

MAGISTERARBETE



SJUKSKÖTERSORS ERFARENHET AV GRUNDER PÅ VILKA DE BEDÖMER SMÄRTA HOS ÄLDRE (> 75 ÅR) PATIENTER INOM SLUTENVÅRDEN EN INTERVJUSTUDIE

ANDREJA IDSTRÖM

Blekinge Tekniska Högskola
Magisterarbete
Vårdvetenskap
Sektionen för Hälsa
371 79 Karlskrona

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHET AV GRUNDER PÅ VILKA DE BEDÖMER SMÄRTA HOS ÄLDRE (> 75 ÅR) PATIENTER INOM SLUTENVÅRDEN EN INTERVJUSTUDIE

ANDREJA IDSTRÖM

Sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården. En intervjustudie. Magisterarbete 15 hp i specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot vård av äldre, 60 hp. Hötterminen, 2014. Handledare: Christel Borg.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sjuksköterskor kan i sitt arbete med att bedöma smärta hos dem äldre patienter möta svårigheter. Dem äldre patienterna kan ha svårt att uttrycka, beskriva eller skatta sitt smärta. Samtidigt är sjuksköterskans roll vid bedömning av smärta viktig eftersom den är grunden till optimal behandling av smärta hos dem äldre patienter. *Syfte:* Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården. *Metod:* En intervjustudie med kvalitativ ansats. Samlad data analyserades med innehållsanalys beskriven av Burnard (1996). *Resultat:* Sjuksköterskor i studie hade olika erfarenheter både av grunder på vilka dem bedömde smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården och av vilka grunder dem uppfattade som viktiga vid bedömning av smärta hos dem äldre patienter. Informanter beskrev under intervjuer sina erfarenheter av olika grunder. Dessa erfarenheter var både positiva och negativa och beskrivs i studie under två huvudkategorier: naturliga möten genom partnerskap och kloka rutiner. *Slutsats:* Sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården har betydelse för hur sjuksköterskor skattar smärta dvs. sjuksköterskors erfarenheter är viktiga vid arbete med bedömning av smärta.

Nyckelord: sjuksköterska, äldre, smärtbedömning, erfarenheter

NURSES EXPERIENCE OF GROUNDS ON WHICH THEY ASSESS PAIN IN THE ELDERLY (> 75 YEARS) PATIENTS IN HOSPITAL CARE

AN INTERVIEW STUDY

ANDREJA IDSTRÖM

Nurses experience of grounds on which they assess pain in the elderly (> 75 years) patients in hospital care. An interview study. Caring Science, 15ECTS credits Master Thesis in Caring Science, Programme for Specialist Nursing in Elderly Care 60ECTS credits. Fall semester 2014. Supervisor: Christel Borg.

ABSTRACT

Background: Nurses can in their efforts to assess pain among older patients face difficulties. Older patients may find it difficult to express, describe or rate their pain. Meanwhile, the nurse's role in assessing pain is significant because it is the foundation for optimal treatment of pain in elderly patients. *Aim:* Purpose of this study was to describe nurses' experience of grounds on which they assess pain in the elderly (> 75 years) patients in hospital care. *Method:* An interview study with qualitative approach. Collected data were analyzed with content analysis described by Burnard (1996). *Result:* Nurses in the study had different experiences both of the grounds on which they assessed pain in the elderly (> 75 years) patients in hospital care and of which grounds they perceived as important in the assessment of pain in those elderly patients. Informants described during the interviews their experiences of different grounds. These experiences were both positive and negative, and are described in the study in two main categories: natural encounters through partnership and advisable procedures. *Conclusion:* Nurses' experience of the grounds on which they assess pain in the elderly (> 75 years) patients in hospital care influences how nurses estimate pain i.e. nurses' experiences are important when working with the assessment of pain.

Keywords: nurse, elderly, pain assessment, experience

Innehåll

INTRODUKTION	1
Bakgrund	1
Litteraturgenomgång.....	1
<i>Smärta</i>	1
<i>Smärta hos äldre</i>	2
<i>Bedömning av smärta</i>	3
<i>Behandling av smärta</i>	4
<i>Omvårdnadsteoretisk anknytning: Halls tre aspekter av omvårdnad</i>	5
Problemformulering.....	7
Syfte	8
METOD	8
Val av design	8
Urval	9
Kontext	10
Datainsamling	10
Dataanalys.....	11
<i>Kvalitativ innehållsanalys enligt Burnard (4 steg)</i>	11
<i>Tabell 1: Presentation av underkategorier och kategorier som har kommit fram under analysarbete</i>	13
<i>Tabell 2: Exempel på analysarbete</i>	14
Etiska övervägande	15
Resultat	15
Naturliga möten genom partnerskap.....	15
<i>Ömsesidigt samspel</i>	15
<i>Teamarbete över professionerna</i>	17
Kloka rutiner	17
<i>Använda sina sinnen</i>	17
<i>Använda smärtbedömningsinstrument</i>	19
Sammanfattning.....	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion.....	23

Slutsats	27
Referenser	29

Till min man – för hans osvikliga stöd.

Och till min far – han skulle ha varit stolt.

INTRODUKTION

Bakgrund

Bristande kunskap om smärtbedömning hos vårdpersonalen kan leda till otillräcklig smärtlindring hos patienter på sjukhus som Wadensten, Fröjd, Swenne, Gordh och Gunningberg (2011) beskriver. Orsaker till bristande smärtbehandling kan även bero på faktorer som kan vara relaterade till patienter (t.ex. ovilja att rapportera smärta), till vårdpersonalen eller t.o.m. sjukvårdssystemet i stort (t.ex. dålig samordning mellan kliniker där ingen tar det primära ansvaret för patienten). I intervjustudie av Lansbury (2000) beskriver hon att för att uppnå en effektiv hantering av äldres kroniska smärta så är det nödvändigt att förstå den äldres perspektiv av smärta. Omhändertagande och behandling av personer med smärta, speciellt inom vård av äldre, kan dock vara en riktig utmaning för vårdpersonalen eftersom dem äldre patienterna ofta finner det svårt att uttrycka sin smärta, att skatta smärtan enligt olika skalor eller att ge typiska beskrivningar av smärta samtidigt som det är det första steget för sjuksköterskan i arbetet med smärta: att göra en uppskattning av smärtan (Jakobsson, 2010). Sjuksköterskan är den som har stor roll i bedömning och behandling av smärta hos äldre patienter (Björö & Torvik, 2010). Som Wadensten et.al. (2011) skriver i sin studie är sjuksköterskor viktiga för att förbättra vårdkvaliteten, i samarbete med annan vårdpersonal. Vid behandling av smärta innebär det att se till att bedömning av smärta genomförs hos patienten och att lämpliga åtgärder vidtas för att minska smärtan (ibid.). Även Hadjistavropoulos et.al. (2007) beskriver i resultat av sin studie att adekvat bedömning av smärta är viktigt eftersom det fungerar som grund för kliniskt beslutsfattande och slutligen optimal vård.

Litteraturgenomgång

Smärta

Definition av International Association for the Study of Pain (IASP) säger att smärta är en obehaglig sensorisk och/eller känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta kan vara akut eller kronisk. Akut smärta är något som alla människor upplever någon gång under livets gång och den försvinner i regel när orsaken till den inte finns kvar (Norrbrink & Lundeberg, 2014). Om akuta smärtan inte ger med sig utan blir långvarig talar man om kronisk smärta (smärtan har övergått från att vara ett symptom till att vara ett syndrom). Långvarig smärta påverkar flera av kroppens system (t.ex. immunologiska, endokrina, autonoma nervsystemet) och påverkar därmed även människors funktioner så som sömn, sinnesstämning och kognitiva funktioner (ibid.). Enligt Lidbeck (2007) kan smärtan även delas i följande sex kategorier: nociceptiv smärta (smärtan leds via

smärtreceptorer från skadad vävnad, t.ex. inflammation, fraktur), perifer neuropatisk smärta (smärtan uppkommer p.g.a. skada i perifer nerv eller nervrot, t.ex. ischias, herpes zoster), central neuropatisk smärta (smärtan uppkommer genom skador i centrala nervsystemet, t.ex. stroke, MS), central störd smärtstimulering (störningar i den centrala smärttransmissionen är en väsentlig del av den aktuella smärtmekanismen, t.ex. fibromyalgi, långvarig smärta efter pisksnärtskada), psykogen smärta (smärtan som uppkommer av enbart psykiska orsaker, t.ex. djupa depressioner, vissa psykoser) och idiopatisk smärta (smärtan som ej kan hänföras till någon av ovanstående kategorier). Det finns även många andra faktorer som påverkar upplevelse av smärta t.ex. smärthanteringsförmåga (coping), känslor, mentala förmågor, beteenden, komorbiditet (somatisk och psykisk), familjesituation (bakgrund och nuvarande), socialt nätverk, fritid och intresse, arbetssituation, etnicitet och religion (Hawthorn & Redmond, 1999). Som Fredenberg och Vinge (2014) skriver, är alltså smärta en personlig upplevelse som inte kan påvisas eller uteslutas med objektiva metoder och därför ska patients smärtupplevelse inte ifrågasättas när bedömning av smärta utförs. Författarna menar att patienterna kan uppleva ett sådant ifrågasättande som kränkande.

Smärta hos äldre

Lennartsson och Heimersson (2009) beskriver att äldres hälsotillstånd successivt har förbättrats under de senaste 15 åren. Fler uppfattar sitt hälsotillstånd som gott och färre har sjukdomar eller besvär som de anser hindrar det dagliga livet. Allt färre uppger att de har nedsatt rörelseförmåga *men andelen individer med värk har inte minskat* (ibid.). Enligt studie av Jakobsson, Klevsgård, Westergren och Rahm-Hallberg (2003) orsakas smärta hos äldre främst av muskuloskeletal sjukdomar och tillstånd såsom artros, osteoporos, frakturer, och ospecifik rygg-/ledsmärta samtidigt som även andra orsaker till smärta såsom diabetes och cancer ökar med åldern. Samma studie visade att 40,4 % av människor > 75 år upplever någon form av smärta. Författarna beskriver att smärtproblematiken är stor hos den äldre patientgruppen samtidigt som det är en grupp patienter som även kan ha många andra sjukdomar förutom dem som orsakar smärta. Detta kan innebära problematik som t.ex. polyfarmaci och kan bidra till att smärtproblematiken hos den äldre patientgruppen blir svår att handskas med för vårdpersonalen och kan påverka patientens möjlighet till en optimal omhändertagande inom vården (ibid.). Upplevelse av smärta är samtidigt beroende av ett komplext nervsystem och åldrande är förknippat med omfattande förändringar av de cellulära och neurokemiska substraten i nociceptiv system (Helme & Gibson, 1999; Gibson & Farell, 2004). Speciellt den långsamma upplösningen av hyperalgesi (ett smärtsam stimuli i och

kring ett skadat hudområde som upplevs starkare än normalt) påverkar upplevelse av smärta hos äldre (ibid.). Gibson och Farell (2004) menar att minskat sinne för smärta medför för äldre större risk för skador speciellt under omständigheter där smärtan är sannolikt att bestå. Detta eftersom läkningsprocessen tar längre tid och detta gör dem äldre patienter mer sårbara för smärtans negativa effekter på liv och hälsa (ibid.). Enligt Molin (2014) kan smärta hos äldre personer leda till ökad social isolering, depressioner, sömnsvårigheter, försämrad rörlighet och därmed ett nedsatt välbefinnande hos äldre. Ofullständigt bedömd och underbehandlad smärta kan även leda till allvarliga konsekvenser för den äldre, såsom nedsatt allmäntillstånd, gångrubbningar, fall, långsam rehabilitering, kognitiv svikt och malnutrition (ibid.).

