LINDRA SMÄRTA, LINDRA LIDANDE

Sjuksköterskors etiska utmaningar vid smärtbehandling

ANNA DANIELSSON
ANN-CHARLOTTE TRYGG

Akademin för hälsa, vård och välfärd
Examensarbete i vårdvetenskap med inriktning
mot omvårdnad
Grundnivå
15 hp
Sjuksköterskeprogrammet
Kurskod: VAE027

Handledare: Annica Engström och Camilla Schmidt Birgersson

Examinator: Lena-Karin Gustafsson

Datum: 2018-02-26
SAMMANFATTNING


Nyckelord: Kunskap, Omvårdnad, Sjuksköterskeperspektiv, Utbildning
ABSTRACT

Background: Pain is a common reason for health-care seeking. Nurses can have a positive impact on pain management. Pain may lead to suffering and pain medication may have side effects. The pain assessment by nurses can be affected by number of work years and patient characteristics such as cognitive ability. The personal treatment of patients in pain may relieve or increase suffering. Problem: Pain is a subjective experience for patients which means that pain assessment might be influenced by nurses’ interpretations. The experience of pain is affected by the personal treatment of the patient. Aim: The aim of this essay is to create an overview of ethical challenges for nurses’ related to pain management. Method: A qualitative literature study. Result: Pain management can be affected by education, organization, communication with doctors and patients, and the attitude of nurses towards patients. The ability of nurses to ease pain and relieve suffering may affect the well-being of nurses and patients. Conclusion: Education is fundamental for dealing with several ethical challenges that arises in the care of patients in pain. A main organizational challenge that affects pain management is time.

Keywords: Caring, Education, Knowledge, Nursing perspective
INNEHÅLL

1 INLEDNING ........................................................................................................................................... 1

2 BAKGRUND ........................................................................................................................................ 1
   2.1 Smärta .......................................................................................................................................... 1
   2.2 Smärtbehandling ......................................................................................................................... 2
   2.3 Etik............................................................................................................................................... 3
   2.4 Tidigare forskning ....................................................................................................................... 4
      2.4.1 Betydelse av smärta och smärtlindring för patienterna ......................................................... 4
      2.4.2 Sjukköterskors påverkan på och kunskap om smärtbehandling ........................................... 5
      2.4.3 Sjukköterskors smärtbedömning och kommunikation ........................................................... 5
      2.4.4 Bemötande av patienter med smärta i vården .................................................................. 6
   2.5 Styrdokument för sjukköterskor ............................................................................................... 7
   2.6 Vårdteoretiskt perspektiv ............................................................................................................ 8
   2.7 Problemformulering .................................................................................................................... 10

3 SYFTE ............................................................................................................................................... 10

4 METOD ........................................................................................................................................... 10
   4.1 Urval och datainsamling ............................................................................................................. 11
   4.2 Genomförande och analys ......................................................................................................... 12
   4.3 Etiska överväganden .................................................................................................................... 13

5 RESULTAT ....................................................................................................................................... 13
   5.1 Likheter och skillnader i studiernas syften ............................................................................... 13
   5.2 Likheter och skillnader i studiernas metoder ............................................................................. 14
      5.2.1 Urval .................................................................................................................................... 14
      5.2.2 Datainsamling ...................................................................................................................... 15
      5.2.3 Analysmetod ....................................................................................................................... 16
   5.3 Likheter och skillnader i studiernas resultat ............................................................................. 16
      5.3.1 Utmaningar i mötet med patienten ..................................................................................... 17
1 INLEDNING


2 BAKGRUND

Bakgrunden inleds med en beskrivning av begreppen smärta, smärtbehandling och etik följt av Tidigare forskning, Styrdokument för sjuksköterskor, Vårdteoretiskt perspektiv och en problemformulering.

2.1 Smärta


2.2 Smärtsbehandling

Smärtsbehandling, eng. Pain management, definieras i Svensk MeSH på följande sätt: ”Smärtsbehandling syftar till att lindra lidande och öka livskvalitén hos patienter som lever med smärta. Smärtsbehandlingen engagerar flera professioner och behöver därför koordineras.”


Olika sorters smärtskattningsskalor kan ge vägledning i smärtsbedömningen både för patienter och sjuksköterskor. Genom skalorna har patienter möjlighet att ge en bild av smärtan medan sjuksköterskor har möjlighet att utvärdera och dokumentera patientens smärta samt behandlingen av den. Viktigt är medvetenheten om att användning av smärtskattningsskalor grundas på patienternas egenrapportering och inte objekttivt mäta smärta (Bergh, 2014). Det är också av betydelse att känna till att dialogen mellan sjuksköterskor och patienter aldrig kan ersättas av skattningsskalor (Bergh et al., 2005).

sjuksköterskors ansvar att bedöma, administrera och övervaka dessa behandlingar. Sjuksköterskors uppgift innefattar även att utvärdera behandlingarnas effektivitet (Craven & Hirnle, 2007).

