



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Vem har makten över morfinsprutan?

Sjuksköterskors upplevelser av att smärtbedöma och smärtlindra patienter i den prehospitla akutsjukvården

Nurses' experiences of assessing and relieving pain in patients in prehospital emergency care

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Meliha Delic & Ellinor Olsson

Handledare: Annika Kisch

Magisteruppsats

Hösten 2021

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt.

Bakgrund: Att smärtbedöma och smärtlindra patienter i den prehospitla akutsjukvården är komplext ur många olika perspektiv. Sjuksköterskan befinner sig i en maktposition där patienten hamnar i underläge. Detta blir ett problem när det kommer till smärtbehandlingen.

Syfte: Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors upplevelser av att smärtbedöma och smärtlindra patienter med akut smärta i prehospitla akutsjukvård.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med 14 semistrukturerade intervjuer från ambulanssjukvården i södra Skåne. Vid analysen användes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Resultatet slutade i tre huvudkategorier med totalt tio subkategorier. Det framkom att sjuksköterskan främst använder sig av sin kliniska blick i smärtbedömningen och ibland med hjälp av olika verktyg. Det är inte sällan komplicerat att smärtbedöma och smärtlindra på grund av olika patientkaraktäristika samt att trovärdigheten och vårdrelationen till patienten ofta är svår att upprätthålla. Nyckeln i smärtlindringen handlar om att tillämpa omvårdnad samt att upprätta ett förtroende.

Konklusion: Smärta är en subjektiv och individuell upplevelse hos patienten. Detta medför därmed svårigheter för sjuksköterskan som måste åsidosätta sina fördomar och arbeta med att sudda ut gränserna i maktförhållandet.

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
<i>Perspektiv och utgångspunkter</i>	5
<i>Den utmanande vårdrelationen</i>	7
<i>Patientens utsatthet i den prehospitla akutsjukvården</i>	8
<i>Upplevelsen av akut smärta</i>	9
<i>Smärtbedömning och smärtlindring</i>	9
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Instrument	12
Datainsamling	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	15
Verktyg för smärtbedömning	16
Utmaningar i smärtbedömning och smärtlindring	19
Omvårdnadens betydelse	24
Metoddiskussion.....	26
Resultatdiskussion.....	28
Kliniska implikationer.....	32
Slutsats	32
Referenser.....	34
Bilaga 1: Intervjuguide.....	42

Problemområde

I den prehospitla akutsjukvården är smärta ett förekommande symtom hos patienter. Studier belyser att en tredjedel av alla patienter listar smärta som ett primärt symtom (Hewes et al., 2018; Jennings et al., 2011). Majoriteten av dessa patienter blir inte tillräckligt smärtlindrade i ambulansen trots att de tilldelas någon form av smärtlindring (Jennings et al., 2011). Man har i en annan studie konstaterat att patienters bristfälliga smärtlindring beror på sjuksköterskors variation av kunskap och erfarenhet kring smärtbedömning och smärtlindring (Albrecht et al., 2013). Det förekommer således en obalans och asymmetri i maktförhållandet mellan vårdgivare och vårdtagare (Bremer, 2016). Patientens sårbarhet och utsatthet är betydande utifrån en beroendeställning till ambulanspersonalen (Bremer, 2016).

Smärta och dess innebörd måste förstås för att kunna behandlas och lindras adekvat för varje enskild individ. Majoriteten av patienter tolkar smärta som ett tecken på allvarlig sjukdom eller skada och därmed är smärtan i de flesta fallen förknippad med oro och rädsla (Blomberg, 2016). Enligt International Association for the Study of Pain (IASP) (2020) definieras smärta som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse, som är associerad med faktisk eller potentiell vävnadsskada och/eller är beskriven i termer av sådan skada. Detta medför ett behov av försiktighet gällande jämförelser av smärta mellan enskilda patienter (Blomberg, 2016). Vidare innebär detta att patienten därmed har ensamrätt på att tolka samt definiera sin smärta. Vårdgivaren bör därför förstå vikten av ett korrekt bemötande för att patienten ska känna sig trodd på samt tagen på allvar (Forsberg & Rantala, 2020).