Bedömning av smärta

Det första steget för sjuksköterskan i arbetet med smärta är att göra en uppskattning av smärtan. Sjuksköterskan ska ta reda på så mycket som möjligt om patienten och om patientens smärta för att en adekvat smärtbehandling ska kunna genomföras (Björo & Torvik, 2010). Hur mycket information behöver samlas in vid smärtanamnesen beror på om smärtan är akut och lokaliserad eller långvarig och generaliserad (Norrbrink, Lund och Lundeberg, 2014). I studie av Hadjistavropoulos et.al. (2007) kan ses att verbala och numeriska skattningsskalor är bäst lämpade att verifiera intensiteten av smärta hos äldre personer utan kognitiv försämring/kommunikationssvårigheter. Dem kan även användas (med stöd) hos många patienter med milda till måttliga kognitiva försämringar. Skattningsskalor bör presenteras i form som är lätt att förstå för den enskilde individen. Hos personer med demenssjukdom kan oförmåga att kommunicera förvärras av atypiska fysiska och psykologiska beteenden och detta gör smärtbedömning extra svårt. Personer som saknar verbala och matematiska färdigheter, t.ex. de med kognitiv försämring eller kommunikationsförsämring efter stroke, kanske kan svara till en lämpligt anpassad bildskattningsskala (ibid.). Smärtan kan enligt Grafström (2010) även uttryckas och därmed observeras genom en förändring av såväl fysisk (t.ex. spända ansiktsdrag, stelhet, spänning i kroppsrörelse) som psykiskt beteende (t.ex. aggressivitet, apati, oro, rastlöshet). Mueller-Schwefe et.al. (2011) beskriver att standardiserade instrument kan förbättra kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen och ge större insikt i patientens smärta. Smärtskattningsskalor som finns på svenska och kan användas inom slutenvården är t.ex. VAS (visuella analoga skattningsskalan) och NRS (numerical rating scale). VAS består av en tio centimeter lång linje där dem två ändpunkterna är markerade

med ord t.ex. ”ingen smärta” och ”värsta tänkbara smärta” där patienten med hjälp av markör som går att flytta längs linje markerar hur mycket smärta han upplever (Bergh, 2009). NRS är en variant av VAS där avståndet mellan ändpunkterna har graderats i form av nummer 0-10 där 0 markerar ”ingen smärta” och 10 ”värsta tänkbara smärta” (ibid.). Mueller-Schwefe et.al. (2011) menar att unidimensionella instrument (skattar en aspekt av smärta i taget) såsom VAS och NRS kan användas för många äldre patienter, medan mer information kan erhållas från multidimensionella smärtskattningsinstrument (dem är ofta sammansatta av flera unidimensionella instrument). Exempel på multidimensionella smärtskattningsinstrument som finns på svenska är BPI (brief pain inventory) och MPI-S (West Haven-Yale multidimensional pain inventory) (Norrbrink et.al., 2014). Patienter skiljer sig enormt både i sina symptom och vad de anser vara en acceptabel nivå av smärta; smärtskattningsinstrument kan därför hjälpa både vid upprättande av individuella behandlingsmål och vid uppföljning av behandlingen (Mueller-Schwefe et.al., 2011). Vikten av ansvar för korrekt bedömning av smärta hos dem äldre patienter lyfts t.ex. i studie av Blomqvist och Hallberg (1999) där författarna menar att i möte med dem äldre patienter med nedsatt talförmåga och/eller kognitiv dysfunktion vilar ansvar för att upptäcka smärta och initiera smärtbehandling hos vårdpersonalen. Blomqvist och Hallberg (2001) finner dock i en annan studie av äldre patienter att vårdpersonal inte alltid bedömer smärta så som dem äldre patienterna själva gör. Författarna fann i sin studie att flera patienter med normal kognitiv funktion uppgav att dem hade mer smärta än vad som tolkades av vårdpersonalen. I samma studie bedömde vårdpersonalen att något mer än hälften av patienter med nedsatt kognitiv förmåga hade smärta dock framkom inte patienternas eget tolkning av smärta trots att även personer med mild till måttlig nedsatt kognitiv förmåga klarar av att svara om dem har ont.

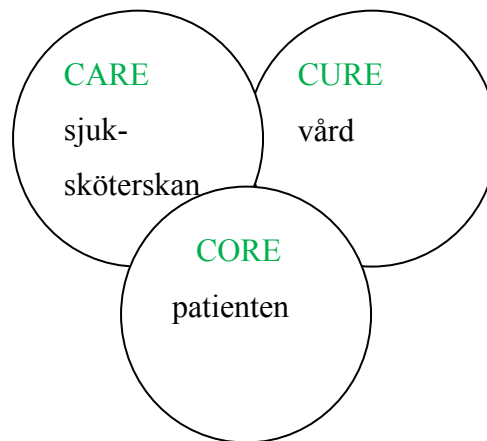
Behandling av smärta

För att behandla/hantera smärtan hos dem äldre patienter kan ett flertal olika strategier användas. *Farmakologisk behandling* (behandling med smärthämmande läkemedel) är den vanligaste behandlingsmetod för att kontrollera smärta hos äldre patienter (American Geriatrics Society, 2009). Problemet kan vara att balansera risker och nytta för den äldre patienten. Eftersom smärta kan, som sagt tidigare, påverka den äldre patienten på negativt sätt är det dock viktigt att behandla den (Molin, 2014). Nyttan med farmakologisk behandling kan vara att behandlingen kan hjälpa den äldre patienten att hantera smärtan och ta den till en nivå som gör det möjligt för patienten att delta i aktiviteter och uppnå en acceptabel livskvalitet (American Geriatrics Society, 2009). Risker med farmakologisk behandling kan vara att dem

äldre patienter är mer mottagliga för biverkningar som kan t.ex. vara interaktioner med andra läkemedel, yrsel, fallolyckor och bristande följsamhet (läkemedel tas inte enligt ordination). "Start low and go slow" ordspråket bör tas hänsyn till vid farmakologisk behandling av smärta hos dem äldre patienter. Den är baserad på patientens förmåga att absorbera och utsöndra läkemedlet och farmakokinetik av de läkemedel som används (ibid.). Även Bjorö och Torvik (2010) och Norrbring och Lundeberg (2014) påpekar att vid farmakologisk behandling av smärta hos äldre är det viktigt att ta hänsyn till polyfarmaci, förändringar som sker i kroppen med stigande ålder (t.ex. minskad muskelmassa, ökad andel kroppsfett, försämrade njur- och leverfunktion) samt att följa upp och utvärdera behandling. Sjuksköterskans roll vid farmakologisk behandling av smärta kan vara att ta kontakt/återkoppling med patientansvarig läkare, att initiera, administrera och utvärdera farmakologisk behandling (adekvat, individanpassad) enligt stående/vid behov/generell ordination samt att vara uppmärksam på biverkningar och medverka till att förebygga dessa (Bjorö och Torvik, 2010). *Icke farmakologisk behandling* kan enligt Norrbring och Lundeberg (2014) delas i två olika kategorier: komplementära medicinska behandlingsmetoder (sensorisk stimulering, body-mind tekniker) och psykologiska behandlingsmetoder (kognitiv beteendeterapi, "acceptance and commitment" terapi, klinisk hypnos). Cavalieri (2002) beskriver i sin studie att icke farmakologisk behandling bör beaktas. Även att fråga och samtala med patienten, anhöriga eller t.ex. hemtjänstpersonal kan vara ett sätt att få viktig information om vad som har hjälpt tidigare och kan vara en del av bedömningen och behandlingen. Fysiskt aktivitetsprogram, utbildning för patienter/vårdgivare och kognitiva terapier kan vara andra användbara strategier för behandling av smärta om patienten har möjlighet att delta (ibid.). Sjuksköterskans roll vid icke farmakologisk behandling kan innefatta att initiera/administrera/behandla med icke-farmakologiska åtgärder eller kontakt/samordning med andra medlemmar av vårdteamet för att kunna initiera/administrera/behandla med icke-farmakologiska åtgärder (Bjorö & Torvik, 2020). För smärtlindringens effekt hos den enskilde individen har sjukvårdspersonalens omhändertagande och deras attityder en stor betydelse enligt studie av Blomqvist och Rahm-Hallberg (2002).

Omvårdnadsteoretisk anknytning: Halls tre aspekter av omvårdnad
Myringer och Persson (1989) beskriver att Lydia Hall sa vid en föreläsning på början av 1950-talet att "nursing is a process". Och för att beskriva omvårdnad/omvårdnadsprocessen använde hon följande uttryck: (at) hos patienten, (to) till patienten, (for) för patienten, (with)

med patienten. Hon menade även att omvårdnad har tre olika steg: att göra iakttagelser, ge vård och validera (ibid.). Hall använde tre cirklar för att presentera olika aspekter av patienten och vården. I ”care” -cirkeln förklarar Hall den roll som sjuksköterskor har i omvårdnaden av patienten, ”cure”-cirkeln presenterar den vård som ges till patienten av sjuksköterskan och annan vårdpersonal och ”core”-cirkeln presenterar patienten till vilken omvårdnad är riktad (Pokorny, 2013). De tre cirkelarna förändras i storlek och överlappar varandra beroende på patienters fas i sjukdomsprocessen. Sjuksköterska fungerar/har roll i alla tre cirklar men i olika grad. Teorin lägger betoning på vikten av att se hela patienten snarare än att titta endast på en aspekt. Det finns också betoning på att alla tre aspekter (care, cure, core) av teorin fungerar tillsammans, dem är sammanhängande, men deras omfattning varierar beroende på situationen (ibid.).