2.3 Etik


2.4 Tidigare forskning

Nedan presenteras tidigare forskning inom området smärta och smärtbehandling under rubriken Betydelse av smärta och smärtlindring för patienterna, Sjuksköterskors påverkan på och kunskap om smärtbehandling, Sjuksköterskors smärtbedömning och kommunikation och Bemötande av patienter med smärta i vården.

2.4.1 Betydelse av smärta och smärtlindring för patienterna

Smärta är en vanlig orsak att söka vård och 28% av patienterna som uppsöker primärvården gör det på grund av smärta (Hasselström, Liu-Palmgren & Rasjö-Wrååk, 2002). Av tillfrågade svenskar svarar 53,7% (Gerdle, Björk, Henriksson & Bengtsson, 2004) eller 46% (Jakobsson, 2010) att de lider av långvarig smärta som varat i minst tre månader. I en europeisk kartläggning lider 18% av Sveriges befolkning av långvarig smärta som varat i minst sex månader och där smärtan vid senaste smärttillfället graderas till minst 5 av 10 på en smärtskala (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006).


2.4.2 Sjuksköterskors påverkan på och kunskap om smärtsbehandling

Ett experiment på en svensk akutmottagning visar en påverkan på smärtsbehandlingen då sjuksköterskor självständigt utför smärtsbedömning och fattar beslut om administrering av morfin. Detta leder till att fler patienter får smärtsmedicinering, att patienterna får vänta kortare tider på medicinering och att patienterna bedömer kvaliteten på smärtsbehandlingen högre även i fallen då patienterna inte mottar någon smärtsmedicinering (Muntlin, Carlsson, Säfwenberg & Gunningberg, 2011).


2.4.3 Sjuksköterskors smärtsbedömning och kommunikation


När sjuksköterskor hanterar förvirrade patienters vård har sjuksköterskorna svårigheter med att avgöra om förvirrade patienter behöver smärtslindring eller inte (Manias, 2012). Olika

2.4.4 Bemötande av patienter med smärtor i vården


Äldre patienter berättar om upplevelser av att bli orättvist behandlad av personalen när det gäller smärtor. Patienterna upplever missförstånd och bristande medicinsk behandling i förhållande till smärtor. Över lag beskriver äldre patienter en diskriminering från hälso- och sjukvården vilket kan skapa irritation och oro inför framtiden. Patienterna menar att det inte är någon idé att talas om smärtan eftersom ingen förstår och berättar om känslan att ses som en börda (Blomqvist & Edberg, 2002).


2.5 Styrdokument för sjuksköterskor

International Council of Nurses’ (ICN:s) etiska kod och Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor har valts som styrdokument till denna uppsats. Dessa styrdokument visar på det etiska förhållningssätt och ansvaret i sjuksköterskors profession och kommer användas som utgångspunkt för uppsatsens resultatdiskussion. Motivet till valet är att dessa dokument är framtagna för att stödja och vägleda sjuksköterskor i det praktiska, dagliga arbetet och därför blir applicerbara i diskussionen om studiernas resultat.

Självständigt ska sjuksköterskor ansvara för kliniska beslut som kan ge patienter möjligheter att till exempel förbättra, bevara eller återfå hälsa. Sjuksköterskor ska ha kunskap om vetenskap av betydelse för patienternas omvårdnad. Sjuksköterskor har ansvar att ständig utveckla kompetensen inom professionen baserat på forskning och kritiskt tänkande. Ett etiskt förhållningssätt ska genomsyras sjuksköterskors arbete och all omvårdnad fordrar respekt för patienters rättigheter (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2014), bör sjuksköterskor påvisa yrkesmässiga värden inför allmänheten som respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet. Sjuksköterskor har huvudsansvaret för att ta fram och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad.

Sjuksköterskors förutsättning för god omvårdnad är etableringen av en förtraendeingivande relation med patienter och närstående. Sjuksköterskor behöver ha förmåga att se patienternas situationer ur ett helhetsperspektiv som innefattar komplexa behov och problem som till exempel smärtor (SSF, 2017).
Sjuksköterskor ska i vårdmötet utgå från patienternas historia. Sjuksköterskor bör sträva efter att bevara patienters värdighet och integritet vilket innebär deras rätt att bli sedda och förstådda som unika människor med skilda behov (SSF, 2017). Sjuksköterskor ska ge den information som behövs till patienter för att patienterna ska kunna ge informerat samtycke till omvårdnad och medicinsk behandling (SSF, 2014).


2.6 Vårdteoretiskt perspektiv

Katie Erikssons teorier om lidande valdes som vårdteoretiskt perspektiv i denna uppsats på grund av teoriernas relevans och omfattning. Teoriernas relevans ligger i att smärta kan orsaka lidande medan smärtmedicinering och bemötande av småtpatienter kan orsaka eller lindra lidande. Teorierna används för att diskutera sjuksköterskors erfarenheter av lidande patienter.


själsig död för patienterna. Smärta bör därför lindras med alla medel som står till buds (Eriksson, 1994).


2.7 Problemformulering


3 SYFTE

Syftet är att skapa en översikt över sjuksköterskors etiska utmaningar relaterat till patienters smärtbehandling.

