



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring hos  
sjuusköterskor på akutmottagning

En deskriptiv studie på akutmottagningar i södra Sverige

Knowledge and attitudes towards pain and pain management among  
emergency nurses

A descriptive study conducted in emergency departments in southern  
Sweden

Författare: Olof Fager & Ragna Jonsdottir

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2019

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

Kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring hos  
sjuksköterskor på akutmottagning

En deskriptiv studie på akutmottagningar i södra Sverige

Knowledge and attitudes towards pain and pain management among  
emergency nurses

A descriptive study conducted in emergency departments in southern  
Sweden

Författare: Olof Fager & Ragna Jonsdottir

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2019

## Abstrakt

**Bakgrund:** Majoriteten av patienter på en akutmottagning upplever smärta. Långa väntetider påverkar tiden till smärtlindring. Tidigare forskning har påvisat brister i sjuksköterskors kunskap och inställning till smärta och smärtlindring, men har inte studerats i svensk akutkontext.

**Syfte:** Genom enkäten Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) undersöktes kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring, hos sjuksköterskor på akutmottagning.

**Metod:** Tvärsnittsstudie med kvantitativ metod. Urvalet bestod av 95 sjuksköterskor. Av dessa var 36 % specialistsjuksköterskor.

**Resultat:** KASRP besvarades korrekt till 73,2 % och genomgången smärtutbildning antyds vara associerat till bättre resultat. Trots sjuksköterskornas vetskap om att patienten själv bäst avgör sin smärtintensitet, undervärderades patientens smärta. Risken för andningsdepression vid långtidsbehandling med opioider övervärderades.

**Diskussion:** För att undvika underbehandling av smärta bör patientens upplevelse vara vägledande för sjuksköterskans bedömning. Dessutom behöver den relativa risken för andningsdepression vid opioidbehandling belysas.

## Nyckelord

Kunskap; Inställning; Smärta; Akutmottagning; Omvårdnad; Enkätstudie; Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	5
Bakgrund .....	6
Perspektiv och utgångspunkter .....	6
Specialistsjuksköterskans roll i relation till SMT .....	7
Smärta och lidande .....	8
Akutmottagning som kontext .....	9
Smärtlindring på akutmottagning .....	10
Kunskap och inställning .....	11
Syfte .....	12
Metod .....	12
Urval .....	12
Instrument .....	13
Process för översättning av KASRP .....	14
Datainsamling .....	15
Analys av data .....	16
Deskriptiv statistik .....	16
Analytisk statistik .....	16
Analyserade faktorer .....	17
Forskningsetiska avvägningar .....	17
Resultat .....	19
Frågor med högst respektive lägst andel korrekta svar .....	21
Bortfallsanalys .....	25
Diskussion .....	26
Metoddiskussion .....	26
Resultatdiskussion .....	29
Konklusion och implikationer .....	31
Referenser .....	32
Bilagor .....	41

## Problemområde

I Sverige förekommer smärta hos tre av fyra av de som söker sig till en akutmottagning (Sturesson, 2017). Från år till år ökar väntetiderna på landets akutmottagningar (Socialstyrelsen, 2015) och den allt högre belastningen påverkar tiden till smärtlindring för patienterna (Hwang et al., 2008; Pines & Hollander, 2008; Pines, Shofer, Isserman, Abbuhl & Mills, 2010). Obehandlad smärta ökar stresspåslaget och leder till negativa konsekvenser för patienten, vilket även innebär en ökad risk för hjärtinfarkt, stroke och andra komplikationer som trycksår och pneumoni till följd av inaktivitet (Werner & Leden, 2010).

Sjuksköterskeinitierad smärtlindring på akutmottagning har visat sig vara säkert, förkortar tiden till smärtlindring och gynnar patienten (Varndell, Fry & Elliot, 2018). Sjuksköterskor spelar därför en avgörande roll vid smärtlindring av patienter och det ingår i sjuksköterskans omvårdnadsarbete att korrekt bedöma och åtgärda denna orsak till lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). För specialistsjuksköterskan belyser det behovet av dennes särskilda kompetenser inom personcentrerad-, evidensbaserad- och säker vård, samt kvalitetsutveckling (Edberg, 2013).

Trots att mycket forskning är gjord avseende smärta på akutmottagning, och sjuksköterskeinitierad smärtlindring, så kvarstår faktum att mycket arbete återstår för att säkerställa varje patientens rätt till adekvat smärtlindring. En av de faktorer som påverkar detta, och som sjuksköterskor själva lyfter fram, är bristande kunskaper (Pretorius, Searle & Marshall, 2015). Kunskap och inställning till smärtlindring bland sjuksköterskor har undersökts frekvent och resultaten visar återkommande på brister (Bouya et al., 2018; Medrzycka-Dabrowska, Dabrowski & Basinski, 2015).

Avseende sjuksköterskor på just akutmottagningar finns det tills dags dato endast ett fåtal studier publicerade, där kunskap och inställning till smärtlindring har undersökts. Majoriteten av dessa studier visar på stora brister (Mohammed, 2015; Tsai, Tsai, Chien & Lin, 2007; Ucuzal & Doğan, 2015). I Sverige har ingen liknande studie genomförts, vilket motiverar att en studie av detta slag genomförs på akutmottagning i svensk kontext.

# Bakgrund

## Perspektiv och utgångspunkter

The Symptom Management Theory (SMT) är utvecklad vid University of California, San Francisco (UCSF), och den senaste revisionen presenterats av Humphrey med flera (2014). Den grundar sig på antagandet att ett symtom är en subjektiv erfarenhet som reflekterar en förändring i en persons biopsykosociala funktion, upplevelse eller kognition. När modellen först presenterades av Larson med flera (1994) innehöll den tre centrala dimensioner: *Symtomupplevelse*, *Strategier för symtomhantering* och *Symtomutfall*. Därefter har Dodd med flera (2001) vidareutvecklat modellen och lagt till de tre domänerna *Person*, *Hälsa/Ohälsa* och *Miljö* som kontextuella variabler som påverkar alla de tre centrala dimensionerna.

*Symtomupplevelse* beskrivs som personen samtidigt uppfattar, utvärderar och reagerar på en förändring från normaltillståndet. Interaktionen mellan dessa delar avgör hur symptomet påverkar personen och vikt läggs vid förståelsen av att en persons bakgrund och förutsättningar påverkar denna process (Larson et al., 1994; Humphreys et al., 2014). Det centrala är att det är personens egen upplevelse av symtom som är vägledande för sjukvårdspersonalens bedömning. Utmaningar beskrivs där sjuksköterskor kan skatta en persons smärta högre när den fysiskt går att se, såsom en axel ur led kontra ett migränanfall, trots att personerna i båda fallen själva skattar sin smärta lika (Dodd et al., 2001).

*Strategier för symtomhantering* har fokus på samarbete mellan patient, närstående och vårdpersonal (Larson et al., 1994). Syftet är att avvärja, senarelägga eller minimera negativa utfall av ett symtom genom olika strategier. Strategierna fungerar genom att antingen minska frekvensen av symtomupplevelser, minska svårighetsgraden av symtom eller minska ångest associerad med symtomet. Strategier arbetas fram genom att ställa frågorna *Av vem*, *Till vem*, *Vad gör vi*, *Hur gör vi det*, *Hur mycket av det gör vi*, *När gör vi det*, *Var gör vi det* och *Varför gör vi det* (Humphreys et al., 2014).

*Symtomutfall* innebär hur symptomet slutligen påverkar personen och dennes liv. Detta är indelat i flera konkreta underkategorier, vilka är: *Funktionell status*, *Emotionell status*, *Egenvård*, *Kostnader*, *Livskvalitet*, *Sjuklighet och samsjuklighet* samt *Dödlighet* (Humphreys et al., 2014).

Domänen *Person* innefattar demografiska, psykosociala, fysiologiska och utvecklingsmässiga faktorer, medan fysisk, social och kulturell omgivning innefattas under *Miljö. Hälsa/Ohälsa* berör riskfaktorer, aktuell hälsostatus och kända sjukdomar eller skador. Modellen ska förstås som att alla dimensioner ständigt och samtidigt interagerar och influerar varandra och att det krävs följsamhet till strategier för att effektiv symtomhantering ska uppnås. Exempel på bristande följsamhet är om strategier är för krävande, inte används eller används inkonsekvent. Vidare kan faktorer inom de tre domänerna påverka graden av följsamhet (Humphreys et al., 2014).

Med utgångspunkt från SMT spelar sjuksköterskan på akutmottagningen en avgörande roll i att identifiera patientens egenupplevda symtom och att utarbeta strategier för symtomhantering. Detta i syfte att kontrollera symtomen och om möjligt att avvärja eller minimera negativa utfall. Mot bakgrund av att tre utav fyra som söker vård på en akutmottagning har symtom i form av smärta (Sturesson, 2017), är sjuksköterskans förmågor av yttersta vikt för patientens välbefinnande.

#### *Specialistsjuksköterskans roll i relation till SMT*

Grunden för mötet på akutmottagningen är specialistsjuksköterskans förmåga att utifrån ett personcentrerat förhållningssätt sätta personens egen berättelse och upplevelse i centrum (Ekman & Norberg, 2013). Detta anknyter till den centrala dimensionen *Symtomupplevelse*. Avseende *Strategier för symtomhantering* behöver specialistsjuksköterskan och personen inte bara identifiera hinder, utan också de förutsättningar i form av resurser och tillgångar som finns för att stärka personens autonomi och förmåga att hantera sina symtom. Därefter ska ett partnerskap växa fram och en hälsoplan upprättas i samförstånd (Ekman & Norberg, 2013). Specialistsjuksköterskan ska därefter erbjuda evidensbaserad vård och det finns ett ansvar, utöver den grundutbildade sjuksköterskan, i att leda och fördela denna evidensbaserade vård under sitt arbetspass (Johansson & Wallin, 2013).

För att vidare anknyta till både *Strategier för symtomhantering* och *Symtomutfall* ska slutligen specialistsjuksköterskan vara en förebild i det dagliga arbetet och delta aktivt i kvalitetsutveckling och förbättringsarbete (Hommel, Idvall & Andersson, 2013). Dessutom ska negativa följder av symtom, i form av lidande för patienten eller rena vårdskador,

undvikas. Ett exempel på detta är komplikationer till följd av utebliven smärtlindring, och specialistsjuksköterskan kan bidra genom att arbeta evidensbaserat och att ha ett förhållningssätt inriktat på vikten av att rapportera, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser (Johansson & Wallin, 2013; Öhrn, 2013). Således är specialistsjuksköterskans kärnkompetenser inom personcentrerad-, evidensbaserad- och säker vård, samt kvalitetsutveckling, en naturlig del i användandet av SMT som teoretisk ram för hanteringen av smärta på akutmottagningen.

## Smärta och lidande

Tidigt i livet lär vi oss genom vävnadsskada betydelsen av smärta och smärtsystemets viktigaste uppgift är också att fungera som varningssignal för hotande eller pågående vävnadsskada (Werner & Leden, 2010). Vidare kan smärta skapa ett stort fysiskt lidande för den drabbade och kan beskrivas som brännande, huggande, stickande, skärande, outhärdlig. Hur personen kommunicerar sitt lidande till omvärlden uttrycks ofta med verbal och eller kroppslig kommunikation, så kallat smärtbeteende. Gråt, klagomål, ansiktsuttryck, förändrat andningsmönster och rörelse är exempel på hur en person icke-verbalt kan signalera lidande. Personens upplevelse av smärta kan inte ifrågasättas av vårdpersonal, då detta är en unik och subjektiv upplevelse och måste betraktas som lidande (Werner & Leden, 2010).

Lidande är ett komplicerat fenomen som inte bara orsakas av smärtsensation utan även av andra faktorer såsom psykosociala och existentiella t.ex. ångest, illamående och ensamhet. Centrala begrepp är kategorisering, tolkning och symbolisering av smärtsensationen (Werner & Leden, 2010). Kategorisering innebär att en person kan sätta ordet smärta på en sensation som orsakar just smärta. Tolkning innebär att smärtan ges en mening beroende på hur personen väljer att tolka smärtan. Här kan olika tolkning av samma grad av smärtsensation ge helt olika reaktioner, helt beroende hur stort hot personen tolkar att smärtan utgör. Slutligen baserar personen smärtsensationens slutliga mening på egna kunskaper och erfarenheter, eller kulturell omgivning. En smärtsensation kan alltså förstärkas genom symbolisering av en tidigare upplevelse (Werner & Leden, 2010).

Vid akut smärta sker ett neuroendokrint stresspådrag med frisättning av stresshormoner som kan leda till komplikationer såsom stroke, hjärtinfarkt och lunginsufficiens. Vidare kan inaktivitet till följd av smärta dessutom öka risken för exempelvis djup ventrombos, trycksår,



lungemboli och pneumoni (Werner & Leden, 2010). Enligt Good (1998) är smärta inte bara ett obehag för personen, utan kan fördröja läkning och återhämtning. Svår och förlängd smärta har visat sig negativt påverka immunförsvaret och stimulerar långvarigt stresspåslag, som kan leda till exempelvis infektioner, urinretention, muskelspänningar och ökad smärtkänslighet (Good, 1998).

Av alla dessa skäl spelar sjuksköterskan en avgörande roll för symtomhanteringen. Verktygen är såväl medicinska, i form av smärtlindrande läkemedel, som icke-medicinska i form av avledning med såpbubblor för barn (Longobardi, Prino, Fabris & Settanni, 2018), eller immobilisering av en fraktur (Lee & Porter, 2005).

### Akutmottagning som kontext

Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn (Socialstyrelsen, 2014, s. 9).

Akutsjukvård kan bedrivas överallt, men ofta tas dessa patienter omhand på en akutmottagning. På akutmottagningen bedöms patienterna initialt oftast genom triagering; en systematisk indelning i kategorier som går ut på att den som är i störst behov av hjälp prioriteras högst till läkarkontakt. Arbetet utförs i olika processer, så kallade flödesprocesser, där syftet är att få en snabbare genomströmning av patienter (SBU, 2010).

Problem med långa vistelsetider på svenska akutmottagningar är välkänt och enligt Socialstyrelsen (2018) kvarstår problemen även vid senaste mätning. Mediantiden på Sveriges akutmottagningar är 3 timmar och 18 minuter, men var tionde patient har en vistelsetid på 6 timmar och 57 minuter, eller längre. Hälften av patienterna väntar nästan 1 timme eller mer på att träffa en läkare, medan var tionde patient väntar 3 timmar och 30 minuter, eller längre. Faktorer som påverkar beskrivs vara ett ökat och ojämnt dygnsinflöde av patienter på akutmottagningarna, beläggningssituationen på sjukhusen samt läkare med lägre utbildningsnivå och deras brist på seniort stöd (Socialstyrelsen, 2018).

Crowding på akutmottagning, det vill säga ansamling av många patienter till följd av till exempel långa väntetider, har återkommande associerats med förlängd tid till, eller utebliven, adekvat smärtlindring (Hwang et al., 2008; Pines & Hollander, 2008; Pines et al., 2010). Dessa studier har alla en retroaktiv design och totalt undersöktes över 20 000 patienter i relation till belastningen på akutmottagningen. Med denna vetskap vilar ett stort ansvar på sjuksköterskan i bedömning och behandling av patientens smärta. I kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska med inriktning akutsjukvård (Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2017, s. 8) står att läsa att den specialistutbildade akutsjuksköterskan ska kunna “identifiera och tolka symtom och tecken hos den person som söker akutsjukvård samt ordinera adekvata åtgärder och systematiskt utvärdera dessa”.

### Smärtlindring på akutmottagning

Enligt Riksföreningen för Akutsjuksköterskor och Svensk Sjuksköterskeförening (2017) ingår det i akutsjuksköterskans område att implementera evidensbaserad kunskap. Exempel på detta är sjuksköterskeinitierad smärtlindring. Det definieras som användandet av ett fördefinierat protokoll för smärtlindring före kontakt med läkare (Kelly et al., 2005) och används på flera akutmottagningar idag. Ett sådant protokoll förkortar tiden till smärtlindring och är säkert och effektivt för patienten (Varndell, Fry & Elliot, 2018). Dessutom kan denna typ av prediagnostisk lindring av smärta ske utan risker för feldiagnostisering (Falch et al., 2014; Manterola et al., 2011). Vikten av sjuksköterskeinitierad smärtlindring tydliggörs mot bakgrund av svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare avseende hantering av patienters smärta (Medrzycka-Dabrowska, Dabrowski & Basinski, 2015).

För att smärtstillade adekvat krävs en korrekt bedömning av patientens smärta. Flertalet studier har rapporterat om att sjuksköterskor bedömer patientens smärta som mindre intensiv än patienten själv (Giusti, Reitano & Gili, 2018; Guru & Dubinsky, 2000; Puntillo, Neighbor, O'Neil & Nixon, 2003; Ruben, van Osch & Blanch-Hartigan, 2015) och att en inställning finns där patienten upplevs överdriva intensiteten av sin smärta för att erhålla snabbare vård (Bergman, 2012). Giusti, Reitano och Gili, (2018) påvisade dessutom en tilltagande diskrepans mellan sjuksköterskans och patientens smärtskattning med längre erfarenhet hos sjuksköterskan. I inget fall bedömde sjuksköterskan i denna studie patientens smärta som mer intensiv än patientens egen bedömning och i endast hälften av fallen som lika intensiv. Avseende sjuksköterskeinitierad smärtlindring, individuellt anpassat efter patientens behov,

har det dock visat sig att längre erfarenhet kan ge bättre tillämpning av ett sådant protokoll (Sturesson, Falk, Ulfvarsson & Lindström, 2018).

Underbehandling av smärta, eller fördröjning av smärtlindring, hos patienter på akutmottagningar är ett utbrett och återkommande problem (Motov & Khan, 2008; Rupp & Delaney, 2004; Wheeler et al., 2010). Det finns flertalet orsaker till att smärtlindring inte utförs. Dessa kan vara hög arbetsbelastning, svårigheter att prioritera mellan arbetsuppgifter, orimliga förväntningar, egen oro för hantering och kontroll av biverkningar, brist på smärtskattning och bristande kunskaper (Bergman, 2012; Pretorius, Searle & Marshall, 2015).

### Kunskap och inställning

Det är välkänt att kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring kan påverka patientens möjlighet till adekvat smärtlindring (Medrzycka-Dabrowska, Dabrowski & Basinski, 2015). Flertalet studier har med kvantitativ metod gjort ansats till att kartlägga denna problematik. Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) är det instrument som internationellt använts oftast i detta syfte (Bouya et al., 2018; Ung, Salamonson, Hu & Gallego, 2016). Resultaten har återkommande visat på stora brister, där i genomsnitt endast varannan fråga besvaras korrekt (Al-Quilti & Alamri, 2015; Alqahtani & Jones, 2015; Kiekkas et al., 2015; Latina et al., 2015; Lewthwaite et al., 2011; Shafeeqa & Husain, 2015; Vickers, Wright & Staines, 2014). Detta styrks av Bouya med flera (2018) som i en systematisk litteraturstudie påvisade låga till måttliga kunskaper hos sjuksköterskor gällande hantering av smärta hos cancerpatienter (n=3574).

Samma typ av studier genomförda på akutmottagningar har visat på liknande resultat. Utifrån KASRP, eller modifierade skalor baserade på KASRP, svarade sjuksköterskor i dessa studier i genomsnitt rätt på ungefär 30-50 % av frågorna (Mohammed, 2015; Tsai et al., 2007; Ucuzal & Doğan, 2015). I en amerikansk studie (Mocerri & Drevdahl, 2014) svarade sjuksköterskorna rätt på i genomsnitt 76 % av frågorna.

Avseende faktorer associerade till resultaten påvisade flera studier (Bouya et al., 2018; Kiekkas et al., 2015; Lewthwaite et al., 2011; Mohammed, 2015; Tsai et al., 2007) en association mellan yrkeserfarenhet och totalpoäng på KASRP. Likaså utbildning i smärta samt högre utbildningsnivå var associerat med bättre resultat (Al-Quilti & Alamri, 2015;

Alqahtani & Jones, 2015; Bouya et al., 2018; Kiekkas et al., 2015; Latina et al., 2015; Lewthwaite et al., 2011; Tsai et al., 2007). Ingen studie har hittills integrerat sjuksköterskeinitierad smärtlindring i analysen av faktorer.

## Syfte

Studiens syfte var att genom Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain undersöka kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring, hos sjuksköterskor anställda på akutmottagning, samt att undersöka associerade faktorer.

## Metod

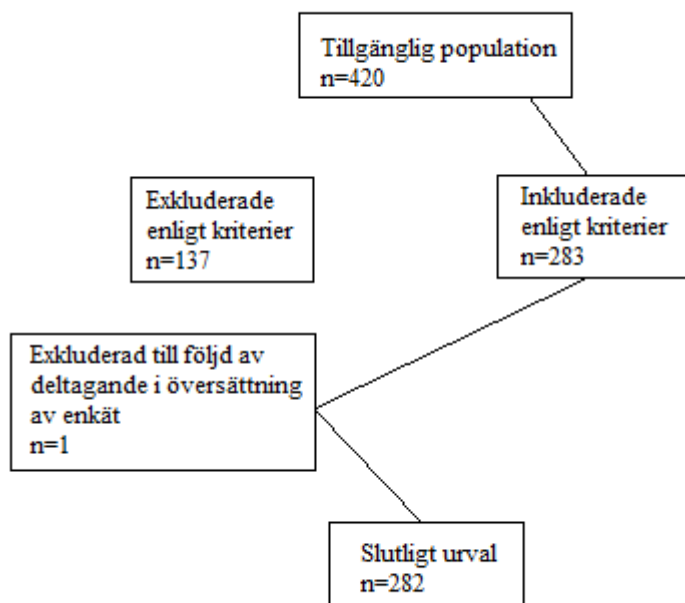
I relation till syfte och frågeställning har en kvantitativ metod valts, i form av en deskriptiv icke-experimentell tvärsnittsstudie med datainsamling via enkät vid *ett* tillfälle (Polit & Beck, 2018).