I *Cancerrelaterad smärta: riktlinjer för smärtbedömning, patientundervisning och komplementär smärtbehandling* (Svensk sjuksköterskeförening & Spri, 1999) beskrivs sjuksköterskans arbete hos patienter med smärta. Detta kan sättas i relation till Halls tre aspekter av omvårdnad. Inom cure-perspektivet kan sjuksköterskans arbete innebära t.ex. administrering av läkemedel, initiering av icke-farmakologisk behandling eller att vara kontakt mellan patienten och dem andra medlemmarna av vårdteamet. Core-perspektivet kan i sjuksköterskans arbete hos patienter med smärta iakttas t.ex. när hon efterfrågar patientens uppfattning av smärta eller informerar/undervisar både patienten och anhöriga om smärta, olika behandlingsmöjligheter och vikten av att patienten själv är aktiv i sin egen behandling. Arbete då care-perspektivet kan iakttas kan vara sådana praktiska moment som att t.ex. hjälpa patienten med lägesändringar eller övningar. Care-perspektivet i arbetet hos patienter med smärta kan vidare iakttas när sjuksköterskan arbetar med t.ex. att bedöma smärta, skatta den, följa upp eller utvärdera smärtan/smärtlindring (ibid.). Halls teori kan sättas i förhållande till

denna studie då sjuksköterskors kunskaper, attityder och arbete hos patienter med smärta bland annat även påverkas av deras erfarenheter av att bedöma smärta hos patienter. Detta visas i t.ex. studie av Sjöström, Jakobsson och Haljamäe (2000) där författarna formulerar vad sjuksköterskor upplever att de har lärt sig av erfarenhet av att utföra många bedömningar av smärta. Studie visar att klinisk erfarenhet i smärtbedömningen hjälper sjuksköterskor att utveckla sina färdigheter i smärtbedömningen speciellt på tre områden: att kunna se (fysisk uttryck av smärta), att kunna skilja (hur patienter upplever smärta) samt att kunna ge (administrering av analgetika). Författarna menar att det är av yttersta vikt för sjuksköterskors utveckling av erfarenhet att bedöma smärta att både kunna se dem enskilda patientens erfarenheter samt att integrera dem med sina egna tidigare yrkeserfarenheter (ibid.).

Problemformulering

Bedömning av smärta hos dem äldre patienter har visat sig vara svårt troligtvis beroende på att smärta anses vara individuellt upplevelse (Fredenberg & Vinge, 2014), att den kan vara relaterad till multisjuklighet (Jakobsson et.al., 2003), att dem äldre patienter kan ha kognitiv svikt som försvårar bedömning av smärta (Hadjistavropoulos et.al., 2007) samt att det finns skillnader mellan vårdpersonalens och patientens egen bedömning av smärta (Blomqvist & Hallberg, 2001). Smärtan har olika sätt att visa sig, och hur äldre patienter reagerar och uttrycker smärta är som sagt personligt. Higgins, Madjar och Walton (2004) beskriver i sin studie att detta ställer höga krav på sjuksköterskan för att en god smärtbehandling skall kunna genomföras. God kunskap om smärta och särskilt smärta hos äldre är grundläggande. I samma studie menar forskare att bristande kunskap hos sjuksköterskor utgör ett hinder vid identifiering av smärta och detta kan i sin tur innebära brist på effektiv smärtbedömning. För att kunna genomföra adekvat och individanpassad farmakologisk behandling av smärta till den äldre patienten krävs det en mängd kunskaper som sjuksköterska ska besitta och omsätta i praktiken. Vid en snabb överblick över litteraturen i databaser Cinahl och PubMed kan det ses att det finns studier, som t.ex. dessa som nämns tidigare i detta arbete, som berör fakta som att den äldres smärta ofta är underbehandlad, vilka faktorer som kan uppfattas som hinder i smärtbehandling av äldre, vilka metoder och bedömningsinstrument sjuksköterskor kan använda när de samlar in information om smärta och vilka bedömningsinstrument som finns att tillgå. Att smärta hos äldre befolkningen är ett angeläget problem inom omvårdnaden bekräftas av forskning inom ämnet (Sloman, Ahern, Wright & Brown, 2001; Brockopp, Downey, Powers, Vanderveer, Warden, Ryan & Saleh, 2004). Det finns behov av fler omfattande studier med fokus på hur sjuksköterskor skaffar sig kunskaper om smärta och

smärtbehandling, hur de bedömer smärta, och vilka tekniker de använder för att lindra smärta hos äldre patienter. Det är aktuellt med fördjupning av kunskap inom ämnet för att kunna förstå och lindra smärta hos äldre patienter mer effektivt (ibid.). Därför känns det angeläget och viktigt att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården. Detta för att i kliniskt arbete kunna arbeta med denna viktiga fråga samt att fungera som stöd för kollegor som har frågor om bedömning av smärta hos äldre patienter.

Syfte

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården.

METOD

Val av design

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (> 75 år) patienter inom slutenvården. Sjuksköterskors upplevelser i positiva samt negativa situationer, som är knutna till grunder på vilka sjuksköterskor bedömer smärta hos den äldre patient, kommer att lyftas i resultatavsnittet. Med syftet i åtanke ansågs det lämpligt att studien genomfördes i naturalistisk inriktning med en kvalitativ ansats i form av semistrukturerade intervjuer där critical incident technique (CIT) användes som intervjueteknik (Flanagan, 1954). Naturalistisk inriktning i studie möjliggör att informanterna betraktas som individer vars erfarenhet påverkas av omvärld och interaktioner med andra människor (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ design lämpade sig väl i denna studie eftersom frågeställning i intervjuerna var att beskriva situationer där sjuksköterskor upplevde att det fungerade bra med smärtlindring hos den äldre patienten och situationer där sjuksköterskor upplevde att det inte fungerade bra med smärtlindring hos den äldre patienten; detta i syfte att undersöka erfarenheter knutna till bedömning av smärta - informanternas perspektiv av det studerade fenomenet lyftes (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna som genomfördes gav sjuksköterskor möjlighet att ge detaljerad information om deras erfarenheter av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre patienter från deras eget perspektiv samt intervjuaren möjlighet att fokusera på deras berättelse (Polit & Beck, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna i studie var semistrukturerade: under intervjuer ställdes två öppna frågor så att sjuksköterskor kunde berätta om när det fungerade bra eller när det inte fungerade bra att behandla smärta hos äldre patienter. För att kunna utveckla intervjuer och fånga informanternas upplevelser knutna till grunder på vilka smärta bedöms hos dem äldre

patienter ställdes vid behov följdfrågor samt att författaren hade en förståelse om ämnet genom sitt kliniska arbete och genom att ha satt sig i ämnet innan intervjuerna genomfördes (Danielsson, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009). CIT applicerades som intervjuteknik i denna studie. Flexibilitet av CIT ansågs passande med tanke på studiens syfte och dess fokus. Genom att ge sjuksköterskors möjlighet att beskriva sina tankeprocesser och åtgärder under positiva och negativa situationer vid behandling av smärta kunde information om dessa situationer erhållas. Det fanns möjlighet att förstå och lyfta komplexiteten i sjuksköterskans erfarenheter av grunder på vilka dem bedömer smärta hos äldre patienter samt möjlighet att få en fullständig tolkning av händelser eftersom den beskrevs från positiva och negativa aspekter (Schluter, Seaton & Chaboyer, 2007). CIT utvecklades av Flanagan (1954) som genomförde en studie av piloternas erfarenheter av incidenter vid luftuppdrag. Han använde retrospektiv metod, han studerade sådant som redan har inträffat för att kunna se vilket beteende ledde till positiv eller negativ resultat. Han kallade metoden för ”The Critical Incident Technique”. Han beskrev CIT som en uppsättning av procedurer som används för att samla in observationer av mänskligt beteende (som har avgörande betydelse) och uppfyller metodiskt fastställda kriterier. Flanagan menade att när en tydlig beskrivning av händelser vid en specifik incident tillhandahålls av informanter så skapas en förståelse för varför vissa åtgärder utfördes eller inte. Han betonade att CIT är flexibel, vilket kräver en ändring av procedurer för att anpassas för specifika situationer. Flanagan förespråkade fyra olika sätt att samla data i form av kritiska händelser och till denna studie valdes som tidigare sagt individuella intervjuer.

Urval

Med syftet i åtanke valdes som deltagarna i studien sjuksköterskor, anställda på en ortopedavdelning på ett sjukhus i södra Sverige, som möter äldre patienter (> 75 år) med smärta regelbundet i sitt kliniska arbete. Verksamhetschef på vald avdelning kontaktades via telefon. Information om studie, studiens syfte och metod förklarades muntligt och sedan även skriftligt med hjälp av informationsbrev. Verksamhetschef blev tillfrågad om hon kan informera sjuksköterskor på sin avdelning om studie innan mejl skickades ut till dem samt frågan ställdes om det finns möjlighet att intervjuer utförs på informanternas arbetstid. Verksamhetschefen informerade sjuksköterskor om studie på en arbetsplatsträff och efter det skickades mejl med informationsbrev till samtliga sjuksköterskor på avdelningen. Jämn könsfördelning skulle vara svår att uppnå eftersom sjuksköterskeyrket är så kvinnodominerat, därför väldes det bort som urvalskriteriet. Enligt Statistiska centralbyrån (2011) är 91 % av

sjuksköterskor kvinnor. Legitimerade sjuksköterskor med varierande erfarenhet av omvårdnad och bedömning av smärta valdes ut dvs. hänsyn togs till sjuksköterskors arbetslivserfarenhet eftersom den, som sagt tidigare, hjälper sjuksköterskor att utveckla sina färdigheter i smärtbedömningen (Sjöström et.al., 2000). Dem första sjuksköterskor som uppnådde kriterier var tillfrågade om deltagande i studie. Det var fem sjuksköterskor med arbetslivserfarenhet längre än sex år och tre sjuksköterskor med arbetslivserfarenhet kortare än fyra år. Var och en fick återigen både muntligt och skriftlig information om studie och fick inför intervju skriva på informerat samtycke. Därefter mejlade deltagarna till mig vilken datum och tid vi kunde träffas. Sjuksköterskor som accepterade att delta i studie intervjuades på deras arbetsplats under deras arbetstid. Åtta intervjuer utfördes för att samla in data (utöver två provintervjuer som utfördes innan själva studien påbörjades).