Det är en utmaning att som sjuksköterska utöva en personcentrerad vård i en prehospital kontext där man på kort tid ska skapa en tillitsfull relation till patienten och samtidigt låta hen ha tolkningsföreträde kring sin situation och möta det med ett öppet sinne. Det är därmed viktigt med en ökad förståelse om smärtbedömning i den prehospitla akutsjukvården för att som sjuksköterska kunna skapa en tillitsfull vårdrelation med patienten för att sudda ut gränserna i obalansen i maktförhållandet. Därför är det önskvärt med en studie som belyser detta fenomen. Med kvalitativa intervjuer kan man bidra till en ökad förståelse för hur sjuksköterskan ska förhålla sig till den maktobalans som existerar.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Studien har ett vårdarperspektiv som utgångspunkt, som här blir utifrån sjuksköterskan. Förhållningssättet är ett hermeneutiskt synsätt (Birkler, 2009), vilket innebär att intresset ligger i att tolka och förstå sjuksköterskans upplevelser. Genom hermeneutiken strävar man efter att förstå betydelsen av ett fenomen på djupet. Forskaren är en central del i hermeneutiken eftersom det är hen som ska tolka. Därmed är det även viktigt att förförståelsen hos forskaren är beskriven och diskuterad (Birkler, 2009). Utgångspunkten i kommande studie är personcentrerad vård då det begreppet skildrar vikten av att lyssna och tro på patientberättelsen (Ekman et al., 2013). Vidare utgår studien ifrån teorin “The theory of unpleasant symptoms” (Lenz et al., 1997) där författarna beskriver hur symtom kan upplevas och hur symtomen hänger samman.

Det är ett faktum att patienter nästan automatiskt tenderar att hamna i ett trefaldigt underläge (Kristensson Ugglå, 2020). Det första underläget handlar om det *institutionella underläget* som beskriver att man plötsligt placerats längst ner i en starkt hierarkiskt ordnad sjukvårdsorganisation. Det andra beskriver det *existentiella underläget* som patienten hamnar i på grund av utsatthet, sviktande hälsa och lidande. Det tredje och sista är det *kognitiva underläget* då patienten oundvikligen befinner sig i ett kunskapsunderläge; där medicinska facktermer, tekniken och avancerade undersökningsmetoder gör det svårt för patienten att förstå situationen på samma sätt som vårdgivaren (Kristensson Ugglå, 2020).

Patienter har visat sig ha en stark önskan om att bli tagna på allvar (Rantala et al., 2015). Att bli tagen på allvar resulterade i känslor av förtroende och var en betydande faktor i beslutsprocessen. När patienter upplever sjukdom uppstår en känsla av osäkerhet och sårbarhet på grund av att patienten inte vet vad som är fel. Detta i sin tur resulterar i behovet av bekräftelse på att deras tillstånd är lika svårt som de själva upplever det. Att behandlas med empati och få sina symtom bekräftade gör det möjligt för patienten att delta i en dialog om sitt tillstånd (Rantala et al., 2015). Vikten av att tas på allvar kan vara en allmän och en central faktor som leder till en känsla av att vara berättigad (Forsberg & Rantala, 2020).

Genom att utgå från en personcentrerad vård lyssnar man på patientberättelsen och försöker ha en förståelse för hur ohälsa i form av smärta och ångest påverkar vardagen (Ekman & Nordberg, 2013). Författarna McCormack et al. (2006) beskriver att personcentrerad vård innebär att bli medveten om varje persons kunskap om sig själv och hans eller hennes vilja, motiv och resurser. Det personcentrerade ramverket för omvårdnad innefattar förutsättningar som fokuserar på vårdmiljön och på det sammanhang där vården levereras. Förutsättningarna fokuserar på sjuksköterskans attribut och inkluderar att vara yrkesmässigt kompetent, att ha utvecklat personlig kompetens, att vara engagerad i jobbet samt att tydligt kunna visa sina värderingar. Sjuksköterskan ska prioritera god vård och ha en förmåga att kunna kommunicera på olika nivåer med olika typer av individer. Personcentrerad vård som en etisk hållning innebär att sjuksköterskan vill ge den vård som anses vara bäst för patienten i fråga. En djupgående förståelse för patientens underläge är central för en personcentrerad hållning (Kristenson Ugglå, 2020). Underläget kan sägas vara trefaldigt och består i att patienten är längst ner i sjukvårdens hierarki, har ett existentiellt underläge på grund av sjukdom eller ohälsa och saknar tillräcklig kunskap för att i aktuell hälso- och livssituation kunna vara autonom och klara sin egenvård eller vad som krävs för hälsa och ett fungerande dagligt liv. Sjuksköterskan som ger vården skall känna till sina värderingar och även vara medveten om hur dessa kan påverka patientens beslut. Studier visar att sjuksköterskor kan kommunicera väl med patienter när de använder ett personcentrerat förhållningssätt men att förmågan att göra det påverkas starkt av organisationens arbete och kultur, det vill säga vårdmiljön (McCormack et al., 2006).

