstrument är självrapporterade smärtskattningsinstrument där patienten själv skattar sin smärtupplevelse. Endimensionella skalor mäter endast en dimension av smärta. Smärtskattningar sker utifrån faktorer som smärtintensitet eller kategorier som smärtlindring. Ett exempel på en skala som mäter smärtintensitet, är en numererad eller visuell skala. Två vanliga endimensionella skalor är Visuell Analog Skala (VAS) och Numeric Rating Scale (NRS). Alla endimensionella skalor bygger på en horisontell linje, där ändpunkterna representerar högsta tänkbara smärta, respektive ingen smärta. Det finns vissa skillnader mellan VAS och NRS och det är framförallt att NRS använder sig av en numerisk skala ex 0–10, där 0 innebär ingen smärta och 10 innebär värsta tänkbara smärta (SBU, 2006). Ett exempel på en vidareutveckling av endimensionella skalor är Acceptance Symptom Assessment Scale (ASAS). ASAS bygger på samma horisontella linje men linjen skiftar från intensiv röd till intensiv grön färg för att skatta intensiteten av smärta (Bergh, 2014). Kategoriskalor använder istället kategorier för skattning av smärta. Patienterna kan då få välja om smärtan är ”ingen”, ”mild”, ”måttlig”, ”allvarlig” eller “maximal” (SBU, 2006).

Multidimensionella enkäter är utvecklade för att fånga flera faktorer som påverkar smärta. Multidimensionella enkäter kan ha VAS eller andra skattningsskalor integrerade med till exempel kategorifrågor. Det finns flera olika multidimensionella enkäter till exempel sjukdomsspecifika, enkäter som mäter livskvalitet eller ohälsa och psykologiska enkäter (SBU, 2006). När patienten inte kan självskatta sin smärta kan det vara bra att använda smärtintensitetskalor (SIS), som till exempel Abbey Pain Scale, där sjuksköterskan observerar hur patienten uttrycker sin smärta genom kroppsspråk och beteendemässiga förändringar. Därefter gör sjuksköterskan en bedömning av patientens smärta (Svenskt demenscentrum, 2017). SIS-skalor är bra på att skatta smärta här och nu men är sämre på att fånga olika aspekter av smärta (Carson & Mitchell, 1998).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan har en viktig roll vid smärtbedömning då sjuksköterskans arbete är patientnära. Sjuksköterskans ska se till patientens bästa och förebygga och minska patientens lidande genom att patienten t.ex. får smärtlindring i tid. Det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten med smärtlindring och att hjälpa patienten hantera sin smärta, till exempel genom att välja rätt smärtskattningsinstrument. Användning av smärtskattningsinstrument ger sjuksköterskan ett verktyg för bedömning och utvärdering av smärta. Det är också ett redskap för att kommunicera med resten av vårdteamet (WHO, 2007).

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska är bedömning, planering och utvärdering av patientens behov en viktig del av sjuksköterskans kompetens. Ovanstående ska dokumenteras och genomföras på ett säkert sätt med god evidens (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En del i evidensbaserad vård är att arbeta systematiskt och omvårdnadsprocessen är sjuksköterskans metod för detta. Den första delen i omvårdnadsprocessen är datainsamling som syftar till att samla in information som sedan ligger till grund för att identifiera patientens behov och problem. Insamling av data skall ske

strukturerat, systematiskt och evidensbaserat (Florin, 2014). För bedömning av smärta finns smärtskattningsinstrument att tillgå. Genom att använda smärtskattningsinstrument kan sjuksköterskan upptäcka, bedöma och hantera smärta på ett strukturerat och kontinuerligt sätt (Fitzgerald et al., 2017).

Sjuksköterskans arbete styrs av flera lagar. Lagarna finns för att säkerställa god och säker vård samt för att bidra till personcentrerad vård. *Patientlagen* (SFS 2018:554) är en relativt ny lag som ska hjälpa patienten att få vård och behandling. Kapitel tre beskriver rätten till information och kapitel fem behandlar patientens rätt till delaktighet (SFS 2018:554). *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30) beskriver att målet med hälso- och sjukvården är att ge en god vård på lika villkor. Vården skall bygga på respekt för patienten och förebygga ohälsa (SFS 2017:30).

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:763) ämnar bidra till en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. I samma lag står det även att hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar i att upprätthålla hög patientsäkerhet. Det står också att sjuksköterskan själv ansvarar för sitt arbete (SFS 2010:763). *Patientdatalagen* (SFS 2008:355).

bestämmer att det skall föras en journal för varje patient som vårdas inom hälso- och sjukvården. Syftet med patientjournalen är att bidra till en säker och god vård. Sjuksköterskor är skyldiga att föra journal (SFS 2008:355).

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad handlar om att uppmärksamma och bekräfta patientens upplevelse av smärta. Personcentrerad omvårdnad handlar också om att sjuksköterskan ser människan bakom symtomet eller sjukdomen. Sjuksköterskan behandlar alltså inte bara smärtan utan ser hela personen och synliggör dennes behov och intressen (Ekman et al., 2011; Edvardsson, 2009; svensk sjuksköterskeförening, 2016). Vidare beskriver Ekman et al (2011) tre nyckelbegrepp inom personcentrerad omvårdnad: partnerskap, patientberättelsen och dokumentation. Partnerskapet innebär att sjuksköterskan skall se patienten som en jämlik. Sjuksköterskan och patienten ingår ett partnerskap där båda har olika kunskap och kompetens och bör tillsammans göra situationen bättre. Patienten är bäst på hur smärtan påverkar henne och den informationen har betydelse för sjuksköterskans förståelse. Som vi nämnt tidigare så är smärta svår att mäta men den går att beskrivas. Partnerskapet är ett synsätt där bägge parter har ett ansvar över situationen och samarbetar för att nå bästa resultat. Det är genom patientberättelsen sjuksköterskan har möjlighet att förstå patientens känslor, upplevelser och behov (Ekman et al., 2011).

Personcentrerad omvårdnad syftar till att stärka patientens kontroll inom vården. Upplevd kontroll är en psykosocial del i hur patienten upplever sin smärta (Fitzgerald et al., 2017). Patientberättelsen har en central del för att patienten skall få förklara hur hon upplever sin smärta och hur det påverkar hennes smärthantering. Det är viktigt att smärtberättelsen dokumenteras så att alla involverade kan läsa den (Ekman et al., 2011). Fitzgerald (2017) menar vidare att sjuksköterskan skall stärka patientens roll i deras relation till varandra och ge patienten inflytande i behandlingen. Enligt Allvin och Brantberg (2010) kan smärtskattningsinstrument vara ett sätt för sjuksköterskan att synliggöra och förstå ett patientbehov och en möjlighet för patienten att förklara och förtydliga sin upplevelse av problemet.

När ett smärtskattningsinstrument används och dokumenteras blir den också synliggjord för alla i vårdteamet inklusive patienten. Därmed blir smärtan tydlig även för de som inte medverkade vid patientsamtalet. Smärtskattningsinstrument kan också vara en del i uppföljningen genom att sjuksköterskan tillsammans med patienten kan utvärdera en behandling (Kunskapsguiden, 2015).

Kommunikation

Kommunikation är en socialt konstruerad process mellan individer för att förmedla ett budskap eller skapa en förståelse. Kommunikation sker både verbalt och ickeverbalt tex genom kroppsspråk. Kommunikation kan skapa förståelse men kan också vara ett hinder beroende på hur kommunikationen sker mellan individer och hur dessa förstår varandra (Baggens & Sanden, 2014).

Enligt Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO, 2014) finns det brister i kommunikationen och dokumentationen runt smärtskattning, vilket har lett till flera anmälningsärenden. IVO menar att bristerna beror på att smärtskattning missas att dokumenteras, att informationen misstolkas eller brister i uppmärksamheten hos personalen (IVO, 2014). I en studie av Dufault et al (2010) beskrivs att muntlig informationsöverföring och skriftlig dokumentation är felkällor i kommunikationen mellan olika professioner.

Kommunikation är en central del i teamarbetet och behöver fungera effektivt för att ge en god och säker vård. Det finns dock ett utbrett problem med kommunikationen mellan olika vårdgivare och mellan olika professioner (Fitzgerald et al., 2017). Kommunikationsproblem kan medföra minskad trygghet och säkerhet för patienten så det är viktigt med gemensamma strukturer för hur information kommuniceras och vilka verktyg som skall användas (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Inom vården arbetar det flera olika professioner med olika kompetensområden och specialiteter. Det råder ett slags beroendeförhållande mellan dem, d.v.s. de behöver varandra för att kunna ge den bästa möjliga vården till patienten. För att skapa effektiva arbetsformer krävs kommunikation, samordning och samarbete mellan professionerna (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). Ett smärtskattningsinstrument kan vara ett bra och viktigt tvärprofessionellt kommunikationsverktyg (Briggs, 2010).

Problemformulering

Smärta är ett problem som skapar lidande för individen och stora kostnader för samhället. Det är en individuell upplevelse som inte kan mätas med objektiva metoder. Att se och bekräfta patientens smärta är viktigt då det förebygger lidande. Smärtskattningsinstrument är ett verktyg för skattning och ett viktigt hjälpmedel för att kommunicera och förstå patientens smärta. Smärtskattningsinstrument är det bästa sättet för sjuksköterskan att bedöma och tolka patientens smärta och ett verktyg för kommunikation om smärta med patienten. Sjuksköterskans benägenhet att använda smärtskattningsinstrument påverkas av både yttre och inre faktorer. För att underlätta införandet av ett smärtskattningsinstrument är det viktigt att känna till de faktorer som påverkar sjuksköterskans benägenhet att använda det.