Kontext

Intervjuer utfördes på en ortopedavdelning på ett sjukhus i södra Sverige. Den valda avdelningen bedriver både akut och planerad verksamhet inom ortopediområde och har 25 vårdplatser. På avdelning arbetar 18 sjuksköterskor. Genomsnittsbeläggning på avdelningen är 90 % på årsbasis. Avdelningen består av två korridorer där den ena är ”den akuta sidan” och den andra ”den elektiva sidan”. Där finns även ett flertal expeditioner (sjuksköterske-, läkar-, avdelningschef-, sekreterarexpeditioner) samt stort dagrum och matsal för patienter. Sjuksköterskor arbetar enligt rotationssystem (dag-, kväll- och nattjänstgöring). Patienter på avdelningen delas i tre grupper där varje grupp har i genomsnitt 8 patienter. I varje grupp arbetar en sjuksköterska och en undersköterska. Avdelning bedriver så kallad parvård. På avdelningen finns patienter som utförde planerade höft- och knäplastik operationer, patienter med akuta ortopediska tillstånd (t.ex. patienter med frakturer, ryggsmärtor) och patienter med långvarig smärtproblematik. Patienter är i alla åldrar dock tillhör många patienter i den akuta verksamheten den äldre patientgruppen. Dagtid måndag-fredag finns på avdelningen även personal från paramedicinsk enhet (sjukgymnast och arbetsterapeut) som hjälper patienter med rehabilitering.

Datainsamling

Två provintervjuer och provtranskriberingar utfördes innan själva studien påbörjades. Dessa är inte inkluderade i själva magisteruppsatsen utan utfördes för att kunna testa upplägget och bekanta sig med roll som intervjuare (Danielsson, 2012). Intervjuer ägde rum på informanternas arbetsplats, under deras arbetstid. Informanterna bestämde själva datum och tid. Intervjuerna utfördes på inskrivningsmottagning som ligger i korridoren utanför själva

avdelningen men på samma plan. Dem utfördes på eftermiddagarna då ingen inskrivningsverksamhet pågår. Intervjuer varade i genomsnitt 20 minuter. Mottagningen är ett ganska stort rum, med ett runt bord och stolar. Fönster täcker hela ena väggen. Vi kunde stänga dörren efter oss när intervjuerna pågick. Inga störande ljud eller avbrott förekom. Alla intervjuer spelades in direkt på dator med hjälp av Express Scribe Transcription Software. Detta underlättade ordagrant transkribering, att kunna återkomma till data snabbt samt att data var lätt tillgänglig vid analysarbete. Detta underlättade även att kunna lyssna aktivt på informanter under pågående intervju. Efter varje intervju har även anteckningar skrivits. Två öppna frågor ställdes i början. Beroende på vilken information som kom upp under själva intervjun så ställdes det även följdfrågor för att få informanter att utveckla sina svar (bilaga 1). När frågor ställdes (både dem två huvudfrågor och följdfrågor) uppmanades informanter upprepade gånger att tänka på patienter äldre än 75 år för att så långt som möjligt försäkra att det var den patientgruppen som diskuterades. Som Polit och Beck (2013) beskriver så används det vid semistrukturerade intervjuer en bred ämnesguide/breda frågor. Schluter et.al. (2008) skriver att det är viktigt vid applicering av CIT vid intervjuer som datainsamlingsmetod att se till att innehåll i informanternas berättelser ger adekvat beskrivning av händelsen så att innebörd kan utläsas. Upplevelse av att bedöma smärta hos den äldre patienten i både positiva och negativa situationer stod i fokus i frågor. På det sättet kunde det studerade fenomenet träda fram i sin helhet (Polit & Beck, 2012).

Dataanalys

Transkribering av intervjuerna skedde löpande allt eftersom intervjuerna genomfördes. Detta genererade 27 sidor transkriberat text sammanlagt. I kvalitativ forskning kan analysarbetet påbörjas när t.ex. första intervju är genomförd, dock är det vanligaste att all data samlas in först och sedan påbörjas analysarbete (Henricsson & Billhult, 2012). Så gjordes det även i denna studie. Att utvärdera kvalitativ analys kan vara svårt även för erfarna forskare därför är det enligt Polit och Beck (2012) viktigt att alla steg i analysen följs och dokumenteras noggrant. Analysarbete gjordes med hjälp av tabeller i dator där samlad data skrevs ner och sedan bearbetades enligt metod av kvalitativ innehållsanalys beskriven av Burnard (1996). Den genomfördes i fyra steg.

Kvalitativ innehållsanalys enligt Burnard (4 steg)

Semistrukturerade intervjuer utfördes, spelades in och transkriberades i sin helhet vilket är enligt Burnard (1996) förutsättning för att kunna använda denna metod. Syftet med metoden är att ta fram en detaljerad och systematisk överblick av dem teman och frågor som tas upp i

intervjuerna och att koppla dem teman och frågor tillsammans under genomgripande kategorier (Burnard, 1991; 1996).

Stadium ett

Intervjuer transkriberades ordagrant till Word-dokument och varje intervju skrevs ner i egen färg, detta för att kunna följa varje enskild intervju genom analysarbete. I det första stadiet av analysen lästes sedan den transkriberade texten flera gånger för att kunna få en god uppfattning om den. En grov indelning gjordes för att möjliggöra en bättre, systematisk hantering av materialet. Detta gjordes på papper med hjälp av färgpennor. Detta blev som en första indelning av preliminära kategorier där meningsenheterna passade in. Sedan markerades meningar, ord eller korta fraser som summerade vad som har sagts i texten: texten komprimerades till meningsbärande enheter. Detta brukar kallas för öppen kodning (Burnard, 1991). Syftet med den är att erbjuda en sammanfattning av vad som var sagt i texten (Burnard, 1991; 1996). Meningsbärande enheter överfördes sedan till analystabeller i Word-dokument. Varje intervju var som sagt skrivet med egen färg så det var lätt att följa från vilken intervju dem olika meningsenheter kom genom hela analysprocessen. Dem meningsbärande enheter jämfördes med originaltexten (dem transkriberade intervjuer) för att försäkra sig om att innebörd var densamma. Detta genererade i 32 sidor med analystabeller.

Stadium två

I det andra stadiet av analysen sorterades meningsbärande enheter i grupper med gemensam innebörd och gavs samma, övergripande kod. Dessa sorterades sedan så att alla koder som täckte samma område sattes ihop för att tillsammans bilda en underkategori. Detta resulterade i fyra underkategorier. Burnard (1991; 1996) menar att målet med detta är att minska antalet kategorier genom att "kollapsa" några av de koder som är liknande in till bredare kategorier (målet är att föra samman liknande koder).

Stadium tre

Analysarbete i det tredje stadiet fortsatte med att de meningsenheterna från originaltexten tillsammans med dess meningsbärande enheter, dess kod och dess underkategori grupperades in så att alla meningsenheter med samma kod och underkategori placerades tillsammans i Word-tabellen för att göra analysarbetet mer överskådligt. Burnard (1996) uppger att detta stadium i analysarbetet innebär att meningsenheter under samma underkategori grupperas.

Stadium fyra

I fjärde stadiet av analysarbete grupperades underkategorier som täckte samma område ihop till två övergripande kategorier. För att försäkra sig att analysarbete av intervjuerna var korrekt lästes det återigen originaltexten, meningsbärande enheter, koder, underkategorier och övergripande kategorier för att se att innebörden var densamma i dem alla (Burnard 1991; 1996). Övergripande kategorier kom fram genom en induktiv (förutsättningslös) analys av texten (Polit & Beck, 2013). Tabeller med analysarbete skickades sedan till handledaren (CB) för att bedöma om underkategorier och övergripande kategorier är lämpliga i jämförelse med meningsenheter. Detta upprepades flera gånger för att det skulle försäkras att framträdande resultat verkligen svarade på studiens syfte. I tabell 1 presenteras samtliga underkategorier och övergripande kategorier. I tabell 2 presenteras exempel på analysarbetet.

Tabell 1: Presentation av underkategorier och kategorier som har kommit fram under analysarbete

UNDERKATEGORIER	KATEGORIER
Ömsesidigt samspel	NATURLIGA MÖTEN GENOM PARTNERSKAP
Teamarbete över professionerna	
Använda sina sinnen	KLOKA RUTINER
Använda smärtbedömningsinstrument	

Tabell 2: Exempel på analysarbete

MENINGSENHET	MENINGSBÄRANDE ENHET	KOD	UNDERKATEGORI	KATEGORI
Man tolkar det olika. Jag frågade ju henne och sedan är det ju...	Jag frågade ju henne.	Fråga patienten	Ömsidigt samspel	NATURLIGA MÖTEN GENOM PARTNERSKAP
Ja, patientens egen beskrivning av smärta vägde ju tungt. Så det är nog den beskrivning jag fick från henne som var viktigt.	Egen beskrivning av smärta vägde ju tungt.	Lyssna på patienten	Ömsidigt samspel	
Vi använder ju NRS-skala på dem patienterna där det fungerar.	Använder NRS- skala där det fungerar.	Använda mätinstrument	Använda smärtbedömningsinstrument	KLOKA RUTINER

Etiska övervägande

Eftersom människor är involverade i studien beaktades etiska aspekter genom hela utförande. Enligt Polit och Beck (2013) är dem tre primära etiska principer som anses vara normer för etisk forskning: välgörande (skyldighet att minimera skador och maximera nyttan), respekt för mänsklig värdighet (rätt till självbestämmande och rätt till full insyn) och riktighet (deltagarnas rätt till rättvis behandling och deras rätt till integritet). Etisk egengranskning (bilaga 2) utfördes innan studien påbörjades. Denna visade att ingen etisk prövning behövdes göra. Detta i enlighet med rådande etikprövningslag. Etikkommitté Sydost kontaktades ändå för att få en rådgivande etisk granskning (dnr, EPK 233-2014). Rekommendationer till vissa förändringar framkom. Förändringar gjordes enligt rekommendationerna. All information som samlades in under studiens gång användes endast i studiens syfte (2003:460; 2010:1969).

Resultat

Studien visar att sjuksköterskors erfarenheter av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården har flera olika aspekter. Dessa olika aspekter beskrivs och presenteras närmare utifrån dem två övergripande kategorier och fyra underkategorier som framkom under analysen. Under beskrivning av underkategorierna presenteras även citat från intervjuer.

Naturliga möten genom partnerskap

Den första kategorin innefattar informanternas erfarenhet av interaktion med den äldre (> 75 år) patienten och övrig personal inom vården vid bedömning av smärta och presenteras med hjälp av två underkategorier: ömsesidigt samspel och teamarbete över professionerna. Informanterna beskrev hur de lyssnade på de äldre patienterna, ställde frågor och ansträngde sig att förstå vad patienten vill förmedla när de bedömde smärta. Även erfarenheter av grunder som möte och samtal inom vårdteamet beskrevs av informanterna.