4 METOD

4.1 Urval och datainsamling


### 4.2 Genomförande och analys


4.3 Etiska överväganden


5 RESULTAT

Nedan presenteras analysen av studiernas syften och metoder uppdelade i likheter och skillnader. Kvantitativa och kvalitativa studiers resultat presenteras tillsammans.

5.1 Likheter och skillnader i studiernas syften

Tre studier, två kvalitativa och en kvantitativ, hade till syfte att undersöka sjuksköterskors uppfattning om utmaningar som påverkade smärtbehandling (Shoqirat, 2015; Rejeh, Ahmadi, Mohammad, Kazemnejad & Anoosheh, 2009; Egan & Cornally, 2013). De två kvalitativa studierna hade likheten att handla om behandling av postoperativ smärta på sjukhus (Shoqirat, 2015; Rejeh et al., 2009). Den kvantitativa studien skildes från övriga studier genom fokus på smärtbehandling inom långtidsvård (Egan & Cornally, 2013).
Tre kvalitativa studier var lika då de handlade om att öka förståelsen för hur det är för sjuksköterskor att vårda patienter med smärta (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Slatyer, Williams & Michael, 2015; Siedlecki, Modic, Bernhofer, Sorrell, Strumble & Kato, 2014). En studie avvek från övriga studier genom avsikten att utveckla en självständig teori utifrån vård av patienter med svår smärta (Slatyer, Williams & Michael, 2015). En studie avvek från övriga studier genom avsikten att utveckla teoretisk förståelse för sjuksköterskors beteende gällande beslutsfattande och bedömning relaterat till vård av patienters långvariga smärta inom akutvård (Siedlecki, et al., 2014).


5.2 Likheter och skillnader i studiernas metoder

Nedan presenteras studiernas metoder uppdelade i Urval, Datainsamling och Analysmetod.

5.2.1 Urval


5.2.2 Datainsamling


Fem kvalitativa studier hade gemensamt att intervjuer användes för datainsamling (Slatyer, Williams & Michael, 2015; Rejeh et al., 2009; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Morgan, 2014; Siedlecki, et al., 2014). Fyra av de fem studierna hade likheten att intervjuerna var semistrukturerade (Slatyer, Williams & Michael, 2015; Rejeh et al., 2009; Morgan, 2014; Siedlecki, et al., 2014) och en av dessa fyra avvek då intervjuerna var ostrukturerade (Blondal & Halldorsdottir, 2009). Fyra av fem studier hade likheten att en grundad teoriansats användes (Morgan, 2014; Slatyer, Williams & Michael, 2015; Rejeh et al., 2009; Siedlecki, et al., 2014). En av de fem studierna skilde sig åt då den använde fenomenologi enligt Vancouver School (Blondal & Halldorsdottir, 2009).

Tre kvalitativa studier (Bernhofer & Sorrell, 2015; Shoqirat, 2015; Bernhofer, Hosler & Karius, 2016) avvek från ovanstående fem studier genom att data samlades in på andra sätt än intervjuer. I en av studierna gjordes en sekundäranalys utifrån inspelade intervjuer som

**5.2.3 Analysmetod**


Två av åtta kvalitativa studier hade likheten att innehållsanalys användes för behandling av data vilket innebär att läsa igenom data noggrant, koda, hitta begrepp och teman (Rejeh et al., 2009; Bernhofer, Hosler & Karius, 2016). Två andra kvalitativa studier hade gemensamt att "Constant comparative method" användes som hjälpmedel för att koda data (Slattery, Williams & Michael, 2015; Siedlecki, et al., 2014).


**5.3 Likheter och skillnader i studiernas resultat**

Nedan presenteras likheter och skillnader från kvalitativa och kvantitativa studiers resultat tillsammans under följande teman: *Utmaningar i mötet med patienten, Utmaningar i*

Sjuksköterskornas insikt i smärtproblematik och kunskap att fatta passande beslut påverkade hur sjuksköterskorna närmade sig smärtproblemet. Det kunde handla om att förstå hur komplex det var att behandla patienter med långvarig smärta (Siedlecki et al., 2014). Sjuksköterskorna beskrev ett tvivel på patienters ärlighet och sitt omdöme när det var svårt att hitta orsak till smärtan eller när patienter ofta bad om mer smärtmedicinering. Tvivel kunde uppstå hos sjuksköterskorna då patienter sa en sak om sin smärta men inte ansågs agera utefter sina ord (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Siedlecki et al., 2014), exempelvis då patienterna bad om smärtmedicinering och sedan gick ut för att röka (Blondal & Halldorsdottir, 2009).

Smärtbedömning kunde enligt sjuksköterskorna vara en utmaning då det handlade om att läsa patienternas ickeverbala uttryck av smärta (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Siedlecki et al., 2014). Av tillfrågade sjuksköterskor använde 21% ickeverbala smärtindikatorer som stönande och grimaser för att fatta beslut om smärtmedicinering (Kaasalainen et al., 2015). Vissa sjuksköterskor hade förståelse för att patienterna inte behövde se ut att ha ont för att....