Syfte

Att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument.

Utifrån problemformuleringen och syftet formulerades två forskningsfrågor.

1. Vilka faktorer främjar sjuksköterskans benägenhet att använda smärtskattningsinstrument?
2. Vilka faktorer hindrar sjuksköterskan att använda smärtskattningsinstrument?

Metod

Studiedesign

Efter en inledande problemformulering och litteratursökning valdes metoden litteraturöversikt. Att använda metoden litteraturöversikt är ett bra sätt att undersöka ett forskningsproblem och få en överblick när data består av vetenskapliga artiklar och litteratur (Friberg, 2017).

Efter informationssökning i Pubmed avgränsas problemformuleringen till sjuksköterskan och smärtskattningsinstrument, se Tabell 1 PIO. Med den nya avgränsade problemformuleringen formulerades ett syfte. Med syfte klart genomfördes litteratursökningen.

PIO användes för att utforma problemformuleringen och ta fram inklusions- och exklusionskriterier (Friberg, 2017). Sjuksköterska valdes som population då det är sjuksköterskans användande av smärtskattningsinstrument som är i fokus och inte patientens. Interventionen är användning av smärtskattningsinstrument som verktyg. Jämförelse eller comparison är faktorer som kan påverka användandet, eller resultatet av smärtskattningar, tex omgivningsfaktorer och sjuksköterskan attityd. Outcome dvs resultatet av problemformuleringen är att få kunskap om vad som påverkar sjuksköterskans vid användning av smärtskattningsinstrument. Se tabell 1 för presentation av problemformulering.

Tabell 1. PIO.

Population	Sjuksköterska
Intervention	Smärtskattningsinstrument
Outcome	Vilka faktorer påverkar sjuksköterskans, användning av smärtskattningsinstrument

(Friberg, 2017)

Databaser och Sökord

Nedan listas de databaser som användes för att söka vetenskapliga artiklar. Pubmed användes för sökningar inom området medicin och omvårdnad och Cinahl med huvudfokus omvårdnad. Databasen PsychINFO har psykologi och beteendevetenskapliga artiklar vilket var relevant när vi ville fördjupa sökningarna (Karlsson, 2017). Scopus användes för att komplettera sökningar i Pubmed då Scopus innehåller ett bredare material och är den största databasen med peer review artiklar (Elsevier, 2018). Svenska "Mesh-termer" användes i Pubmed och

”Cinahl headings” användes för att kontrollera sökordens relevans i Cinahl. För PsycINFO användes Thesaurus för att hitta rätt söktermer.

De sökord som användes var inriktade på sjuksköterskans roll och faktorer som påverkar sjuksköterskans användande av smärtskattningsinstrument. Återkommande sökord var *Nurse**, som användes för att fånga in alla böjningar av “*Nurse*”. Inledningsvis var det svårt att hitta ett gemensamt sökord för smärtskattningsinstrument. “Mesh-termer” användes för kontroll och framtagning av sökord. Sökorden “*nurse*”, “*pain assessment*”, “*scale*”, “*rating*”, “*barriers*” och “*attitude*” används. Sökord genererade av manuella sökningar som “*Nursing Assessment/methods**” och “*Pain Measurement/methods**” användes för att genomföra en andra sökning i Pubmed. Sökordet “*Pain Measurement*” är ett nyckelord som återkommer i våra sökningar. Databaser och träffar genererade av sökorden redovisas i söktabell, se bilaga 1 söktabell.

Booleska operationer som till exempel AND användes för att binda ihop sökorden och specificera att sökorden “*nurse*” AND “*pain assessment*” hör ihop. Andra booleska operationer som till exempel OR användes för att öka bredden i sökningen och öka känsligheten. Genom kombinationen av sökorden “*barriers*” OR “*attitudes*” fanns träffar på båda och även enstaka sökord oberoende av den andra. Sökningen blev således känsligare. Trunkering användes för att inkludera alla böjningar av sökorden. Till exempel så användes trunkering för sökorden “*nurse*”, “*barriers*” och “*attitude*” detta begränsade inte träffarna till enbart *Nurse* utan även *nurses* och andra böjningar kom med (Karlsson, 2017; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2017).

Urval

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades. Då smärtskattningsinstrument kan användas för att generera kvantitativa data, till exempel siffervärden så inkluderades kvantitativa studier. Upplevelse är svårt att kvantifiera och därför inkluderades kvalitativa artiklar. Smärtskattning kan generera både kvalitativa och kvantitativa data. Endast originalartiklar inkluderades i resultatet.

Studier med inriktning på specifika patientgrupper som demens, äldre, och postoperativ vård inkluderades. Ovanstående patientgrupper inkluderades då dessa patientgrupper förekommer inom den kommunala vården och det är därför intressant hur sjuksköterskan använder smärtskattningsinstrument i kontakt med dessa patientgrupper. Barn under 18 år exkluderades för att det är en komplex grupp med andra faktorer som påverkar smärtskattning, till exempel föräldrarnas roll. En annan anledning till att exkludera barn var att avgränsa examensarbetets omfattning. Studier som genomfördes i en speciell kontext eller miljö, som till exempel akutmottagningen eller på intensivvårdsavdelning exkluderades. Dessa studier är specifika för sin kontext och syftet med dessa studier var ofta att undersöka den specifika miljön, till exempel sjuksköterskans användning av smärtskattning på akuten. Artiklar på andra språk än engelska exkluderades.

Sökningar i databaserna Pubmed, Cinahl, Scopus och PsycINFO resulterade i 38 granskade artiklar och 15 valda artiklar se söktabell (bilaga 1). Sökresultat granskades först efter relevanta rubriker. Därefter lästes relevanta abstrakts. De abstract som valdes ut granskades mot syftet och forskningsfrågorna. Återstående artiklar granskades med röda korsets mall för granskning av studiekvalité. Enligt Röda korset (2005) börjar kvalitetsgranskningen med att

läsa sammanfattningen och diskussionen för att förstå en överblick och vad som är kärnfullt enligt författaren. Faktorer som statistiskt signifikanta värden och hur urvalet och bortfall påverkar var faktorer som beaktades vid granskning av kvantitativa artiklar. Vid granskning av kvalitativa artiklar så var vi uppmärksamma på hur data analyserades tex av en oberoende forskare och hur tidigare resultat eller bakgrunden till studien redovisas av författaren. Centrala faktorer som påverkade kvalitetsbedömningen var urval, kontext, analys av data och resultat samt etiskt godkännande (Röda Korset, 2005; Willman et al., 2017).

Tabell 2. Inklusionskriterier och Exklusionskriterier.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> ● English ● Fulltext ● Originalartiklar ● Peer review 	<ul style="list-style-type: none"> ● Andra personalgrupper än legitimerad sjuksköterska ● Annat språk än Engelska ● Artiklar som enbart fokuserar på akutmottagning eller intensivvård. ● Barn <18 år

Etik

Genom att kontrollera om studierna har blivit etiskt godkända av en etikprövningsnämnd eller tidskriftens egna etiska granskning, så säkrar vi att studier som inkluderas i examensarbetet tillkommit på ett sätt som inte skadat andra. Genomgående så har vi reflekterat över de tre etiska grundprinciperna autonomi, nyttoprincipen och rättvisepincipen. Autonomi handlar om självbestämmande. Nyttoprincipen handlar om vård efter behov. Rättvisepincipen handlar om en rättvis fördelning efter behov. Samtycke är att deltagande är frivilligt och d.v.s. hur forskarna skyddar deltagare och uppgifter, är faktorer som alla artiklar inte redovisar. I de studier där samtycke och konfidentialitet inte nämns så har vi utgått från att etikprövningsnämnden beaktat ovanstående grundläggande forskningsetiska förhållningssätt när studierna fått sitt etiska godkännande (Kjellström, 2017).

Examensarbete på grundnivå behöver inte ett etiskt godkännande men eftersom artiklar och litteratur som ingår i examensarbetet bygger på forskning, så är det viktigt att ha med den etiska aspekten. Helsingforsdeklarationen är en viktig grundbult i den medicinska forskningen. Deklarationen nämner att det är viktigt att inte utnyttja eller kränka individer för att få vetenskapliga resultat (Kjellström, 2017).

Dataanalys

Vi använde Fribergs (2017) modell som går ut på att sammanställa resultatet genom att sortera och jämföra studier. Fördelen med denna modell är att det går att få en översiktssbild av resultatet när sammanställningen är klar.