The theory of unpleasant symptoms (Lenz et al., 1997) handlar om att integrera tillgänglig information om patienten med dennes variation av symtom. Teorin utgår ifrån att undvika att begränsa sig till ett symtom. Teorin menar att det kan finnas faktorer som kan påverka upplevelsen av flera olika symtom. Dessa faktorer kan vara fysiologiska, till exempel tidigare sjukdomar, psykologiska, till exempel ångest och oro, och sociala, till exempel livssituation och social omgivning. De tre huvudkomponenterna i teorin handlar om; symtomen som personen upplever, de påverkande faktorerna som antingen orsakar eller påverkar de upplevda symtomen på olika sätt samt konsekvenserna av upplevelsen av symtomen. Symtomen är av stor vikt inom hälso-och sjukvården. De är oftast det centrala fokuset och det första tecknet på ohälsa eller fara för hälsan. Symtom kan antingen komma ensamt isolerat från andra symtom, men har oftast en koppling till varandra. Till exempel så är dyspné kopplat till trötthet, illamående och smärta. Flera symtom kan uppstå samtidigt som en komplikation av en

händelse, exempelvis en operation; eller kan ett enda symtom vara orsaken till ett annat symtom, exempelvis kan extrem trötthet orsaka illamående. Vid flera symtom kan upplevelsen av symtomen förvärras snarare än att patienten upplever symtomen var för sig. Till exempel kan smärta upplevas betydligt värre om patienten samtidigt är trött och illamående (Lenz et al., 1997).

Vidare beskriver teorin att förmågan att beskriva sina symtom kan påverkas av personens språkkunskap, utbildningsnivå och eventuella störningar i omgivningen och miljön som försvårar koncentrationen och därav försvårar förmågan att beskriva sina symtom. Teorin menar på att om en person upplever många olika symtom eller har allvarliga symtom kan detta leda till fysiska funktionsnedsättningar, sämre kognitiv förmåga och således en sämre hälsostatus och lägre livskvalitet (Lenz et al., 1997).

Den utmanande vårdrelationen

Det finns en tydlig asymmetri i relationen mellan sjuksköterska och patient där en part är sjuk och i behov av hjälp och en part som har kunskap för att kunna hjälpa (Nortvedt & Grimmen, 2004/2006). Vidare är en part i behov av vård och den andra parten har makten att kontrollera tillgången till dessa resurser. Dessa relationer med den uttalade asymmetrin skulle aldrig ha uppkommit om inte vissa skulle ha behövt andras hjälp, kunskap och resurser (Nortvedt & Grimmen, 2004/2006). En vårdrelation kan aldrig bli jämlik utan det kommer alltid att råda en obalans. Ett skäl är det som angetts ovan att patienter tenderar att hamna i ett trefaldigt underläge (Kristensson Ugglå, 2020)

Vårdaren har makt i form av specifika färdigheter, kunskap, resurser och legal auktoritet, vilket inte patienten har. När patienten inte kan hjälpa sig själv från sjukdom eller skada blir hen beroende av vårdarens kunskaper och färdigheter men också av hens empati (Bremer, 2016). Vårdpersonal möter många gånger människor i olika kriser där de ofta känner stor oro. Därför krävs det en god förmåga att kommunicera och visa empati (Socialstyrelsen, 2015). Hur nöjda och tillfredsställda patienter är förknippas med vårdgivarens empati. Det har kunnat visas att vårdgivares självrapporterade empati har associerats med högre total tillfredsställelse hos patienterna (Wang et al., 2018). Wang et al. (2018) beskriver att tidigare studier visade att patienter med högre ångestnivåer korrelerade med lägre nivåer av förnöjsamhet och

tillfredsställelse medan vårdgivare med bättre stresskontroll tenderade att ha högre tillfredsställelse hos patienter.