5.3.2 Utmaningar vid brist på kunskap


Sjuksköterskorna menade att det fanns ett gap mellan teori och praktik när det gällde kunskap om smärtbehandling i grundutbildningen. Erfarenheten sjuksköterskorna samlade på sig i yrket kunde väga tyngre än den teoretiska kunskapen. Yrkeserfarenhet kunde ge sjuksköterskorna självförtroende, en starkare professionell identitet (Blondal & Halldorsdottir, 2009), tålamod och en förmåga att inte döma patienter (Morgan, 2014).

En sjuksköterska ansåg att en utmaning i smärtbehandlingen var när patienter inte förstod vikten av smärtbehandling (Sandh & Boström, 2012). Sjuksköterskorna menade att patienter kunde behöva utbildas om vikten av att ligga steget före smärtan och be om vidbehovsmedicinering i tid. Patienter som underrapporterade smärta eller inte ville ta smärtmedicinering behövde kunskap om att smärtmedicinering kunde hjälpa dem att vara mer aktiva samt åta och sova bättre (Bernhofer, Hosler & Karius, 2016). En utmaning som påverkade smärtbehandlingen var att det fanns otillräckligt med tid för hälsoundervisning.
med äldre patienter om till exempel vidbehovs-medicin, alternativ smärtlindring och beroende (Egan & Cornally, 2013).

5.3.3 Utmaningar vid balansering av risk och nytta


5.3.4 Utmaningar inom organisatoriska ramar

Sjuksköterskorna, 81,8%, menade att organisationen för smärtbehandling var funktionsduglig (Kaasalainen et al., 2015) men det framkom även att sjuksköterskorna menade att organisationen var en huvudanledning till ineffektiv smärtbehandling (Siedlecki, et al., 2014). Tidsbrist framkom från sjuksköterskorna som en utmaning i flera studier (Kaasalainen et al., 2015; Siedlecki, et al., 2014; Rejeh et al., 2009; Morgan, 2014; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Shoqirat, 2015). Sjuksköterskorna ansåg att tidsbegränsningarna gjorde smärtbehandlingen svårare eftersom de patienter som var i sämst skick fick vård på bekostnad av andra patienter (Blondal & Halldorsdottir, 2009). Sjuksköterskorna talade om hög arbetsbelastning (Rejeh et al., 2009; Shoqirat, 2015) som kunde leda till en begränsad relation till patienterna då sjuksköterskorna inte hann lyssna på patienterna (Rejeh et al. 2009). Det fanns en försening mellan patienternas behov av smärtmedicinering och sjuksköterskornas utdelning av läkemedel (Rejeh et al., 2009; Kaasalainen et al., 2015).
Bristen på tid gjorde att det var svårt att hinna övervaka biverkningar och negativa effekter samt följa upp smärtmedicineringen (Kaasalainen et al., 2015).

Sjuksköterskorna som använde riktlinjer angav oftare att patienter vid smärtgenombrott fick smärtmedicinering jämfört med sjuksköterskorna som inte använde riktlinjer. Av dessa sjuksköterskor menade 33,3% att riktlinjer följdes vid smärtbehandling (Sandh & Boström, 2012).

En sjuksköterska uttryckte att långvarig smärta ofta kunde prioriteras bort inom akutvården eftersom fokus var på akut smärta och att organiseringen när det gällde smärtskontroll för patienter med långvarig smärta var bristfällig (Siedlecki et al., 2014). Hierarki mellan läkare och sjuksköterskor kunde påverka smärtbehandlingen i negativ riktning (Siedlecki et al., 2014; Bernhofer & Sorell, 2015; Shoqirat, 2015) då läkare inte tog ansvar över smärtproblemet genom att prioritera smärta (Siedlecki et al., 2014) eller då patienter lyssnade på läkare men inte på sjuksköterskor (Shoqirat, 2015). Sjuksköterskors bedömning och beslut gällande smärta kunde förbise att sjuksköterskor inte hade någon slutgiltig auktoritet inom smärtbehandling (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh et al., 2009).

Smärtbehandling kunde ses som ett farmakologiskt problem och något som sjuksköterskorna hade liten makt att kontrollera vilket kunde begränsa antalet åtgärder som sjuksköterskorna tog till för att lindra patienternas smärta (Siedlecki et al., 2014).


Sjuksköterskorna menade att deras inställning till att ge smärtmedicinering när patienterna stod på blodförsumlande läkemedel kunde påverkas av deras tillit till den behandlande läkaren. Om system för smärtmedicinering inte fungerade kunde det bero på dålig kommunikation från läkare om behandlingsmål (Kaasalainen et al., 2015). Svårigheter att kommunicera med läkare kunde vara läkare som inte ringde, inte förstod, inte var tillräckligt smärtutbildade eller inte ville samarbeta (Bernhofer & Sorell, 2015). Sjuksköterskorna ansåg att en hjälpande faktor i smärtbehandlingen var när läkare lyssnade på sjuksköterskorna (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Sandh & Boström, 2012; Slatyer, Williams & Michael, 2015).