Ömsesidigt samspel

Informanterna beskrev hur viktigt det var med att aktivt lyssna på den äldre patienten och därmed kunna göra en bedömning av smärta. Informanterna ansåg att information som kom direkt från patienten hade stor betydelse vid bedömning av smärta eftersom deras erfarenhet var att det är så olika hur patienter upplever smärta. De tyckte att det även var en fördel vid bedömning av smärta om de äldre patienter kunde tala för sig själva, själva sa till när de hade ont och kunde utvärdera behandlingen. Det var av betydelse att patienten var klar och adekvat och kunde beskriva smärta med egna ord. Flera informanter uttryckte att deras

erfarenhet säger att detta är det viktigaste komponenten vid arbete med bedömning av smärta och för att kunna göra en bra bedömning av smärta: att lyssna och lita på patientens eget beskrivning av smärta för då kommer den mest användbara informationen fram.

”Då tycker jag att det fungerade bra när patienten kunde tala för sig själv, så hur han vill ha det. Var tydlig, adekvat då framför allt.”

Informanterna uttryckte olika anledningar varför det utöver att lyssna på dem äldre patienter även kunde vara viktigt att fråga patienter aktivt om deras smärta. Flera informanter hade erfarenhet i att den äldre patienten inte själv uttryckte smärta eftersom den inte vill störa sjuksköterskan eller för att patienten var van att ”bita ihop” och inte klaga. Denna aspekt lyftes av flera informanter som ansåg att dem äldre patienterna är mer ”tåliga” och vana att inte klaga. Informanternas erfarenhet var att det var därmed viktigt att aktivt fråga patienter om smärta och inte vänta på att dem själva skulle påtala det. Detta för att kunna fånga smärta innan den blev för jobbig för patienten. Flera av informanter hade erfarenhet av att det var svårt att använda mätinstrument hos äldre patienter. Dessa patienter vill enligt informanter istället hellre använda ord för att beskriva sin smärta som t.ex. mycket, lite, väldigt. Därför föredrog informanter att fråga patienten direkt om dem har ont och tyckte att det underlättade bedömning av smärta att tillfråga patienter om smärta vid första kontakt. Deras erfarenhet var att dem därmed fick en första uppfattning om patientens upplevelse av smärta samt om hur patienten beskriver den.

”Det var mest att jag frågade honom direkt när vi kom ner till avdelningen. Frågade hur det kändes, om han hade ont...”

Vid intervjuerna lyftes även erfarenhet av svårigheter med att bedöma smärta hos den äldre patienten som beror på att sjuksköterska inte talar/förstår patientens modersmål och patienten själv inte kan uttrycka sig på svenska. Detta speciellt i akuta situationer när det inte fanns möjlighet att ha en tolk och ingen anhörig var närvarande. Informanternas erfarenhet var då att det underlättar om dem vet vilket språk patienten har som modersmål och att dem lär sig några ord på det språket. Det framkom som exempel att google translate används för att kunna förstå vad patienten vill uttrycka och för att kunna bedöma smärta mer effektivt. Informanterna uttryckte att det brukar ha bättre effekt med några enkla ord i kommunikation

med patienten än att använda ansiktsskalor eller pekbilder vid bedömning av smärta. Deras erfarenhet var att dem fick bättre information om patienten har ont eller inte på detta sätt.

”Men ofta lär man sig ju eller försöka lära sig något ord på det språket. Som ”ont” och ”bra” och då får man ju fram rätt så mycket. Om hon har ont eller nu är det bra.”

Teamarbete över professionerna

Informanterna beskrev att dem ibland inte riktigt hann arbeta aktivt med bedömning av smärta hos dem äldre patienter pga. tidspress i arbetet eller att det var svårt att skapa sig en helhetsbild om hur det fungerar med smärta för patienten i olika moment under dagens lopp. Då hade dem erfarenheter av att andra medlemmar av vårdteamet kunde vara till hjälp när smärta hos dem äldre patienter skulle bedömas. Dem kunde få uppfattning om patientens smärta genom samtal med t.ex. sjukgymnast eller undersköterska som arbetade närmare patienten just då. Sjukgymnast eller undersköterska kunde t.ex. berätta om patienten själv har sagt till om att dem hade ont eller om dem tyckte att patientens beteende signalerade smärta. Sjukgymnast fick ofta information om smärta när dem hjälpte till att mobilisera patienten och undersköterskor vid olika omvårdnadsmoment. Dem kunde då beskriva vad patienten har sagt eller hur den tedde sig. Informanterna hade erfarenhet att det var viktigt att samtala med andra medlemmar av vårdteamet som arbetade nära patienten för att kunna skapa sig en helhetsbild och kunna bedöma den äldre patientens smärta i olika skede av deras tillstånd.

”Så sjukgymnasten kommer ju också och säger att det inte fungerar ”hon har så ont så hon kan inte gå”.”

Kloka rutiner

Den andra kategorin innefattar sjuksköterskors erfarenhet av att titta på patienter och observera dem samt att försöka läsa av patienternas beteende och använda smärtbedömningsinstrument som grunder i arbetet vid bedömning av smärta hos den äldre (> 75 år) patienten. Informanterna beskrev hur deras erfarenhet av dessa rutiner ser ut. Denna kategori presenteras med hjälp av två underkategorier: använda sina sinnen och använda smärtbedömningsinstrument.

Använda sina sinnen

Informanterna beskrev hur det kunde vara svårt ibland att bedöma smärta hos den äldre patienten eftersom dem inte uttalade det eller förminskade det för att inte störa personalen. I

sådana situationer var det viktigt att titta på patienten, deras kroppsspråk och ansiktsuttryck. Informanter hade erfarenhet att det ofta syntes på patienter när dem var smärtpåverkade. Dem kunde vara bleka i ansiktet, spända, dem grimaserade eller var t.o.m. kallsvettiga. Likadant kunde informanterna få bekräftelse att smärtlindring fungerar när dem tittade på patienten efter att dem har fått behandling. Patienter som inte var smärtpåverkade var avslappnade i sitt kroppsspråk och hade inte plågad ansiktsuttryck. För några av informanter var denna aspekt av deras bedömning av smärta hos patienten den som dem litade mest på: att titta på patienten och därmed kunna bedöma hur ont patienten har. Dem uttryckte att det var för att dem hade erfarenhet av att patienter ibland kunde underskatta eller överdriva sin beskrivning av smärta.

”Men sedan kan det ju vara att patienten sa: det är inte så farligt där den ligger och grimaserar och då ser jag att det är något fel på patienten och så... Främst på ansiktet. Och det tycker jag kommunicerar smärta.”

Informanterna beskrev vidare fall där dem bedömde hur smärtpåverkad patienten var utifrån att observera deras beteende. Detta främst hos patienter som inte hade särskilt ont, där smärtlindring fungerade bra. Informanterna beskrev att det kan tolkas som att patienten inte är smärtpåverkad om patienten är uppe och rör på sig ofta, om dem själva uttrycker att dem är nöjda, om dem är t.ex. ute i korridorerna och rör på sig eller sitter ute i matsalen vid måltider. Informanterna tyckte att dem inte behöver bedöma patienternas smärta på något annat sätt eftersom patienternas beteende visade att dem har det bra.

”Och hon fick tabletter och det dämpade liksom värsta smärtan och så. Samma kväll var hon ute och gick och var supernöjd.”

Många av informanter beskrev särskild sina erfarenheter av hur svårt det var att bedöma smärta hos en äldre patient med kognitiv nedsättning. Detta ställde sjuksköterskor framför större utmaning vid bedömning av smärta då patienter inte kunde själva berätta om sin smärta eller dem kanske uttryckte det på något annat sätt som skilde sig från hur en patient med smärta beter sig i vanliga fall. Då tyckte informanterna att det var viktigt att kunna läsa av patientens beteende. Dem hade erfarenhet att dem äldre patienter med kognitiv nedsättning framförallt var oroliga när dem var smärtpåverkade. Dem kunde vara plockiga, oja sig eller t.o.m. skrika och gapa. Även aggressiv beteende kunde tolkas som att det signalerar att patienten är smärtpåverkad och därför beter sig på detta sätt. Informanterna tyckte dock att det ofta var svårt att urskilja vad som var patientens vanliga beteende som hörde ihop med

deras grundsjukdom och vad som var beteende utlöst av smärta. Här lyfte informanterna vikten av tidigare erfarenheter med att bedöma smärta hos patienter med kognitiv nedsättning och sa att även dessa tidigare erfarenheter hjälpte till att kunna bedöma smärta bättre i nuvarande situationen. Att läsa av beteende var dock ibland viktigt även när smärta skulle bedömas hos adekvata, äldre patienter. Detta när patienten inte uttryckte smärta själv varken verbalt eller icke-verbalt. Då kunde det visa sig att patienten t.ex. ringer på larmklockan väldigt ofta eftersom den har ont även om det inte framkom vid samtal eller när sjuksköterskan tittade på patienten. Då var informanternas erfarenhet att det är viktigt att tänka på att icke-typiskt beteende hos patienten kan bero på att den har ont och inte riktigt kan uttrycka det på något annat sätt.

”När jag hade en sådan man... Orolig var han och dement. Ofta hänger det (smärta anm.) ihop med oro tror jag, mycket.”

Använda smärtbedömningsinstrument

Informanterna beskrev i intervjuerna att dem även använde mätinstrument när dem ville få överblick över patienten och deras smärta. Deras erfarenhet var att VAS-skala eller NRS-skala fungerade bra om patienten var klar och adekvat och förstod hur det fungerade att bedöma sitt smärta med hjälp av en skala. Informanter uttryckte att dem har erfarenhet av att det går bra att använda skalor vid bedömning av smärta hos elektiva patienter som i regel var adekvata; äldre patienter som redan pre-operativt har fått mycket information om dessa. Detta underlättade sjuksköterskors arbete eftersom patienter redan vid ankomst till avdelning visste hur skalor och smärtskattning fungerar. Däremot ville informanter inte använda VAS-skala eller NRS-skala hos patienter med kognitiv nedsättning eftersom det inte resulterade i något bra bedömning av smärta enligt informanter själva. Informanterna beskrev inte användning av någon annan smärtskattning skala än VAS eller NRS utan endast berättade att dem känner till och har på avdelningen tillgång till Abbey Pain Scale och Faces Pain Scale.

”Skalan NRS använder vi ju om patienten kan använda den. Då får patienten information först och sedan kan dem använda det.”