### Urval

Målpopulation för denna studie var sjuksköterskor, verksamma på svenska dygnet-runt-öppna akutmottagningar för somatisk vård av vuxna (Polit & Beck 2018). Tillgänglig population styrdes av tillgången till en katalog över samtliga anställda sjuksköterskor i en region i södra Sverige. I regionen fanns det fem akutmottagningar som motsvarade kriterier enligt ovan. Således var urvalet att betrakta som ett bekvämlighetsurval baserat på att vi utgått från tillgänglig katalog (Polit & Beck, 2018). För att inkluderas i studien krävdes att sjuksköterskan var verksam i den patientnära vården. Exklusionskriterie blev således legitimerad sjuksköterska som inte var verksam i den patientnära vården; såsom chef, administrativt anställd, tjänstledig, föräldraledig eller av annan liknande anledning inte arbetade patientnära eller förväntades kunna svara på en enkät via sin arbets-epost.

Totalt 420 legitimerade sjuksköterskor var, enligt tillgänglig katalog, vid tillfället verksamma på någon av de fem inkluderade akutmottagningarna. Mellanhand i form av enhetschef för

respektive akutmottagning anlätades för att utifrån inklusions- och exklusionskriterier sortera ut anställda som exkluderas och därigenom generera en urvalsram (Eliasson, 2018). Denna urvalsram resulterade i 283 potentiella respondenter. En respondent exkluderades sedermera till följd av deltagande i översättning av enkäten. Detta förfarande med urvalsram valdes för att undvika utskick av enkät till individ som inte mötte inklusionskriterierna. För att öka svarsfrekvensen användes flera strategier. God kontakt etablerades med enhetschefer för att öka möjligheten för dem att informera, uppmuntra och möjliggöra för personal att delta i studien på arbetstid. En vecka före enkätutskick erhöll alla potentiella respondenter e-post med kort och uppmuntrande information om den kommande studien. Slutligen gjordes en poster som placerades ut på akutmottagningarna, i syfte att tydliggöra studiens betydelse för de potentiella respondenterna. Några akutmottagningar besöktes personligen för att personligen komma i kontakt och engagera personalen till att delta. Dessa strategier finns beskrivna av Frohlich (2002).



*Urvalsprocess*

## Instrument

För denna studie valdes Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP). Det är en enkät utvecklad i USA sedan 1987 och därefter återkommande validerad utifrån expertutlåtande, rådande riktlinjer och vidare reliabilitetstestad med test-retest reliabilitet  $r > 0.80$  och cronbach's alpha  $r > 0.70$  (Ferrell & McCaffery, 2014). Det är ett instrument för att kvantitativt mäta kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring och är det

instrument som är vanligast förekommande i internationella studier av denna typ (Bouya et al., 2018; Ung, Salamonson, Hu & Gallego, 2016). KASRP består av tre delar. Den första delen består av 22 påståenden där respondenten ska svara om det är sant eller falskt. Andra delen består av 15 flervalsfrågor med ett korrekt svar och den avslutande delen består av två patientfall med respektive två frågor med ett korrekt svar vardera. Totalt kunde respondenten svara korrekt på 41 frågor. Avseende analys av data från enkäten föreslår dess skapare följande:

- Att frågorna i enkäten kan belysa båda aspekterna av kunskap och inställning samtidigt och därför bör de inte separeras på sådant sätt i analysen.
- Att totalpoäng i procent ska sammanställas per respondent och räknas samman till en helhet.
- Att isolera de frågor med högst respektive lägst frekvens korrekta svar för analys och att detta kan vägleda ett utbildningsbehov. (Ferrell & McCaffery, 2014).

#### *Process för översättning av KASRP*

Processen för översättning av KASRP utgick ifrån WHO's (2018) riktlinjer för översättning och anpassning av mätinstrument i forskningssyfte. Översättningen ska genomgå fyra steg; I det första steget ska instrumentet översättas från originalspråk till det nya språket med stöd av person familjär med terminologi och med aktuellt språk som modersmål. I det andra steget ska den nya översättningen återöversättas till originalspråket för jämförelse. Detta med stöd av person med modersmål i originalspråket. I det tredje steget ska instrumentet genomgå en pilotstudie med intervjuer av deltagare där fokus ska ligga på språkförståelse. I det fjärde steget färdigställs slutversionen av instrumentet utifrån de tre föregående stegen. Diskussion med sakkunniga ska ske fortlöpande och dokumentation ska möjliggöra kontroll av processen. Målet bör inte vara en ordagrann översättning utan en korrekt kulturell och konceptuell översättning. Därtill ska språket hållas enkelt och anpassas efter den aktuella målgruppen (WHO, 2018).

Första översättning av KASRP från originalspråk (engelska) till svenska gjordes av författarna till denna magisteruppsats, med stöd av engelsk- och svensktalande sjuksköterska Christina Adjavon. Fråga 32 ledde till osäkerhet kring korrekt kulturell och konceptuell översättning, men i övrigt förekom inga större diskussioner kring översättningen.

Återöversättning gjordes av engelsktalande sjuksköterska Louise Godden, född i England men sedan länge boendes i Sverige och talar båda språken flytande. Här framkom återigen osäkerhet kring hur fråga 32 korrekt skulle kunna översättas.

Efterföljande jämförelse av original samt återöversättning till engelska genererade, i samråd med översättare ovan, mindre språkliga korrigeringar. Kulturell och konceptuell överensstämmelse ansågs föreligga. Undantaget var fråga 32. Processen för denna fråga genomfördes åter och därefter togs kontakt med instrumentets ursprungliga skapare, vilken fick ta del av jämförelsen mellan originalet och återöversättningen. Hon bidrog med insikt till korrekt översättning av svarsalternativ c, där hon hade synpunkter. Var god se Bilaga 5 - 8 för fullständig redogörelse för respektive översättning och jämförelse mellan original och återöversättning, med kommentarer från diskussionerna. De delar som diskuterats har där markerats för att möjliggöra för läsaren att följa processen framåt.

Slutligen genomfördes en pilotstudie där sex deltagare i varierande ålder och språkligt ursprung fick läsa enkäten. Dessa deltagare valdes strategiskt för att möta ovan nämnd variation (WHO, 2018). För respektive fråga fick deltagarna svara på om de hade några språkliga anmärkningar eller om det förelåg osäkerhet i hur en fråga skulle tolkas. Var god se Bilaga 4 för ytterligare information om demografi och anmärkningar. Utefter resultaten från denna pilotstudie skapades slutgiltig version av svensk översättning av KASRP. Ingen som deltog i denna pilotstudie deltog sedermera i studien. Se Bilaga 8, som utgörs av originalet, den svenska slutgiltiga översättningen samt facit.

## Datansamling

Datansamling skedde genom att enkäten digitaliserades in i enkätverktyget REDCap och därigenom distribuerades till 282 möjliga respondenter (en respondent från urvalsramen exkluderad då hon medverkat vid översättningen av enkäten) via deras arbets-epost. Vid uteblivet svar skickades, i enlighet med Henricson (2017), två påminnelser.

Demografiska data om deltagarna erhöles genom variablerna ålder, kön, antal år i yrket, samt om specialistsjuksköterskeexamen. Ytterligare variabel adderades avseende hur ofta sjuksköterskan smärtlindrar på generell ordination före läkarkontakt (*aldrig, sällan, ibland, ofta* eller *alltid*). Från REDCap exporterades sedan helt avidentifierad rådata till Excel. I Excel

räknades deltagarnas totalpoäng av korrekta svar (i procent) på enkäten fram och lades till. Slutligen analyserades data i SPSS (Version 25, 2017).

## Analys av data

### *Deskriptiv statistik*

Deskriptiv statistik tillämpades för att ge en överblick över individerna som inkluderades i studien. Här presenterades information om deltagarna avseende demografiska data. Data presenterades i form av central- och spridningsmått samt antal och procentsatser (Polit & Beck, 2018). Bortfallsanalys utfördes med  $X^2$  i korstabell, enligt Pallant (2013), med hela urvalet jämfört med de som deltog i studien. Denna gjordes i syfte att diskutera grad av generaliserbarhet av resultaten, då demografiska likheter mellan deltagare och icke-deltagare ger visst stöd åt att bortfallet inte påverkat studien negativt (Henricson, 2017).

### *Analytisk statistik*

Analytisk statistik av data från KASRP genomfördes i SPSS (Version 25, 2017). Analys i form av multipel linjär regression bedömdes lämpligt, då beroende variabeln (totalpoäng i procent från 0-100%) var kontinuerlig, och syftet med studien var att undersöka associerade faktorer till denna (Pallant, 2013). I enlighet med Polit (2014) kodades de oberoende variabler som var av nominal eller ordinaltyp som så att steget från 0 till 1, eller vidare, var möjligt att tolka i en regressionsanalys. Logistisk regression genomfördes även utifrån ett cutoff-värde på 80 %, vilket tidigare använts i liknande studier för att indikera en adekvat totalpoäng (Latina et al., 2015; Lewthwaite et al., 2011; Mocerri & Drevdahl, 2014; Mohammed, 2015). Logistisk regressionsanalys används för att undersöka om ett antal faktorer kan förutsäga sannolikheten för ett av två möjliga utfall, i det här fallet utifrån cutoff-värde på  $\geq 80$  % (Pallant, 2013). Slutligen genomfördes logistisk regressionsanalys även av de frågor med lägst andel korrekta svar. Detta förfarande motiverades av att det åter fanns två möjliga utfall (korrekt eller inte korrekt svar) av den beroende variabeln (Pallant, 2013). Slutligen genomfördes independent samples t-test i bortfallsanalysen för att analysera eventuell påverkan på totalpoängen av eventuella överrepresentationer (Pallant, 2013). Alla analyser följde rekommendationerna från skaparna av KASRP (Ferrell & McCaffery, 2014) och genomfördes enligt instruktioner från Pallant (2013). Översikt av frågeställningar och analysmetoder framgår av Tabell 1.



<b>Tabell 1.</b>				
<i>Frågeställningar och analysmetoder.</i>				
<b>Frågeställning</b>	<b>Multipel linjär regression</b>	<b>Logistisk regression</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>T-test</b>
Totalpoäng i %	X			
Totalpoäng ≥80 %		X		
Frågor med lägst andel korrekta svar		X		
Bortfallsanalys			X	X

### *Analyserade faktorer*

Utifrån bakgrunden motiveras valet av oberoende variabler till specialistsjuksköterska, genomförd smärtutbildning (de senaste två åren) samt yrkeserfarenhet. Därtill tillades den tidigare ej studerade variabeln hur ofta sjuksköterskan använder sig utav generella ordinationer på smärtlindrande läkemedel före kontakt med läkare. Denna variabel delades i analysen upp i grupperna *sällan/ibland* och *ofta/alltid*.

### Forskningsetiska avvägningar

KASRP är fritt att använda (Ferrell & McCaffery, 2014), men tillåtelse att översätta enkäten till svenska har erhållits av upphovsmakarna. Författarna till denna magisteruppsats är själva anställda på en av akutmottagningarna som ingick i enkätstudien, varför medvetenhet finns om att en överrepresentation av svar från egen arbetsplats kan ha förekommit. Att beskriva resultat mellan olika arbetsplatser ingick inte i studiens syfte eller mål och respondenterna behövde därför inte uppge sin arbetsplats vid deltagande. Vidare kunde det förekomma ett obehag hos respondenter i att få sin kunskap testad i en studie som denna, men nyttan av studien och möjligheten till förbättring för patienterna bedömdes överväga. Allmänt informationsbrev om stundande studie skickades ut en vecka före datainsamling. Brevet skickades via sedvanlig student-e-post och olyckligtvis utan dold kopia, till samtliga 282 potentiella respondenter.

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018) svarade respondenterna på ett informerat samtycke till att delta i studien. Eftersom enkäten var webbaserad tydliggjordes det informerade samtycket genom tydlig information om att man accepterade deltagande genom att aktivt, via bifogad länk, besvara frågorna i enkäten. De informerades vidare om att deltagandet var frivilligt och att de garanteras anonymitet, samt att

eventuell personlig information såsom e-postadress kopplad till svar inte var tillgängligt för någon utom undertecknade, handledare och administratör och att denna information raderades så snart den uppfyllt sitt syfte. Information om bakgrund, syfte, metod och att studien genomfördes som en magisteruppsats på specialistsjuksköterskeprogrammet bifogades. Enligt Dataskyddsförordningen (Förordning (EU) 2016/679 sid. 5) erhöll deltagarna i studien ett löpnummer och deras svar gick, när e-postadress raderats, inte att härleda åter.

Berörda verksamhetschefer kontaktades för godkännande av studien som ett kvalitetssäkringsarbete, samt enhetschefer för att agera mellanhand, vilket bifölls. De erhöll samtliga information enligt ovan. Godkännande för studien från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) inhämtades före start av datainsamling.

## Resultat

Genomsnittlig totalpoäng på KASRP, uttryckt i procent korrekta svar, var 73,2 % (SD 8,6 SEM 0,88). Multipel linjär regressionsanalys kunde inte påvisa någon statistiskt signifikant association mellan totalpoäng av KASRP och undersökta faktorer (yrkeserfarenhet, specialistutbildning, genomgången smärtutbildning de senaste två åren eller hur ofta sjuksköterskan använder sig av smärtlindrande läkemedel på generell ordination före kontakt med läkare). Den starkaste associationen fanns mellan totalpoäng och genomgången smärtutbildning de senaste två åren och låg mycket nära statistisk signifikans ( $p=0,052$ ). Av deltagarna hade 23,2 % en totalpoäng  $\geq 80$  %, men logistisk regressionsanalys kunde inte förutsäga att någon faktor signifikant påverkade sannolikheten för en totalpoäng  $\geq 80$  %. Specialistsjuksköterska var den faktor som hade störst inverkan på sannolikheten för en totalpoäng  $\geq 80$  %, med en 1,8 gånger ökad oddskvot, men det saknade statistisk signifikans (OR 1,79  $p=0,267$ ). Var god se Tabell 2 och 3.

**Tabell 2.**

*Totalpoäng % KASRP. Multipel linjär regressionsanalys.*

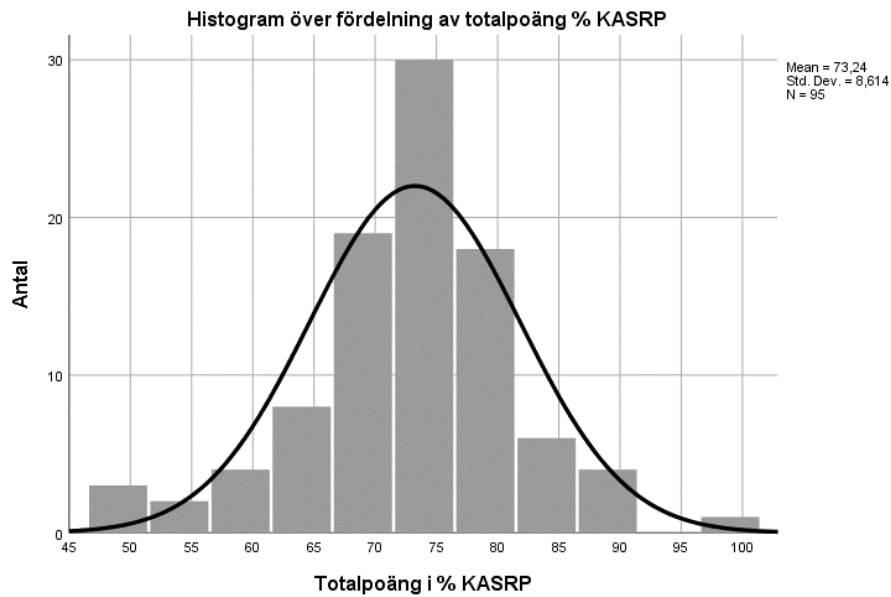
	Ostandardiserad B	Standardiserad Beta	p-värde
Yrkeserfarenhet	0,036	0,040	0,715
Specialistsjuksköterska	2,194	0,123	0,257
Smärtutbildning <2 år	5,077	0,216	0,052
Smärtlindrar <i>ofta/alltid</i>	0,230	0,013	0,900

**Tabell 3.**

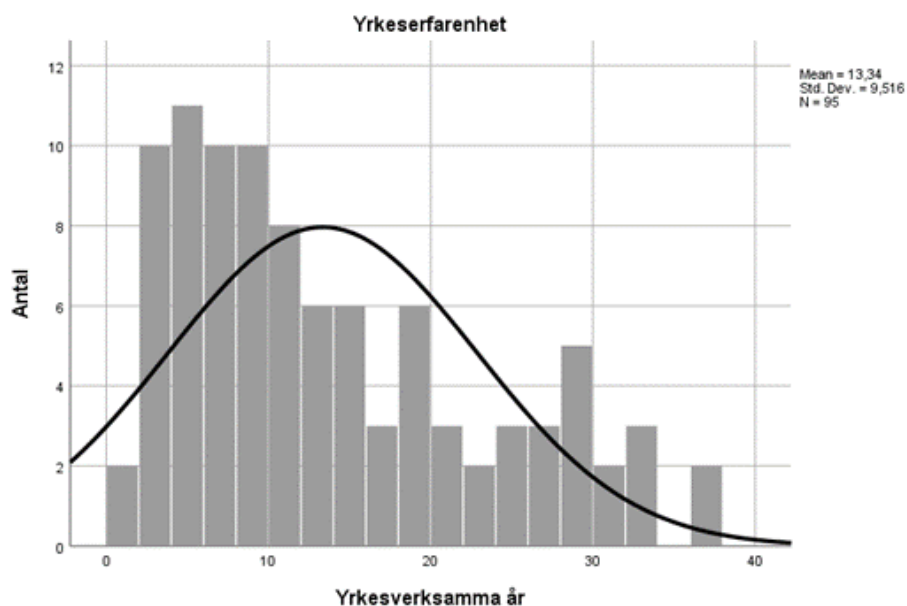
*Totalpoäng KASRP  $\geq 80$  %. Logistisk regression.*

	B	S.E.	OR	p-värde
Yrkeserfarenhet	0,04	0,028	1,004	0,885
Specialistsjuksköterska	0,582	0,525	1,790	0,267
Smärtutbildning <2 år	0,453	0,701	1,572	0,518
Smärtlindrar <i>ofta/alltid</i>	-0,103	0,505	0,902	0,839

Totalpoängen på KASRP fördelades normalt. Det framgår av ett medianvärde på 73 %, motsvarande medelvärdet (73,2 %), samt normalfördelningskurvan på histogram.



Enkäten besvarades av 95 sjuksköterskor, vilket genererade en svarsfrekvens på 33,7 %. Inget internt bortfall accepterades, utan enbart kompletta enkäter inkluderades. Sex stycken enkäter var inte fullständigt ifyllda och exkluderades således helt. I studien var medianåldern 38 år (Q1-Q3 30-48) och medianen av yrkesverksamma år var 11 (Q1-Q3 6-19). Av deltagarna uppgav 75 % att de var kvinnor och 36 % uppgav att de var specialistsjuksköterskor. Totalt svarade 56 % att de ofta eller alltid använde sig av generell ordination på smärtlindring före kontakt med läkare. Alla deltagare svarade att de i någon utsträckning använde sig av en sådan generell ordination. Det visade sig att 16 % av deltagarna genomgått smärtutbildning de senaste två åren. Fördelningen av yrkesverksamma år framgår av histogram nedan och kompletta siffror över demografi framgår av Tabell 4.



<b>Tabell 4.</b>			
<i>Demografi (n = 95)</i>			
	<b>Antal (%)</b>	<b>Medel (SD)</b>	<b>Median (Q1-Q3)</b>
Kön (Kvinna)	71 (74,7)		
Ålder i år		39,4 (10,5)	38,0 (30-48)
21-30 år	24 (25,3)		
31-40 år	32 (33,7)		
41-50 år	21 (22,1)		
51-60 år	17 (17,9)		
61-70 år	1 (1,1)		
Yrkesverksamma år		13,3 (9,5)	11,0 (6-19)
0-2 år	9 (9,5)		
3-5 år	14 (14,7)		
6-10 år	23 (24,2)		
11-19 år	26 (27,4)		
>20 år	23 (24,2)		
Specialistsjuksköterska	34 (35,8)		
Genomgången smärtutbildning <2 år	15 (15,8)		
Smärtlindrar hur ofta på generell ordination			
<i>Aldrig</i>	0 (0)		
<i>Sällan</i>	6 (6,3)		
<i>Ibland</i>	36 (37,9)		
<i>Ofta</i>	49 (51,6)		
<i>Alltid</i>	4 (4,2)		

#### Frågor med högst respektive lägst andel korrekta svar

Av deltagarna i studien ansåg 99 % att patienten själv var den som bäst bedömde intensiteten av dennes smärta. Att patienter bör stå ut med så mycket smärta som möjligt innan de erhåller smärtlindring med en opioid var ett påstående som 99 % inte höll med om. Risken för andningsdepression bedömdes av 9 % korrekt på fråga 28 till mindre än 1 % hos en patient som under två månader erhållit stora doser opioider och nu ytterligare ökat dygnsdosen något. I patientfall 38A bedömde 43 % av deltagarna smärtan som samma som patienten (åtta på en tiogradig skala). I efterföljande fråga 38B angav 16 % av deltagarna 3 mg Morfin IV, vilket enkätens skapare angivit som korrekt åtgärd.