21
5.3.5 Utmaningar i att ta ansvar över smärtbehandlingen

Sjuksköterskornas inställning och kunskaper påverkade om valet gjordes att ta ansvar över
smärtbehandlingen (Siedlecki et al., 2014). Vissa sjuksköterskor fattade ett medvetet beslut
att ta ansvar och stå upp för patienterna då det sågs som en moralisk skyldighet (Blondal &
Haldorsdottir, 2009; Siedlecki et al., 2014; Morgan, 2014). Uppfattningen om moralisk
skyldighet kunde finnas hos sjuksköterskorna tidigare eller läras in under arbetets gång
(Blondal & Haldorsdottir, 2009). Om sjuksköterskorna tog ansvar eller inte över
smärtbehandlingen kunde bero på situationen, till exempel om sjuksköterskorna upplevde
att läkare var öppna för förslag gällande smärtbehandling. En del sjuksköterskor tog inte
ansvar för smärtproblemet hos patienter med långvarig smärta på grund av åsikten att det
var ett problem som hörde till ett smärtteam eller någon högre upp i hierarkin (Siedlecki et
al., 2014).

Att stå upp för patienterna kunde innebära att föra patienters talan i kontakten med kollegor
(Slatyer, Williams & Michael, 2015). Det kunde ses som nödvändigt för att få tillgång till
adekvat medicinering (Bernhofer & Sorell, 2015). Något som hjälpte sjuksköterskorna att stå
upp för patienterna var orubblighet (Siedlecki et al., 2014) och övertygelse (Blondal &
Haldorsdottir, 2009). Orubbliga sjuksköterskor var säkra på sin kunskap, sin tro på
patienterna och sin roll i smärtbehandlingen (Siedlecki et al., 2014). Sjuksköterskorna
upplevde att övertygelse hjälpte vid utövandet av sitt inflytande när det behövde göras en
förändring i patients ordination (Blondal & Haldorsdottir, 2009). Vissa sjuksköterskor
beskriv en beredskap att bryta mot reglerna för att ge god vård, ett exempel var en
sjuksköterska som sa att hon hellre hjälpte en patient och förlorade sin legitimation än att
inte handla (Morgan, 2014). Ett sätt att kringgå läkare som inte ansågs ordina adekvat
smärtmedicinering var att ändra dosen på eget initiativ (Blondal & Haldorsdottir, 2009).

När sjuksköterskorna inte kunde ge patienterna tillräcklig smärtlindring kunde ansvar tas
genom att söka kontakt och dra nytta av sina kollegors expertis. Dessa personer var kollegor
med mer makt och resurser (Slatyer, Williams & Michael, 2015), smärteam, anestesiologer
eller psykiatriker (Blondal & Haldorsdottir, 2009). Ofta sökte mindre erfarna kollegor upp
mer erfarna kollegor som kunde bidra med stöd, erfarenhet samt ge självförtroende (Slatyer,
Williams & Michael, 2015). Vissa sjuksköterskor menade att undersköterskor hade en viktig
och hjälpsam roll i smärtsbesömming (Blondal & Haldorsdottir, 2009). En utmaning var brist
på tillgång till andra yrkesgrupper som kunde erbjuda icke-farmakologiska alternativ för att
lindra smärta (Morgan, 2014).

Smärtmedicinering ansågs av sjuksköterskorna som mest effektivt för smärtbehandling men
om smärtan kvarstod tog sjuksköterskorna ansvar genom att använda andra strategier
(Slatyer, Williams & Michael, 2015). En strategi för att ta ansvar var att inte ge upp utan
fortsätta försöka behandla patienternas smärta (Blondal & Haldorsdottir, 2009; Siedlecki, et
al., 2014) En annan strategi var att vara där för patienterna, vilket innebar fysisk och
emotionell närvaro, att sitta hos och röra vid patienterna (Slatyer, Williams & Michael, 2015).
Icke-farmakologiska metoder kunde också vara att positionera patienterna, värme (Slatyer,


6 DISKUSSION

Nedan presenteras en diskussion om uppsatsens resultat under rubriken: Resultatdiskussion. Vidare presenteras diskussion av uppsatsens metod och etiska dimensioner under rubrikerna: Metoddiskussion och Etikdiskussion.

6.1 Resultatdiskussion

Nedan presenteras en diskussion av studiernas syfte, metod och resultat under rubrikerna: Diskussion om likheter och skillnader i studiernas syfte och metod och Diskussion om likheter och skillnader i studiernas resultat. Studiernas resultat diskuteras med hjälp av det vårdteoretiska perspektivet, sjuksköterskans styrdokument och tidigare forskning.

6.1.1 Diskussion om likheter och skillnader i studiernas syfte och metod

I resultatet framkom att alla 11 studiers syften kunde relateras till sjuksköterskors etiska utmaningar inom smärtbehandling. Sju studier var inriktade på olika grupper av patienter i sina syften. Två var inriktade på patienter med postoperativ smärta och två på äldre patienter inom långtidsvården. De kvarvarande tre studierna var inriktade på patienter med svår smärta, långvarig smärta och patienter med beroendeproblem. Olika typer av patientgrupper kan generera i olika utmaningar gällande smärtebedömning, bemötande och smärtmedicinering för sjuksköterskorna. Inriktningen på olika patientgrupper ger ett detaljerat och relevant resultat eftersom sjuksköterskor kommer möta många av dessa patienter i sitt arbete.