Sammanfattning

Sjuksköterskor i studie hade olika erfarenheter både av grunder på vilka dem bedömer smärta hos dem äldre (> 75 år) patienter inom slutenvården och av vilka grunder dem uppfattade som viktiga vid bedömning av smärta hos dem äldre patienter. Informanter beskrev under intervjuerna sina erfarenheter av olika grunder som t.ex. av att lyssna på patienten, ställa

frågor, observera patienter och att använda mätinstrument. I första kategori *Naturliga möten genom partnerskap* visade det sig att informanternas erfarenheter var positiva när dem bedömde smärta hos äldre, adekvata patienter som kunde själva berätta om sitt smärta eller svara på ett tillfredställande sätt på sjuksköterskors frågor om smärta. Deras erfarenhet var att det var en bra grund att bedöma smärta hos dessa äldre patienter på: att lyssna på dem, samtala med dem och försäkra sig att patienten förstår vad som efterfrågas. Underkategori teamarbete över professionerna lyfte fram informanternas erfarenheter av att bedöma smärta hos dem äldre patienter med hjälp av annan vårdpersonal. Dessa erfarenheter var positiva. Informanterna tyckte att information från andra medlemmar i vårdteamet kunde vara till stor hjälp och bra grund vid bedömning av smärta hos äldre. I kategorin *Kloka rutiner* lyftes både positiva och negativa upplevelser vid bedömning av smärta hos den äldre patienten fram. Informanternas erfarenheter av att bedöma smärta hos den äldre patienten genom att titta på patienten var bra. Informanter tyckte att dem kan få mycket information om patientens smärta på det sättet och att titta på patienten kan vara en bra grund vid bedömning av smärta hos dem äldre patienter. Detsamma gällde observation av patienten och att läsa av patienten. Dock var informanternas erfarenheter där även att det var svårare att bedöma smärta hos patienten med dessa parametrar då det kunde vara svårt att urskilja vad som är patientens vanliga beteende och vad som kan bero på effekt av smärtan. Erfarenheter av att använda mätinstrument vid bedömning av smärta var att dessa var en bra grund när dem äldre patienterna är klara och har tidigare fått information och instruktioner om användandet av mätinstrument.

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården. Därför ansågs det meningsfullt att använda en kvalitativ ansats som möjliggjorde att informanterna beskrev sina erfarenheter med egna ord och tankar (Polit & Beck, 2012).

En styrka för trovärdighet i denna studie är val av metod (semistrukturerade intervjuer där CIT användes som intervjuteknik) eftersom den motsvarade syfte att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre patienter. Sjuksköterskorna kunde genom sin erfarenhet beskriva hur dem bedömde smärta hos dem äldre patienter.

Som Polit och Beck (2013) beskriver används semistrukturerade intervjuer när forskare har ett ämne eller breda frågor som måste behandlas i en intervju. Informanter uppmanades att

beskriva de viktiga aspekter av bedömning av smärta hos äldre patienter och att utveckla det som var relevant för dem i situationer dem beskrev (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2013; Kvale & Brinkmann, 2009). Som svaghet i att använda sig av intervjuer som insamlingsmetod kan däremot ses att författaren aldrig tidigare har utfört en intervjustudie eller intervjuer i sig och har därmed ingen tidigare kunskap eller erfarenhet i detta område. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) så ska intervjuaren ha förmåga att ställa tydliga och lättförståeliga frågor under intervju, se till att informanterna håller sig till det aktuella ämnet, vara känslig och öppen för det som sägs och låta intervjuarna prata färdigt i sin egen takt. Detta upplevdes svårt under intervjuerna. Författaren hade svårt att bedöma under själva intervjuerna om all relevant information verkligen har kommit fram. Vid transkriberingen blev det tydligt hur varje intervju hjälpte till att slipa på denna färdighet - att kunna följa i samtalen med sjuksköterskor och om information som var relevant för studiens syfte har framkommit och kunde lyftas. De sista intervjuerna varade längre än de första och fler följdfrågor ställdes för att försäkra sig att fenomenet fångades. Analysen visade dock även att svaren som alla informanterna gav på frågor var inom samma område vilket tolkades som att de har uppfattat frågor på samma sätt och därmed har det valda fenomenet kunnat träda fram.

Teknisk reliabilitet har försökts att nå genom att få så bra ljudupptagning som möjligt och genom noggrann transkribering.

Det kan ses som en styrka i denna studie att intervjuaren själv är sjuksköterska som möter dem äldre patienter (> 75 år) regelbundet i sitt arbete och arbetar regelbundet med att bedöma smärta hos dem äldre patienterna – författaren känner till det studerade fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidigt kan förförståelse bli en börda. Vid intervjuerna och analysarbetet i denna studie försökte författaren att vara öppen till information som framkom så att det studerade fenomenet skulle beskrivas så opartiskt som möjligt (Kvale och Brinkmann, 2009). Trots detta kan den egna förförståelsen ha påverkat arbetet och därmed resultatet.

Att CIT applicerades som metod ses positivt eftersom den är användbar vid analysering av de komplexa frågorna inom omvårdnaden och genom att be sjuksköterskor beskriva både positiva och negativa erfarenheter de hade vid bedömning av smärta hos äldre patienter hoppades författaren kunna beskriva en bredare samling av erfarenheter än om endast positiva eller negativa erfarenheter hade lyfts upp (Schluter et.al., 2008; Kempainen, 2000).

Kemppainen (2000) beskriver att använda CIT i studier kan ses som välfungerande hjälpmedel för att analysera de komplexa och varierande situationer som uppstår mellan patienter och sjuksköterskor. När CIT används kan det även ge ett viktigt perspektiv på de komplexa dimensioner som påverkar möten mellan sjuksköterska och patient i dagens snabbt föränderliga vårdmiljö (ibid.). Det kan därmed vara positivt att CIT användes i studie för att hjälpa deltagarna att vara så specifika som möjligt i beskrivningar sina erfarenheter genom att uppmana dem att beskriva specifika händelser och relevanta detaljer från minnet (Flanagan, 1954). Vissa av incidenter som informanterna i studien beskrev hände dock flera månader innan intervjutillfället. Informanterna kanske oavsiktligt förändrade omständigheterna kring händelser och därmed har författaren kanske fått felaktig beskrivning av händelsen. Detta kan anses vara en svaghet - att CIT är beroende av informanternas minne och deras förmåga att minnas specifika händelser som vid intervjuer i denna studie (Dachelet, Wamett, Garling, Craig-Kuhn, Kent & Kitzman, 1981).

Under hela studiens gång har det funnits kontakt mellan författare och handledare (CB). Detta speciellt under analysarbetet. Handledare (CB) har fått ta del av analysarbetet för att försäkra att kondensering av meningsenheter till kategorier har skett på ett korrekt sätt och för att bekräfta att kategorier överensstämde och var lämpliga i jämförelse med meningsenheter. Även detta kan ses som en styrka i denna studie då det bidrar till studiens verifierbarhet att låta någon annan ta del av materialet (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2013; Danielsson, 2012). Innehållsanalys av insamlad data genomfördes med hjälp av Burnards modell. Författaren upplevde att modellen var ganska svår att följa. Detta var första gången författaren genomförde en kvalitativ innehållsanalys vilket sannolikt bidrog till denna upplevelse och kan ses som en svaghet i studien. Därför var det som sagt tidigare väldigt värdefullt med kontakt med handledaren (CB) som hjälpte författaren att gå fram och tillbaka mellan modellens alla steg flera gånger för att försäkra sig att analysarbete var utfört på ett korrekt sätt. Handledaren (CB) har även fått ta del av det skriftliga arbetet kontinuerligt för att bedöma och hjälpa författaren att uppnå bedömningskriterier och åstadkomma trovärdighet i studien genom att bedöma om analysprocessen och resultaten beskrevs så att läsaren fick en klar uppfattning om hur analysen genomfördes och även för att bedöma att huvudkategoriernas innebörd beskrevs i resultatet (Lincoln & Guba, 1985; Elo & Kyngäs, 2008; Kristensson, 2014).

Resultaten av denna studie kan inte anses generaliserbara på hela slutenvården eftersom det var endast på en ortopedavdelning som författaren fick tillgång till informanter. Patienter på

en ortopedavdelning kan anses ha en smärtproblematik som inte är generaliserbar på alla patienter inom slutenvården eftersom dessa patienter oftast behandlas för olika former av frakturer, artrossjukdomar och andra skador på rörelseapparaten (Järhult & Offenbartl, 2006). Därmed kan sjuksköterskors erfarenheter med bedömning av smärta hos äldre patienter på en ortopedavdelning skiljas från övrig slutenvård. Det kan ändå påpekas att patienternas tillstånd på en ortopedavdelning inte nödvändigtvis endast är av ortopedisk natur precis som sjuksköterskor i denna studie kunde beskriva. Dem beskrev att dem i sitt arbete regelbundet möter äldre patienter som är multisjuka och har mer komplex hälsoproblematik. Som Gauffin och Ramos (2001) beskriver i sin artikel *gäller det som tidigare påvisats i sjukhemmens perspektiv angående patienternas uttalade polyfarmaci, multipla sjukdomstillstånd, och bristande informationsöverföring mellan vårdgivarna i högsta grad även i akutsjukvårdens perspektiv*.

I metoddelen av denna studie beskrevs design, urval, kontext, datainsamling och dataanalys ingående och exempel på analysarbetet presenterades för att ge läsaren möjlighet att se hur metodprocessen gick till och för att det skulle finnas möjlighet att kunna utföra studie igen med samma (eller liknande) deltagare i samma (eller liknande) sammanhang (Polit & Beck, 2012). Enligt Danielsson (2012) kan det dock vara svårt att göra om en kvalitativ studie på exakt samma sätt. Det måste tas i beaktande att varje forskare tolkar data enligt sitt eget subjektiva perspektiv men metodbeskrivning i studie skall vara så tydlig som möjligt för att andra lättare ska kunna forska vidare på aktuell grupp/situation (Danielsson, 2012; Elo & Kyngäs, 2008).

Resultatdiskussion

Informanternas erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården visade sig ha flera olika aspekter. Vissa informanter tyckte att det var viktigast med att lyssna och lita på patientens berättelse när dem bedömde smärta, andra förlitade sig mer på sina observationer av patienten och lät patientens egna uttryck komma i andra hand. Det som kan anses specifikt för slutenvården i resultat av denna studie är informanternas närhet till patienter under längre, sammanhängande tidsperioder samt informanternas närhet till och möjlighet att ha kontakt med andra professioner.

I första kategorin *Naturliga möten genom partnerskap* kunde ses att informanternas erfarenheter var positiva när dem bedömde smärta hos äldre, adekvata patienter som kunde själva berätta om sitt smärta eller svara på ett tillfredställande sätt på sjuksköterskors frågor

om smärta. Deras erfarenhet var att det fungerade bra att bedöma smärtlindring hos dessa äldre patienter genom att lyssna på dem, samtala med dem och försäkra sig att patienten förstår vad som efterfrågas. Detta lyftes av flera informanter även som den viktigaste och mest effektivt sätt att bedöma smärta hos äldre patienter på. Därmed kan informanternas erfarenheter av interaktioner med patienten ses som en viktig del av deras förståelse för den äldre patientens smärta. Vikten av lyssna och samtala med dem äldre patienter lyfts i studie av äldre patienter efter en ortopedisk operation där författarna Bergh, Jakobsson, Sjöström och Steen (2005) visar att genom att använda vardagsspråk gav äldre patienter rika, nyanserade och detaljerade beskrivningar av deras smärtupplevelser. Enligt författarna är det väldigt viktigt att kombinera bedömning av smärtintensitet med verbala beskrivningar av smärta i syfte att belysa så mycket som möjligt av den äldre patientens smärtupplevelse. Detta eftersom förståelse om hur äldre patienter talar om smärta förväntas leda till en bättre förståelse för den äldre patientens behov av individanpassad vård och optimering av smärtlindring (ibid.).