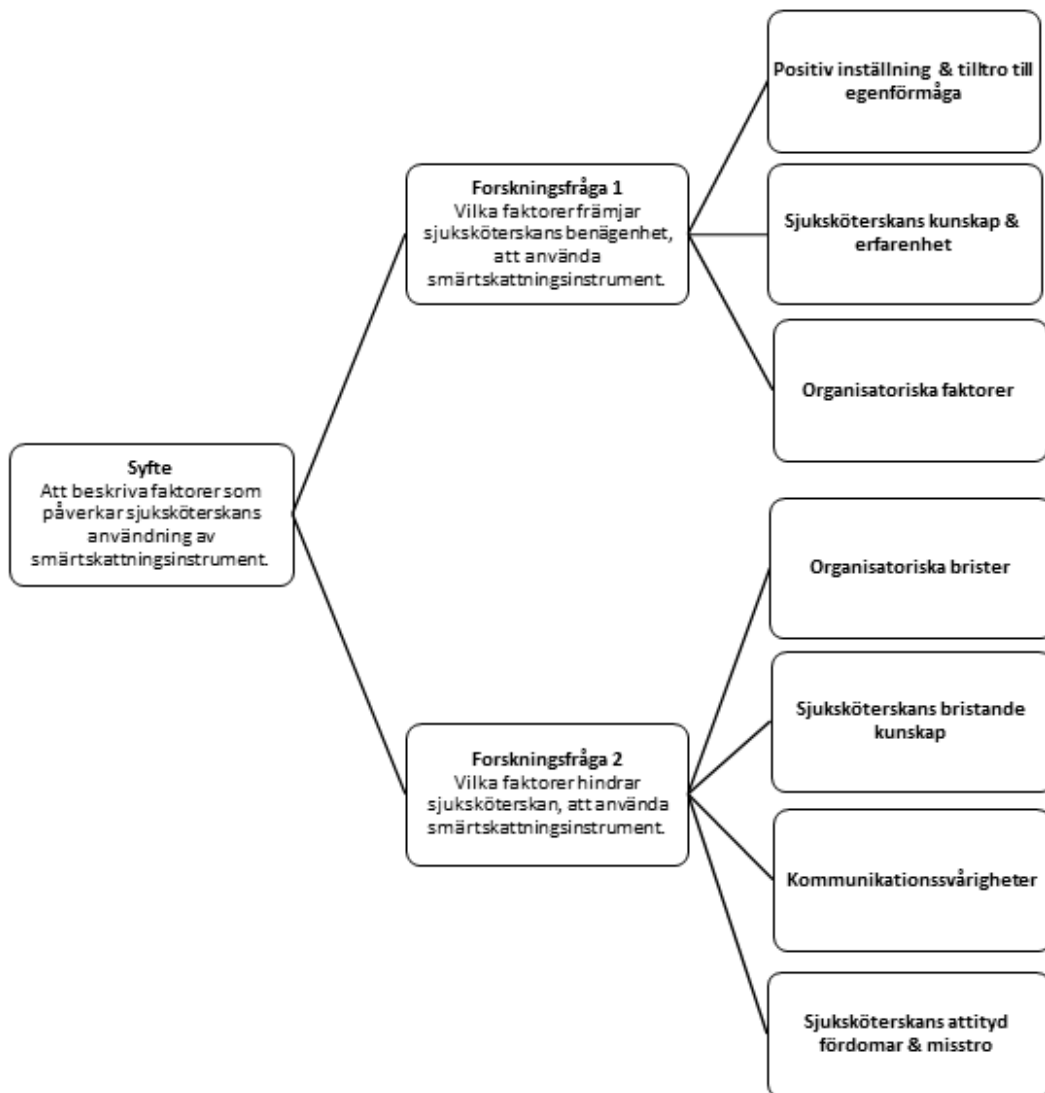
Artiklarna granskades var för sig och sammanställdes tillsammans med beskrivning av resultat och kontext. Se artikelöversikt (bilaga 2) för beskrivning av artiklar. Därefter färgkodade vi artiklarna efter kvalitativa (röd) och kvantitativa (gul). Sedan sorterades artiklar in i kategorier. Kontext som postoperativ, äldre och demens bedömdes och artiklarna likheter

jämfördes ur resultatssynpunkt. När sammanställningen var klar så grupperades kategorierna som svar på de antagna forskningsfrågorna.

Resultat

Med utgångspunkt i syftet och forskningsfrågor har följande indelning i kategorier identifierats, se (figur 1). Analysen resulterade i att kategorier delades in under forskningsfråga ett och två. Forskningsfråga ett har tre kategorier. Forskningsfråga två har fyra kategorier.

Figur 1. Kategorier



Faktorer som främjar sjuksköterskans benägenhet att använda smärtskattningsinstrument

Positiv inställning och tilltro till egenförmåga

Sjuksköterskans inställning, attityd och tilltro till sin förmåga påverkar användningen av smärtskattningsinstrument. I nedanstående stycke förklaras hur ovanstående faktorer har positiva effekter på sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument.

Attityd till smärtskattningsinstrument kan vara en faktor som påverkar sjuksköterskans användande. Deltagarna i en kvalitativ studie av Layman, Young, Horton och Davidhizar (2006) visade en övergripande positiv inställning till smärtskattningsinstrument och menar att smärtskattningsinstrument är viktiga i smärtbedömning, att de är effektiva och ger objektiv och mätbara data. Författarna kunde också se en korrelation mellan kunskap om smärthantering och attityd till smärtskattningsinstrument. Det framkom inte någon korrelation mellan erfarenhet och attityd till smärtskattningsinstrument. Vidare menar författarna till studien att användning av smärtskattningsinstrument ökar förståelsen för patienten (Layman Young et al., 2006).

I en annan studie av Ben Natan, Ateneli, Admenko och Har Nov (2013) var sjuksköterskans inställning till patienten en viktig benägenhet för att använda smärtskattningsinstrument. När sjuksköterskan har en positiv inställning till patienten tenderar hon att smärtskatta oftare. Forskarna såg också att sjuksköterskor med mer erfarenhet hade en ökad positiv inställning till patienterna. Vidare kunde Ben Natan et al (2013) också visa på att om sjuksköterskan tror på sin egen förmåga gällande smärthantering så utförde hon smärtskattning oftare än sjuksköterskor som inte har samma upplevda självkontroll. Författarna menar också att sjuksköterskans självförtroende leder till en känsla av kontroll vid smärtskattning vilket i sin tur är viktigt för att vilja utföra smärtskattning. Författarna drar samband mellan hög kunskapsnivå och högre självförtroende (Ben Natan et al., 2013).

Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet

Kunskap, erfarenhet och utbildning är komponenter som kan leda till ökad användning av smärtskattningsinstrument. Vi kommer också att beskriva hur utbildningsintervention har en positiv effekt på sjuksköterskans kunskap om smärtskattningsinstrument.

Ben Natan et al (2013) menar att sjuksköterskans kunskap om smärta som ämne, ökade användandet av smärtskattningsinstrument. Författarna identifierade också ett samband mellan erfarenhet och smärtskattning där de med mer erfarenhet också tenderar att smärtskatta i högre grad än de med mindre erfarenhet.

I en studie av Zhang et al (2008) så har utbildningsintervention i smärtskattning en positiv effekt på användning av smärtskattning. Även sjuksköterskans kunskap om smärtskattningsinstrument och användning ökar efter utbildningsinterventionen (Zhang et al., 2008). Utbildning i smärtskattning kan även ha positiva effekter på sjuksköterskans attityder till smärtskattningsinstrument (Ying Ge et al., 2013).

Organisatoriska faktorer

Organisatoriska faktorer har effekt på sjuksköterskans benägenhet att smärtskatta, vilket leder till förbättrad smärthantering och kan leda till ökad vårdkvalitet. Vi kommer att beskriva hur

riktade utbildningsinsatser mot enskilda sjuksköterskor har effekt på smärthantering och smärtskattning.

Studien av Ladak et al (2013) visar att riktade utbildningsinsatser mot enskilda sjuksköterskor har effekt då tidigare interventioner inte alltid får resultat. Att utbilda sjuksköterskor till Pain Resource Nurse (PRN) leder till att bättre smärtbedömning på avdelningen, då PRN kan handleda och utbilda kollegor i smärtskattning. Faktorer som främjar rollen som PRN är stöd från ledningen. Att sjuksköterskan kan prioritera smärtskattning och att rollen som PRN är accepterad av kollegor nämns som framgångsfaktorer för implementering av PRN (Ladak et al., 2013).

Enligt Holley, Mcmillan, Hagan, Palacios & Rosenberg (2005) så är det viktigt att öka sjuksköterskans egenmakt. Att utbilda enskilda sjuksköterskor till PRN ökar sjuksköterskans självkänsla vilket leder till bättre vård för patienten och ökad kunskapsspridning till andra sjuksköterskor genom handledning och stöd vid vård av patienter med smärtproblematik. Att implementera PRN i teamarbetet var en framgångsfaktor för bättre smärtbehandling och smärtskattning.

Faktorer som hindrar sjuksköterskan att använda smärtskattningsinstrument

Organisatoriska brister

Organisatoriska faktorer kan både främja och hindra sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. I nedanstående text beskrivs organisatoriska faktorer som har en negativ effekt. Brister som nämns är underbemanning, tidsbrist och kommunikation i team.

I en studie av Elcigil, Maltepe, Esrefgil och Mutafoglu (2011) undersöktes organisatoriska faktorer som hindrade sjuksköterskan att utföra smärtskattning. Författarna hittade framförallt två hindrande aspekter; brist i sjuksköterskans professionella stöd och avsaknad av riktlinjer kring smärtskattning. Forskarna framhöll vikten av system som främjar diskussioner och utbyte av erfarenheter mellan och inom olika professioner. Författarna menade också att sjukvårdsorganisationen skall ha tydliga riktlinjer för hur sjuksköterskans skall arbeta och vilka metoder som skall användas vid smärtbehandling (Elcigil et al., 2011).

Underbemanning och tidsbrist är faktorer som hindrar sjuksköterskan att genomföra smärtskattningar. I studien av Elcigil et al angav ca 74 % av deltagarna just underbemanning som det största hindret för smärtskattning (Elcigil et al., 2011). I en studie av Burns & Mcilpatrick (2015) angav 90 % av deltagarna att underbemanning var det största hindret för genomförandet av smärtskattning. Författarna menar vidare att tidsbrist och hög arbetsbelastning leder till brist på kontinuitet i smärtbedömning av patienterna och brist på uppföljning av smärtbedömning (Burns & Mcilpatrick, 2015).