6.1.2 Diskussion om likheter och skillnader i studiernas resultat

Uppsatsförfattarna anser att gå in med förutfattade meningar kan skada förtroendet mellan patienterna och sjuksköterskorna.

I resultatet framkom att sjuksköterskor kunde se patienter med beroendeproblematik som krävande, oförsäkra och misstänksamma vid utdelning av smärtmedicin. I tidigare forskning framgår att patienter med beroendeproblematik och smärta kan undvika sjukvården om bemötande från vårdpersonal upplevs som nedsättande. Ett bra bemötande kan leda till att patienterna vågar vara ärliga om beroendeproblematiken och därför kan få hjälp (St. Marie, 2014). Ett etiskt fundament i relation till patienterna är att se patienterna. Det innebär att ha ödmjukhet och se det heliga i patienterna (Eriksson, 1995). Beskrivningen av dessa patienter som krävande kan tyda på brist på ödmjukhet hos sjuksköterskorna och skulle kunna leda till att patienterna undviker sjukvården.


Det visade sig i resultatet att sjuksköterskor ansåg att det kunde vara svårt att bedöma smärta hos äldre patienter på grund av kognitiva nedsättningar som exempelvis demens. Tidigare forskning demonstrerar att vårdpersonal har svårare att korrekt bedöma smärta hos äldre patienter och patienter med kognitiv nedsättning (Ruben, Van Osch & Blanch-


livsberättelser och konsekvenser av fysisk smärta skulle kunna bekräfta livslidande. Detta kan vara ett sätt för sjuksköterskorna att se patienterna som hela människor.


I resultatet uttryckte sjuksköterskorna att det fanns en hierarki mellan sjuksköterskor och läkare som kunde påverka smärtbehandlingen i negativ riktning. Sjuksköterskornas beslut
kunde förbises om smärtbehandling sågs som läkarens område inom organisationen. Sjuksköterskors självständiga ingripande i smärtbehandling kan leda till att patienterna får vänsta kortare tid på smärtmedicinering och att patienterna bedömer att smärtbehandlingen har högre kvalitet (Muntlin, Carlsson, Säfvenberg & Gunningberg, 2011) vilket gör att det kan påverka patienternas vård om sjuksköterskors beslut inte värdesätts.


6.2 Metoddiskussion
Utgångsläget för uppsatsen har varit att skapa en översikt och kunskap över området "Sjuksköterskors erfarenhet av etiska utmaningar vid smärtbehandling". Detta utifrån vårdvetenskapliga studier med bearbetat material. Tanken har från början varit att besvara syftet med hjälp av en allmän litteraturöversikt enligt Friberg för att få en överblick över vad som tidigare har forskats i ämnet. I uppsatsen ingår både kvalitativa och kvantitativa studier även om en blandning av dessa, enligt Friberg (2017), inte ger en lika ingående analys som till exempel en metaanalys eller metasynthes skulle göra. Kritiken för den här typen av litteraturöversikt är den begränsade mängden forskning som bas för översikten samt risk för selektivt urval från författarnas sida. Trots detta måste val och avgränsningar göras (Friberg,
För att minska risken för selektivt urval har sökningar gjorts i olika databaser och med olika kombinationer av sökord. Nya sökningar har gjorts när studier valts bort. Vid dessa sökningar har titlar och relevanta abstracts lästs noggrant för att ingen artikel ska missas. Tre kvantitativa respektive åtta kvalitativa studier har använts i denna uppsats vilket bedömdes som något ojämst. En jämnare fördelning i antal av studierna skulle kunna vara önskvärt.


Giltighet innebär att data som skapats är stabil över tid och att resultatet går att återskapar med liknande deltagare i liknande kontext (Polit och Beck, 2017). Under arbetets gång har anteckningar förts och databassökningar sparats för att kunna få en överblick av hur
processen gått till. Med hjälp av text och bilagor har uppsatsens skapande beskrivits i detalj. Detta med syfte att öka möjligheten att återskapa ett liknande resultat.

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning fynden går att applicera på andra miljöer och grupper (Polit & Beck, 2017). De studier som använts i uppsatsen har en spridning över olika delar av världen, Sverige, USA, Australien, Kanada, Jordanien, Iran, Island och Island. Ingen geografisk avgränsning har gjorts vid sökning av studierna. Eftersom det var geografisk och kulturell spridning på studierna skulle det kunna öka överförbarheten på resultatet i denna uppsats. Detta gäller i synnerhet fynden i resultatet som återfanns i flertalet studier, exempelvis vikten av kunskap och tidsbristens påverkan på smärtbehandling.

Överförbarheten av uppsatsens resultat hade kunnat öka om fler studier hade ingått i resultatet. Överförbarheten hade kunnat vara högre med ett ökat antal kvantitativa studier som ofta har fler deltagare än kvalitativa studier.

Majoriteten av uppsatsen har skrivits tillsammans av båda uppsatsförfattarna. På grund av tidsbrist har vid behov vissa textavsnitt, formalia eller frågeställningar som behövt undersökas lämnats över till en person och där bedöms fördelningen av arbetet ha varit jämn. All text har gatts igenom av båda uppsatsförfattarna innan den godkänts.