Bortsett fråga 37 kunde logistisk regressionsanalys inte med statistiskt signifikant säkerhet förutsäga att någon faktor påverkade sannolikheten för korrekt svar. Avseende denna fråga bidrog varje års ökad yrkeserfarenhet till en minskad sannolikhet med 5 % att uppge obstruktiv sömnapné som en viktig riskfaktor för opioidinducerad andningsdepression (OR 0,950 p=0,049). Specialistsjuksköterskor hade två gånger ökad sannolikhet att besvara samma fråga korrekt, men resultatet var inte statistiskt signifikant (OR 1,975 p=0,156). Avseende fråga 38A var det en 1,9 gånger ökad sannolikhet att specialistsjuksköterskor skattade patientens smärta samma som patienten, men resultatet var inte statistiskt signifikant (OR 1,93 p=0,150). Avseende fråga 38B var det en 2,3 gånger ökad sannolikhet att specialistsjuksköterskor uppgav korrekt svar, men resultatet var inte heller här statistiskt signifikant (OR 2,35 p=0,173). Var god se Tabell 5 – 9 för detaljerad information och sammanställning av alla de frågor som erhöll  $\geq 90$  % eller  $\leq 50$  % andel korrekta svar.

**Tabell 5.**

*Fråga 37. Logistisk regression.*

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>OR</b>	<b>p-värde</b>
Yrkeserfarenhet	-0,052	0,026	0,950	0,049*
Specialistsjuksköterska	0,680	0,479	1,975	0,156
Smärtutbildning <2 år	0,281	0,616	1,325	0,648
Smärtlindrar <i>ofta/alltid</i>	0,401	0,445	1,493	0,368

\*Signifikant med 95 % CI.

**Tabell 6.**

*Fråga 38A. Logistisk regression.*

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>OR</b>	<b>p-värde</b>
Yrkeserfarenhet	-0,008	0,024	0,992	0,751
Specialistsjuksköterska	0,660	0,458	1,934	0,150
Smärtutbildning <2 år	0,065	0,621	1,067	0,917
Smärtlindrar <i>ofta/alltid</i>	-0,329	0,432	0,720	0,447

**Tabell 7.**

*Fråga 38B. Logistisk regression.*

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>OR</b>	<b>p-värde</b>
Yrkeserfarenhet	-0,045	0,038	0,956	0,235
Specialistsjuksköterska	0,852	0,625	2,345	0,173
Smärtutbildning <2 år	0,266	0,782	1,304	0,734
Smärtlindrar <i>ofta/alltid</i>	0,144	0,593	1,155	0,809

<b>Tabell 8.</b>		
<i>Frågor med <math>\geq 90</math> % korrekta svar KASRP</i>		
	<b>Korrekt svar</b>	<b>Andel korrekta svar</b>
<b>11)</b> Patienter bör stå ut med så mycket smärta som möjligt <u>innan</u> de erhåller smärtlindring med en opioid.	Falskt	99 %
<b>31)</b> Den som <u>bäst</u> avgör intensiteten av patientens smärta är:	Patienten	99 %
<b>10)</b> Äldre personer tolererar <u>inte</u> smärtlindring med opioider.	Falskt	98 %
<b>14)</b> Efter en <u>första</u> dos av smärtlindrande med opioid, ska <u>följande</u> doser justeras efter patientens behov av smärtlindring.	Falskt	97 %
<b>15)</b> Att ge patienter injektion sterilt vatten (placebo) är ett bra sätt att avgöra om smärtan är verklig.	Falskt	97 %
<b>24)</b> För patienter med <u>kortvarig, svår smärta med plötslig debut</u> , till exempel trauma eller postoperativ smärta, rekommenderas att smärtlindring med opioider ges:	Intravenöst	97 %
<b>1)</b> Vitalparametrar är <u>alltid</u> tillförlitliga tecken på intensiteten av en patients smärta.	Falskt	96 %
<b>27)</b> Vid postoperativ smärta bör smärtlindringen till en början ges:	Dygnet runt enligt ett fast schema	94 %
<b>7)</b> Kombinationer av olika typer av smärtlindrande läkemedel (t.ex. NSAID tillsammans med en opioid) kan ge <u>bättre smärtlindring</u> med <u>färre biverkningar</u> än att bara använda <u>en typ</u> av smärtlindrande läkemedel.	Sant	93 %
<b>18)</b> Antiepileptika av typen gabapentin (Neurontin®) ger <u>optimal</u> smärtlindring <u>redan</u> efter en dos.	Falskt	93 %
<b>32)</b> Vid vård av patienter med smärta; Vilket av följande beskriver det bästa sättet att ta hänsyn till hur kulturell bakgrund kan påverka?	Individuell bedömning	93 %
<b>12)</b> Vårdpersonal kan <u>inte</u> vara säkra på att barn under 11 år kan förmedla hur ont de har och bör därför <u>helt</u> förlita sig på föräldrarnas smärtskattning av barnet.	Falskt	92 %

<b>Tabell 9.</b>		
<i>Frågor med ≤50 % korrekta svar KASRP</i>		
	<b>Korrekt svar</b>	<b>Andel korrekta svar</b>
<b>5)</b> NSAID-preparat som till exempel acetylsalicylsyra är <u>INTE</u> effektiva smärtlindrande läkemedel vid smärtsamma skelettmetastaser.	Falskt	49 %
<b>33)</b> Hur <u>troligt</u> är det att patienter som utvecklar smärta <u>redan</u> är beroende av droger eller alkohol?	5-15 %	47 %
<b>3)</b> Patienter som kan avledas från sin smärta har vanligtvis inte svår smärta.	Falskt	45 %
<b>36)</b> Efter <u>plötsligt</u> avbrott av opioidanvändning visar sig <u>fysiskt</u> beroende genom följande tecken:	Svettningar, gäspningar, diarré och agitation	44 %
<b>38 A) Patient A:</b> Anders är 25 år gammal och detta är hans första dag efter en bukoperation. När du går in på hans rum ler han åt dig och fortsätter att prata (...) På en skala från 0 - 10 skattar han sin smärta som 8 (...)  I patientjournalen måste du markera hans smärta på skalan nedan. Ringa in den siffra som motsvarar din bedömning av Anders smärta.	8	43 %
<b>37)</b> Vilket påstående stämmer avseende andningsdepression till följd av opioidbehandling?	Obstruktiv sömnapné är en viktig riskfaktor	42 %
<b>38 B)</b> Din bedömning ovan (...) varierade mellan 6 och 8 och han hade ingen påtaglig andningsdepression, medvetandesänkning (...) Han tycker att en smärtnivå motsvarande 2 på en 10-gradig skala är acceptabel.  Markera vad du vill göra nu:	Morfin 3 mg intravenöst	16 %
<b>28)</b> En patient med <u>långvarig och ihållande</u> cancersmärta har fått smärtlindrande opioider dagligen i 2 månader (...) igår 200m morfin IV per timme (...) idag 250mg IV per timme (...) ingen annan nytillkommen försämring i sitt hälsotillstånd (...)  Vad är <u>sannolikheten</u> för att patienten utvecklar en påtaglig andningsdepression?	<1 %	9 %



### Bortfallsanalys

Deltagarna i studien jämfördes med de som inte deltog. Analys mellan grupperna utfördes med  $\chi^2$  utifrån den information som erhöles från respektive akutmottagnings administration och information från tillgänglig katalog. Avseende kön kunde analysen baseras på urvalsramen (n=282). Ingen statistiskt signifikant skillnad förelåg avseende kön mellan grupperna (p=1,000). Avseende sjuksköterskor med specialistutbildning gjordes analys för både urvalsramen och tillgänglig population (n=420). Detta förfarande då osäkerhet förelåg huruvida samtliga specialistsjuksköterskor i den tillgängliga populationen deltog i studien. Oavsett om analysen gjordes på urvalsramen eller hela den tillgängliga populationen så förelåg en statistiskt signifikant skillnad gällande förekomst av specialistsjuksköterskor mellan grupperna (p <0,001), vilket indikerar en överrepresentation i studien. Medelvärdet på totalpoäng mellan specialistsjuksköterskor och icke-specialistsjuksköterskor skiljde sig inte åt (74 % jämfört med 73 %, p=0,391). Se Tabell 10 och 11 för detaljer.

**Tabell 10.**

*Bortfallsanalys.  $\chi^2$  med Yate's Continuity Correction.*

	<b>Deltagare i studien</b>	<b>Jämförelse urvalsram/tillgänglig population</b>	<b>p-värde</b>
Kvinnligt kön	71st av 95 (75 %)	211st av 282 (75 %)	1,000
Specialistsjuksköterska	34st av 95 (36 %)	58st av 282/420 (21 % / 14 %)	<0,001* / <0,001*

\*Signifikant med 95 % CI.

**Tabell 11.**

*Jämförelse totalpoäng specialist- och icke-specialistsjuksköterskor. Independent samples t-test.*

	<b>Medelvärde (SD)</b>	<b>p-värde</b>
Specialistsjuksköterskor	74,26 % (9,5)	0,391
Icke-specialistsjuksköterskor	72,67 % (8,1)	

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studiens urval styrdes av tydliga inklusions- och exklusionskriterier, vilka konkret kunde kopplas till den population som var av intresse. På så sätt möjliggörs en korrekt tolkning av i vilken kontext studiens resultat är giltiga (Polit & Beck, 2008). Denna studie, liksom flertalet av tidigare liknande studier, har använt sig av bekvämlighetsurval (Al-Qulti & Alamri, 2015; Kiekkas et al., 2015; Shafeeqa & Husain, 2015; Vickers, Wright & Staines, 2014).

Undertecknades uppsats godkändes av verksamhetschefer som kvalitetssäkringsarbete inom ramen för utvalda akutmottagningar. Urvalsramen, till följd av inklusions- och exklusionskriterier, renderade slutligen 282 potentiella deltagare från dessa akutmottagningar. För att uppnå riktmärket på 100 besvarade enkäter fanns ingen möjlighet att utifrån denna urvalsram tillämpa ett slumpmässigt urval. Metodvalet genererade 95 deltagare, men är utifrån svarsfrekvensen dessvärre förknippat med svårigheter i att generalisera resultatet till en hel population (Polit & Beck, 2008). Med detta i åtanke hade en större urvalsram, på basen av exempelvis en nationell undersökning, möjliggjort ett randomiserat urvalsförfarande och därigenom möjligheter till generalisering av resultat.

Svarsfrekvensen i denna studie var 33,7 % och påverkar resultatets tillförlitlighet och möjligheten att generalisera, då den ligger klart under acceptabel nivå på 70-75 % (Henricson, 2014). I de liknande studier som refererats till i bakgrunden varierade dock svarsfrekvensen avsevärt. Endast fem av dessa studier uppnådde en acceptabel svarsfrekvens (Alqahtani & Jones, 2015; Kiekkas et al., 2015; Latina et al., 2015; Shafeeqa & Husain, 2015; Tsai et al., 2007), medan övriga studier varierade mellan 25-58 % (Al-Qulti & Alamri, 2015; Lewthwaite et al., 2011; Mohammed, 2015; Mocerri & Drevdahl, 2014; Vickers, Wright & Staines, 2014; Ucuzal & Doğan, 2015). Den sammanräknade totalpoängen i KASRP var i genomsnitt 48,2 %, för de studierna med acceptabel svarsfrekvens, och 50,8 %, för de med en icke-acceptabel svarsfrekvens. Utifrån denna blygsamma skillnad i totalpoäng kan denna studies jämförelsevis goda resultat inte förkastas enbart baserat på en lägre svarsfrekvens.

Denna studie genomfördes via webenkät som skickades ut via arbets-e-post, vilket innebär att respondenter hade möjlighet att besvara denna på arbetstid. Fördelen med arbets-e-post, via den katalog som fanns tillgänglig, var att samtliga potentiella respondenter garanterat fick

inbjudan till studien. Att enkäten endast gick att besvara på arbetsplatsen kan ha bidragit negativt till svarsfrekvensen. Tillsammans med en uppskattad tidsåtgång på ca 30 minuter kan det ha påverkat, då möjligheten att besvara enkäten kan ha skiljt sig avsevärt mellan de olika akutmottagningarna. Tidsåtgången för att besvara enkäten övergick 15 minuter, som tidigare påvisats som fördelaktigt för en hög svarsfrekvens (Saleh & Bista, 2017). Emellertid finns det randomiserade studier som inte kan påvisa att en kortare version av en enkät skulle generera en högre svarsfrekvens än en längre version (Cottrel, Roddy, Rathod, Thomas, Porcheret & Foster, 2015; Robb, Gatting & Wardle, 2017).

I denna studie användes REDcap som digitalt enkätverktyg, vilket tillhandahålls via Lunds Universitet och uppfyller alla krav på teknisk säkerhet och konfidentialitet. Fördelarna med detta var att tiden för sammanställning av data kraftigt reducerades. Webenkäter förknippas just med tids- och kostnadseffektivitet (Trost & Hultåker, 2016). Möjligheten till förlängd tid till datainsamling, i och med dessa fördelar, har sannolikt ökat svarsfrekvensen. Ett misstag var att ett brev med allmän information om stundande studie skickades ut via sedvanlig arbets-e-post, till 282 potentiella respondenter, en vecka före start av datainsamling. Brevet skulle skickats med dold kopia, vilket inte gjordes, och som kan ha inverkat negativt på svarsfrekvensen. Anledningen är att anonymitet värderas högt av respondenter (Saleh & Bista, 2017) och att det, även om detta inte var en studieinbjudan utan en allmän information, kan ha tolkats som en risk för att anonymitet inte skulle bevaras.

Undertecknade, som är anställda på en av inkluderade akutmottagningar, har av naturliga skäl haft större möjligheter att med upprepad information och uppmuntring öka svarsfrekvensen därifrån. Saleh och Bista (2017) påvisade att respondenter var mer benägna att svara på en enkät om de var intresserade av ämnet och om den kom från en bekant kollega. Således kan det finnas en överrepresentation av svar från denna akutmottagning. Det förekom en överrepresentation av specialistsjuksköterskor i studien, vilket enligt Saleh och Bista (2017) skulle kunna bero på ett större intresse av vetenskapliga frågor, men det visade sig inte påverka resultatet avseende totalpoäng.

Studien genomfördes med en, flera gånger om, validerad och reliabilitetstestad enkät som använts frekvent internationellt. Denna enkät fanns emellertid inte översatt på svenska sedan tidigare, vilket föranledde en omfattande översättning efter WHO:s (2018) rekommenderade riktlinjer. Dessa riktlinjer säkerställde att enkäten anpassades korrekt avseende kulturell och

konceptuell kontext. Översättningen gjordes för att inte förlora svar från potentiella deltagare baserat på kunskaper i det engelska språket. Enkätens främsta styrka är dess omfattande tillämpning i tidigare forskning och därigenom möjligheten att jämföra resultat, även avseende akutmottagningar. Dessutom är den väl genomarbetad och berör alla typer av smärttillstånd, även om detta bidrar med en utmaning för sjuksköterskor verksamma på akutmottagning och med den akuta smärtan i fokus.

Nackdelen med denna enkät är längden, som ovan diskuterat, samt att den mäter två dimensioner samtidigt. Kunskap och inställning är nära kopplat till varandra (Katz, 1960), men kan vara svårt att mäta korrekt genom en enkät. Den vanligaste metoden för intern reliabilitetstest, Cronbach's alpha, utgår nämligen från principen om homogenitet där alla frågor förväntas mäta samma övergripande tema (Tavakol & Dennick, 2011). Därför kanske denna enkät inte är den bästa metoden för att undersöka kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring, men KASRP är den mest använda metoden och därigenom motiverades valet av den till denna studie.

Avseende analys av data, i form av totalpoäng i procent och analys av frågor med lägst andel korrekta svar, följdes rekommendationer från skaparna av enkäten. Rekommendationerna följdes eftersom det möjliggör jämförelse av resultaten med tidigare genomförda studier. Valet av multipel linjär regressionsanalys, samt logistisk regressionsanalys, föll sig naturligt utifrån Polit (2014) och Pallant (2013) då syftet var att undersöka associerade faktorer. Dessa analyser har fördelen mot andra val av analysmetod genom att de kontrollerar faktorerna gentemot varandra. Ett annat val skulle kunna vara att utifrån totalpoängen dela upp i grupper antingen utifrån medianvärde eller ett cutoff-värde och genomföra  $X^2$ -analyser över skillnader mellan grupperna (Polit & Beck, 2008). Nackdelen med ett sådant förfarande var i detta fall att den beroende variabeln (totalpoäng i %) då skulle degraderas till en nominalvariabel och att resultatet därigenom skulle bli mindre precist.

## Resultatdiskussion

Totalpoängen ligger i denna studie klart över genomsnittet, sammanräknat från övriga studier i bakgrunden, vilket tyder på att sjuksköterskorna på berörda akutmottagningar har en jämförelsevis god kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring. Studierna i bakgrunden är dock inte heltäckande, utan det kan finnas studier med bättre resultat som inte kom med i den litteratursökning som genomfördes inför denna studie. Riktmärket med ett cut-off-värde på 80 % indikerar dock att resultaten inte nådde upp till godkänd nivå. Emellertid har ingen av de studier som använde detta värde på ett tillfredställande sätt kunnat hänvisa till att skaparna av KASRP erkänner detta cut-off-värde. Sammanfattningsvis visar studiens resultat, utifrån ovan resonemang, på överlag måttliga till goda resultat avseende kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring.

Ingen statistiskt signifikant association kunde påvisas mellan deltagarnas sammanlagda resultat och undersökta faktorer. Smärtutbildning visade sig dock vara den starkaste associationen, med nära nog statistisk signifikans. Specifik utbildning i smärthantering har dessutom visat sig vara starkt kopplat till kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring (Abdalahim, Majali, Stromberg & Bergbom, 2011; Lin, Chiang, Chiang & Chen 2008; McNamara, Harmon & Saunders, 2012). Således antyder denna studies resultat, precis som tidigare forskning visat, att specifik utbildning i smärta bidrar till bättre kunskap och inställning till smärtlindring.

### *Frågor med lägst andel korrekta svar*

Även om det övergripande påvisades måttligt till goda resultat fanns det områden där andelen korrekta svar inte var tillfredställande. Enligt skaparna av KASRP är de frågor med lägst andel korrekta svar vägledande för ett utbildningsbehov (Ferrell & McCaffery, 2014) och här kan Tabell 9 i resultatet utgöra en grund. Den fråga som besvarades inkorrekt av en överväldigande majoritet av sjuksköterskorna, och således behöver adresseras på akutmottagningarna, berörde risken för andningsdepression vid långvarig opioidbehandling.

Andningsdepression är en potentiellt livshotande biverkning och rädslan för den är välkänd, men i de allra flesta fall ogrundad (Falch et al., 2014; Smith, 2007). En omfattande metanalys av 116 studier visade att risken för andningsdepression hos postoperativa patienter var 1,2 %, hos de patienter som erhållit morfin intravenöst eller epiduralt (Cashman & Dolin, 2004).

Trots denna relativt sett låga risk är det alltså ett av de största hindren för en effektiv användning av opioider för smärtlindring (Smith, 2007). I en studie utförd av Pretorius, Searle och Marshall (2015) svarade hälften av sjuksköterskorna på en akutenhet att andningsdepression var den vanligaste biverkningen vid morfinbehandling. Att öka kunskapen kring den relativa risken för andningsdepression kan således bidra till en mer positiv inställning till att behandla smärta med opioider.

Undervärdering av smärtintensitet förekom i hög grad i studien. Att sjuksköterskor undervärderar och underbehandlar smärtan hos en patient som inte beter sig som förväntat, enligt uppgiven grad av smärtintensitet, är tidigare rapporterat av McCaffery, Ferrell och Pasero (2000). Vidare har flertalet studier påvisat att sjuksköterskor generellt tenderar att undervärdera patienternas smärtupplevelse (Giusti, Reitano & Gili, 2018; Guru & Dubinsky, 2000; Puntillo, Neighbor, O'Neil & Nixon, 2003; Ruben, van Osch & Blanch-Hartigan, 2015). Bell & Duffy (2009) visade i en litteraturstudie kring postoperativ smärthantering att sjuksköterskor återkommande påvisar en negativ inställning kring smärtlindring, som tar sig uttryck i undervärdering av patientens smärta, prioritering av andra arbetsuppgifter och en tanke om att patienten inte kan förvänta sig smärtfrihet. Resultaten i föreliggande studie ligger således helt i linje med tidigare forskning och tyder på en syn på patientens upplevelse av smärta som präglas av sjuksköterskans inställning snarare än patientens uppgifter. Konsekvensen av denna inställning är underbehandling av smärta, vilket i föreliggande studie påvisas genom att endast var sjätte sjuksköterska administrerade, den av KASRPs skapare angiven, korrekt dos smärtlindrande läkemedel.