Informanternas erfarenhet i denna studie av att ibland säger inte patienterna till om dem har ont bekräftas av studie av Yorke, Wallis och McLean (2004) som visade att färre än hälften av deltagarna i deras studie sa själva till sjuksköterskorna när de upplevde smärta (45,1%). Intressant fynd i samma studie var även att ännu färre patienter kände att sjuksköterskor märkte när de upplevde smärta (32,4%). Detta kan jämföras med resultat i denna studie där under kategorin *Kloka rutiner* beskrivs informanternas positiva erfarenheter av att bedöma smärta hos den äldre patienten genom att titta på patienten. Informanterna beskrev själva att dem kan få mycket information om patientens smärta på det sättet vilket är motsats till patienternas upplevelse i den nämnda studien. Detsamma gällde observation av patienten och att läsa av patienten. Flera informanter uttryckte att titta på patienten, observera dem och läsa av deras beteende var dem viktigaste grunder i deras bedömning av smärta. Detta trots att dem samtidigt uttryckte att utföra bedömning av smärta baserad på observation av patienten är förknippat med svårigheter dvs. trots att dem ansåg att dem får mycket information om patientens smärta på det sättet var deras erfarenhet även att det var svårare att bedöma smärta hos patienten med dessa parametrar då det kunde vara svårt att urskilja vad som är patientens vanliga beteende och vad som kan bero på effekt av smärtan. Sjuksköterskors erfarenheter av att bedöma smärta med hjälp av ovanstående kriterier kan jämföras med studie av Murdoch och Larsen (2004) samt Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad och Berger (2006) som beskriver att det finns beteenden som förknippas med smärta t.ex. ansiktsgrimaseri, att patienten gråter,

förändrad kroppsspråk, förändringar i interaktioner med andra och förändrat sinnestillstånd. Även studie av Herr (2011) visar även att observation av beteende hos patienten kan vara ett sätt att bedöma smärta hos äldre patienter med kognitiv störning eller andra kommunikationssvårigheter.

Informanterna i denna studie beskrev vidare att deras erfarenheter av att använda mätinstrument (VAS-skala och NRS-skala) vid bedömning av smärta var att dessa fungerar bra när dem äldre patienterna är klara och har tidigare fått information och instruktioner om användandet av mätinstrument. Informanterna upplevde speciellt att mätinstrument var lättare att använda hos elektiva patienter som har fått information pre-operativt men att den var inte användbar hos dem akuta patienter som inte fått tillräckligt med information eller hos patienter med kognitiv nedsättning. Detta kan uppfattas som att patienter som har tidigare fått information om mätinstrument känner att dem har kunskap om hur dem ska förmedla sin smärta till sjuksköterskan. Frågan som skulle kunna undersökas vidare är varför dem akuta patienter inte kunde få samma information om hur bedömning av smärta går till som elektiva patienter. Informanternas erfarenheter bekräftas till viss del av Gagliese, Weizblit, Ellis och Chan (2005) som i sin studie av kirurgiska patienter på sjukhus beskriver att NRS-skala är ett välanvänt mätinstrument men bekräftar samtidigt att även om instrumentet har visat sig vara tillförlitlig kan äldre vuxna, både med och utan kognitiv svikt ha svårigheter med att använda den. Niemi-Murola, Pöyhiä, Onkinen, Rhen, Mäkelä och Niemi (2007) beskriver i sin studie att pre-operativ information om post-operativ bedömning och behandling av smärta är ett viktigt verktyg. Författarna menar att pre-operativ information som patienten får korrelerar med postoperativ tillfredsställelse. Däremot kan det diskuteras om informanternas erfarenhet av att det inte går att använda mätinstrument hos patienter med kognitiv nedsättning verkligen baseras på deras erfarenhet eller kan det vara så att informanterna inte provade att använda mätinstrument eftersom dem bildade sig en uppfattning om att det inte skulle fungera? Ingen av informanterna beskrev heller användande av något annat mätinstrument än VAS och NRS trots att dem kände till andra mätinstrument och att dem fanns tillgängliga på avdelningen (Abbey Pain Scale och Faces Pain Scale). American Geriatrics Society Panel (2009) beskriver att äldre patienter som har kognitiv nedsättning bör frågas om sitt smärta och ges upprepade instruktioner om att använda mätinstrument och studier tidigare beskrivna i resultatdiskussion beskriver att även om det är viktigt att titta på patienten och observera deras beteende bör även mätinstrument användas just för att kunna göra en övergripande bedömning av smärta. Detta bekräftas av studie av Pautex, Herrmann, Le Lous, Fabjan,

Michel och Gold (2005) där dem undersökte genomförbarhet och tillförlitlighet av fyra smärtskattningsinstrument hos äldre patienter med demenssjukdom på sjukhus. Studien visade att endast 12 % av de 160 patienter förstod inget mätinstrument. Respektive 97 %, 90 % och 40 % av patienter med lindrig, måttlig och svår demens förstod åtminstone ett av mätinstrumenten. Författarna menade att självskattning av smärta med mätinstrument kan användas på ett tillförlitligt sätt hos dem allra flesta äldre patienter på sjukhus som har mild till måttlig demens och hos nästan hälften av alla patienter med svår demens.

I kategori *Naturliga möten genom partnerskap* lyftes även informanternas erfarenheter av att bedöma smärta hos dem äldre patienter med hjälp av annan vårdpersonal fram.

Informanternas erfarenhet var att information från andra kunde vara till stor hjälp vid bedömning av smärta hos äldre då det hjälpte dem att få en helhetsbild av patientens smärta. Frågan som kan lyftas här är om informanterna tog den information som dem fick från annan vårdpersonal och utförde åtgärder endast utifrån det eller om det information var ett komplement i deras bedömning av smärta hos äldre patienten. Informanternas erkännande av vikten av samarbete i vårdteamet vid bedömning av smärta bekräftas i studie av Allcock, McGarry och Elkan (2002) som beskriver hantering av smärta hos äldre personer i vårdhem att deltagarna i studie ansåg det vara viktigt att besitta färdigheter och kunskaper som fås genom utbildning. Dessa kunskaper ansågs vara en viktig del i att kunna möta de särskilda behoven hos äldre i bedömning och hantering av kronisk smärta. Det fanns erkännande bland studiedeltagare att effektiv bedömning av smärta och smärtlindring hos dem äldre patienter är beroende av kunskap och kompetens som sträcker sig över yrkesgränserna (ibid.).

Sjuksköterskors erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (>75 år) patienter inom slutenvården visade att det var värdefullt att arbeta nära patienten, kunna lyssna på deras beskrivning av smärta eller observera deras beteende. För att kunna utveckla sina kunskaper inom bedömning av smärta hos äldre och kunna använda mest lämpliga metoder för bedömning av smärta hos äldre är bland andra kunskaper även sjuksköterskors erfarenheter viktiga eftersom dem reflekterar klinisk kompetens – hur sjuksköterskor bedömer smärta, ger behandling och utvärderar/gör ny bedömning av smärta. Detta relaterar till Halls tre olika steg i omvårdnaden: att göra iakttagelser, ge vård och validera samt till hennes sätt att se på omvårdnadsprocessen: att arbeta (at) hos patienten, (to) till patienten, (for) för patienten och (with) med patienten (Myringer och Persson, 1989). Som Hawthorn och Redmond (1999) skriver kan sjuksköterskans förmåga att använda lyhördhet,

observationsförmåga samt deras färdigheter i interpersonliga relationer bestämma hur väl patientens smärta uppmärksammas.

Dock kan det anses viktigt att sjuksköterskors erfarenheter vid bedömning av smärta inte är den faktor som helt avgör hur smärta skattas. Det finns studier (Solomon, 2001; Sloman, Rosen, Rom & Shir, 2005) som visar att bedömning av smärta ofta misslyckas och patientperspektivet går förlorat när sjuksköterskan inte ser hela patienten och arbetar efter ett mönster som deras erfarenheter har skapat.

Slutsats

Denna studie visade att sjuksköterskors erfarenheter av grunder på vilka de bedömde smärta hos äldre (>75 år) patienter var viktiga vid deras arbete med bedömning av smärta. Utifrån sjuksköterskors erfarenheter ansågs patientens egna perspektiv inte alltid vara det viktigaste grundet vid bedömning av smärta hos dem äldre patienter, informanter la vikt på olika grunder vid smärtskattning pga. sina erfarenheter och informanternas erfarenheter kunde uppfattas både som stöd och som hinder vid deras arbete med smärtskattning. Bedömning av smärta hos dem äldre patienter fungerade väl när patienterna kunde eller fick möjlighet att skatta smärta själva, när dem hade kunskap i användning av mätinstrument och när sjuksköterskor kombinerade sina erfarenheter med klinisk kunskap och tog hänsyn till flera grunder samtidigt vid bedömning av smärta. Dock skulle arbete med bedömning av smärta kunna förbättras speciellt hos dem äldre patienter med kognitiv svikt eller andra kommunikationssvårigheter. Även för att kunna utveckla sin kliniska kompetens kan det vara viktigt för sjuksköterskor att ha utgångspunkt i den äldre patientens beskrivning av smärta och samtidigt integrera dem med egna tidigare erfarenheter vid bedömning av smärta. Vissa sjuksköterskor satte patienternas perspektiv och beskrivning av smärta som den viktigaste grund som dem tog hänsyn till vid bedömning av smärta hos dem äldre patienter medan andra hade större tilltro till grunder så som att titta på, observera och läsa av patienterna. Samarbete i vårdteamet, över professionerna lyftes som viktig del av arbete med bedömning av smärta hos dem äldre patienter eftersom det möjliggjorde att följa patienternas smärta kontinuerligt över dygnet och även att utvärdera behandling som baserades på tidigare bedömning. Detta resultat är inte uppseendeväckande i sig men kan hjälpa till att förstå vilka erfarenheter kan hjälpa till eller hindra sjuksköterskors arbete med bedömning av smärta hos dem äldre patienter samt vilka grunder eller kombination av dem som möjliggör det mest optimala bedömning av smärta hos den äldre patienten och därmed även den mest optimala smärtbehandlingen. Intressant fråga att undersöka vidare kan vara hur sjuksköterskors arbete

med bedömning av smärta hos dem äldre patienter är relaterat till deras tidigare erfarenheter, egna uppfattningar och utbildning.