6.3 Etikdiskussion


6.4 Förslag på vidare forskning


7 SLUTSATSER

sig undan från patienternas lidande. En grundläggande utbildning om smärta och värderingar kring smärtbehandling för vårdpersonal skulle kunna bidra till färre förutfattade meningar om patienter, mer korrekt smärtbedömning, läkare som är mer villiga att ordina adekvat smärtmedicinering och sjuksköterskor som är förberedda för att på ett etiskt sätt möta patienter med smärta. Smärtbehandlingen påverkas av sjuksköterskors förhållningssätt mot patienter, kollegor och sig själva. Förhållningssättet påverkas inte nödvändigtvis av utbildning.
REFERENSLISTA


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


# BILAGA A – SÖKMATRIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum Databas</th>
<th>Sökord</th>
<th>Avgränsningar</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Lästa abstract</th>
<th>Lästa artiklar</th>
<th>Valda artiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>05/12/2017 Cinahl Plus, Google Scholar</td>
<td>Pain AND ethic AND nurses</td>
<td>2012-2017 peer reviewed, English Languaged Major headings: Pain</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>Nurses Managing Patients' Pain May Experience Moral Distress</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017 Cinahl Plus, Google Scholar*</td>
<td>”pain management” AND nurs*</td>
<td>2012-2017 Peer Reviewd English Languaged Major headings: Pain Nurse attitudes</td>
<td>31</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>Nurses' Written Responses to Pain Management Values Education: A Content Analysis</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017 Cinahl Plus</td>
<td>nurs* AND experience AND ethical AND dilemma”</td>
<td>2002-2017 peer reviewed, English Languaged, Publication: Journal of Clinical Nursing</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>The challenge of caring for patients in pain: from the nurse’s perspective</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017 Cinahl Plus</td>
<td>pain AND management AND nurses</td>
<td>2012-2017 Peer Reviewd English Languaged Major headings: Pain Nurse attitudes</td>
<td>33</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse’s perspective.</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017 Cinahl Plus</td>
<td>Barriers AND pain management</td>
<td>2010-2017 Peer Reviewd English Languaged Major headings: Postoperativ pain</td>
<td>28</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>'We are nurses, they are doctors': Barriers to nurses’ roles in pain management following surgery in Jordan</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017 Cinahl Plus</td>
<td>Barriers AND pain management</td>
<td>2010-2017 Peer Reviewd English Languaged Major headings: Postoperativ pain</td>
<td>28</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>Nurses’ experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management</td>
</tr>
<tr>
<td>Datum</td>
<td>Databas</td>
<td>Sökord</td>
<td>Avgränsningar</td>
<td>Antal träffar</td>
<td>Lästa abstract</td>
<td>Lästa artiklar</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>---------------------------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------</td>
<td>----------------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017</td>
<td>Cinahl Plus</td>
<td>Pain AND attitudes AND nursing NOT cancer NOT pediatric</td>
<td>2007-2017, peer reviewed, English Languaged Major headings: Pain, nurs attitudes</td>
<td>48</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017</td>
<td>Clinical Nursing Research</td>
<td>Manuell sökning från artikel: Nurses Managing Patients’ Pain May Experience Moral Distress</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017</td>
<td>Cinahl Plus</td>
<td>Pain AND management AND barriers AND ”in nursing”</td>
<td>2010-2017, full text, peer reviewed, English Languaged</td>
<td>15</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>05/12/2017</td>
<td>SveMed+</td>
<td>Pain AND management AND nurses, med läs online</td>
<td>peer reviewed, svensk text</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Artikeln finns ej i fulltext i Cinahl. Titeln har kopierats och klippts in i Google Scholar.*
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr</th>
<th>Titel, författare, år, journal</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod</th>
<th>Resultat</th>
<th>Responder</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Nurses Managing Patients’ Pain May Experience Moral Distress Bernhofer, E. I. Sorrell, J. M. 2015 Clinical Nursing Research</td>
<td>Nurses experience of reasons for not manage their patient’s pain, and further, their own moral distress</td>
<td>Qualitative secondary analysis of an original grounded theory study. Researchers listen to audiorecordings, discuss core concepts to arrive to consensus in sorting data.</td>
<td>Difficulties in nurse/physician communication and lack of pain education were contributors to nurses’ frustrations and provided barriers to optimal pain management</td>
<td>48</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Nurses’ Written Responses to Pain Management Values Education: A Content Analysis Bernhofer, E. I. Hosler, R. Karius, D. 2016 Pain management nursing</td>
<td>Practice changes nurses have made to caring for patients with pain after participating in a class that included a segment on personal values.</td>
<td>Qualitative conventional content analysis method. Written open ended questions. Open coding analysis.</td>
<td>Nurses who learned how their personal values affect their pain management decisions described new insights into their own approach to pain management.</td>
<td>20</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>The challenge of caring for patients in pain: from the nurse’s perspective 2009 Journal of Clinical Nursing Blondal, K. Halldorsdottir, S.</td>
<td>To increase understanding of what it is like for nurses to care for patients in pain.</td>
<td>Qualitative method, unstructured interviews. Dataanalysis using the process of Vancouver school</td>
<td>Caring for a patient in pain is a ‘challenging journey’ for the nurse.</td>
<td>10</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr</td>
<td>Titel, författare, år, journal</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod</td>
<td>Resultat</td>
<td>Responder</td>
<td>Kvalitet</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>We are nurses, they are doctors: Barriers to nurses’ roles in pain management following surgery. Shoqirat, N 2013 International Journal of Nursing Practice</td>
<td>Explore barriers to nurses’ roles in pain management following surgery.</td>
<td>Qualitative method, four focus group discussions. Data coded and grouped using N-Vivo.</td>
<td>Two categories emerged: 1. Barriers within bedside nursing, Family interferences, 2. Barriers within nursing - Lack of staff, Nurses/doctors.</td>
<td>25</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr</td>
<td>Title, Source, Year</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod</td>
<td>Resultat</td>
<td>Responder</td>
<td>Kvalitet</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>-------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain.</td>
<td>Identify and explore nurses' attitudes toward hospitalized patients with SUD who are in pain, and to generate theory that will contribute to a greater understanding of the problem.</td>
<td>Qualitative method, grounded theory, interviews using a semistructured interview guide. Open coding and axial coding.</td>
<td>Participants described three different pathways to get to the patient and pain treatment. The pathways consists of different factors.</td>
<td>14</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Exploring how bedside nurses care for patients with chronic pain: A grounded theory study.</td>
<td>Develop a theoretical understanding of nurses' assessment and decision-making behaviors related to the care of patients with chronic pain in the acute care setting.</td>
<td>Qualitative method, grounded theory approach. Interviews. Constant comparative method.</td>
<td>Data led to generation of a theoretical model. Taking ownership, tenacity, frustration, and moral distress emerged as the core concepts.</td>
<td>48</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Managing pain medications in long-term care: nurses' views.</td>
<td>Explore nurses' perceptions of their current practices related to administering pain medications to long-term care (LTC) residents</td>
<td>A cross-sectional survey design, included both quantitative and open-ended questions. Chi-squares and percentages.</td>
<td>Nurses, 86%, felt the medication administration system was adequate to help them manage pain. 98% of nurses reported that they felt comfortable administering narcotics to LTC residents.</td>
<td>77</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr</td>
<td>Titel, författare, år, journal</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod</td>
<td>Resultat</td>
<td>Responderer</td>
<td>Kvalitet</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>----------</td>
<td>-------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Identifying barriers to pain management in long-term care. Egan, M. Cornally, N. 2013 Nursing Older People</td>
<td>To identify barriers to optimal pain management in long-term care (LTC) from a nursing perspective.</td>
<td>A quantitative, cross-sectional, descriptive design. Survey design. Descriptive statistics and SPSS.</td>
<td>Difficulty assessing pain due to problems with cognition, older patients’ inability to complete pain scales and communication difficulties as a result of sensory impairment were common barriers.</td>
<td>83</td>
<td>Hög</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer Sandh, M. Boström, B. 2012 Vård i Norden</td>
<td>Identify how nurses perceive the performance of pain management and the use of guidelines for pain management.</td>
<td>Quantitativ method, using questionnaire. Descriptive statistics and SPSS.</td>
<td>Pain management was perceived to be performed non-systematically and not always adapted to the individual. Guidelines were not always used.</td>
<td>111</td>
<td>Hög</td>
</tr>
</tbody>
</table>
BILAGA C – KVALITETSGRANSKNING