Clark, Jones och Pennington (2004) visade i sin studie att låg andel sjuksköterskor per patient på ålderdomshem och hög arbetsbelastning påverkar möjligheten till smärtskattning, då sjuksköterskan har ett övergripande patientansvar. Att det går många patienter på en sjuksköterska påverkar sjuksköterskans möjlighet att genomföra smärtbedömningar av alla patienter. På grund av hög arbetsbelastning prioriterar sjuksköterskan bort uppgifter som tar tid eller är krävande som tex smärtskattning (Clark et al., 2004).

Två studier visade att kommunikationsbrister och brist i samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare kunde vara ett hinder för smärtskattning (Burns et al., 2015; Elcigil et al., 2011). I studien av Elcigil (2011) tyckte 47 % av deltagarna att läkarna inte hade tillräckligt engagemang i patienternas smärthantering och att detta var ett hinder för sjuksköterskan. Vidare menade deltagarna i studien att läkaren inte litade på sjuksköterskan smärtbedömning, vilket ledde till att sjuksköterskan inte uppmuntrades till smärtskattning (Elcigil et al., 2011). I en annan studie angav deltagarna att ett lågt medicinskt stöd från läkarna var ett hinder för sjuksköterskans smärtbedömning av patienterna. Författarna såg ett behov av samordning och samarbete mellan läkare och sjuksköterskor för att smärtskattning ska bli gjort (Burns et al., 2015).

Sjuksköterskans bristande kunskap

Våra sökningar visar att brister i sjuksköterskans kunskap om smärtskattning är en faktor som påverkar attityden till patienten och smärtskattningsinstrument negativt. Vidare kommer vi visa på att bristande kunskap också påverkar sjuksköterskans kliniska arbete vid användning av smärtskattningsinstrument.

Enligt Ene Wickström, Nordberg, Bergh, Johansson och Sjöström (2008) så har riktade interventionsprogram för sjuksköterskan begränsad effekt. Interventionsprogram verkar ha marginell ökning av kunskap och kommunikation om smärtskattning. Vid uppföljning av interventionsprogrammet använde endast 40 % av sjuksköterskorna VAS-skalan. Författarna identifierade att många sjuksköterskor använder egna personliga bedömningar för att identifiera smärta. Layman Young et al (2006) menar att erfarenhet och kunskap som ensamma komponenter, inte ökar sjuksköterskans inställning till smärtskattningsinstrument.

I en studie från Kina påvisar författarna uppenbara brister i grundutbildningen av sjuksköterskor. Forskarna hittade felaktigheter om smärta och smärthantering i den kurslitteratur som används i sjuksköterskeutbildningen. När forskarna undersökte samband mellan kunskapsnivån gällande smärta och smärtskattning hos sjuksköterskor och användandet av smärtskattningsinstrument påvisades stora brister. Det visade sig att 80 % av sjuksköterskorna i studien använde placeboinjektioner för att besluta om patienternas smärta var "äkta". Deltagarna i studien uppgav också att de inte smärtskattar patienter som rutin. Författarna i studien poängterade behovet av ett kunskapslyft samt mer klinisk träning (Ying Ge et al., 2013). Studien av Ben Natan et al (2013) kunde däremot inte visa att internutbildningar om smärta ökade viljan att använda smärtskattningsinstrument.

I en kvalitativ studie av Layman Young et al (2006) menade en deltagare att patienter inte kan skatta sin smärta. En annan deltagare i samma studie, säger att vissa patienter alltid skattar sin smärta högt även om patienten inte uppvisar några fysiska tecken på smärta. Författarna menar vidare att det behövs ett kunskapslyft hos sjuksköterskan för att ändra attityder och gamla myter kring smärtskattningsinstrument (Layman Young et al., 2006).

Kommunikationssvårigheter

Kommunikationshinder påverkar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. Här beskrivs faktorer som har negativt påverkan. Faktorer som beskrivs är patientbarriärer, dvs hur kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten tolkas och blir ett hinder för sjuksköterskan.

Enligt Elcigil et al (2011) är det största patientrelaterade hindret att vissa patienter har svårigheter att skatta sin smärta med ett självskattningsinstrument. Kritiken från deltagarna i studien är att patienter lätt överskattar eller underskattar sin smärta, vilket leder till övermedicinering eller undermedicinering (Elcigil et al., 2011).

Enligt Dequeker, Van Lancker och Van Hecke (2018) så har ca 40 % av patienterna svårt att bedöma och beskriva sin smärtintensitet. Jämfört med sjuksköterskan som i samma studie uppskattade att knappt 13 % av patienterna har svårt att beskriva sin smärtintensitet. Detta visar att det finns skillnad i hur patienten skattar sin upplevelse och hur sjuksköterskan tolkar patientens kommunikation. Enligt Van Dijk et al (2012) är sjuksköterskans och patientens tolkning olika. Vid användning av smärtskattningsinstrument tolkar patienter och sjukvårdspersonalvärdena olika. Även olika sjuksköterskor tolkar och relaterar resultatet av det numeriska värdet olika. Till exempel finns det skillnad i hur anestesi- och smärtsjuksköterskor tolkar samma numeriska värde. Att använda NRS-värdet fyra som indikation för smärtlindring gör att 17 % av patienterna riskerade att bli överbehandlade och 5 % riskerar underbehandling av smärta. Det är viktigt att inte enbart gå på NRS-värdena för bedömning av smärta utan också fråga hur patienten upplever smärta (Van Dijk et al., 2012).

I en studie av Van Boekel et al (2017) visar författarna hur patienternas acceptans av sin smärta påverkar hur patienten skattar och bedömer sin smärta. Vissa patienter kan skatta sin smärta högt (NRS 7) men samtidigt ha en hög smärtacceptans medan hos andra patienter kan en låg skattning upplevas som outhärdligt (Van Boekel et al., 2017). Att kommunicera med patienten om hur hon upplever sin smärta är viktigt då smärta är individuellt. Hur patienten accepterar sin smärta påverkas av hur patienten upplever och skattar sin smärta. Det är viktigt för sjuksköterskan att känna till ovanstående patientfaktorer då det påverkar hur patienten beskriver sin smärta (Van Dijk et al., 2012; Van Boekel et al., 2017)

Enligt Manias et al (2004) kan en orsak till att patienter upplever hinder vid självskattning av sin smärta med ett smärtskattningsinstrument bero på om sjuksköterskan informerar och förklarar för patienten hur instrumentet fungerar. I studien var det var svårt för sjuksköterskan att beskriva maxvärdet (10) och hur det ska tolkas med förklarande exempel för patienten. Smärtskattningsinstrument användes av sjuksköterskan i endast 9 % av alla smärtskattningar i studien. Ett hinder som identifierades av sjuksköterskorna var att smärtskattningsinstrument inte är användbart då patientens förmåga att självskatta är nedsatt, som vid demens eller kognitiva nedsättningar (Manias et al., 2004).

Sjuksköterskans attityd, fördomar och misstro

Sjuksköterskans attityd påverkar användandet av smärtskattningsinstrument. Negativ attityd leder till egna implementeringar och misstro till smärtskattningsinstrument, vilket påverkar inställningen till hur användbart sjuksköterskan tycker att smärtskattningsinstrument är.

Enligt Clark et al (2004) kan osäkerhet vid identifiering av smärta hos äldre vara en faktor som påverkade sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. Ett hinder i bedömningen av smärta är att identifiera orsaken till smärta, tex om det är kroppslig eller psykisk smärta som patienten ger uttryck för. Osäkerhet gör att sjuksköterskan istället använder en personrelaterad bedömning. Personkännedom var en viktig faktor för sjuksköterskorna i studien och smärta identifierades genom avvikande beteende hos patienten. Denna attityd leder till informella smärtskattningar vilket leder till att sjuksköterskorna inte

använder smärtskattningsinstrument då det inte anses vara ett viktigt verktyg för smärtskattning. Enligt Shugarman et al (2010) är det vanligt med informella smärtskattningar istället för att använda en NRS-skalan. Hälften av sjuksköterskorna i studien använde informella smärtskattningar istället för NRS-skala, vilket leder till smärtunderskattning. I studien förekom det också att sjuksköterskor använde NRS-skalan med egna implementeringar och inte följer riktlinjer för användning av NRS-skalan.

Layman Young et al (2006) visar på att sjuksköterskor har en misstro till smärtskattningsinstrument. Deltagarnas kritik i denna kvalitativa studie var att smärtskattningsinstrument är subjektiva, missvisande och ger felaktiga resultat. I samma studie angav två deltagare att patienter kan störas av massa frågor om smärtintensitet när smärtan är uppenbar. Författarna visade på att när sjuksköterskan hade en negativ attityd till smärtskattningsinstrument så tenderade hon att använda dem i mindre utsträckning (Layman Young et al., 2006).

Enligt en studie av Ying Ge et al (2013) kan kulturella fördomar påverka sjuksköterskans benägenhet att genomföra smärtskattning. Författarna menar att vissa sjuksköterskor har förutfattade meningar om vissa patientgrupper vilket resulterar i brister vid smärtbedömning (Ying Ge et al., 2013).