Underbehandling av smärta kan få stora personliga och samhällsliga konsekvenser. Brennan, Obs, Lohman och Gwyther (2019) lyfter bland annat rätten till hälsa, värdighet, jämlikhet och icke-diskriminering och poängterar vidare att smärta är den vanligaste orsaken till att människor söker sjukvård. Hantering av denna smärta handlar om rätten till god vård och kan betraktas som en mänsklig rättighet (Brennan, Obs, Lohman & Gwyther, 2019). International Association for the Study of Pain (IASP) har sedan 2004, för att lyfta smärtlindring som en mänsklig rättighet, årligen anordnat Global Day Against Pain (IASP, 2004). Det personliga lidandet på grund av smärta kan sammanfattas med de negativa följder smärtan ger upphov till (Good, 1994; Werner & Leden, 2010). Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv kostar smärta det svenska samhället upp till 80 miljarder årligen, bland annat till följd av sjukskrivningar (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2019).

Föreliggande studies resultat antyder att specialistsjuksköterskan har en generellt sett ökad sannolikhet att korrekt besvara frågor med lägst andel korrekta svar. Det följer tidigare evidens om att sjuksköterskor med högre utbildningsnivå svarar bättre på denna typen av enkäter, där kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring undersöks (Alqahtani & Jones, 2015; Al-Qulti & Alamri, 2015; Latina et al., 2015; Lewthwaite et al., 2011). Specialistsjuksköterskan inom akutsjukvård har en skyldighet att använda bästa tillgängliga evidens utifrån patientens behov och ska dessutom vara en förebild på arbetsplatsen (Hommel, Idvall & Andersson, 2013; Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Rollen som förebild kan komma att prägla klimatet på en arbetsplats och en kultur på akutmottagningar har beskrivits existera där inställningen är att 'smärta inte dödar' (Fosnocht, Swanson & Barton, 2005). Katz (1960) menar på att människor söker kunskap och referensramar för att förstå världen. Denna strävan är en av flera delar som styr attityder och inställningar och grundar sig ofta i normer och kultur. Här spelar specialistsjuksköterskan som förebild en avgörande roll.

### *Symptom Management Theory*

SMT lämpar sig väl som teori att utgå ifrån när strategier och riktlinjer för hantering av smärta på akutmottagningen ska designas, testas och utvärderas (Dodd, 2001). Den har tidigare visat sig vara flexibel och anpassningsbar till flertalet olika kontexter (Cwielaka-Lewis, Parkyn & Modliszewska, 2017; Linder, 2010; Newcomb, 2010).

Sjuksköterskornas inställning till patientens upplevelse av smärta som vägledande kan utgöra ett område för kvalitetsförbättring inom ramen för dimensionen *Symptomupplevelse*. Dodd med flera (2001) menar att en förståelse behövs för hur uttrycket av, i det här fallet, smärta styrs av interaktioner mellan fysiologiska, psykologiska, sociokulturella och beteendemässiga orsaker. Hur en patient utvärderar och tolkar sin smärta måste således vara föremål för sjuksköterskans intresse och där kan frågor som 'vad är du orolig för?' vägleda sjuksköterskan till att förstå hur det kommer sig att smärtan tar sig uttryck på olika sätt hos olika individer. I exemplet med patienten som inte ter sig typiskt smärtpåverkad, men uppger VAS 8, kan anledningen till patientens icke-typiska smärtbeteende helt enkelt vara att patienten har helt klart för sig att smärtan är ofarlig och alldeles normal dagen efter en operation. Om frågan inte ställs, missas

patientens perspektiv och då kommer bedömningen att styras mer av sjuksköterskans inställning till smärtlindring än av sjuksköterskans kunskaper kring sin patient.

Övervärderingen av risken för andningsdepression kan adresseras under antingen dimensionen *Strategier för symtomhantering*, avseende sjuksköterskans farmakologiska kunskaper kring opioider, eller under *Symtomutfall*, avseende effekter och eventuella bieffekter av de strategier som sätts i bruk. Oavsett så fungerar SMT som teoretisk ram för att bemöta de utmaningar i smärthantering som akutmottagningar står inför och som denna studie påvisat.

### Konklusion och implikationer

Studien påvisar måttligt till goda resultat avseende kunskap och inställning kring smärta och smärtlindring, utifrån Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP). Resultaten antyder, precis som tidigare forskning visat tydligt, att genomförd smärtutbildning är associerat med bättre resultat. Emellertid behöver sjuksköterskor förbättra sin inställning till patientens subjektiva upplevelse som vägledande för bedömning och behandling av smärta. Vidare behöver kunskaperna öka kring den relativa risken för andningsdepression vid opioidbehandling, då detta tidigare visat sig bidra till underbehandling av smärta.

Slutligen, mot bakgrund av att majoriteten av patienter som söker sig till akutmottagningen upplever smärta, bör detta vara ett prioriterat område för förbättring på akutmottagningar. Symptom Management Theory kan vara ett konkret stöd för att skapa riktlinjer och ett klimat där patientens upplevelse sätts i centrum.



## Referenser

- Abdarahim, M.S., Majali, S.A., Stromberg, M.W., & Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, *11*(4), 250-255. doi: 10.1016/j.nepr.2010.11.016
- Alqatahni, M., & Jones, L.K. (2015). Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. *European Journal of Oncology Nursing*, *19*(1), 44-49. doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.013
- Al-Quilti, K.W., & Alamri, M.S. (2015). Assessment of pain. Knowledge, attitudes, and practices of health care providers in Almadinah Almunawwarah, Saudi Arabia. *Neurosciences*, *20*(2), 131-136. doi: 10.17712/nsj.2015.2.20140546
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*, *18*(3), 153-156. doi: 10.12968/bjon.2009.18.3.39042
- Bergman, C. (2012). Emergency nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain. *Journal of Emergency Nursing*, *(38)*3, 218-225. doi: 10.1016/j.jen.2010.09.017
- Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Stockholm: Liber
- Bouya, S., Balouchi A., Maleknejad A., Koochakzai, M., AlKhasawneh, E., & Abdollahimohammad, A. (2018). Cancer pain management among oncology nurses: knowledge, attitude, related factors, and clinical recommendations: a systematic review. *Journal of Cancer Education*. doi: 10.1007/s13187-018-1433-6
- Brennan, F., Lohman, D., & Gwyther, L. (2019). Access to pain management as a human right. *American Journal of Public Health*, *109*(1), 61-65. doi: 10.2105/AJPH.2018.304743
- Cashman, J.N., & Dolin, S.J. (2004). Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative pain management: Evidence from published data. *British Journal of Anaesthesia*, *93*(2), 212-223. doi: 10.1093/bja/ae180
- Cottrell, E., Roddy, E., Rathod, T., Porcheret, M., & Foster, N. E. (2015). Maximising response from GPs to questionnaire surveys: do length or incentives make a difference? *BMC Medical Research Methodology*. doi: 10.1186/1471-2288-15-3
- Cwiekala-Lewis, K., Parkyn, B.H., & Modliszewska, K. (2017). Analysis of University of California in San Francisco (UCSF) Symptom Management Theory and Theory Implication for Persons with Neurological Disorders/Diseases. *Neurological & Neurosurgical Nursing*, *6*(2), 55-65. doi: 10.15225/PNN.2017.6.2.2
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(5), 668-675. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x

- Edberg, A. (red.) (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Edwards, H.E., Nash, R.E., Najman, J.M., Yates, P.M., Fentiman, B.J., Dewar, A., ... Skerman, H.M. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing and Health Sciences*, 3, 149-159. doi: 10.1046/j.1442-2018.2001.00080.x
- Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård: teori och tillämpning. I A. Edberg (Red), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl. s. 29-53) Lund: Studentlitteratur
- Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. (Fjärde uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Enskär, K., Ljusegren, G., Berglund, G., Eaton, N., Harding, R., Makoena, J., Chauke, M., & Moleki, M., (2007). Attitudes to and knowledge about pain and pain management, of nurses working with children with cancer: A comparative study between UK, South Africa and Sweden. *Journal of Researching in Nursing*, 12(5), 501-515. doi: 10.1177/1744987107080455
- Europaparlamentet och rådet. (2016). Europaparlamentet och Rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter. Hämtad från: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=SV>
- Falch, C., Vicente, D., Häberle, H., Kirschnaik, A., Müller, S., Nissan, A., & Brücher, B.L.D.M. (2014). Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: A systematic review of the literature. *European Journal of Pain*, 18(7), 902-913. doi: 10.1002/j.1532-2149.2014.00456.x
- Ferrell, B.R., & McCaffery, M. (2014). Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. Hämtad 2018-12-05 från [https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf)
- Frohlich, M. T. (2002). Techniques for improving response rates in OM survey research. *Journal of Operations Management*, 20, 53-62. doi: 10.1016/S0272-6963(02)00003-7
- Fosnocht, D.E., Swanson, E.R., & Barton, E.D. (2005). Changing attitudes about pain and pain control in emergency medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23(2), 297-306. doi: 10.1016/j.emc.2004.12.003
- Giusti, G. D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 89(4-S), 64-70. doi: 10.23750/abm.v89i4-S.7055

- Good, M. (1998). A middle-range theory of acute pain management: use in research. *Nursing Outlook*, 46(3), 120-124. doi: 10.1016/S0029-6554(98)90038-0
- Guru, V., & Dubinsky, I. (2000). The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 7-12. doi: 10.1016/S0736-4679(99)00153-5
- Henricson, M. (Red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Hommel, A., Idvall, E., & Andderson, A.-C. (2013) Kvalitetsutveckling. I A. Edberg (Red), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl. s. 147-174) Lund: Studentlitteratur
- Holley, S., MacMillan, S.C., Hagan, S.J., Palacios, P., & Rosenberg, D. (2005). Pain Resource Nurses: Believing the Patients, Believing in Themselves. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 843-848. doi: 10.1188/04.ONF.843-848
- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K.A., Puntillo, K., ... Kennedy, C. (2014). Theory of Symptom Management. I M.J. Smith & P. R. Liehr (Red., *Middle Range Theory for Nursing* (3e uppl., s. 141-159). New York: Springer Publishing Company
- Hwang, U., Richardson, L., Livote, E., Harris, B., Spencer, N., & Morrison, S. (2008). Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Academic Emergency Medicine*, 15(12), 1248-1255. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00267.x
- International Association for the Study of Pain. (2004). Right to pain relief. Hämtad 2019-05-07 från <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/RighttoPainRelief>
- Jangland, E., Kitson, A., & Muntlin Athlin, Å. (2016). Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: A multi-stage qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 791-801. doi: 10.1111/jan.12880
- Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A. Edberg (Red), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl. s. 103-139) Lund: Studentlitteratur
- Kaasalainen, S., Ploeg, J., Donald, F., Coker, E., Brazil, K., Martin-Misener, R., Dicenso, A., & Hadjistavropoulos, T. (2015). Positioning Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners as Change Champions to Implement a Pain Protocol in Long-Term Care. *Pain Management Nursing*, 16(2), 78-88. doi: 10.1016/j.pmn.2014.04.002
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24(2), 163-204. doi: 10.1086/266945
- Kelly, A. M., Brumby, C., & Barnes, C. (2005). Nurseinitiated, titrated intravenous opioid analgesia reduces time to analgesia for selected painful conditions. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 149-154. doi: 10.5172/conu.2012.43.1.29

- Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala, G., & Konstantinou, E. (2015). Predictors of nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. *Pain Management Nursing, 16*(1), 2-10. doi: 10.1016/j.pmn.2014.02.002
- Larson, P.J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M.J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E.S., Underwood, P. R. (1994). A model for symptom management. (1994). *Image: Journal of Nursing Scholarship, 26*(4), 272–276. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x
- Latina, R., Mauro, L., Mitello, L., D'Angelo, D., Caputo, L., De Marinis, ... Baglio, G. (2015). Attitude and knowledge of pain management among italian nurses in hospital settings. *Pain Management Nursing, 16*(6), 959-967. doi: 10.1016/j.pmn.2015.10.002
- Lee, C., & Porter, KM. (2005) Prehospital management of lower limb fractures. *Emergency medical journal, 22*(9), 660-663. Doi: 10.1136/emj.2005.024489
- Lewen, H., Gardulf, A., & Nilsson, J. (2010). Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24*(4), 764-771. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00774.x
- Lewthwaite, B.J., Jabousch, K.M., Wheeler, B.J., Schnell-Hoehn, K.N., Mills, J., Estrella-Holder, E., & Fedorowicz, A. (2011). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized adults. *Journal of Continuing Education in Nursing, 42*(6), 251-257. doi: 10.3928/00220124-20110103-03
- Lin, P.C., Chiang, H.W., Chiang, T.T., & Chen, C.S. (2008). Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programe for surgical nursing staff. *Journal of Clinical Nursing, 17*(15), 2032-2041. doi: 10.1111/j.1365.2702.2007.02190.x
- Linder, L. (2010). Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: Implications for Pediatric Oncology Nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 27*(6), 316-324. doi: 10.1177/1043454210368532
- Longobardi, C., Prino, L.E., Fabris, M.A., & Settanni, M. (2018). Soap bubbles as a distraction technique in the management of pain, anxiety, and fear in children at the paediatric emergency room: A pilot study. *Child: care, health and development, 45*(2), 300-305. doi: 10.1111/cch.12633
- McCaffery, M., Ferrell, B.R., & Pasero, C. (2000). Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Management Nursing, 1*(3), 79-87. doi: 10.1053/jpmn.2000.9295
- McNamara, M.C., Harmon, D.C., & Saunders, J. (2003). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing, 21*(16), 958-964. doi: 10.12968/bjon.2012.21.16.958
- Manterola, C., Vial, M., Moraga, J., & Astudillo, P. (2011). Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011 Jan 19*(1). doi: 10.1002/14651858.CD005660.pub3.

Medrzycka-Dabrowska, W., Dabrowski, S., & Basinski, A. (2015). Problems and barriers in ensuring effective acute and post-operative pain management: an international perspective. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 24(5). doi: 10.17219/acem/26394

Moceri, J.T., & Drevdahl, D.J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 6-12. doi: 10.1016/j.jen.2012.04.014

Mohammed, N. (2015). *Knowledge and attitudes of pain management by nurses in Saudi Arabian emergency departments: a mixed methods investigation*. (Doktorsavhandling, University of Western Sydney, Australien). Hämtad från: <https://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws%3A34184>

Motov, S.M., & Khan, A.N. (2008). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better. *Journal of Pain Research*, 2, 5-11. doi: 10.2147/JPR.S4324

Muntlin, Å., Carlsson, M., & Gunningberg, L. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: The reality of emergency care. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4), 317-323. doi:10.1016/j.jen.2009.09.003

Muntlin, Å., Carlsson, M., Säfwenbergl, U., & Gunningberg, L. (2011). Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 13-23. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.06.003

Muntlin Athlin, Å., Carlsson, M., & Gunningberg, L. (2015). To receive or not to receive analgesics in the emergency department: The importance of the pain intensity assessment and initial nursing assessment. *Pain Management Nursing*, 16(2), 743-750. doi: 10.1016/j.pmn.2015.04.004

Newcomb, P. (2010). Using Symptom Management Theory to Explain how Nurse Practitioners Care for Children with Asthma. *Journal of Theory Construction & Testing*, 14(2), 40-44. Hämtad från <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=60153333&site=eds-live&scope=site>

Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. (5. ed.) Maidenhead: McGraw-Hill

Pines, J.M., & Hollander, J.E. (2008). Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1), 1-5. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.07.008

Pines, J.M., Shofer, F.S., Isserman, J.A., Abbuhl, S.B., & Mills, A., M. (2010). The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Academic Emergency Medicine*, 17(3), 276-283. doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00676.x

Polit, D. F. (2014). *Statistics and data analysis for nursing research* (2. ed.). Harlow, Essex: Pearson Education

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017[2018]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9. ed.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer

Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and enablers to emergency departments nurses' management of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 16(3), 372-379. doi: 10.1016/j.pmn.2014.08.015

Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil, N., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 4(4), 171-175. doi: 10.1016/S1524-9042(03)00033-X

Riksförening för Akutsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård. Hämtad från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/sjukskoterska-med-specialisering-inom-akutsjukvard>

Robb, K.A., Gattung, L., & Wardle, J. (2017). What impact do questionnaire length and monetary incentives have on mailed health psychology survey response? *British Journal of Health Psychology*, 22(4), 671-685. doi: 10.1111/bjhp.12239

Ruben, M.A., van Osch, M., & Blanch-Hartigan, D. (2015). Healthcare providers' accuracy in assessing patients' pain: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1197-1206. doi: 10.1016/j.pec.2015.07.009

Rupp, T., & Delaney, K.A. (2004). Inadequate analgesia in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 43(4), 494-503. doi: 10.1016/j.annemergmed.2003.11.019

Saleh, A., & Bista, K. (2017). Examining factors impacting online survey response rates in educational research: perceptions of graduate students. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 13(29), 63-74.  
[http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde\\_1/article/download/487/439/](http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde_1/article/download/487/439/)

Shafeeqa, H.Y., & Husain A.N. (2015). Nurses' knowledge and attitudes toward pain assessment and management for adult sickle cell disease patients during sickling crisis. *Clinical Nursing Studies*, 3(4), 36-43. doi: 10.5430/cns.v3n4p36

Shugarman, L.R., Goebel, J.R., Lanto, A., Asch, S. M., Sherbourne, C.D., Lee, M.L., ... Rubenstein, L.V. (2010). Nursing staff, patient, and environmental factors associated with accurate pain assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(5), 723-733. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.024

Smith, L.H. (2007). Opioid safety: is your patient at risk for respiratory depression? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 293-296. doi: 10.1188/07.CJON.293-296

Socialstyrelsen. (2014). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar – Rapport december 2014*. (Artikelnummer 2014-12-4). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-4>

Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. (Artikelnummer 2015-12-11). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-11>

Socialstyrelsen. (2018). *Statistik om väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2017*. (Artikelnummer 2018-9-18). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-9-18>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagning: en systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport 197). Hämtad från [https://www.sbu.se/contentassets/79b7a8f6aaad46dcbc988cffed33339f/triage\\_fulltext2.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/79b7a8f6aaad46dcbc988cffed33339f/triage_fulltext2.pdf)

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2019). Samordnad behandling bäst vid långvarig smärta. Hämtad 2019-05-08 från <https://www.sbu.se/sv/pressmeddelanden/tidigare-pressmeddelanden/pressmeddelanden/samordnad-behandling-bast-vid-langvarig-smarta/>

Stureson, L. (2017). *Patients' and nurses' perception of pain management in the Emergency Department*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från: [https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46053/Thesis\\_Lars\\_Stureson.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46053/Thesis_Lars_Stureson.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Stureson, L., Falk, A., Ulfvarsson, J., & Lindström, V. (2018). Registered nurses' own experience of using a nurse-initiated pain protocol based on their own working experience. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 829-835. doi: 10.1111/jocn.14125

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd

Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. (Femte uppl.). Lund: Studentlitteratur

Tsai, F.-C., Tsai, Y.-F., Chien, C.-C., & Lin, C.-C. (2007). Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2088-2095. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01646.x

Ucuzal, M., & Doğan, R. (2015). Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. *International Emergency Nursing*, 23(2), 75-80. doi: 10.1016/j.ienj.2014.11.006

Ung, A., Salamonson, Y., Hu, W., & Gallego, G. (2016). Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *British Journal of Pain*, 10(1), 8-21. doi: 10.1177/2049463715583142

United Nations. (1948). Universal declaration of human rights. Hämtad 2019-05-07 från <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>

Varndell, W., Fry, M., & Elliot, D. (2018). Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 40, 46-53. doi: 10.1016/j.ienj.2018.05.003

Vickers, N., Wright, S., & Staines, A. (2014). Surgical nurses in teaching hospitals in Ireland: understanding pain. *British Journal of Nursing*, 23(17), 924-929. doi: 10.12968/bjon.2014.23.17.924.

Werner, M. & Leden, I. (Red.) (2010). *Smärta och smärtbehandling*. (Andra uppl.). Stockholm: Liber

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg*. (Andra uppl.). Lund: Studentlitteratur

Wheeler, E., Hardie, T., Klemm, P., Akanji, I., Schonewolf, E., Scott, J., & Sterling, B. (2010). Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Management Nursing*, 11(2), 108-114. doi: 10.1016/j.pmn.2009.06.005

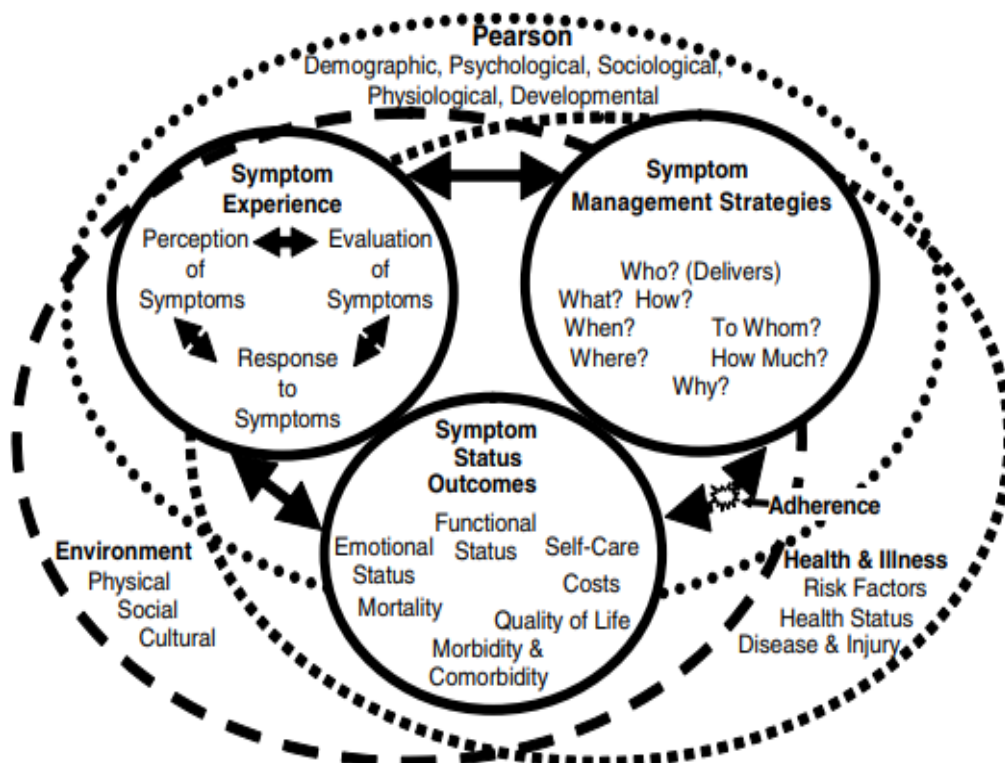
World Health Organization. (2018). Process of translation and adaptation of instruments. Hämtad 2018-12-10 från [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2018-12-18 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A. Edberg (Red), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl. s. 181-210) Lund: Studentlitteratur



*The Symptom Management Theory*



**FIGURE 7.1** Symptom Management

Source: Reprinted with permission from Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668–676.



## LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Vårdvetenskapliga etiknämnden

UTLÅTANDE

1 (1)

2019-02-05

Olof Fager & Ragna Jonsdottir

**VEN 16-19** Kunskap och inställning kring smärtlindring hos sjuksköterskor på akutmottagning. En deskriptiv studie.  
Olof Fager & Ragna Jonsdottir  
Specialistsjuksköterskeprogrammet - Akutsjukvård  
Handledare: Helena Rosén

**Föredragande** Ulf Jakobsson

### Yttrande

VEN har inga etiska invändningar mot att studien genomförs såsom den beskrivs i ansökan.

Dock bör breven till studiedeltagare och mellanhand ses över. VEN rekommenderar att sista stycket (som inleds med "Ditt deltagande är naturligtvis..." exkluderas, då denna text kan upplevas som vilseledande/påtryckning. I brevet till studiedeltagare bör benämningarna "... i forskningssyfte." och "... forskargruppen..." bytas ut, så att inte studiedeltagarna vilseleds att tro att de deltar i en forskningsstudie.

VEN rekommenderar även ett försätsblad till enkäten, med bl.a. information om studien, instruktioner till enkäten samt studieansvariga personer.

Ovanstående korrigeringar görs i samråd med handledaren.

Ni rekommenderas följa de förslag på korrigeringar och layout-anvisningar som erhållits av VENs sekreterare.

### Komplettering:

Ingen

Bengt Svensson  
Ordförande

Postadress: Institutionen för hälsövetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. Besöksadress: Baravägen 3, Lund

Telefon: 046-222 00 00 vx. Telefax: 046-222 18 08

Internet: [http://www.med.lu.se/studentinformation\\_nou/praktisk\\_studieinformation/projektplaner\\_och\\_ uppsatser/vardvetenskapliga\\_etiknamnden](http://www.med.lu.se/studentinformation_nou/praktisk_studieinformation/projektplaner_och_ uppsatser/vardvetenskapliga_etiknamnden)

Ordförande: Bengt Svensson. 046-222 18 48. E-post: [bengt.svensson@med.lu.se](mailto:bengt.svensson@med.lu.se)

Sekreterare: Anna Blomgren. 046-222 18 69. E-post: [anna.blomgren@med.lu.se](mailto:anna.blomgren@med.lu.se)

*Tillåtelse från upphovsman att översätta instrument*

Permission to use KASRP Inkorgen 



Olof Fager

till BFerrell

11:42 [Visa information](#)



Hello! I'm a first year master student of the emergency specialist nursing program and I wonder if we have your permission to do a direct translation of your instrument to Swedish in order to conduct a small descriptive study on Swedish emergency nurses' knowledge and attitudes regarding pain?

Best regards  
Olof Fager, RN, Malmö, Sweden



Ferrell, Betty

till mig

12:59 [Visa information](#)



Yes you are welcome to use and translate our tool. It is on our website <http://prc.coh.org> in the Research Instruments section.

Betty Ferrell

Sent from my iPhone

On Dec 5, 2018, at 6:42 PM, Olof Fager <[ol6523fas@student.lu.se](mailto:ol6523fas@student.lu.se)> wrote:



Tabell över pilotstudie av svensk översättning KARSP

Deltagare	Yrke	Ålder	Kön	Modersmål	Anmärkning
1	Sjuksköterska	57	Kvinna	Svenska	Ingen anmärkning
2	Undersköterska, sjuksköterskestudent	38	Kvinna	Polska	Ingen anmärkning
3	Sjuksköterska	43	Man	Svenska/Grekiska	Ett ord som blivit dubbelt ska strykas från svar C fråga 29. Annars ingen anmärkning.
4	Sjuksköterska	43	Kvinna	Svenska/Engelska	Ingen anmärkning
5	Sjuksköterska	72	Kvinna	Svenska	Understrykning av ord för att lägga rätt vikt på andemeningen av frågorna, för att ytterligare underlätta förståelsen. Annars ingen anmärkning.
6	Anestesi- sjuksköterska	40	Man	Pashto	Ingen språklig anmärkning. Dock förslag om att förtydliga att enkäten berör allmän kunskap och inställning till smärta, så att respondenten går in i enkäten med rätt förväntningar.

## Bilaga 5(9)

### Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) – Första översättningen

<b>Sant/ Falskt</b>	<b>Original</b>	<b>Svensk översättning</b>
• Sant • Falskt	1 Vital signs are always reliable indicators of the intensity of a patient's pain	1 Vitalparametrar är alltid tillförlitliga tecken på intensiteten av en patients smärta
• Sant • Falskt	2 Because their nervous system is underdeveloped, children under two years of age have decreased pain sensitivity and limited memory of painful experiences	2 På grund av det underutvecklade nervsystemet är barn under två år mindre smärtekänsliga och har ett begränsat minne av smärtsamma upplevelser
• Sant • Falskt	3 Patients who can be distracted from pain usually do not have severe pain	3 Patienter som kan avledas från sin smärta har vanligtvis inte svår smärta
• Sant • Falskt	4 Patients may sleep in spite of severe pain	4 Patienter kan sova trots svår smärta
• Sant • Falskt	5 Aspirin and other nonsteroidal anti-inflammatory agents are NOT effective analgesics for painful bone metastases	5. NSAID-preparat som till exempel acetylsalicylsyra är INTE effektiva smärtlindrande vid smärtsamma skelettmetastaser
• Sant • Falskt	6 Respiratory depression rarely occurs in patients who have been receiving stable doses of opioids over a period of months	6 Andningsdepression inträffar sällan hos patienter som har fått opioider regelbundet och i samma dos i flera månader
• Sant • Falskt	7 Combining analgesics that work by different mechanisms (e.g., combining an NSAID with an opioid) may result in better pain control with fewer side effects than using a single analgesic agent	7 Kombinationer av olika typer av smärtlindrande mediciner (t.ex. NSAID tillsammans med en opioid) kan ge bättre smärtlindring med färre biverkningar än att bara använda en typ av smärtlindrande medicin
• Sant • Falskt	8 The usual duration of analgesia of 1-2 mg morphine IV is 4-5 hours	8 Den smärtlindrande effekten av 1-2 mg morfin IV varar vanligen 4-5 timmar
• Sant • Falskt	9 Opioids should not be used in patients with a history of substance abuse	9 Opioider ska inte användas till patienter med anamnes på missbruk
• Sant • Falskt	10 Elderly patients cannot tolerate opioids for pain relief	10 Äldre personer tolererar inte smärtlindring med opioider
• Sant • Falskt	11 Patients should be encouraged to endure as much pain as possible before using an opioid	11 Patienter bör stå ut med så mycket smärta som möjligt innan de erhåller smärtlindring med en opioid
• Sant • Falskt	12 Children less than 11 years old cannot reliably report pain so clinicians should rely solely on the parent's assessment of the child's pain intensity	12 Barn under 11 år kan inte på rätt sätt förmedla sin smärta och vårdpersonal måste därför förlita sig på föräldrarnas smärtskattning av barnet
• Sant • Falskt	13 Patient's spiritual beliefs may lead them to think pain and suffering are necessary	13 Andlig eller religiös tro kan leda till att patienten tycker att smärta och lidande är nödvändigt
• Sant • Falskt	14 After an initial dose of opioid analgesic is given, subsequent doses should be adjusted in accordance with the individual patient's response	14 Efter en första dos av smärtlindrande med opioid, ska följande doser justeras efter patientens behov av smärtlindring

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	15 Giving patients sterile water by injection (placebo) is a useful test to determine if the pain is real	15 Att ge patienter injektion sterilt vatten (placebo) är ett bra sätt för att avgöra om smärtan är verklig
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	16 Vicodin (hydrocodone 5 mg + acetaminophen 500 mg) PO is approximately equal to 5 - 10 mg of morphine PO	16. Kombinationen oxikodon (Oxynorm®) 5 mg och paracetamol 500 mg PO motsvarar ungefär 5 - 10 mg morfin PO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	17 If the source of the patient's pain is unknown, opioids should not be used during the pain evaluation period, as this could mask the ability to correctly diagnose the cause of pain	17 Om vi inte vet varför patienten har ont ska opioider inte användas innan läkarbedömning, då detta kan försvåra läkarens bedömning av orsaken till smärtan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	18 Anticonvulsant drugs such as gabapentin (Neurontin) produce optimal pain relief after a single dose	18 Antiepileptika av typen gabapentin ger optimal smärtlindring efter endast en dos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	19 Benzodiazepines are not effective pain relievers and are rarely recommended as part of an analgesic regiment	19 Benzodiazepiner är inte effektiva smärtlindrande läkemedel och är sällan rekommenderade som en del i smärtbehandlingen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul> <p>*Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <i>och ett stort begär</i></p>	20 <u>Narcotic/opioid addiction</u> is defined as a chronic neurobiologic disease, characterized by behaviors that include one or more of the following: impaired control over drug use, compulsive use, continued use despite harm, and craving	20 <u>Missbruk av narkotika/opioider</u> definieras som en kronisk neurobiologisk sjukdom, med beteenden som inkluderar en eller fler av: försämrad kontroll över narkotikaanvändning, tvångsmässig användning, fortsatt användning trots negativa följder, och abstinens*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	21 The term 'equianalgesia' means approximately equal analgesia and is used when referring to the doses of various analgesics that provide approximately the same amount of pain relief	21 Termen 'ekvianalgetisk' betyder ungefär <i>likvärdig smärtlindring</i> och används när man hänvisar till doser av olika smärtlindrande läkemedel om ger ungefär lika mycket smärtlindring
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	22 Sedation assessment is recommended during opioid pain management because excessive sedation precedes opioid-induced respiratory depression	22 Bedömning av medvetandegrad rekommenderas vid smärtlindring med opioider. Detta för att kraftigt sänkt medvetande kommer <u>före</u> en andningsdepression till följd av opioidbehandling
<b>Markera svar</b>	<b><u>Multiple Choice</u></b>	<b><u>Flervalsfrågor</u></b>
<p>*Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <i>långvarig och ihållande</i></p>	23 The recommended route of administration of opioid analgesics for patients with <u>persistent cancer-related pain</u> is a. intravenous b. intramuscular c. subcutaneous d. oral e. rectal	23 För patienter med <u>kronisk*</u> <u>cancerrelaterad smärta</u> rekommenderas att smärtlindring med opioider ges: a. Intravenöst b. intramuskulärt c. subkutant d. oralt e. rektalt

	<p>24 The recommended route administration of opioid analgesics for patients with brief, <u>severe pain of sudden onset</u> such as trauma or postoperative pain is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>intravenous</li> <li>intramuscular</li> <li>subcutaneous</li> <li>oral</li> <li>rectal</li> </ol>	<p>24 För patienter med kortvarig, <u>svår smärta med plötslig debut</u>, till exempel trauma eller postoperativ smärta, rekommenderas att smärtlindring med opioider ges:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>intravenöst</li> <li>intramuskulärt</li> <li>subkutant</li> <li>oralt</li> <li>rektalt</li> </ol>
	<p>25 Which of the following analgesic medications is considered the drug of choice for the treatment of <u>prolonged moderate to severe pain</u> for cancer patients?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>codeine</li> <li>morphine</li> <li>meperidine</li> <li>tramadol</li> </ol>	<p>25 För cancerpatienter med <u>långvarig måttlig till svår smärta</u> är förstahandsvalet av smärtstillande läkemedel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>kodein</li> <li>morfin</li> <li>meperidine (petidin)</li> <li>tramadol</li> </ol>
	<p>26 A 30 mg dose of oral morphine is approximately equivalent to:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Morphine 5 mg IV</li> <li>Morphine 10 mg IV</li> <li>Morphine 30 mg IV</li> <li>Morphine 60 mg IV</li> </ol>	<p>26 Morfin 30 mg PO ger ungefär samma smärtlindring som:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Morfin 5 mg IV</li> <li>Morfin 10 mg IV</li> <li>Morfin 30 mg IV</li> <li>Morfin 60 mg IV</li> </ol>
	<p>27 Analgesics for post-operative pain should initially be given</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>around the clock on a fixed schedule</li> <li>only when the patient asks for the medication</li> <li>only when the nurse determines that the patient has moderate or greater discomfort</li> </ol>	<p>27 Vid postoperativ smärta ska smärtlindringen till en början ges:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>dygnet runt enligt ett fast schema</li> <li>bara när patienten ber om medicinen</li> <li>bara när sjuksköterskan avgör att patienten har måttligt eller större obehag</li> </ol>
<p>*Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <u>långvarig och ihållande</u></p>	<p>28 A patient with persistent cancer pain has been receiving daily opioid analgesics for 2 months. Yesterday the patient was receiving morphine 200 mg/hour intravenously. Today he has been receiving 250 mg/hour intravenously. The likelihood of the patient developing clinically significant respiratory depression in the absence of new comorbidity is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>less than 1%</li> <li>1-10%</li> <li>11-20%</li> <li>21-40%</li> <li>&gt;40%</li> </ol>	<p>28 En patient med kronisk* cancersmärta har fått smärtlindrande opioider dagligen i 2 månader. Igår fick patienten morfin 200 mg IV per timme. Idag har han fått 250 mg IV per timme. Sannolikheten för att patienten utvecklar en påtaglig andningsdepression utan annan nytillkommen försämring i sitt hälsotillstånd är:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>mindre än 1%</li> <li>1-10%</li> <li>11-20%</li> <li>21-40%</li> <li>&gt;40%</li> </ol>

	<p>29 The <u>most likely</u> reason a patient with pain would request increased doses of pain medication is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>The patient is experiencing increased pain</li> <li>The patient is experiencing increased anxiety or depression</li> <li>The patient is requesting more staff attention</li> <li>The patient's requests are related to addiction</li> </ol>	<p>29 En patient med smärta frågar <u>mest sannolikt</u> efter ökade doser smärtlindrande läkemedel för att:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>patienten upplever ökad smärta</li> <li>patienten upplever ökad ångest eller nedstämdhet</li> <li>patienten önskar mer uppmärksamhet från personalen</li> <li>patientens önskemål är beror på missbruk</li> </ol>
	<p>30 Which of the following is useful for treatment of cancer pain?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibuprofen (Motrin)</li> <li>Hydromorphone (Dilaudid)</li> <li>Gabapentin (Neurontin)</li> <li>All of the above</li> </ol>	<p>30 Vid behandling av cancersmärta är följande användbar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibuprofen</li> <li>Hydromorfon (Palladon®)</li> <li>Gabapentin</li> <li>Alla ovan</li> </ol>
	<p>31 The most accurate judge of the intensity of the patient's pain is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>the treating physician</li> <li>the patient's primary nurse</li> <li>the patient</li> <li>the pharmacist</li> <li>the patient's spouse or family</li> </ol>	<p>31 Den som bäst avgör intensiteten av patientens smärta är:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>den behandlande läkaren</li> <li>patientens ansvariga sjuksköterska</li> <li>patienten</li> <li>farmaceuten</li> <li>patientens partner eller familj</li> </ol>
<p>*Efter diskussion i samband med återöversättning helt omarbetad, se slutet av dokumentet</p>	<p>32 Which of the following describes the best approach for cultural considerations in caring for patients in pain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>There are no longer cultural influences in the U.S. due to the diversity of population</li> <li>Cultural influences can be determined by an individual's ethnicity (e.g., Asians are stoic, Italians are expressive, etc)</li> <li>Patients should be individually assessed to determine cultural influences</li> <li>Cultural influences can be determined by an individual's socioeconomic status (e.g., blue collar workers report more pain than white collar workers)</li> </ol>	<p>32* Hur kan vi på bästa sätt se om det finns kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser hos patienter vi vårdar?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>På grund av mångfalden i Sverige finns det inte längre kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser hos patienter</li> <li>Kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser beror på individens etnicitet</li> <li>Patienter ska bemötas individuellt avseende förekomst av kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelsen</li> <li>Kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser beror på socio-ekonomisk status</li> </ol>
	<p>33 How likely is it that patients who develop pain already have an alcohol and/or drug abuse problem?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;1%</li> <li>5-15%</li> <li>25-50%</li> <li>75-100%</li> </ol>	<p>33 Hur troligt är det att patienter som utvecklar smärta redan är beroende av droger eller alkohol?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;1%</li> <li>5-15%</li> <li>25-50%</li> <li>75-100%</li> </ol>
	<p>34 The time to peak effect for morphine given IV is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15 min</li> <li>45 min</li> <li>1 hour</li> <li>2 hours</li> </ol>	<p>34 Tiden till full effekt av morfin givet IV är</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15 min</li> <li>45 min</li> <li>1 timme</li> <li>2 timmar</li> </ol>



	35 The time to peak effect for morphine given orally is a. 5 min b. 30 min c. 1 – 2 hours d. 3 hours	35 Tiden till full effekt av morfin givet PO är a. 5 min b. 30 min c. 1 – 2 timmar d. 3 timmar
*Efter diskussion i samband med återöversättning har översättningen av craving även här ändrats till <i>ett stort begär efter droger</i>	36 Following abrupt discontinuation of an opioid, physical dependence is manifested by the following: a. sweating, yawning, diarrhea and agitation with patients when the opioid is abruptly discontinued b. impaired control over drug use, compulsive use, and craving* c. the need for higher doses to achieve the same effect d. a and b	36 Tecken på fysiskt beroende efter plötsligt avbrott av opioidanvändning är: a. svettningar, gäspningar, diarré och agitation b. Sämre kontroll över droganvändningen, tvångsmässig användning och önskan om mer droger* c. behovet av större doser för att uppnå samma effekt d. a och b
	37 Which statement is true regarding opioid induced respiratory depression: a. More common several nights after surgery due to accumulation of opioid b. Obstructive sleep apnea is an important risk factor c. Occurs more frequently in those already on higher doses of opioids before surgery d. Can be easily assessed using intermittent pulse oximetry	37 Vilket påstående stämmer avseende andningsdepression till följd av opioidbehandling: a. Det är vanligare flera nätter efter en operation, till följd av ansamling av opioider i kroppen b. Obstruktiv sömnapné är en viktig riskfaktor c. Förekommer oftare hos de som före operation redan står på högre doser av opioider d. Kan enkelt bedömas genom att då och då utföra pulsoximetri

	<p><b><u>Case Studies</u></b></p> <p>Two patient case studies are presented. For each patient you are asked to make decisions about pain and medication.</p> <p><b>Directions:</b> Please select one answer / question.</p>	<p><b><u>Patientfall</u></b></p> <p>Två patientfall presenteras. För varje patient ska du ta beslut om smärta och medicinering.</p> <p><b>Direktiv:</b> Vänligen välj ett svar per fråga.</p>
*Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <i>Anders</i>	38* <b>Patient A:</b> Andrew is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he smiles at you and continues talking and joking with his visitor. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort, 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8.	38 <b>Patient A:</b> Andrew* är 25 år gammal och detta är hans första dag efter en bukoperation. När du går in på hans rum ler han åt dig och fortsätter att prata och skoja med sin besökare. Din bedömning ger dig följande information: Blodtryck = 120/80; Hjärtfrekvens = 80; Andningsfrekvens = 18; På en skala från 0 – 10 (0 = ingen smärta/obehag, 10 = värsta smärta/obehag) skattar han sin smärta som 8.
** Efter diskussion i	A. On the patient’s record you must mark his pain on the scale below. Circle the	A. I patientjournalen måste du markera hans smärta på skalan nedan. Ringa in den