Granskningen av de kvalitativa studierna utgick från följande frågor av Friberg (2017):

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är problemet i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall beskrivna?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriver?
4. Vad är syftet i studien? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
7. Hur har data analyserats?
8. Hur hänger metoden och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
11. Vilka argument förs fram?
12. Förs det några etiska resonemang?
13. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
14. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

Granskningen av de kvantitativa studierna utgick från följande frågor av Friberg (2017):

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall beskrivna?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriver?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur har urvalet gjorts (t. ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
9. Vad visar resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Först det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, till exempel vad gäller generaliserbarhet?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antagande, till exempel omvårdnadsvetenskapliga antaganden?
Forts. Kvalitetsgranskning av artiklar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frågor Kvalitativa</th>
<th>Atiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>1 1 0 1 0 1 1 0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>0 0 1 1 0 0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>1 1 1 1 0 1 1 0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>1 1 1 1 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>1 1 1 0 1 1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>1 1 1 0 0 1 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
<td>13 13 13 13 10 12 12 10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frågor Kvantitativa artiklar</th>
<th>Atiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>1 1 1</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>0 0 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
<td>9 9 9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ja = 1 poäng  
Nej = 0 poäng

Kvalitativa artiklar  
0-4 poäng = Låg kvalitet  
5-9 poäng = Medelhög kvalitet  
10-14 poäng = Hög kvalitet

Kvantitativa artiklar  
0-4 poäng = Låg kvalitet  
5-8 poäng = Medelhög kvalitet  
9-13 poäng = Hög kvalitet