Diskussion

Resultatdiskussion

Vi kommer i denna diskussionen analysera de viktigaste resultaten utifrån faktorer som främjar och hindrar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. Vi kommer även att diskutera resultat som är betydelsefulla för omvårdnad.

Organisatoriska faktorer

Studie av Holley et al (2005) och Ladak et al (2013) visar att PRN har en positiv effekt på sjuksköterskans belåtenhet och ökar självförtroendet vid smärtskattning. PRN är en resurs som hjälper kollegor att smärtskatta genom handledning och bidrar till en ökad kompetens genom utbildning och monitorering av kollegor. En randomiserad kontrollerad studie bekräftar nyttan av PRN då de visat att PRN ökar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument (Gunnarsdottir et al., 2017). En studie av Mcmillan, Hagan & Small (2005) bekräftar att utbildning av sjuksköterskor till PRN leder till ökad kunskap om smärta och bättre smärtskattning. En till effekt av PRN var en signifikant ökning av sjuksköterskans positiva attityd gentemot patientens smärta (Mcmillan et al., 2005).

Flera artiklar visar att det finns ett problem med underbemanning inom vården. Tidsbrist och hög arbetsbelastning resulterar i att sjuksköterskan bortprioriterar viktiga arbetsmoment såsom smärtskattning (Elcigil et al., 2011; Burns et al., 2015; Clark et al., 2004). Tidigare forskning bekräftar behovet av att öka antalet sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården och menar att en för hög arbetsbelastning har en negativ påverkan på vårdkvaliteten (Deldar, Froutan, & Ebadi., 2018). När sjuksköterskan arbetar under tidspress och har en hög arbetsbelastning är hon känslig för yttre störande moment, såsom distraktion, vilket försämrar sjuksköterskans förmåga att hantera smärta hos sina patienter (Fitzgerald et al., 2017). En för hög arbetsbelastning kan leda till stress och att sjuksköterskor säger upp sig eller blir

sjukskrivna. Kontentan blir en hög personalomsättning och med ny oerfaren personal som kommer in i personalgruppen och kompetensen riskerar därmed att sänkas (Arbetsmiljöverket, 2017).

Kommunikation och samverkan

Ett återkommande tema var hur patientrelaterade hinder uppstår vid kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Vid användning av smärtskattningsinstrument kan samma rapporterade värde på smärtskattningsskala ha olika betydelse för olika patienters upplevelse av smärta och sjuksköterskans bedömning av skattingsvärdet (Van Dijk et al., 2012; Van Boekel et al., 2017). Detta visar på värdet av att kommunicera och att fråga patienten vad resultaten av smärtskattningar betyder. Det är av största vikt att lyssna, förstå och tro på vad patienten säger sig uppleva. När sjuksköterskan möter en patient med smärta börjar den bästa och säkraste analysen av smärtan genom patientens självrapportering, där en del är smärtskattning. Vidare belyser både vårdhandboken och svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI) att det är viktigt att kommunicera med patienten för att förstå hur det numeriska värdet relaterar till patientens smärtupplevelse (Vårdhandboken, 2018; SFAI, 2010). Utan adekvat kommunikation blir den personcentrerade omvårdnaden kraftigt begränsad då personcentrerad omvårdnad, till stor del, bygger på patientberättelsen. Patientberättelsen är grunden till sjuksköterskans förståelse för patientens känslor, upplevelser och behov (Ekman et al., 2011).

Vårt resultat visar på svagheter i samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare. Sjuksköterskorna indikerade att ökat engagemang och delaktighet från läkarna skulle skapa ett incitament för smärtskattning (Burns et al., 2015; Elcigil et al., 2011). För att kunna erbjuda en god vård till patienten och skapa effektiva arbetsformer krävs samordning och samarbete mellan sjuksköterskan och läkaren (Carlström et al., 2013). En studie av Deldar visar liknande resultat och menar att om läkaren inte uppmärksammar smärta som ett problem tenderar sjuksköterskan att smärtskatta i mindre omfattning (Deldar et al., 2018). Vidare menar Briggs (2010) att smärtskattningsinstrument kan vara ett sätt för olika professioner att kommunicera och samarbeta. Däremot om smärtskattningsinstrument inte används så förloras det kommunikationsverktyget.

Kunskap och attityd

Layman Young et al (2006) visar i sin studie att attityder både hindrar och främjar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. Sjuksköterskans benägenhet att använda smärtskattningsinstrument beror alltså till stor del på hon inställning till dem. Det är intressant att författarna inte såg något samband mellan kunskap och attityd. När sjuksköterskans attityd till smärtskattningsinstrument är den hindrande huvudfaktorn så kanske inte kunskapshöjning är den bästa lösningen. Ben Natan et al (2013) visar på att inställningen till patienten har betydelse för benägenheten att smärtskatta. Detta tycker vi är anmärkningsvärt då sjuksköterskan skall värna om partnerskapet mellan sig själv och patienten samt värna om patientens kontroll i smärtbehandlingen (Ekman et al., 2011).

Kunskapsbrist påverkar användandet av smärtskattningsinstrument men i vilken grad kunskapsbrist och användning av smärtskattningsinstrument korrelerar med varandra är osäker (Ene Wickström et al., 2008; Ben Natan et al., 2013; Layman Young et al., 2006; Manias et al., 2004; Zhang et al., 2008). För även om utbildningsnivå och kunskapsnivå kan ha en positiv inverkan på sjuksköterskans tendens att smärtskatta (Ben Natan et al., 2013;

Zhang et al., 2008) så menar andra forskare på att riktade kunskapshöjande interventioner på arbetsplatsen har en begränsad effekt på användandet av smärtskattningsinstrument (Ene Wickström et al., 2008; Ben Natan et al., 2013; Layman Young et al., 2006). En annan anledning till att utbildningsinterventioner i smärtskattning har tveksam effekt kan vara att under interventionen så uppstår en effekt av att införa ett nytt arbetssätt eller smärtskattningsskala. Denna prestationsförmåga kan vara en anledning till att även kontrollgruppen ökade sitt användande av smärtskattningsinstrument i studien av (Zhang et al., 2008)

Tidigare forskning visar på att utbildningar i smärthantering leder till förbättrat kliniskt arbete för sjuksköterskor och förbättrad smärtbehandling för patienten (Fitzgerald et al., 2017). En kvalitativ studie från Iran belyste att ovanan att smärtskatta var ett betydande hinder för sjuksköterskan. I samma studie beskrev deltagarna att de önskade mer klinisk träning i smärtskattning för att skapa nya vanor för smärtskattning (Deldar et al., 2018). Om kunskapshöjning inom smärthantering och smärtskattning genom undervisning visar sig ge begränsad effekt kan vi anta att hinder för sjuksköterskans smärtskattning är mer komplex än bristande kunskap. När sociala och kulturella problem på en arbetsplats ligger till grund för hindrande attityder kanske utbildning inte är lösningen (Brockopp et al., 1998).

Metoddiskussion

Vi har inkluderat både kvalitativa och kvantitativa artiklar då dessa kompletterar varandra. Syftet att undersöka faktorer som påverkar sjuksköterskan leder till att flera kvantitativa artiklar inkluderades, för att faktorer oftast beskrivs med kvantitativa data. För att undersöka subjektiva faktorer och få en djupare förståelse så har vi inkluderat kvalitativa artiklar, då kvalitativa artiklar kan beskriva personliga faktorer som är svåra att kvantifiera.

Under den inledande litteratursökningen identifierade vi ett nyckelsökord, vilket är "Pain Measurement". Nyckelsökordet är en "Mesh-term" för smärtskattningsinstrument. Vi använde sökordet i alla databaser. Då sökning med nyckelsökordet inte genererade några användbara träffar i PsycINFO, trots att det är ett adekvat sökord för smärtskattningsinstrument, så användes "Pain assessment" istället i PsycINFO.

Då syftet var att undersöka faktorer som påverkar sjuksköterskan uppstod ett problem, yrkestiteln sjuksköterska betyder olika beroende på vilket land studien är genomförd. Till exempel så är registrerad nurse motsvarigheten till den svenska sjuksköterskan, enbart nurse är en benämning på undersköterskor i Amerika. Det kan också skilja på utbildningsnivån för sjuksköterskan. Det är inte en treårig universitetsutbildning i alla länder och nivån på utbildningen varierar dessutom. Genom att ha förståelse för ovanstående skillnader har vi eftersträvat att inkludera studier som är likvärdiga en legitimerad sjuksköterska, till exempel så är ett av våra exklusionskriterier andra personalkategorier än sjuksköterska.

Vi valde att inte begränsa oss till ett land eller världsdel tex Europa, vilket är en styrka då vi inte enbart får resultat som kommer från Europa utan även andra delar av världen. Att ha en bredd, som inte exkludera andra länder, gör att vi är öppna för att se andras erfarenheter men också likheter. Det gör även att kontexten eller miljön i ett speciellt land eller sjukvårdssystem inte påverkar resultatet, som kan vara fallet om vi bara tar med studier genomförda i ett land, till exempel Sverige. Resultat blir heller inte präglade av en enstaka

kultur och kan därför bli mer generaliserbart. De stora kunskapsbrister som påvisades i en kinesisk studie av Ying Ge et al. (2013) står ut från övriga studier vilket är en svaghet. Författarna till studien hittade brister i utbildningssystemet vilket kunde förklara de kunskapsbrister som fanns.