<p>samband med återöversättning ändrat till Han tycker att en smärtnivå motsvarande 2 på en 10-gradig skala är acceptabel</p>	<p>number that represents your assessment of Andrew's pain.</p> <p><u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> No pain/discomfort Worst pain/Discomfort</p> <p>B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg IV. Half hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of pain relief. His physician's order for analgesia is "morphine IV 1-3 mg q1h PRN pain relief." Check the action you will take at this time:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>• Administer no morphine at this time</li> <li>• Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>• Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>• Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>	<p>siffror som motsvarar din bedömning av Andrews smärta</p> <p><u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> Ingen smärta/obehag Värsta smärta/obehag</p> <p>B. Din bedömning ovan är gjord två timmar efter att han fick morfin 2 mg IV. Smärtskattningar var 30e minut därefter var mellan 6 och 8 och han hade ingen påtaglig andningsdepression, medvetandesänkning, eller andra biverkningar. Han tycker att 2/10 är en acceptabel nivå av smärtlindring**. Hans läkarordination för smärtlindring är "morfin 1-3 mg IV 1 gång per timme vid behov av smärtlindring". Markera vad du vill göra nu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>• Administrera inget morfin just nu</li> <li>• Administrera morfin 1 mg IV nu</li> <li>• Administrera morfin 2 mg IV nu</li> <li>• Administrera morfin 3 mg IV nu</li> </ol>
---	---	--

<p>* Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till Han tycker att en smärtnivå motsvarande 2 på en 10-gradig skala är acceptabel</p>	<p>39 <u>Patient B</u>: Robert is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he is lying quietly in bed and grimaces as he turns in bed. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort, 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8.</p> <p>A. On the patient's record you must mark his pain on the scale below. Circle the number that represents your assessment of Andrew's pain.</p> <p><u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> No pain/discomfort Worst pain/discomfort</p> <p>B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg IV. Half hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of pain relief. His physician's order for analgesia is "morphine IV 1-3 mg q1h PRN pain</p>	<p>39 <u>Patient B</u>: Robert är 25 år gammal och detta är hans första dag efter en bukoperation. När du går in på hans rum ligger han tyst i sängen och grimaserar när han vänder sig i sängen. Din bedömning ger dig följande information: Blodtryck = 120/80; Hjärtfrekvens = 80; Andningsfrekvens 18; På en skala från 0 – 10 (0 = ingen smärta/obehag, 10 = värsta smärta/obehag) skattar han sin smärta som 8.</p> <p>A. I patientjournalen måste du markera hans smärta på skalan nedan. Ringa in den siffra som motsvarar din bedömning av Roberts smärta</p> <p><u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> Ingen smärta/obehag Värsta smärta/Obehag</p> <p>B. Din bedömning ovan är gjord två timmar efter att han fick morfin 2 mg IV. Smärtskattningar var 30e minut därefter var mellan 6 och 8 och han hade ingen påtaglig andningsdepression, medvetandesänkning, eller andra biverkningar. Han tycker att 2/10 är en acceptabel nivå av smärtlindring*. Hans läkarordination för smärtlindring är "morfin 1-3 mg IV 1 gång per timme vid</p>
--	--	---

	<p>relief.” Check the action you will take at this time:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administer no morphine at this time</li> <li>2. • Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>3. • Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>4. • Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>	<p>behov av smärtlindring”. Markera vad du vill göra nu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administrera inget morfin just nu</li> <li>2. • Administrera morfin 1 mg IV nu</li> <li>3. • Administrera morfin 2 mg IV nu</li> <li>4. • Administrera morfin 3 mg IV nu</li> </ol>
<p>*Andra översättningen av fråga 32, efter diskussion i samband med återöversättning</p>	<p>32 Which of the following describes the best approach for cultural considerations in caring for patients in pain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. There are no longer cultural influences in the U.S. due to the diversity of population</li> <li>b. Cultural influences can be determined by an individual’s ethnicity (e.g., Asians are stoic, Italians are expressive, etc)</li> <li>c. Patients should be individually assessed to determine cultural influences</li> <li>d. Cultural influences can be determined by an individual’s socioeconomic status (e.g., blue collar workers report more pain than white collar workers)</li> </ol>	<p>32* Vid vård av patienter med smärta; Vilket av följande beskriver det bästa sättet att ta hänsyn till hur kulturell bakgrund kan påverka?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. På grund av mångfalden i Sveriges befolkning finns det inte längre några kulturella faktorer som påverkar</li> <li>b. Patienters etniska ursprung avgör hur de upplever och uttrycker sin smärta</li> <li>c. Patienter ska bedömas individuellt avseende eventuell förekomst av kulturella faktorer som kan påverka</li> <li>d. Patienters sociala och ekonomiska situation avgör hur de upplever och uttrycker sin smärta</li> </ol>

“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014.

## Bilaga 6(9)

### Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) – Första engelsk återöversättning

Sant/ Falskt	<u>Återöversättning engelska</u>	<u>Svensk första översättning</u>
• Sant • Falskt	1 Vital signs are always reliable indicators of the intensity of a patients pain	1 Vitalparametrar är alltid tillförlitliga tecken på intensiteten av en patients smärta
• Sant • Falskt	2 Due to the immature nervous system infants under two years of age have a lessened pain sensitivity and have a limited memory of the painful experience	2 På grund av det underutvecklade nervsystemet är barn under två år mindre smärtekänsliga och har ett begränsat minne av smärtsamma upplevelser
• Sant • Falskt	3 Patients who can easily be redirected from pain usually do not suffer severe pain	3 Patienter som kan avledas från sin smärta har vanligtvis inte svår smärta
• Sant • Falskt	4 Patients can sleep despite severe pain	4 Patienter kan sova trots svår smärta
• Sant • Falskt	5 NSAIF such as ASA are not effective analgesics in treating painful bone metastases	5. NSAID-preparat som till exempel acetylsalicylsyra är INTE effektiva smärtlindrande vid smärtsamma skelettmetastaser
• Sant • Falskt	6 Respiratory depression occurs seldom in patients who have received a constant dosage of opioids for several months	6 Andningsdepression inträffar sällan hos patienter som har fått opioider regelbundet och i samma dos i flera månader
• Sant • Falskt	7 Combinations of different types of analgesics give better pain relief with lesser side effect than only using one type of analgesic	7 Kombinationer av olika typer av smärtlindrande mediciner (t.ex. NSAID tillsammans med en opioid) kan ge bättre smärtlindring med färre biverkningar än att bara använda en typ av smärtlindrande medicin
• Sant • Falskt	8 The pain relief effect of 1-2 mg morphine IV usually last 4-5 hours.	8 Den smärtlindrande effekten av 1-2 mg morfin IV varar vanligen 4-5 timmar
• Sant • Falskt	9 Opioids should not be taken by patients with known addiction	9 Opioider ska inte användas till patienter med anamnes på missbruk
• Sant • Falskt	10 Elderly patients do not tolerate opioids as pain relief	10 Äldre personer tolererar inte smärtlindring med opioider
• Sant • Falskt	11 Patients should withstand as much pain as possible before given opioids as pain relief	11 Patienter bör stå ut med så mycket smärta som möjligt innan de erhåller smärtlindring med en opioid
• Sant • Falskt	12 Children under the age of 11 can not convey their level of pain to health care staff and therefor the staff have to rely on the parents' to estimate the child's level of pain	12 Barn under 11 år kan inte på rätt sätt förmedla sin smärta och vårdpersonal måste därför förlita sig på föräldrarnas smärtskattning av barnet
• Sant • Falskt	13 Religion or spiritual faith can lead to the patient believing pain and suffering as necessary	13 Andlig eller religiös tro kan leda till att patienten tycker att smärta och lidande är nödvändigt
• Sant • Falskt	14 After the first dose of opioids the following dosage should be adjusted to the patients need of pain relief	14 Efter en första dos av smärtlindrande med opioid, ska följande doser justeras efter patientens behov av smärtlindring
• Sant • Falskt	15 A relevant way to determine the presence of pain is to inject patient with sterile water (placebo)	15 Att ge patienter injektion sterilt vatten (placebo) är ett bra sätt för att avgöra om smärtan är verklig

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	16 Vicodin 5 mg equals ca 5-10 mg of morphine PO	16. Kombinationen oxikodon (Oxynorm®) 5 mg och paracetamol 500 mg PO motsvarar ungefär 5 - 10 mg morfin PO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	17 If we don't know the cause of the patients pain opioids should not be administered before being examined by physician as it can complicate medical assessment	17 Om vi inte vet varför patienten har ont ska opioider inte användas innan läkarbedömning, då detta kan försvåra läkarens bedömning av orsaken till smärtan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	18 Treating pain with anticonvulsant give an optimal pain relief even after only one dose	18 Antiepileptika av typen gabapentin ger optimal smärtlindring efter endast en dos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	19 Benzodiazepines are insufficient pain killers and are seldom recommended as part of pain management medication	19 Bensodiazepiner är inte effektiva smärtlindrande läkemedel och är sällan rekommenderade som en del i smärtbehandlingen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul> <p>*Efter förändring enligt nedan sedermera översatt till and craving</p> <p>**Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <i>och stort begär</i></p>	20 Addiction to narcotics/opioids is defined by a chronic neurobiological disorder with behaviors that include one or more symptoms of: impaired control of usage, a compulsory usage, and a continuation of usage despite adverse effects, and withdrawal symptoms*	20 <u>Missbruk av narkotika/opioider</u> definieras som en kronisk neurobiologisk sjukdom, med beteenden som inkluderar en eller fler av: försämrad kontroll över narkotikaanvändning, tvångsmässig användning, fortsatt användning trots negativa följder, och abstinens**
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	21 The term equianalgesic means more or less the same as equivalent pain relief and is used when referring to doses of different analgesics that give a similar amount of pain relief	21 Termen 'ekvianalgetisk' betyder ungefär <i>likvärdig smärtlindring</i> och används när man hänvisar till doser av olika smärtlindrande läkemedel om ger ungefär lika mycket smärtlindring
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sant</li> <li>• Falskt</li> </ul>	22 Assessing the levels of consciousness is recommended when administering opioids as a pain relief. This because an impaired level of consciousness manifest before respiratory depression due to opioid treatment	22 Bedömning av medvetandegrad rekommenderas vid smärtlindring med opioider. Detta för att kraftigt sänkt medvetande kommer <u>före</u> en andningsdepression till följd av opioidbehandling
<b>Markera svar</b>	<b><u>Multiple Choice</u></b>	<b><u>Flervalsfrågor</u></b>
<p>*Efter förändring enligt nedan sedermera översatt till <i>persistent</i></p> <p>**Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <i>långvarig och ihållande</i></p>	23 For patients with chronic* cancer-related pain administering opioids as pain relief is recommended through: a. intravenous administration b. intramuscular administration c. subcutaneous administration d. oral administration e. rectal administration	23 För patienter med <u>kronisk** cancerrelaterad smärta</u> rekommenderas att smärtlindring med opioider ges: a. Intravenöst b. intramuskulärt c. subkutant d. oralt e. rektalt

	<p>24 For patients suffering a short term severe pain with a sudden onset, due to e.g. trauma or post-op pain, administrating opioid as pain relief is recommended through:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>intravenous administration</li> <li>intramuscular administration</li> <li>subcutaneous administration</li> <li>oral administration</li> <li>rectal administration</li> </ol>	<p>24 För patienter med kortvarig, <u>svår smärta med plötslig debut</u>, till exempel trauma eller postoperativ smärta, rekommenderas att smärtlindring med opioider ges:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>intravenöst</li> <li>intramuskulärt</li> <li>subkutant</li> <li>oralt</li> <li>rektalt</li> </ol>
	<p>25 For cancer patients with prolonged, moderate to severe pain, the first choice of pain relief is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>codeine</li> <li>morphine</li> <li>meperidine</li> <li>tramadol</li> </ol>	<p>25 För cancerpatienter med <u>långvarig måttlig till svår smärta</u> är förstahandsvalet av smärtstillande läkemedel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>kodein</li> <li>morfin</li> <li>meperidine (petidin)</li> <li>tramadol</li> </ol>
	<p>26 30 mg morphine po gives as equal an amount of pain relief as:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Morphine 5 mg IV</li> <li>Morphine 10 mg IV</li> <li>Morphine 30 mg IV</li> <li>Morphine 60 mg IV</li> </ol>	<p>26 Morfin 30 mg PO ger samma smärtlindring som:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Morfin 5 mg IV</li> <li>Morfin 10 mg IV</li> <li>Morfin 30 mg IV</li> <li>Morfin 60 mg IV</li> </ol>
	<p>27 Managing post-op pain, analgesics should initially be given:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>around the clock according to a fixed schedule</li> <li>only when the patient asks for it</li> <li>only when the nurse assesses the patients pain to moderate or greater discomfort</li> </ol>	<p>27 Vid postoperativ smärta ska smärtlindringen till en början ges:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>dygnet runt enligt ett fast schema</li> <li>bara när patienten ber om medicinen</li> <li>bara när sjuksköterskan avgör att patienten har måttligt eller större obehag</li> </ol>
<p>*Efter förändring enligt nedan sedermera översatt till <i>persistent</i></p> <p>**Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <i>långvarig och ihållande</i></p>	<p>28 A cancer patient with chronic* pain has been administrated opioids daily for the past two months. Yesterday the patient received 200 mg morphine iv per hour. Today he has received 250 mg iv per hour. The probability that the patient develops an evident respiratory depression without any new impairment of health conditions is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>less than 1%</li> <li>1-10%</li> <li>11-20%</li> <li>21-40%</li> <li>&gt;40%</li> </ol>	<p>28 En patient med kronisk** cancersmärta har fått smärtlindrande opioider dagligen i 2 månader. Igår fick patienten morfin 200 mg IV per timme. Idag har han fått 250 mg IV per timme. Sannolikheten för att patienten utvecklar en påtaglig andningsdepression utan annan nytillkommen försämring i sitt hälsotillstånd är:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>mindre än 1%</li> <li>1-10%</li> <li>11-20%</li> <li>21-40%</li> <li>&gt;40%</li> </ol>
	<p>29 A patient in pain will most likely ask for higher dose of analgesics when:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>the pain increases</li> <li>the increase of anxiety or malaise sets in</li> <li>wanting staffs' attention</li> <li>the need depends on a prior substance abuse</li> </ol>	<p>29 En patient med smärta frågar <u>mest sannolikt</u> efter ökade doser smärtlindrande läkemedel för att:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>patienten upplever ökad smärta</li> <li>patienten upplever ökad ångest eller nedstämdhet</li> <li>patienten önskar mer uppmärksamhet från personalen</li> <li>patientens önskemål beror på missbruk</li> </ol>

	<p>30 When managing cancer pain the following analgesics are useful:</p> <p>a. Ibuprofen b. Hydromorphone c. Gabapentin d. all the above</p>	<p>30 Vid behandling av cancersmärta är följande användbar:</p> <p>a. Ibuprofen b. Hydromorfon (Palladon®) c. Gabapentin d. Alla ovan</p>
	<p>31 The person that best determines the intensity of the patients pain is:</p> <p>a. the consulting physician b. the patient's primary nurse c. the patient d. the pharmacist/chemist e. the patients closest relative or family</p>	<p>31 Den som bäst avgör intensiteten av patientens smärta är:</p> <p>a. den behandlande läkaren b. patientens ansvariga sjuksköterska c. patienten d. farmaceuten e. patientens partner eller familj</p>
<p>*Efter diskussion i samband med återöversättning översatt på nytt, se slutet av dokumentet</p> <p>**Efter diskussion i samband med återöversättning helt omarbetad, se slutet av dokumentet</p>	<p>32* How can we by simplest means take in account cultural factors that can influence the experience of pain of patients in our care:</p> <p>a. Due to the diversity in Sweden, cultural factors have no longer any impact on patients pain-experience b. Cultural factors that impact on pain-experience, depends on the individuals ethnic background (i.e. Asians are calm, Italians are expressive etc.) c. Patients should be treated individually in regards of cultural factors impacting on pain-experiences d. Cultural factors that impact on pain-experience, is due to socio-economic status (i.e. different occupational groups state pain differently)</p>	<p>32** Hur kan vi på bästa sätt se om det finns kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser hos patienter vi vårdar?</p> <p>a. På grund av mångfalden i Sverige finns det inte längre kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser hos patienter b. Kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser beror på individens etnicitet (t.ex. asiater är lugna, italienare uttrycksfulla, etc) c. Patienter ska bemötas individuellt avseende förekomst av kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelsen d. Kulturella faktorer som påverkar smärtupplevelser beror på socio-ekonomisk status (t.ex. olika yrkesgrupper uppger olika mycket smärta)</p>
	<p>33 How likely is it that a patient who develops pain is already addicted to drugs or alcohol</p> <p>a. &lt;1% b. 5-15% c. 25-50% d. 75-100%</p>	<p>33 Hur troligt är det att patienter som utvecklar smärta redan är beroende av droger eller alkohol?</p> <p>a. &lt;1% b. 5-15% c. 25-50% d. 75-100%</p>
	<p>34 The time for full effect of morphine given iv is:</p> <p>a. 15 min b. 45 min c. 1 hour d. 2 hours</p>	<p>34 Tiden till full effekt av morfin givet IV är</p> <p>a. 15 min b. 45 min c. 1 timme d. 2 timmar</p>
	<p>35 The time for full effect of morphine given PO is:</p> <p>a. 5 min b. 30 min c. 1 – 2 hours d. 3 hours</p>	<p>35 Tiden till full effekt av morfin givet PO är</p> <p>a. 5 min b. 30 min c. 1 – 2 timmar d. 3 timmar</p>

<p>*Ändrat till <i>and craving</i></p> <p>**Efter diskussion i samband med återöversättning ändrats till <i>och ett stort begär</i></p>	<p>36 Signs of physical addiction after a sudden interruption of opioid usage:</p> <p>a. sweating, yawning, diarrhea and agitation</p> <p>b. loss of control of drug usage, compulsive usage, and a desire for more drugs*</p> <p>c. the need of a higher dose to reach the same effect</p> <p>d. a and b</p>	<p>36 Tecken på fysiskt beroende efter plötsligt avbrott av opioidanvändning är:</p> <p>a. svettningar, gäspningar, diarré och agitation</p> <p>b. Sämre kontroll över droganvändningen, tvångsmässig användning och önskan om mer droger**</p> <p>c. behovet av större doser för att uppnå samma effekt</p> <p>d. a och b</p>
	<p>37 Which statement is correct regarding respiratory depression due to opioid treatment:</p> <p>a. is more common several nights post-op due to an accumulation of opioids in the body</p> <p>b. an important risk factor is obstructive sleep apnea</p> <p>c. more frequently encountered in patients who prior to surgery already use a higher dose of opioids</p> <p>d. can easily be monitored intermittently using a pulse oximeter</p>	<p>37 Vilket påstående stämmer avseende andningsdepression till följd av opioidbehandling:</p> <p>a. Det är vanligare flera nätter efter en operation, till följd av ansamling av opioider i kroppen</p> <p>b. Obstruktiv sömnapné är en viktig riskfaktor</p> <p>c. Förekommer oftare hos de som före operation redan står på högre doser av opioider</p> <p>d. Kan enkelt bedömas genom att då och då utföra pulsoximetri</p>



	<u>Case Studies</u>	<u>Patientfall</u>
	<p>Two patient cases are presented. For each patient make one decision about pain and the medication.</p> <p><b>Directions:</b> Kindly choose one answer per question</p>	<p>Två patientfall presenteras. För varje patient ska du ta beslut om smärta och medicinering.</p> <p><b>Direktiv:</b> Vänligen välj ett svar per fråga.</p>
<p>*Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till Anders</p> <p>** Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till Han tycker att en smärtnivå motsvarande 2 på en 10-gradig skala är acceptabel</p>	<p>38 <u>Patient A:</u> Andrew is 25 years old and this is his first day after an abdominal operation. When you enter his room he smiles towards you and continue to converse and yoke with his visitor. You get the following information from your assessment: BP 120/80; HR 80; R 18. On a scale from 0 to 10 (0 no pain/discomfort, 10 worst pain/discomfort) he estimates his pain to 8.</p> <p>A. In the patient's medical record, mark his pain on the scale below. Circle the number that correlates to your assessment of Andrews pain.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  No pain/discomfort Worst  pain/ discomfort</p> <p>B. Your assessment above was done two hours after him receiving morphine 2 mg IV. The pain score made every 30 minutes thereafter laid between 6 and 8 and he had no obvious respiratory depression, decrease of consciousness, or any other side effects. He thinks that 2 out of 10 is an acceptable level of pain. His medical prescription is "1-3 mg of morphine IV once per hour, in need of pain relief" Mark your choice:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administer no morphine right now</li> <li>2. • Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>3. • Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>4. • Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>	<p>38 <u>Patient A:</u> Andrew* är 25 år gammal och detta är hans första dag efter en bukoperation. När du går in på hans rum ler han åt dig och fortsätter att prata och skoja med sin besökare. Din bedömning ger dig följande information: Blodtryck = 120/80; Hjärtfrekvens = 80; Andningsfrekvens = 18; På en skala från 0 – 10 (0 = ingen smärta/obehag, 10 = värsta smärta/obehag) skattar han sin smärta som 8.</p> <p>A. I patientjournalen måste du markera hans smärta på skalan nedan. Ringa in den siffra som motsvarar din bedömning av Andrews smärta</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ingen smärta/obehag Värsta smärta/obehag</p> <p>B. Din bedömning ovan är gjord två timmar efter att han fick morfin 2 mg IV. Smärtskattningar var 30e minut därefter var mellan 6 och 8 och han hade ingen påtaglig andningsdepression, medvetandesänkning, eller andra biverkningar. Han tycker att 2/10 är en acceptabel nivå av smärtlindring**. Hans läkarordination för smärtlindring är "morfin 1-3 mg IV 1 gång per timme vid behov av smärtlindring". Markera vad du vill göra nu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administrera inget morfin just nu</li> <li>2. • Administrera morfin 1 mg IV nu</li> <li>3. • Administrera morfin 2 mg IV nu</li> <li>4. • Administrera morfin 3 mg IV nu</li> </ol>