Referenser

- Allcock, N., McGarry, J., Elkan, R. (2002). Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community*, 10,
- American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 1331-1346.
- Bergh, I. (2009). Smärta. I: Edberg, A-K., Wijk, H.(red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (sid 489-510). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bergh, I., Jakobsson, E., Sjöström, B., Steen, B. (2005). Ways of talking about experiences of pain among older patients following orthopaedic surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 351-361.
- Björö, K., Torvik, K. (2010). Smärta. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, B., & Hylén-Ranhoff, A.(red), *Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten* (sid 111-120). Stockholm: Liber.
- Blomqvist, K., Rahm-Hallberg, I. (1999). Pain in older adults living in sheltered accommodation – agreement between assessment by older adults and staff. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 159-169.
- Blomqvist, K., Rahm-Hallberg, I. (2001). Recognizing pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 305-318.
- Blomqvist, K., Rahm-Hallberg, I. (2002). Managing pain in older persons who receive home-help for their daily living. Perceptions by older persons and care providers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 319-328.
- Brockopp, D.Y., Downey, E., Powers, P., Vanderveer, B., Warden, S., Ryan, P., Saleh, U. (2004). Nurses' clinical decision-making regarding the management of pain. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 631–636.
- Burnard, P. (1991) A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- Cavalieri, T. A. (2002). Pain management in elderly. *The Journal of the American osteopathic association*, 102, 481-485.
- Dachelet, C.Z., Wamett, M.F., Garling, E.J., Craig-Kuhn, K., Kent, N., Kitzman, H.J. (1981). The critical incident technique applied to the evaluation of the clinical practicum setting. *Journal of Nursing Education*, 20, 15-31.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricsson, M. (red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (sid 163-190). Lund: Studentlitteraturen AB.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.
- Flanagan, J. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 21, 327-358.
- Fredenberg, S., Vinge, E. (2014). Smärta och smärtbehandling. I: Ramström, H. (red), *Läkemedelsboken* (sid 889-913). Uppsala: Läkemedelsverket.
- Gagliese, L., Weizblit, N., Ellis, W, Chan, S.V.W. (2005). The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*, 117, 412-420.
- Gauffin, H, Ramos, T. (2001). Ortopedpatienter i slutenvård – en sjuk och svår patientgrupp. *Läkartidningen*, 98, 170-172.
- Gibson, S.J., Farell, M. (2004). Review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *The Clinical Journal of Pain*, 20, 227-239.
- Grafström, M. (2010). Smärta och läkemedelsbehandling. I: Grafström, M., Nilsson, L.G. (red) *Äldre, läkemedel och specifik omvårdnad* (sid 149-154). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D.C., Fine, P.G., Dworkin, R.H., Helme, R., "...", Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical journal of pain*, 23, 1-43.

- Hawthorn, J. & Redmond, K. (1999). *Smärta: bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Helme, R.D., Gibson S.J. (1999). Pain in older people. I: Crombie, I.K., Croft, P.R., Linton, S.J., LeResche, L., Von Korff, M. (red). *Epidemiology of pain* (Sid 103-112). Seattle: IASP Press.
- Henricsson, M., Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I: Henricsson, M. (red), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (sid 163-190). Lund: Studentlitteraturen AB.
- Herr, K. (2011). Pain assessment strategies in older patients. *Journal of Pain*, 12, 3-13.
- Higgins, I., Madjar, I., Waltom, J-A. (2004). Chronic pain in elderly nursing home residents: The need for nursing leadership. *Journal of nursing management*, 12, 167-173.
- Jakobsson, U. (2010). Smärta. I: Ekwall, A. (red) *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (sid 197-213). Lund: Studentlitteratur AB.
- Jakobsson, U., Klevsgård, R., Westergren, A., Rahm-Hallberg, I. (2003). Old people in pain: A comparative study. *Journal of pain and symptom management*, 26, 625-636.
- Järhult, J. & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken: Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Kemppainen, J.K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1264-1271.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lansbury, G. (2000). Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management. *Disability and Rehabilitation*, 22, 2-14.
- Lennartsson, C., Heimerson, I. (2009). Äldres hälsa. I: *Folkhälsorapport 2009* (s. 35-70). Stockholm: Socialstyrelsen.

- Lidbeck, J. (2007). Centralt störd smärtmodulering vid muskuloskeletal smärta. *Läkartidningen*, 104, 2959-2964.
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. USA: Sage Publications.
- Molin, B. (2014). Smärta i den åldrande populationen. I: Norrbrink, C., Lundeberg, T. (red) *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv* (sid 11-14). Lund: Studentlitteratur AB.
- Mueller-Schwefe, G., Jaksch, W., Morlion, B., Kalso, E., Schaefer, M., Coluzzi, F., ”...”, Varrassi, G. (2011). Make a change: optimizing communication and pain management decisions. *Current Medical Research & Opinion*, 27, 481–488.
- Murdoch, J., Larsen, D. (2004). Assessing pain in cognitively impaired older adults. *Nursing Standard*, 18, 33-39.
- Myringer, B. & Persson, B. (1989). *Dokumentation av omvårdnad – ett diagnostiskt resonemang*. Stockholm: Liber.
- Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä A., Niemi, T. T. (2007). Patient satisfaction with postoperative pain management – effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*, 8, 122-129.
- Norrbrink, C., Lund, I., Lundeberg, T. (2014). Smärtanalys och smärtskattning. I: Norrbrink, C., Lundeberg, T. (red) *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv* (sid 95-100). Lund: Studentlitteratur AB.
- Norrbrink, C., Lundeberg, T. (2014). Om smärta. I: Norrbrink, C., Lundeberg, T. (red) *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv* (sid 11-14). Lund: Studentlitteratur AB.
- Pautex, S., Herrmann, F., Le Lous, P., Fabjan, M., Michel, J.P., Gold, G. (2005). Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *Journal of Gerontology*, 60A, 524-529.
- Pokorny, M.E. (2013). Nursing Theorist of Historical Significance. I: Alligood, M.R. (red) *Nursing Theorists and Their Work*. USA: Elsevier Health Sciences.
- Polit, D. F., Tatano Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Polit, D. F., Tatano Beck, C. (2013). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Schluter, J., Seaton, P., Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 107-114.

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 17 september, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 2010:1969. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 17 september, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

Sjöström, B., Jakobsson, E., Haljamäe, H. (2000). Clinical competence in pain assessment. *Intensive and critical care nursing*, 16 (5), 273-282.

Sloman, R., Ahern, M., Wright, A., Brown, L. (2001). Nurses' Knowledge of Pain in the Elderly. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21, 317-322.

Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., Shir, Y. (2005). Nurses assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 125-132.

Solomon, P. (2001). Congruence between health professionals and patients pain ratings: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15, 174-180.

Statistiska centralbyrån (2011). Yrkesregistret med yrkesstatistik. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad 8 september, 2014, från http://www.scb.se/Statistik/AM/AM0208/2011A01/AM0208_2011A01_SM_AM33SM1301.pdf

Svensk sjuksköterskeförening och Spri (1999) . *Cancerrelaterad smärta: riktlinjer för smärtbedömning, patientundervisning och komplementär smärtbehandling*. Stockholm: Spri.

Wadensten, B., Fröjd, C., Swenne, C. L., Gordh, T., Gunningberg, L. (2011). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 624-634.

Yorke, J., Wallis, M., McLean, B. (2004). Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung*, 33, 33-41.

Zwakhalen, S.M., Hamers, J.P., Abu-Saad, H.H., Berger, M.P. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioral pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6, 3.

Bilageförtäckning:

Bilaga 1: Intervjuguide

Bilaga 2: Etisk egengranskning

Bilaga 1: INTERVJUGUIDE

Introduktionsfrågor

- Kan du berätta om en situation då du vårdade en äldre patient (>75 år) med smärta och du upplevde att **det fungerade bra** med smärtlindring?
- Kan du nu berätta om en situation då du vårdade en äldre patient (>75 år) med smärta där du upplevde att **det inte fungerade bra** med smärtlindring?

Stödfrågor

- Hur bedömer du att den äldre patienten är smärtpåverkad?
- Vilka metoder/instrument använder du dig av vid bedömning av smärta?
- Kan du berätta mer om hur du kan se att den äldre patienten känner smärta?
- Vilka fynd tycker du väger tyngst när du bedömer behov av analgetika?
- Vilka svårigheter upplever du när du bedömer behov av analgetika hos den äldre patienten?
- Vad tycker du gjorde att åtgärder var effektiva/ineffektiva?
- Vad tycker du kunde ha gjort åtgärderna mer effektiva?
- Hur upplevde du situationen? Som bra eller dåligt?
- Känner du dig nöjd med hur situationen utvecklades?
- Tycker du att något skulle kunna göras på något annat sätt?

Stödfrågor ställdes vid behov och inte nödvändigtvis i den ordning som dem är skrivna i. Dem ställdes efter att informant har svarat/berättat färdigt på introduktionsfrågor.

Bilaga 2: ETISK EGENGRANSKNING

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt, kliniskt forskningsprojekt eller motsvarande inför rådgivande etisk granskning

Projekttitel: Sjuksköterskans erfarenhet av grunder på vilka de bedömer smärta hos äldre (> 75 år) patienter på sjukhus

Projektledare: [Andreja Idström](#)

Handledare: [Christel Borg](#)

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. enligt Personuppgiftslagen behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening eller att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv).			X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på forskningspersonerna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i forskningen)?			X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka? (Se 4 § 2 punkten i Etikprövningslagen 2003:460)			X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov eller PAD)?			X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X

Om någon av frågorna 1-5 besvarats "Ja" eller "Tveksamt" kan forskningsarbetet, om det genomförs på forskarnivå, kräva godkännande vid en etikprövning av regional etikprövningsnämnd (EPN).

För vidare information om Etikprövningsnämnden se www.epn.se.

Om frågorna 1-5 besvarats med ett "Nej", fortsatt egengranskningen genom att kryssa när punkten är uppfylld:

		Ja	Tveksamt	Nej
6	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår (mörka inget men överdriv ej heller farorna). Minderårig skall i allmänhet ha vårdnadshavares godkännande (t ex enkäter i skolklasser).	X		
7	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	X		
8	Eventuellt upprättande av personregister (där data kan kopplas till fysisk person) är anmält till registeransvarig person på respektive förvaltning (PUL- ansvarig).			X ej aktuellt
9	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för forskningspersonernas säkerhet är namngivna (prefekt, verksamhetschef eller motsvarande).	X		