En styrka med denna litteraturöversikt är att vi inte avgränsade till enbart kommunal vård. Troligtvis hade resultatet begränsats om vi använde sökord för kommunal vård. Våra sökningar resulterade i träffar från kommunal vård, då vi har en begränsning på ålder som ska vara över 18 år. Att ta med hela åldersspannet över 18 år gjorde att vi fick många träffar på smärtskattningsinstrument och äldre, men även demens och postoperativ vård vilket är patientgrupper som förekommer i kommunal vård. Vi har ytterligare förankrat arbetet i den kommunala kontexten genom att stämma av med verksamhetscheferna i kommunen som har bidragit med användbara insikter.

Vi fick exkludera en studie som var genomförd i kommunal kontext, på grund av att urvalet var så litet att enskilda deltagare skulle kunna påverka utfallet. En annan studie med kommunal kontext som var relevant mot vårt syfte fick också exkluderas då studiens fokus var på undersköterskan.

Det är också svårt att jämföra olika hälso- och sjukvårdssystem, till exempel så är inte den kommunala vården organiserad på samma sätt i alla länder. En annan styrka är att vi har med resultat från sjukhus så det inte blir en skiljelinje mellan sjukhus och kommun. Att ta med resultat från sjukhus kan också vara en svaghet då användningen av smärtskattningsinstrument kan vara olika mellan äldreboende och sjukhus. Sjukhus som kontext är viktigt då patienter rör sig mellan sjukhus och kommunal vård, ibland med väldigt kort varsel som vid postoperativ vård.

Enligt Friberg (2017) är det en styrka att tillsammans granska varandras artiklar och att redovisa artiklarna i en översiktstabell. En svaghet i vår litteraturöversikt är att vi delade upp sökningen mellan oss. Uppdelningen var Pubmed och Scopus, Cinahl och PsycINFO. Artiklar granskades med samma granskningsmall men vi har inte granskat varandras artiklar. Detta är en svaghet då kvalitetsgranskningen inte har samma styrka som om vi granskar varandras artiklar. Styrkan med att granska varandras artiklar är att hitta brister som den enskilde kan missa. Däremot gick vi igenom granskningsmallen tillsammans innan kvalitetsgranskningen. Vi sammanställde dessutom artiklarnas sammanfattning in i en artikelöversikt för att tydliggöra hur granskningen har genomförts och hur artiklarna har tolkats.

Slutsats

Flera faktorer påverkar sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument. Några av dessa faktorer var sjuksköterskans attityd, sjuksköterskans kunskap, organisatoriska faktorer och kommunikationsbrister. Attityden till både smärtskattningsinstrument och till patienten styr sjuksköterskans användande. Även sjuksköterskans osäkerhet eller självförtroende runt smärthantering har visat sig avgöra i vilken grad hon smärtskattar.

Kunskap om smärta, smärthantering och smärtskattning är alla delar som påverkar sjuksköterskans användande av smärtskattningsinstrument. Vårt resultat pekar på att alla åtgärder som syftar till kunskapshöjning inte leder till effektivare smärtskattning men att

kunskap är en viktig komponent för smärthantering. Sjukvårdsorganisationen har ett ansvar i hur sjuksköterskan arbetar och vilka förutsättningar hon har. Vårt resultat visar att underbemanning, hög arbetsbelastning och avsaknad av professionellt stöd försvårade för sjuksköterskan i sitt arbete med smärtskattning. PRN kan vara en organisatorisk åtgärd för att stärka sjuksköterskans roll i patientens smärthantering, där smärtskattning ingår.

All patientkontakt innefattar någon form av kommunikation. Vårt resultat visar brister i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter. Vid numerisk smärtskattning finns det svårigheter med att beskriva vad siffrorna innebär för individen. Vi menar att ansvaret ligger hos sjuksköterskan och det är sjuksköterskan som ska se till att smärtskattningsinstrument används korrekt och begrips av patienten. De flesta sjuksköterskor möter dagligen patienter med smärta. De flesta av dessa försöker säkert använda olika omvårdnadsåtgärder för att lindra smärtan. Genom identifiering av hinder kan vi förhoppningsvis hjälpa dessa sjuksköterskor och vårdchefer att bättre förstå de mekanismer som styr sjuksköterskans användande av smärtskattningsinstrument. För att säkerställa hög vårdkvalitet behöver hälso- och sjukvården förbättra sitt arbete inom smärtbedömning.

Vidare forskning

Idag och i framtiden så behöver sjuksköterskan verktyg för att möta patienter med smärta. Det behövs mera kunskap och forskning om hur sjuksköterskan använder smärtskattningsinstrument och vad som påverkar användandet. En intressant infallsvinkel att forska vidare på är vad som styr sjuksköterskans attityd och hur den kan påverkas. Det vore dessutom intressant att forska mer på vad som påverkar sjuksköterskans inställning och bidrar till en positiv attityd till smärtskattningsinstrument. Ett annat område som är fängslande är PRN och det hade varit intressant att studera PRN i en svensk kontext. Hur ses PRN som en resurs av arbetslaget och hur är det att handleda och utbilda kollegor?

Referenser

- Allvin, R & Brantberg, L. (2010). Postoperativ smärta och omvårdnad. I M. Werner & I. Leden. (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (s. 247–255). Stockholm: Liber.
- Arbetsmiljöverket, (2017). *Psykisk ohälsa, stress, hot och våld*. Hämtad 2018-11-23 från <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/>
- Baggens, C. Sanden, I (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I Edberg, A-K & Wijk. H (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 508–532). Lund: Studentlitteratur.
- Ben Natan, M., Ataneli, M., Admenko, A., & Har Noy, R. (2013). Nurse assessment of residents' pain in a long-term care facility. *International Nursing Review*, 60(2), 251–257. doi: 10.1111/inr.12006
- Bergh, I. (2014). Smärta. I Edberg, A-K & Wijk. H (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*. (s. 421–446). Lund: Studentlitteratur.
- Briggs, E. (2010). Assessment and expression of pain. *Nursing Standard (Royal College of Nursing)*, 25(2), 35–38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20949822>
- Brockopp, D-Y., Brockopp, G., Warden, S., Wilson, J., Carpenter, J-S., & Vandeveer, B., (1998). Barriers to change: A pain management project. *International Journal of Nursing Studies*, 35(4), 226–232. doi: 10.1016/S0020-7489(98)00035-2
- Burns, M., & Mcilpatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479–87. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.10.479
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I Edberg, A-K, Ehrenberg, A, Friberg, F, Wallin, L, Wijk, H & Öhlen, J (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå*. (s.63–85). Lund: Studentlitteratur.
- Carson, M. G & Mitchell, G. J. (1998). The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1242–1248. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00843.x
- Clark, L., Jones, K., & Pennington, K. (2004). Pain Assessment Practices with Nursing Home Residents. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 733–750. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15466611>.
- Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: A qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 11. doi: 10.1186/s12912-018-0281-3
- Dequeker, S., Van Lancker, A., & Van Hecke, A. (2018). Hospitalized patients' vs nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 160–171. doi: 10.1111/jan.13395

- Dufault, M., Duquette, C., Ehmann, J., Hehl, R., Lavin, M., Martin, V., . . . Willey, C. (2010). Translating an Evidence-Based Protocol for Nurse-to-Nurse Shift Handoffs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(2), 59–75. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00189.x
- Dunwoody, C., Krenzischek, D., Pasero, C., Rathmell, J., & Polomano, R., (2008). Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 9(1), 11–21. doi:10.1016/j.pmn.2007.11.006
- Edberg, A-K. (2014). Kognitiv svikt. I A.Ehrenberg & L.Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. (s. 645–662). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2009) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Elcigil, A., Maltepe, H., Eşrefgil, G., & Mutafoglu, K. (2011). Nurses' Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain in a University Hospital. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33 Suppl 1(1), S33-S38. doi: 10.1097/MPH.0b013e3182121bef
- Elsevier. (2018). Scopus. Hämtad 2018-10-27. Från <https://www.elsevier.com/solutions/scopus>
- Ene Wickström, K., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, FG., & Sjöström, B. (2008). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2042–2050. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02278.x
- Fitzgerald, S., Tripp, H., & Halksworth-Smith, G. (2017). Assessment and management of acute pain in older people: barriers and facilitators to nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 48–57. <http://www.ajan.com.au/Vol35/Issue1/6Fitzgerald.pdf>
- Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A.Ehrenberg & L.Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. (s. 47–75). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Tredje upplagan ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Gunnarsdottir, S., Zoëga, S., Serlin, R., Sveinsdottir, H., Hafsteinsdottir, E., Fridriksdottir, N., . . . Ward, S. (2017). The effectiveness of the Pain Resource Nurse Program to improve pain management in the hospital setting: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 83–90. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.009

Holley, S., Mcmillan, S., Hagan, S., Palacios, P., & Rosenberg, D. (2005). Pain resource nurses: Believing the patients and believing in themselves. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 843–8. doi: 10.1188/05.ONF.843–848.

Inspektionen för vård och omsorg. (2014). Kommunikationsbrister i vården. Hämtad 2018-11-08. Från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>

International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Taxonomy*. Hämtad 2018-10-26. Från <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.

Kaasalainen, S. (2007). Pain assessment in older adults with dementia: Using behavioral observation methods in clinical practice; careful use can guide decision making and improve care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(6), 6–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598622>

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I A. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95–112). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I A. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 69–90). Lund: Studentlitteratur.

Kunskapsguiden (2015). *Standardiserade bedömningsmetoder*. Hämtad 2018-11-06 Från <http://www.kunskapsguiden.se/ebp/standardiserade-bedomningsmetoder/Sidor/default.aspx>.

Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2004). Assessment of patient pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 751–769. doi: 10.1177/0193945904267699

Mcmillan, S., Tittle, M., Hagan, S., & Small, B. (2005). Training pain resource nurses: Changes in their knowledge and attitudes. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 835–42. doi: 10.1188/05.ONF.835–842

Norrbrink, C. Lund, I & Lundeberg, T. (2014). Smärtanalys och smärtskattning. I Norrbrink, C. & Lundeberg, T (Red.), *Om smärta -ett fysiologiskt perspektiv*. (s. 95–100). Lund: Studentlitteratur.

Ladak, S. Mcphee, C. Muscat, M. Robinson, S. Kastanias, P. Snaith, K., Shobbrook, C. (2013). The Journey of the Pain Resource Nurse in Improving Pain Management Practices: Understanding Role Implementation. *Pain Management Nursing*, 14(2), 68–73. doi: 10.1016/j.pmn.2011.02.002

Layman Young, J., Horton, F., & Davidhizar, R. (2006). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 412–421. doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2648.2006.03735.x.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Rivano, M. (2010). Psykologiska, sociala och existensiella aspekter av smärta. I M. Werner & I. Leden (Red.), *Smärta och smärtbehandling*. (s. 63–82). Stockholm: Liber.

Röda korset. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2018-11-01 från https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf.

Socialstyrelsen. (2017) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2018-11-19 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta en systematisk litteraturöversikt. V. 2* (SBU-rapport, 177:2). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Svensk demenscentrum. (2017). *Abbey Pain Scale*. Hämtad 2018-10-30 från <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verö>

Svensk förening för anestesi och intensivvård (2010) *Riktlinjer för postoperativ vård*. Hämtad 2018-11-28 från <https://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-och-riktlinjer/anestesi/postoperativ-smartlindring/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan Vårdpersonal*. Hämtad 2018-10-31 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-11-08 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Shugarman, L. Goebel, J. Lanto, A. Asch, S. Sherbourne, C. Lee, M., . . . Lorenz, K. (2010). Nursing Staff, Patient, and Environmental Factors Associated with Accurate Pain Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(5), 723–733. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.024

Synnöve, L. Walberg, E & Cornelius, M. (2016). Postoperativ smärta. I C. Kumlien. J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s.147–154). Lund: Studentlitteratur.

Van Boekel, R., Vissers, K., van der Sande, R., Bronkhorst, E., Lerou, J., & Steegers, M. (2017). Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery. *PloS one*, 12(5), e0177345. doi: 10.1371/journal.pone.0177345

Van Dijk, FM. Van Wijck, A. Kappen, L. Peelen, C. Kalkman, M. & Schuurmans. (2011). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 65–71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009

Vårdhandboken (2018). *Smärtskattning av akut och postoperativ smärta*. Hämtat 2018-11-28 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Oversikt/>

Werner, M. (2010), Introduktion och kort historik. I M. Werner & I. Leden (Red.), *Smärta och smärtbehandling*. (s. 13–29). Stockholm: Liber.

Willman, A. Bahtsevani, C. Nilsson, A., & Sandström, B. (2017). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3., [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2007). *WHO Normative Guidelines on Pain Management Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015) *World report on Ageing and Health*. Geneva World Health Organization.

Ying Ge, T., Konstantatos, A. H., Cai Fang, Z., Ying, H. J., Ai Fen, Y., & Boyd, D. (2013). A Cross-Sectional Exploratory Survey of Knowledge, Attitudes and Daily Self-Reported Pain Assessment Practice among Nurses in Mainland China. *Pain Medicine*, 14(10), 1468–1476. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=91255798&site=ehost-live>

Zhang, C-H. Hsu, L. Zou, B-R. Li, J-F. Wang, H-Y & Huang, J. (2008). Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Practices in China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6), 616–627. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.020>

Bilagor

Bilaga 1 Söktabell.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2018-10-31	Pubmed	Pain rating scale OR Pain Measurement AND nurses roles	English Adult, age 19+ till 80+	121	14	8	Ene Wickström et al., 2008. Manias et al., 2004. Dequeker et al., 2018. Holley et al., 2005. Ladak et al., 2013.
2018-11-03	Pubmed	Nursing Assessment/methods* AND Pain Measurement/methods*	English Adult, age 19+ till 80+	124	22	6*	Clark et al., 2004.
2018-10-23	Scopus	Pain rating scale AND "Nurse" AND Attitude of Health Personnel OR Pain Measurement	English Adult	271	20	12	Van Dijk et al., 2012. Shugarman et al., 2010. Van Boekel et al., 2017. Zhang et al., 2008.
2018-10-25	Cinahl	Pain Measurement AND barriers AND nurse*	Peer English	65	16	5	Burns, & Mcilpatrick, 2015. Elcigil et al., 2011.
2018-10-29	Cinahl	pain assessment AND attitude AND nurse*	Peer English	95	9	2	Ben Natan et al., 2013.
2018-10-29	PsycINFO	pain assessment AND attitude* AND barrier*	Peer Adulthood 18 years & older Humans	165	8	2	Layman Young et al., 2006.
2018-11-02	PsycINFO	pain assessment AND nurses AND attitudes	Peer Humans	327	16	3	Ying Ge et al., 2013.
2018-11-08	PsycINFO	pain measurement AND attitude* AND barrier*	Peer	71	5	0	0
Totalt				1239	110	38	15

Bilaga 2 Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Assessment of patient pain in the postoperative context.</p> <p>Manias et al., 2004</p> <p>Western Journal Of Nursing Research</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskor tar beslut och hur besluten påverkar smärtskattning.</p>	<p>Kvalitativ Observationsstudie</p> <p>NRS-skalan användes för smärtskattning.</p> <p>Genomförd i Australien.</p> <p>Postoperativ kontext.</p>	<p>Fem tema identifierades. Enkla frågor, smärtskattningsinstrument, komplex skattning, avsaknad av smärtskattning och kroppslig undersökning.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Etiskt godkänd. Vårdnadshavare har lämnat samtycke för patienter med kognitiv nedsättning</p> <p>Sjuksköterskan påverkas av att forskare observerar beteendet, vilket kan påverka smärtskattningar.</p> <p>En extern person genomförde analysen av all data.</p>
<p>Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management.</p> <p>Dequeker et al., 2018</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Undersöka skillnaden mellan hur sjuksköterskor och patienter skattar smärta och barriärer till smärtbehandling</p>	<p>Kvantitativ Tvärsnittsstudie.</p> <p>NRS-Skala används för smärtskattning.</p> <p>Frågeformulär om smärtskattning och barriärer till smärtskattning.</p> <p>Genomförd i Belgien.</p> <p>Kontext, två olika sjukhus</p>	<p>När sjuksköterskorna använde NRS-skalan så var resultatet i smärtintensitet närmare patientens skattning. Jämfört med då sjuksköterskan inte använde ett smärtskattningsinstrument.</p> <p>NRS-Skalan användes av sjuksköterskorna i 47,7 % av alla smärtskattningar.</p> <p>Signifikant skillnad mellan patientens skattning och sjuksköterskan. Vid jämförelser av patientrelaterade, barriärer till smärtskattning.</p>	<p>Medelkvalitet.</p> <p>Endast 70,4% av sjuksköterskorna svarade vilket är en låg svarsfrekvens.</p> <p>Patienter med kognitiv nedsättning har exkluderats.</p> <p>Etiskt godkänd. Sjuksköterska och patienten har lämnat samtycke.</p>

<p>Pain resource nurses: Believing the patients and believing in themselves.</p> <p>Holley et al., 2005.</p> <p>Oncology Nursing Forum,</p>	<p>Undersöka hur en PRN (pain resources nurse). Påverkar patientvården och smärtskattning. Hur upplever sjuksköterskan rollen som PRN.</p>	<p>Kvalitativ Utforskande.</p> <p>Fokusgruppsintervjuer</p>	<p>Genom att tro på patientens så förstår sjuksköterskan att patientens smärta är ett verkligt problem. PRN är en resurs för kollegor genom mentorering och utbildning.</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Två fokusgrupper med sex sjuksköterskor i varje. Litet urval.</p> <p>Ljudinspelning av intervjuer. Extern granskare har medverkat vid analysen.</p> <p>Etisk godkänd</p>
<p>Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery.</p> <p>Van Boekel et al., 2017</p> <p>PLoS ONE</p>	<p>Undersöka relationen mellan upplevd smärta och smärtskattning.</p> <p>Hur accepteras smärta och vilken påverkan har smärta på fysisk funktionsförmåga.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie</p> <p>Multidimensionellt s smärtskattningsinstrument.</p> <p>Genomförd i Nederländerna.</p> <p>Kontext, postoperativ vård.</p>	<p>Patienter som skattar sin smärta som låg (NRS under 4) kan uppleva smärtan som oacceptabel. Och patienter med höga skattningar kan acceptera sin smärta och inte ha begränsad fysisk förmåga. Det är viktigt att använda flera faktorer vid smärtskattning och inte enbart NRS-värde för bedömning av patientens smärta.</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Etiskt godkänd</p> <p>Ej frågat patienterna om samtycke, då detta inte behövdes enl. författarna.</p> <p>Faktorer som förväntad smärta efter postoperativ vård undersöks inte.</p>
<p>The Journey of the Pain Resource Nurse in Improving Pain Management Practices: Understanding Role Implementation.</p> <p>Ladak et al., 2013</p> <p><i>Pain Management Nursing.</i></p>	<p>vilka framgångsfaktorer och barriärer finns vid implementering av PRN.</p>	<p>Kvalitativ beskrivande. Fokusgruppsintervjuer.</p> <p>Genomförd i Kanada.</p> <p>Kontext, sjukhus.</p>	<p>Att utvärdera sjuksköterskans roll som PRN. Undersöka faktorer som påverkar både individuellt och organisatoriskt.</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Bekvämlighetsurval.</p> <p>Ljudinspelning transkriberades</p> <p>Data analyserades och granskades av externa granskare.</p> <p>Etisk Godkänd.</p>