<p>* Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat till <i>Han tycker att en smärtnivå motsvarande 2 på en 10-gradig skala är acceptabel</i></p>	<p><b>39 Patient B:</b> Robert is 25 years old and this is his first day after an abdominal operation. When you enter his room he's lying very subdued in his bed and is grimacing when he turns over. You get the following information from your assessment: BP 120/80; HR 80; R 18. On a scale from 0 to 10 (0 no pain/discomfort, 10 worst pain/discomfort) he estimates his pain to 8.</p> <p>A. In the patient's medical record, mark his pain on the scale below. Circle the number that correlates to your assessment of Roberts pain.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  No pain/discomfort Worst  pain/ discomfort</p> <p>B. Your assessment above was done two hours after him receiving morphine 2 mg IV. The pain score made every 30 minutes thereafter laid between 6 and 8 and he had no obvious respiratory depression, decrease of consciousness, or any other side effects. He thinks that 2 out of 10 is an acceptable level of pain. His medical prescription is "1-3 mg of morphine IV once per hour, in need of pain relief" Mark your choice:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administer no morphine right now</li> <li>2. • Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>3. • Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>4. • Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>	<p><b>39 Patient B:</b> Robert är 25 år gammal och detta är hans första dag efter en bukoperation. När du går in på hans rum ligger han tyst i sängen och grimaserar när han vänder sig i sängen. Din bedömning ger dig följande information: Blodtryck = 120/80; Hjärtfrekvens = 80; Andningsfrekvens 18; På en skala från 0 – 10 (0 = ingen smärta/obehag, 10 = värsta smärta/obehag) skattar han sin smärta som 8.</p> <p>A. I patientjournalen måste du markera hans smärta på skalan nedan. Ringa in den siffra som motsvarar din bedömning av Roberts smärta.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ingen smärta/obehag Värsta smärta/obehag</p> <p>B. Din bedömning ovan är gjord två timmar efter att han fick morfin 2 mg IV. Smärtskattningar var 30e minut därefter var mellan 6 och 8 och han hade ingen påtaglig andningsdepression, medvetandesänkning, eller andra biverkningar. Han tycker att 2/10 är en acceptabel nivå av smärtlindring*. Hans läkarordination för smärtlindring är "morfin 1-3 mg IV 1 gång per timme vid behov av smärtlindring". Markera vad du vill göra nu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administrera inget morfin just nu</li> <li>2. • Administrera morfin 1 mg IV nu</li> <li>3. • Administrera morfin 2 mg IV nu</li> <li>4. • Administrera morfin 3 mg IV nu</li> </ol>
---	---	--

<p>*Andra återöversättningen av fråga 32</p> <p>**Andra översättningen av fråga 32</p> <p>*** Denna mening är ändrad efter att hela fråga 32 diskuterats med instrumentets skapare Betty Ferrell, <b>se nedan</b></p>	<p>32* When caring for patients in pain; which of the following describes the optimal way taken in account how cultural background can influence the patient?</p> <p>a. Due to the diversity in the Swedish population cultural factors are no longer an issue</p> <p>b. The patients ethnic background decide how they experience and express pain</p> <p>c. Patients should be treated individually if they have cultural factors that can impact***</p> <p>d. The patients socio-economic status decide how they experience and express pain</p>	<p>32** Vid vård av patienter med smärta; Vilket av följande beskriver det bästa sättet att ta hänsyn till hur kulturell bakgrund kan påverka?</p> <p>a. På grund av mångfalden i Sveriges befolkning finns det inte längre några kulturella faktorer som påverkar</p> <p>b. Patienters etniska ursprung avgör hur de upplever och uttrycker sin smärta</p> <p>c. Patienter ska bedömas individuellt avseende eventuell förekomst av kulturella faktorer som kan påverka***</p> <p>d. Patienters sociala och ekonomiska situation avgör hur de upplever och uttrycker sin smärta</p>
	<p>32/c. Patients should be individually assessed</p>	<p>32/c. Patienter ska bedömas individuellt</p>

**“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014.**

*Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP)*

– Jämförelse original mot engelsk återöversättning

<b>Sant/ Falskt</b>	<b><u>Original</u></b>	<b><u>Slutlig engelsk återöversättning*</u></b> <small>*Några grammatiska korrigeringar gjorda</small>
• Sant • Falskt	1 Vital signs are always reliable indicators of the intensity of a patient's pain	1 Vital signs are always reliable indicators of the intensity of a patients pain
• Sant • Falskt	2 Because their nervous system is underdeveloped, children under two years of age have decreased pain sensitivity and limited memory of painful experiences	2 Due to the immature nervous system infants under two years of age have a lessened pain sensitivity and have a limited memory of the painful experience
• Sant • Falskt	3 Patients who can be distracted from pain usually do not have severe pain	3 Patients who can easily be rediverted from pain usually do not suffer severe pain
• Sant • Falskt	4 Patients may sleep in spite of severe pain	4 Patients can sleep despite severe pain
• Sant • Falskt	5 Aspirin and other nonsteroidal anti-inflammatory agents are NOT effective analgesics for painful bone metastases	5 NSAIF such as ASA are not effective analgesics in treating painful bone metastases
• Sant • Falskt	6 Respiratory depression rarely occurs in patients who have been receiving stable doses of opioids over a period of months	6 Respiratory depression occurs seldom in patients who have received a constant dosage of opioids for several months
• Sant • Falskt	7 Combining analgesics that work by different mechanisms (e.g., combining an NSAID with an opioid) may result in better pain control with fewer side effects than using a single analgesic agent	7 Combinations of different types of analgesics give better pain relief with lesser side effect than only using one type of analgesic
• Sant • Falskt	8 The usual duration of analgesia of 1-2 mg morphine IV is 4-5 hours	8 The pain relief effect of 1-2 mg morphine IV usually last 4-5 hours.
• Sant • Falskt	9 Opioids should not be used in patients with a history of substance abuse	9 Opioids should not be taken by patients with known addiction
• Sant • Falskt	10 Elderly patients cannot tolerate opioids for pain relief	10 Elderly patients do not tolerate opioids as pain relief
• Sant • Falskt	11 Patients should be encouraged to endure as much pain as possible before using an opioid	11 Patients should withstand as much pain as possible before given opioids as pain relief
• Sant • Falskt	12 Children less than 11 years old cannot reliably report pain so clinicians should rely solely on the parent's assessment of the child's pain intensity	12 Children under the age of 11 can not convey their level of pain to health care staff and therefore the staff have to rely on the parents to estimate the child's level of pain
• Sant • Falskt	13 Patient's spiritual beliefs may lead them to think pain and suffering are necessary	13 Religion or spiritual faith can lead to the patient believing pain and suffering as necessary
• Sant • Falskt	14 After an initial dose of opioid analgesic is given, subsequent doses should be adjusted in accordance with the individual patient's response	14 After the first dose of opioids the following dosage should be adjusted to the patients need of pain relief

• Sant • Falskt	15 Giving patients sterile water by injection (placebo) is a useful test to determine if the pain is real	15 A relevant way to determine the presence of pain is to inject patient with sterile water (placebo)
• Sant • Falskt	16 Vicodin (hydrocodone 5 mg + acetaminophen 500 mg) PO is approximately equal to 5 - 10 mg of morphine PO	16 Vicodin 5 mg equals ca 5-10 mg of morphine PO
• Sant • Falskt	17 If the source of the patient's pain is unknown, opioids should not be used during the pain evaluation period, as this could mask the ability to correctly diagnose the cause of pain	17 If we don't know the cause of the patients pain, opioids should not be administered before being examined by physician as it can complicate the medical assessment
• Sant • Falskt	18 Anticonvulsant drugs such as gabapentin (Neurontin) produce optimal pain relief after a single dose	18 Treating pain with anticonvulsant give an optimal pain relief even after only one dose
• Sant • Falskt	19 Benzodiazepines are not effective pain relievers and are rarely recommended as part of an analgesic regiment	19 Benzodiazepines are insufficient pain killers and are seldom recommended as part of pain management medication
• Sant • Falskt  *Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat från <i>withdrawal symptoms</i>	20 <u>Narcotic/opioid addiction</u> is defined as a chronic neurobiologic disease, characterized by behaviors that include one or more of the following: impaired control over drug use, compulsive use, continued use despite harm, and craving	20 Addiction to narcotics/opioids is defined by a chronic neurobiological disorder with behaviors that include one or more symptoms of: impaired control of usage, a compulsory usage, and a continuation of usage despite adverse effects, and craving*
• Sant • Falskt	21 The term 'equianalgesia' means approximately equal analgesia and is used when referring to the doses of various analgesics that provide approximately the same amount of pain relief	21 The term equianalgesic means more or less the same as equivalent pain relief and is used when referring to doses of different analgesics that give a similar amount of pain relief
• Sant • Falskt	22 Sedation assessment is recommended during opioid pain management because excessive sedation precedes opioid-induced respiratory depression	22 Assessing the levels of consciousness is recommended when administering opioids as a pain relief. This because an impaired level of consciousness manifests before respiratory depression due to opioid treatment
<b>Markera svar</b>	<b><u>Multiple Choice</u></b>	<b><u>Multiple Choice</u></b>
*Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat från <i>chronic</i>	23 The recommended route of administration of opioid analgesics for patients with <u>persistent cancer-related pain</u> is a. intravenous b. intramuscular c. subcutaneous d. oral e. rectal	23 For patients with persistent* cancer-related pain, administering opioids as pain relief is recommended through: a. intravenous administration b. intramuscular administration c. subcutaneous administration d. oral administration e. rectal administration

	<p>24 The recommended route administration of opioid analgesics for patients with brief, <u>severe pain of sudden onset</u> such as trauma or postoperative pain is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>intravenous</li> <li>intramuscular</li> <li>subcutaneous</li> <li>oral</li> <li>rectal</li> </ol>	<p>24 For patients suffering a short term severe pain with a sudden onset, due to e.g. trauma or post-op pain, administering opioid as pain relief is recommended through:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>intravenous administration</li> <li>intramuscular administration</li> <li>subcutaneous administration</li> <li>oral administration</li> <li>rectal administration</li> </ol>
	<p>25 Which of the following analgesic medications is considered the drug of choice for the treatment of <u>prolonged moderate to severe pain</u> for cancer patients?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>codeine</li> <li>morphine</li> <li>meperidine</li> <li>tramadol</li> </ol>	<p>25 For cancer patients with prolonged, moderate to severe pain, the first choice of pain relief is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>codeine</li> <li>morphine</li> <li>meperidine</li> <li>tramadol</li> </ol>
	<p>26 A 30 mg dose of oral morphine is approximately equivalent to:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Morphine 5 mg IV</li> <li>Morphine 10 mg IV</li> <li>Morphine 30 mg IV</li> <li>Morphine 60 mg IV</li> </ol>	<p>26 30 mg morphine orally gives an equal amount of pain relief as:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Morphine 5 mg IV</li> <li>Morphine 10 mg IV</li> <li>Morphine 30 mg IV</li> <li>Morphine 60 mg IV</li> </ol>
	<p>27 Analgesics for post-operative pain should initially be given</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>around the clock on a fixed schedule</li> <li>only when the patient asks for the medication</li> <li>only when the nurse determines that the patient has moderate or greater discomfort</li> </ol>	<p>27 Managing post-op pain, analgesics should initially be given:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>around the clock according to a fixed schedule</li> <li>only when the patient asks for it</li> <li>only when the nurse assesses the patients pain to moderate or greater discomfort</li> </ol>
<p>*Efter diskussion i samband med återöversättning ändrat från <i>chronic</i></p>	<p>28 A patient with persistent cancer pain has been receiving daily opioid analgesics for 2 months. Yesterday the patient was receiving morphine 200 mg/hour intravenously. Today he has been receiving 250 mg/hour intravenously. The likelihood of the patient developing clinically significant respiratory depression in the absence of new comorbidity is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>less than 1%</li> <li>1-10%</li> <li>11-20%</li> <li>21-40%</li> <li>&gt;40%</li> </ol>	<p>28 A cancer patient with persistent* pain has been administered opioids daily for the past two months. Yesterday the patient received 200 mg morphine iv per hour. Today he has received 250 mg iv per hour. The probability that the patient develops an evident respiratory depression without any new impairment of health conditions is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>less than 1%</li> <li>1-10%</li> <li>11-20%</li> <li>21-40%</li> <li>&gt;40%</li> </ol>

	<p>29 The <u>most likely</u> reason a patient with pain would request increased doses of pain medication is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>The patient is experiencing increased pain</li> <li>The patient is experiencing increased anxiety or depression</li> <li>The patient is requesting more staff attention</li> <li>The patient's requests are related to addiction</li> </ol>	<p>29 A patient in pain will most likely ask for higher dose of analgesics when:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>the pain increases</li> <li>the increase of anxiety or malaise sets in</li> <li>wanting staffs' attention</li> <li>the need depends on a prior substance abuse</li> </ol>
	<p>30 Which of the following is useful for treatment of cancer pain?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibuprofen (Motrin)</li> <li>Hydromorphone (Dilaudid)</li> <li>Gabapentin (Neurontin)</li> <li>All of the above</li> </ol>	<p>30 When managing cancer pain the following analgesics are useful:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ibuprofen</li> <li>Hydromorphone</li> <li>Gabapentin</li> <li>all the above</li> </ol>
	<p>31 The most accurate judge of the intensity of the patient's pain is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>the treating physician</li> <li>the patient's primary nurse</li> <li>the patient</li> <li>the pharmacist</li> <li>the patient's spouse or family</li> </ol>	<p>31 The person that best determines the intensity of the patients pain is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>the consulting physician</li> <li>the patient's primary nurse</li> <li>the patient</li> <li>the pharmacist/chemist</li> <li>the patients closest relative or family</li> </ol>
	<p>32 Which of the following describes the best approach for cultural considerations in caring for patients in pain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>There are no longer cultural influences in the U.S. due to the diversity of population</li> <li>Cultural influences can be determined by an individual's ethnicity (e.g., Asians are stoic, Italians are expressive, etc)</li> <li>Patients should be individually assessed to determine cultural influences</li> <li>Cultural influences can be determined by an individual's socioeconomic status (e.g., blue collar workers report more pain than white collar workers)</li> </ol>	<p>32 When caring for patients in pain; which of the following describes the optimal way taking in account how cultural background can influence the patient?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Due to the diversity in the Swedish population cultural factors are no longer an issue</li> <li>The patients ethnic background decide how they experience and express pain</li> <li>Patients should be individually assessed</li> <li>The patients socio-economic status decide how they experience and express pain</li> </ol>
	<p>33 How likely is it that patients who develop pain already have an alcohol and/or drug abuse problem?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;1%</li> <li>5-15%</li> <li>25-50%</li> <li>75-100%</li> </ol>	<p>33 How likely is it that a patient who develop pain is already addicted to drugs or alcohol</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;1%</li> <li>5-15%</li> <li>25-50%</li> <li>75-100%</li> </ol>
	<p>34 The time to peak effect for morphine given IV is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15 min</li> <li>45 min</li> <li>1 hour</li> <li>2 hours</li> </ol>	<p>34 The time for full effect of morphine given IV is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15 min</li> <li>45 min</li> <li>1 hour</li> <li>2 hours</li> </ol>

	<p>35 The time to peak effect for morphine given orally is</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 5 min</li> <li>b. 30 min</li> <li>c. 1 – 2 hours</li> <li>d. 3 hours</li> </ul>	<p>35 The time for full effect of morphine given PO is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 5 min</li> <li>b. 30 min</li> <li>c. 1 – 2 hours</li> <li>d. 3 hours</li> </ul>
	<p>36 Following abrupt discontinuation of an opioid, physical dependence is manifested by the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. sweating, yawning, diarrhea and agitation with patients when the opioid is abruptly discontinued</li> <li>b. impaired control over drug use, compulsive use, and craving</li> <li>c. the need for higher doses to achieve the same effect</li> <li>d. a and b</li> </ul>	<p>36 Signs of physical addiction after a sudden interruption of opioid usage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. sweating, yawning, diarrhea and agitation</li> <li>b. loss of control of drug usage, compulsive usage, and craving</li> <li>c. the need of a higher dose to reach the same effect</li> <li>d. a and b</li> </ul>
	<p>37 Which statement is true regarding opioid induced respiratory depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. More common several nights after surgery due to accumulation of opioid</li> <li>b. Obstructive sleep apnea is an important risk factor</li> <li>c. Occurs more frequently in those already on higher doses of opioids before surgery</li> <li>d. Can be easily assessed using intermittent pulse oximetry</li> </ul>	<p>37 Which statement is correct regarding respiratory depression due to opioid treatment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. it is more common several nights post-op due to an accumulation of opioids in the body</li> <li>b. an important risk factor is obstructive sleep apnea</li> <li>c. more frequently encountered in patients who prior to surgery already use a higher dose of opioids</li> <li>d. can easily be monitored intermittently using a pulse oximeter</li> </ul>



	<u>Case Studies</u>	<u>Case Studies</u>
	<p>Two patient case studies are presented. For each patient you are asked to make decisions about pain and medication.</p> <p><b>Directions:</b> Please select one answer for each question.</p>	<p>Two patient cases are presented. For each patient make one decision about pain and the medication.</p> <p><b>Directions:</b> Kindly choose one answer per question</p>
	<p>38 <u>Patient A:</u> Andrew is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he smiles at you and continues talking and joking with his visitor. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort, 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8.</p> <p>A. On the patient's record you must mark his pain on the scale below. Circle the number that represents your assessment of Andrew's pain.</p> <p style="text-align: center;"> <u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u>            No pain/discomfort <span style="float: right;">Worst pain/Discomfort</span> </p> <p>B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg IV. Half hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of pain relief. His physician's order for analgesia is "morphine IV 1-3 mg q1h PRN pain relief." Check the action you will take at this time:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administer no morphine right now</li> <li>2. • Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>3. • Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>4. • Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>	<p>38 <u>Patient A:</u> Andrew is 25 years old and this is his first day after an abdominal operation. When you enter his room he smiles towards you and continue to converse and joke with his visitor. You get the following information from your assessment: BP 120/80; HR 80; R 18. On a scale from 0 to 10 (0 no pain/discomfort, 10 worst pain/discomfort) he estimates his pain to 8.</p> <p>A. In the patient's medical record, mark his pain on the scale below. Circle the number that correlates to your assessment of Andrews pain.</p> <p style="text-align: center;"> <u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u>            No pain/discomfort <span style="float: right;">Worst pain/discomfort</span> </p> <p>B. Your assessment above was done two hours after him receiving morphine 2 mg IV. The pain score made every 30 minutes thereafter laid between 6 and 8 and he had no obvious respiratory depression, decrease of consciousness or any other side effects. He thinks that 2 out of 10 is an acceptable level of pain. His medical prescription is "1-3 mg of morphine IV once per hour, in need of pain relief" Mark your choice:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administer no morphine right now</li> <li>2. • Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>3. • Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>4. • Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>

	<p>39 <b>Patient B:</b> Robert is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he is lying quietly in bed and grimaces as he turns in bed. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort, 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8.</p> <p>A. On the patient's record you must mark his pain on the scale below. Circle the number that represents your assessment of Andrew's pain.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  <small>No pain/discomfort</small> <small>Worst pain/discomfort</small></p> <p>B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg IV. Half hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of pain relief. His physician's order for analgesia is "morphine IV 1-3 mg q1h PRN pain relief." Check the action you will take at this time:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administer no morphine at this time</li> <li>2. • Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>3. • Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>4. • Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>	<p>39 <b>Patient B:</b> Robert is 25 years old and this is his first day after an abdominal operation. When you enter his room he's lying very subdued in his bed and is grimacing when he turns over. You get the following information from your assessment: BP 120/80; HR 80; R 18. On a scale from 0 to 10 (0 no pain/discomfort, 10 worst pain/discomfort) he estimates his pain to 8.</p> <p>A. In the patient's medical record, mark his pain on the scale below. Circle the number that correlates to your assessment of Roberts pain.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  <small>No pain/discomfort</small> <small>Worst pain/discomfort</small></p> <p>B. Your assessment above was done two hours after him receiving morphine 2 mg IV. The pain score made every 30 minutes thereafter laid between 6 and 8 and he had no obvious respiratory depression, decrease of consciousness or any other side effects. He thinks that 2 out of 10 is an acceptable level of pain. His medical prescription is "1-3 mg of morphine IV once per hour, in need of pain relief" Mark your choice:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Administer no morphine right now</li> <li>2. • Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>3. • Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>4. • Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>
<p>*Original</p> <p>**Första återöversättningen</p>	<p>32* Which of the following describes the best approach for cultural considerations in caring for patients in pain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. There are no longer cultural influences in the U.S. due to the diversity of population</li> <li>b. Cultural influences can be determined by an individual's ethnicity (e.g., Asians are stoic, Italians are expressive, etc)</li> <li>c. Patients should be individually assessed to determine cultural influences</li> <li>d. Cultural influences can be determined by an individual's socioeconomic status (e.g., blue collar workers report more pain than white collar workers)</li> </ol>	<p>32** How can we by simplest means take in account cultural factors that can influence the experience of pain of patients in our care:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Due to the diversity in Sweden, cultural factors have no longer any impact on patients pain-experience</li> <li>b. Cultural factors that impact on pain-experience, depends on the individuals ethnic background (i.e. Asians are calm, Italians are expressive etc.)</li> <li>c. Patients should be treated individually in regards of cultural factors impacting on pain-experiences</li> <li>d. Cultural factors that impact on pain-experience, is due to socio-economic status (i.e. different occupational groups state pain differently)</li> </ol>

**"Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014.**

## Bilaga 8(9)

### Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) + Facit + Svensk översättning

Answer Key ↓	<u>Original</u>	<u>Svensk slutlig översättning*</u> <small>*Vissa grammatiska slutkorrigeringar gjorda efter diskussion och resultat av pilotstudie</small>
<b>Falskt</b>	1 Vital signs are always reliable indicators of the intensity of a patient's pain	1 Vitalparametrar är <u>alltid</u> tillförlitliga tecken på intensiteten av en patients smärta
<b>Falskt</b>	2 Because their nervous system is underdeveloped, children under two years of age have decreased pain sensitivity and limited memory of painful experiences	2 På grund av det underutvecklade nervsystemet är barn under två år <u>mindre</u> smärtekänsliga och har ett <u>begränsat</u> minne av smärtsamma upplevelser
<b>Falskt</b>	3 Patients who can be distracted from pain usually do not have severe pain	3 Patienter som kan avledas från sin smärta har vanligtvis inte svår smärta
<b>Sant</b>	4 Patients may sleep in spite of severe pain	4 Patienter kan sova trots svår smärta
<b>Falskt</b>	5 Aspirin and other nonsteroidal anti-inflammatory agents are NOT effective analgesics for painful bone metastases	5. NSAID-preparat som till exempel acetylsalicylsyra är <u>INTE</u> effektiva smärtlindrande läkemedel vid smärtsamma skelettmetastaser
<b>Sant</b>	6 Respiratory depression rarely occurs in patients who have been receiving stable doses of opioids over a period of months	6 Andningsdepression inträffar <u>sällan</u> hos patienter som har fått opioider <u>regelbundet</u> och i <u>samma dos</u> i flera månader
<b>Sant</b>	7 Combining analgesics that work by different mechanisms (e.g., combining an NSAID with an opioid) may result in better pain control with fewer side effects than using a single analgesic agent	7 Kombinationer av olika typer av smärtlindrande läkemedel (t.ex. NSAID tillsammans med en opioid) kan ge <u>bättre smärtlindring</u> med <u>färre biverkningar</u> än att bara använda <u>en typ</u> av smärtlindrande läkemedel
<b>Falskt</b>	8 The usual duration of analgesia of 1-2 mg morphine IV is 4-5 hours	8 Den smärtlindrande effekten av 1-2 mg morfin IV varar vanligen 4-5 timmar
<b>Falskt</b>	9 Opioids should not be used in patients with a history of substance abuse	9 Opioider ska <u>inte</u> användas till patienter med anamnes på missbruk
<b>Falskt</b>	10 Elderly patients cannot tolerate opioids for pain relief	10 Äldre personer tolererar <u>inte</u> smärtlindring med opioider
<b>Falskt</b>	11 Patients should be encouraged to endure as much pain as possible before using an opioid	11 Patienter bör stå ut med så mycket smärta som möjligt <u>innan</u> de erhåller smärtlindring med en opioid
<b>Falskt</b>	12 Children less than 11 years old cannot reliably report pain so clinicians should rely solely on the parent's assessment of the child's pain intensity	12 Vårdpersonal kan <u>inte</u> vara säkra på att barn under 11 år kan förmedla hur ont de har och bör därför <u>helt</u> förlita sig på föräldrarnas smärtskattning av barnet

<b>Sant</b>	13 Patient's spiritual beliefs may lead them to think pain and suffering are necessary	13 Andlig eller religiös tro <u>kan</u> leda till att patienten tycker att smärta och lidande är nödvändigt
<b>Sant</b>	14 After an initial dose of opioid analgesic is given, subsequent doses should be adjusted in accordance with the individual patient's response	14 Efter en <u>första</u> dos av smärtlindrande med opioid, ska <u>följande</u> doser justeras efter patientens behov av smärtlindring
<b>Falskt</b>	15 Giving patients sterile water by injection (placebo) is a useful test to determine if the pain is real	15 Att ge patienter injektion sterilt vatten (placebo) är ett bra sätt att avgöra om smärtan är verklig
<b>Sant</b>	16 Vicodin (hydrocodone 5 mg + acetaminophen 500 mg) PO is approximately equal to 5 - 10 mg of morphine PO	16. Kombinationen oxikodon (Oxynorm®) 5 mg och paracetamol 500 mg PO motsvarar ungefär 5 - 10 mg morfin PO
<b>Falskt</b>	17 If the source of the patient's pain is unknown, opioids should not be used during the pain evaluation period, as this could mask the ability to correctly diagnose the cause of pain	17 Om vi inte vet varför patienten har ont ska opioider <u>inte</u> användas innan läkarbedömning, då detta kan <u>försvåra</u> läkarens bedömning av orsaken till smärtan
<b>Falskt</b>	18 Anticonvulsant drugs such as gabapentin (Neurontin) produce optimal pain relief after a single dose	18 Antiepileptika av typen gabapentin (Neurontin®) ger <u>optimal</u> smärtlindring <u>redan</u> efter en dos
<b>Sant</b>	19 Benzodiazepines are not effective pain relievers and are rarely recommended as part of an analgesic regiment	19 Bensodiazepiner är inte <u>effektiva</u> smärtlindrande läkemedel och är <u>sällan</u> rekommenderade som en del i smärtbehandlingen
<b>Sant</b>	20 <u>Narcotic/opioid addiction</u> is defined as a chronic neurobiologic disease, characterized by behaviors that include one or more of the following: impaired control over drug use, compulsive use, continued use despite harm, and craving	20 <u>Missbruk av narkotika/opioider</u> definieras som en kronisk neurobiologisk sjukdom, med beteenden som inkluderar en eller fler av: försämrad kontroll över narkotikaanvändning, tvångsmässig användning, fortsatt användning trots negativa följder, och stort begär
<b>Sant</b>	21 The term 'equianalgesia' means approximately equal analgesia and is used when referring to the doses of various analgesics that provide approximately the same amount of pain relief	21 Termen <i>ekvianalgetisk</i> betyder ungefär <i>likvärdig smärtlindring</i> och används när man hänvisar till doser av <u>olika</u> smärtlindrande läkemedel som ger <u>ungefär lika</u> mycket smärtlindring
<b>Sant</b>	22 Sedation assessment is recommended during opioid pain management because excessive sedation precedes opioid-induced respiratory depression	22 Bedömning av medvetandegrad rekommenderas vid smärtlindring med opioider. Detta för att kraftigt sänkt medvetande kommer <u>före</u> en andningsdepression till följd av opioidbehandling

	<b>Multiple Choice</b>	<b>Flervalsfrågor</b>
<b>D</b>	<p>23 The recommended route of administration of opioid analgesics for patients with <u>persistent cancer-related pain</u> is</p> <p>a. intravenous b. intramuscular c. subcutaneous d. oral e. rectal</p>	<p>23 För patienter med <u>långvarig och ihållande cancerrelaterad smärta</u> rekommenderas att smärtlindring med opioider ges:</p> <p>a. Intravenöst b. intramuskulärt c. subkutant d. oralt e. rektalt</p>
<b>A</b>	<p>24 The recommended route administration of opioid analgesics for patients with brief, <u>severe pain of sudden onset</u> such as trauma or postoperative pain is</p> <p>a. intravenous b. intramuscular c. subcutaneous d. oral e. rectal</p>	<p>24 För patienter med <u>kortvarig, svår smärta med plötslig debut</u>, till exempel trauma eller postoperativ smärta, rekommenderas att smärtlindring med opioider ges:</p> <p>a. intravenöst b. intramuskulärt c. subkutant d. oralt e. rektalt</p>
<b>B</b>	<p>25 Which of the following analgesic medications is considered the drug of choice for the treatment of <u>prolonged moderate to severe pain</u> for cancer patients?</p> <p>a. codeine b. morphine c. meperidine d. tramadol</p>	<p>25 För cancerpatienter med <u>långvarig måttlig till svår smärta</u> är <u>förstahandsvalet</u> av smärtstillande läkemedel följande:</p> <p>a. kodein b. morfin c. meperidine (petidin) d. tramadol</p>
<b>B</b>	<p>26 A 30 mg dose of oral morphine is approximately equivalent to:</p> <p>a. Morphine 5 mg IV b. Morphine 10 mg IV c. Morphine 30 mg IV d. Morphine 60 mg IV</p>	<p>26 Morfin 30 mg PO ger ungefär samma smärtlindring som:</p> <p>a. Morfin 5 mg IV b. Morfin 10 mg IV c. Morfin 30 mg IV d. Morfin 60 mg IV</p>
<b>A</b>	<p>27 Analgesics for post-operative pain should initially be given</p> <p>a. around the clock on a fixed schedule b. only when the patient asks for the medication c. only when the nurse determines that the patient has moderate or greater discomfort</p>	<p>27 Vid postoperativ smärta bör smärtlindringen till en början ges:</p> <p>a. dygnet runt enligt ett fast schema b. bara när patienten ber om medicinen c. bara när sjuksköterskan avgör att patienten har måttligt eller större obehag</p>

A	<p>28 A patient with persistent cancer pain has been receiving daily opioid analgesics for 2 months. Yesterday the patient was receiving morphine 200 mg/hour intravenously. Today he has been receiving 250 mg/hour intravenously. The likelihood of the patient developing clinically significant respiratory depression in the absence of new comorbidity is</p> <p>a. less than 1%  b. 1-10%  c. 11-20%  d. 21-40%  e. &gt;40%</p>	<p>28 En patient med <u>långvarig och ihållande</u> cancersmärta har fått smärtlindrande opioider dagligen i 2 månader. Igår fick patienten morfin 200 mg IV per timme. Idag har han fått 250 mg IV per timme. Patienten har <u>ingen annan nytillkommen försämring</u> i sitt hälsotillstånd.</p> <p>Vad är <u>sannolikheten</u> för att patienten utvecklar en påtaglig andningsdepression?</p> <p>a. mindre än 1%  b. 1-10%  c. 11-20%  d. 21-40%  e. &gt;40%</p>
A	<p>29 The <u>most likely</u> reason a patient with pain would request increased doses of pain medication is</p> <p>a. The patient is experiencing increased pain  b. The patient is experiencing increased anxiety or depression  c. The patient is requesting more staff attention  d. The patient's requests are related to addiction</p>	<p>29 När är det <u>mest sannolikt</u> att en patient med smärta frågar efter ökade doser smärtlindrande läkemedel?</p> <p>a. patienten upplever ökad smärta  b. patienten upplever ökad ångest eller nedstämdhet  c. patienten önskar mer uppmärksamhet från personalen  d. patientens önskemål beror på missbruk</p>
D	<p>30 Which of the following is useful for treatment of cancer pain?</p> <p>a. Ibuprofen (Motrin)  b. Hydromorphone (Dilaudid)  c. Gabapentin (Neurontin)  d. All of the above</p>	<p>30 Vid behandling av cancersmärta är följande <u>användbart</u>:</p> <p>a. Ibuprofen  b. Hydromorfon (Palladon®)  c. Gabapentin (Neurontin®)  d. Alla ovan</p>
C	<p>31 The most accurate judge of the intensity of the patient's pain is</p> <p>a. the treating physician  b. the patient's primary nurse  c. the patient  d. the pharmacist  e. the patient's spouse or family</p>	<p>31 Den som <u>bäst</u> avgör intensiteten av patientens smärta är:</p> <p>a. den behandlande läkaren  b. patientens ansvariga sjuksköterska  c. patienten  d. farmaceuten  e. patientens partner eller familj</p>
C	<p>32 Which of the following describes the best approach for cultural considerations in caring for patients in pain:</p> <p>a. There are no longer cultural influences in the U.S. due to the diversity of population  b. Cultural influences can be determined by an individual's ethnicity (e.g., Asians are stoic, Italians are expressive, etc)  c. Patients should be individually assessed to determine cultural influences</p>	<p>32 Vid vård av patienter med smärta; Vilket av följande beskriver det bästa sättet att ta hänsyn till hur kulturell bakgrund kan påverka?</p> <p>a. På grund av mångfalden i Sveriges befolkning finns det inte längre några kulturella faktorer som påverkar  b. Patienters etniska ursprung avgör hur de upplever och uttrycker sin smärta  c. Patienter ska bedömas individuellt</p>

	d. Cultural influences can be determined by an individual's socioeconomic status (e.g., blue collar workers report more pain than white collar workers)	d. Patienters sociala och ekonomiska situation avgör hur de upplever och uttrycker sin smärta
<b>B</b>	33 How likely is it that patients who develop pain already have an alcohol and/or drug abuse problem? a. <1% b. 5-15% c. 25-50% d. 75-100%	33 Hur troligt är det att patienter som utvecklar smärta redan är beroende av droger eller alkohol? a. <1% b. 5-15% c. 25-50% d. 75-100%
<b>A</b>	34 The time to peak effect for morphine given IV is a. 15 min b. 45 min c. 1 hour d. 2 hours	34 Tiden till full effekt av morfin givet IV är a. 15 min b. 45 min c. 1 timme d. 2 timmar
<b>C</b>	35 The time to peak effect for morphine given orally is a. 5 min b. 30 min c. 1 – 2 hours d. 3 hours	35 Tiden till full effekt av morfin givet PO är a. 5 min b. 30 min c. 1 – 2 timmar d. 3 timmar
<b>A</b>	36 Following abrupt discontinuation of an opioid, physical dependence is manifested by the following: a. sweating, yawning, diarrhea and agitation with patients when the opioid is abruptly discontinued b. impaired control over drug use, compulsive use, and craving c. the need for higher doses to achieve the same effect d. a and b	36 Efter plötsligt avbrott av opioidanvändning visar sig fysiskt beroende genom följande tecken: a. svettningar, gäspningar, diarré och agitation b. Sämre kontroll över droganvändningen, tvångsmässig användning och ett stort begär c. behovet av större doser för att uppnå samma effekt d. a och b
<b>B</b>	37 Which statement is true regarding opioid induced respiratory depression: a. More common several nights after surgery due to accumulation of opioid b. Obstructive sleep apnea is an important risk factor c. Occurs more frequently in those already on higher doses of opioids before surgery d. Can be easily assessed using intermittent pulse oximetry	37 Vilket påstående stämmer avseende andningsdepression till följd av opioidbehandling? a. Det är vanligare flera nätter efter en operation, till följd av ansamling av opioider i kroppen b. Obstruktiv sömnapné är en viktig riskfaktor c. Förekommer oftare hos de som före operation redan står på högre doser av opioider d. Kan enkelt bedömas genom att då och då utföra pulsoximetri

<p><b><u>Case Studies</u></b></p> <p>Two patient case studies are presented. For each patient you are asked to make decisions about pain and medication.</p> <p><b>Directions:</b> Please select one answer for each question.</p>	<p><b><u>Patientfall</u></b></p> <p>Två patientfall presenteras. För varje patient ska du ta beslut om smärta och medicinerings.</p> <p><b>Direktiv:</b> Vänligen välj ett svar per fråga.</p>
<p>38 <u>Patient A:</u> Andrew is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he smiles at you and continues talking and joking with his visitor. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort, 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8.</p> <p>A. On the patient's record you must mark his pain on the scale below. Circle the number that represents your assessment of Andrew's pain.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 <b>8</b> 9 10  No pain/discomfort Worst pain/Discomfort</p> <p>B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg IV. Half hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of pain relief. His physician's order for analgesia is "morphine IV 1-3 mg q1h PRN pain relief." Check the action you will take at this time:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>• Administer no morphine at this time</li> <li>• Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>• Administer morphine 2 mg IV now</li> <li>⊗ <b>Administer morphine 3 mg IV now</b></li> </ol>	<p>38 <u>Patient A:</u> Anders är 25 år gammal och detta är hans första dag efter en bukoperation. När du går in på hans rum ler han åt dig och fortsätter att prata och skoja med sin besökare. Din bedömning ger dig följande information:</p> <p>Blodtryck = 120/80; Hjärtfrekvens = 80; Andningsfrekvens = 18</p> <p>På en skala från 0 - 10 skattar han sin smärta som 8 (0 = ingen smärta/obehag, 10 = värsta smärta/obehag).</p> <p>A. I patientjournalen måste du markera hans smärta på skalan nedan. Ringa in den siffra som motsvarar din bedömning av Anders smärta.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 <b>8</b> 9 10  Ingen smärta/obehag Värsta smärta/Obehag</p> <p>B. Din bedömning ovan är gjord två timmar efter att han fick morfin 2 mg IV. Smärtskattningar var 30e minut därefter varierade mellan 6 och 8 och han hade ingen påtaglig andningsdepression, medvetandesänkning, eller andra biverkningar. Han tycker att en smärtnivå motsvarande 2 på en 10-gradig skala är acceptabel.</p> <p>Hans läkarordination för smärtlindring är: "morfin 1-3 mg IV 1 gång per timme, vid behov av smärtlindring". Markera vad du vill göra nu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>• Administrera inget morfin just nu</li> <li>• Administrera morfin 1 mg IV nu</li> <li>• Administrera morfin 2 mg IV nu</li> <li>⊗ <b>Administrera morfin 3 mg IV nu</b></li> </ol>



<p>39 <b>Patient B:</b> Robert is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he is lying quietly in bed and grimaces as he turns in bed. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort, 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8.</p> <p>A. On the patient's record you must mark his pain on the scale below. Circle the number that represents your assessment of Robert's pain.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 <b>8</b> 9 10  No pain/discomfort Worst pain/Discomfort</p> <p>B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg IV. Half hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of pain relief. His physician's order for analgesia is "morphine IV 1-3 mg q1h PRN pain relief." Check the action you will take at this time:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>• Administer no morphine at this time</li> <li>• Administer morphine 1 mg IV now</li> <li>• Administer morphine 2 mg IV now</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Administer morphine 3 mg IV now</li> </ol>	<p>39 <b>Patient B:</b> Robert är 25 år gammal och detta är hans första dag efter en bukoperation. När du går in på hans rum ligger han tyst och grimaserar när han vänder sig i sängen. Din bedömning ger dig följande information:</p> <p>Blodtryck = 120/80  Hjärtfrekvens = 80  Andningsfrekvens 18</p> <p>På en skala från 0 - 10 skattar han sin smärta som 8 (0 = ingen smärta/obehag, 10 = värsta smärta/obehag).</p> <p>A. I patientjournalen måste du markera hans smärta på skalan nedan. Ringa in den siffra som motsvarar din bedömning av Anders smärta.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 <b>8</b> 9 10  Ingen smärta/obehag Värsta smärta/Obehag</p> <p>B. Din bedömning ovan är gjord två timmar efter att han fick morfin 2 mg IV. Smärtskattningar var 30e minut därefter varierade mellan 6 och 8 och han hade ingen påtaglig andningsdepression, medvetandesänkning, eller andra biverkningar. Han tycker att en smärtnivå motsvarande 2 på en 10-gradig skala är acceptabel.</p> <p>Hans läkarordination för smärtlindring är: "morfin 1-3 mg IV 1 gång per timme, vid behov av smärtlindring".</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>• Administrera inget morfin just nu</li> <li>• Administrera morfin 1 mg IV nu</li> <li>• Administrera morfin 2 mg IV nu</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Administrera morfin 3 mg IV nu</li> </ol>
--	--

**“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014.**



**LUNDS UNIVERSITET**

**Medicinska fakulteten**

Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL  
STUDIEDELTAGARE

Bilaga 9(9)

## Sjuksköterskors kunskap och inställning kring smärtlindring på akutmottagning

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Vi har erhållit ditt namn via din enhetschef, då du uppfyller inklusionskriterierna till studien.

Bakgrunden till studien är att smärta förekommer hos tre av fyra patienter som söker till akutmottagningen och att bedömning, behandling och uppföljning av denna smärta hör till sjuksköterskans kärnområden. Återkommande forskning visar på flertal faktorer som påverkar om, när och hur patienten erhåller smärtlindrande behandling. Vår studie syftar till att belysa en av dessa faktorer genom att undersöka kunskap och inställning kring smärtlindring hos sjuksköterskor, verksamma på akutmottagning i södra Sverige.

Studien genomförs med hjälp av ett elektroniskt frågeformulär. Om Du accepterar att delta ber vi Dig att via bifogad länk, längst ner i brevet, besvara frågorna i enkäten.

Ditt deltagande är helt frivilligt, Du är när som helst fri att avbryta deltagandet och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför, utan kan då antingen stänga ner din påbörjade enkät eller bortse från detta mail, samt efterföljande påminnelser.

Du besvarar frågorna fullständigt anonymt, d.v.s. ingen kommer att kunna veta att det är du som besvarat dem och resultatet kommer enbart att användas i detta projekt vars resultat publiceras i en magisteruppsats, ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård.

Insamlat material avidentifieras och sparas i det elektroniska enkätverktyget REDCap, dit endast undertecknade samt administratör har tillgång.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Olof Fager  
Leg. Sjuksköterska  
Studerande på  
specialistsjuksköterske-  
programmet inriktning  
akutsjukvård  
e-post:  
olof.fager.6523@student.lu.se

Ragna Jonsdottir  
Leg. Sjuksköterska  
Studerande på  
specialistsjuksköterske-  
programmet inriktning  
akutsjukvård  
epost:  
ragnheidur.jonsdottir.2725@student.lu.se

Handledare  
Helena Rosén  
Biträdande universitetslektor, PhD  
e-post: helena.rosen@med.lu.se