<p>Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Practices in China.</p> <p>Zhang et al, 2008</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management.</p>	<p>Att utveckla, implementera och undersöka effekten av smärtskattnings utbildningsprogram för sjuksköterskor.</p>	<p>Kvantitativ. Kvasiexperimentell</p> <p>Changhai pain scale (NRS & VAS)</p> <p>Utbildningsintervention.</p> <p>Genomförd i Kina.</p> <p>Kontext, sjukhus.</p>	<p>Utbildningsprogrammet ökar sjuksköterskans kunskaper om smärtbedömning. Användning av smärtskattningsinstrument ökar i båda grupper dvs kontroll och intervention. Sjuksköterskans kunskap och användning av smärtskattningsinstrument ökar efter utbildningsintervention.</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Interventionen som metod kan påverka resultatet.</p> <p>Randomisering genomfördes på sjukhusnivå.</p> <p>Etisk godkänd.</p>
<p>Nursing Staff, Patient, and Environmental Factors Associated with Accurate Pain Assessment</p> <p>Shugarman et al., 2010</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management</p>	<p>Att undersöka faktorer som påverkar sjuksköterskan vid smärtbedömning. Och hur enig sjuksköterskan med patienten vid smärtskattning</p>	<p>Kvantitativ Kohortstudie.</p> <p>NRS-Skala används för smärtskattning.</p> <p>Genomförd i USA</p> <p>Kontext, Öppenvården</p>	<p>Sjuksköterskor som jobbat längre, överskattade patientens smärta. Sjuksköterskor följde inte rutiner för användandet av NRS-skalan i hälften av fallen. Att använda och följa rutiner för NRS-skalan leder till överskattning av smärta. Omgivningsfaktorer som upplevdes som störande påverkade smärtbedömning med överskattning av smärta som följd.</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Etiskt godkänd</p> <p>Hög andel män. Vilket ej speglar en vanlig population.</p> <p>Studiedeltagarna som vårdades i öppenvården, var veteraner.</p>

<p>Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study.</p> <p>Van Dijk et al., 2012</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p>	<p>Jämföra hur patienten skattar hanterbar smärta. Med verbal skattningsskala och hur detta är överförbart till NRS-skalan</p>	<p>Kvantitativ Tvärsnittsstudie.</p> <p>Jämförelse av NRS-Skala och VAS-skala vid smärtskattning</p> <p>Genomförd i Nederländerna</p> <p>Kontext, Postoperativt, sjukhus och öppenvård.</p>	<p>Det finns skillnader i hur sjuksköterskor bedömer patientens skattning. Att enbart följa riktlinjer vid smärtskattning utan att fråga hur patienten relaterar eller upplever smärta kan leda till överbehandling av smärta</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Redovisar inte bortfall.</p> <p>Ej informerat samtycke. Men godkänd av etikprövningsnämnd.</p>
<p>Pain Assessment Practices With Nursing Home Residents.</p> <p>Clark et al., 2004.</p> <p>Western Journal of Nursing Research</p>	<p>Undersöka hur sjuksköterskor, smärtskattar patienter på ålderdomshem. Vilket beteende påverka sjuksköterskans bedömning</p>	<p>Kvalitativ beskrivande. Fokusgrupper. Etnografisk metod.</p> <p>NRS-Skalan användes som smärtskattningssinstrument</p> <p>Genomförd i Amerika.</p> <p>Kontext, äldreboende</p>	<p>Fyra teman identifierades. Osäkerhet vid smärtskattning, relationsberoende tecken på smärta, kroppsliga & visuella uttryck för smärta och patient faktorer samt attityder till smärtskattning.</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Etisk godkänd</p> <p>Deltagare i fokusgrupper jobbade tillsammans.</p> <p>Standardiserade frågor användes i intervjuer.</p>
<p>Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses.</p> <p>Ene Wickström et al., 2008.</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Studera hur sjuksköterskans smärtbedömning och förhållningssätt till smärtbedömning ändras efter ett utbildningsprogram</p>	<p>Kvantitativ Tvärsnittsstudie Som bestod av två delar.</p> <p>Genomförd i Sverige</p> <p>Kontext, Postoperativt, sjukhus</p>	<p>Marginella skillnader i smärtbedömning efter utbildningsprogrammet. Efter två år efter så använder 40% av sjuksköterskorna VAS-skalan vid smärtskattning.</p>	<p>Medelkvalitet.</p> <p>Etiskt godkänd.</p> <p>Litet urval.</p>

<p>Cross-sectional exploratory survey of knowledge, attitudes and daily self-reported pain assessment practice among nurses in mainland China.</p> <p>Ying Ge et al., 2013.</p> <p><i>Pain Medicine, United States</i></p>	<p>Beskriva kunskapsnivån, attityder och kvalitén i smärtskattning hos sjuksköterskor.</p>	<p>Kvantitativ. Tvärsnittsstudie.</p> <p>Genomförd i Kina.</p> <p>Deltagarna var sjuksköterskor på sjukhus från olika delar av Kina.</p>	<p>Författarna hittade att det finns brister i kunskapen för smärtskattning hos sjuksköterskor. Författarna menar vidare att det behövs förbättringar i utbildningssystemet och förändrade rutiner kring smärtskattning.</p>	<p>Medelkvalitet. Bekvämlighetsurval.</p>
<p>Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management.</p> <p>Layman Young et al., 2006.</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>Studera sjuksköterskors attityder om smärtskattningsinstrument och relationen mellan attityder, utbildning och erfarenhet.</p>	<p>Mixad studie med både kvalitativ och kvantitativ analys genom frågeformulär.</p> <p>Deltagarna var sjuksköterskor på ett sjukhus.</p> <p>Studien genomfördes i USA.</p>	<p>Författarna kom fram till att sjuksköterskorna tyckte att smärtskattningsinstrument ledde till positiva resultat både för patienten och för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna menade också att instrumenten är trubbiga, subjektiva och svåra att förstå för vissa patienter.</p>	<p>Medelkvalitet Bekvämlighetsurval.</p>
<p>Nurse assessment of residents' pain in a long-term care facility.</p> <p>Ben Natan et al., 2013.</p> <p><i>International Nursing Review</i></p>	<p>Att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskan att smärtskatta äldre patienter.</p>	<p>Kvantitativ deskriptiv metod.</p> <p>Deltagarna var sjuksköterskor på ett långtidsboende för äldre patienter.</p> <p>Studien är från Israel.</p>	<p>Utbildning och viljan att smärtskatta korrelerar. Sjuksköterskans inställning till den äldre patientgruppen påverkar användandet av smärtskattningsinstrument. Smärtinternutbildningar påverkade inte sjuksköterskans användning av smärtskattningsinstrument.</p>	<p>Medelkvalitet.</p> <p>Författarnas urval bestod av 50% (n=104) av alla sjuksköterskor anställda hos vårdgivaren.</p> <p>Bekvämlighetsurval.</p> <p>Tydliga inklusions-/exklusionskriterier.</p>

<p>Nurses' Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain in a University Hospital.</p> <p>Elcigil et al., 2011.</p> <p><i>Journal of Pediatric Hematology/Oncology</i></p>	<p>Syftet var att definiera sjuksköterskans upplevda hinder till smärtskattning och smärthantering.</p>	<p>Kvantitativ <i>deskriptiv</i> studie.</p> <p>Deltagarna var sjuksköterskor på ett sjukhus.</p> <p>Studien är genomförd i Turkiet.</p>	<p>Författarna delade in resultatet i fyra delar, som alla hindrade sjuksköterskan: patienten, sjuksköterskan, läkaren och organisationen.</p> <p>Under varje kategori hade författarna sju eller flera underkategorier som mer i detalj presenterade hindrande delar.</p>	<p>Medelkvalitet.</p> <p>Tydlig statistisk analys på de fyra huvudkategorierna men presenterade underkategorierna endast med antal och procent.</p> <p>Ej randomiserad.</p> <p>Tydliga inklusions-exklusionskriterier.</p>
<p>Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting.</p> <p>Burns & Mcilfatrick, 2015.</p> <p><i>International Journal of Palliative Nursing</i></p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors kunskap och attityd för smärtskattningsinstrument.</p>	<p>Kvantitativ Tvärsnittsstudie.</p> <p>Deltagarna var sjuksköterskor i 17 olika äldreboenden.</p> <p>Studien genomfördes i Storbritannien.</p>	<p>Studien visade brister i kunskapen hos deltagarna gällande smärtskattning.</p> <p>Studien visade att underbemanning och arbetsbelastning var ett hinder i smärtskattningen.</p> <p>Studien visade brister i deltagarnas attityd mot smärtskattningsinstrument.</p>	<p>Medelkvalitet</p> <p>Urvalet ej randomiserad.</p> <p>Begränsat urval pg av tidsbrist enligt författarna.</p> <p>Studien föregicks av en pilotstudie.</p> <p>Tydliga inklusions-exklusionskriterier.</p>