Sjuksköterskor bör alltid smärtlindra patologiska tillstånd som orsakar lidande som försämrar patientens värdighet och livskvalitet (Angeletti et al., 2021). Det nämns av Bremer (2016) att maktlöshet är en källa till vårdlidande för patienten. Bremer (2016) menar på att hela vårdrelationen bör genomsyras av ett övervägt hanterande av makten och respekten för patienten (Bremer, 2016).

Patientens utsatthet i den prehospitla akutsjukvården

Med prehospital akutsjukvård menas “omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus” (Socialstyrelsen, 2018). Ambulanssjukvård som specifikt begrepp definieras som “hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller anslutning till ambulans” (Socialstyrelsen, 2008). I varje ambulans ska det finnas utrustning för att hälso- och sjukvårdspersonalen bland annat ska ha möjlighet att administrera läkemedel (Socialstyrelsen, 2009).

För många är beslutet att ringa efter en ambulans komplicerat och mödosamt. Patienter upplever en känsla av att vara ytterst illa därän och känner att situationen är outhärdlig. De som ringer en ambulans är i akut behov av hjälp och innan beslutet är taget att ringa föregås det av ett väntande, kämpande och tvekande. När man väl har ringt nås en känsla av lättnad, även om väntan kan innebära en påfrestande stress och en accelererande smärta. Beslutet att ringa efter en ambulans är format utifrån praktiska komponenter men också utifrån en stark emotionell del. Patienter vill ofta lägga över ansvaret kring beslut och behandling till vårdpersonalen när man upplever en nödsituation. Man vill också känna att man får tillbaka makten över situation med hjälp av vårdpersonalen i ambulansen (Ahl et al., 2006; Booker et al., 2017).

Anledningar till att patienter söker prehospitla akutsjukvård handlar om upplevelsen av obehagliga symtom, behov av hjälp från vårdpersonal omedelbart samt upplevelsen av en stor oro för sitt hälsotillstånd (Huibers et al., 2020). Detta bekräftar även en annan studie som belyser att patientens tillstånd av sjukdom leder till en osäkerhet och en sårbarhet där det finns

en avsaknad av kunskap om vad som är fel. Man känner ett behov av att få bekräftelse och att det inte finns några andra alternativ än att ringa efter en ambulans (Rantala et al., 2016).

Upplevelsen av akut smärta

Akut smärta definieras som en kortvarig smärta. Den kan vara orsakad av vävnadsskada, nervskada eller både och, som ett resultat av operationer, frakturer eller av dysfunktionell kroppskonstruktion, till exempel förstoppning eller som ett resultat av olika typer av huvudvärk (Moore et al., 2015). Tecken på akut smärta kan vara uppvisande av koncentrationssvårigheter, expressiva beteenden som rastlöshet och gråt eller försvarsbeteenden som rädsla och agitation. Kliniska tecken kan vara perspiration, som en reaktion från autonoma nervsystemet på stress utlöst av akut smärta, pupilldilatation samt olika ansiktsuttryck (Correia & Duran, 2017).

Den akuta smärtan kan upplevas i kombination med ett stort ångestpåslag. Tidigare studie har påvisat att patienter som upplever akut smärta i högre grad lider av depression och en smärtupplevelse bidrar till ökad ångest (Michaelides & Zis, 2019). Höga ångestnivåer kan kopplas till en låg smärtröskel jämfört med låga ångestnivåer där man kan se en högre smärtröskel. Smärta påverkas av bland annat psykologiska, beteendemässiga, fysiologiska och emotionella komponenter. Interaktionerna mellan dessa komponenter förklarar varför det finns variation i patienternas upplevelse av smärta (McManus & Sallee, 2005). En studie påvisar att ambulanssjuksköterskor upplevde att smärtan skilde sig åt beroende på person. Äldre patienter uppfattar ofta sin smärta annorlunda än yngre patienter, då äldre är mer vana vid smärta och mindre benägna att söka hjälp. En tydlig majoritet betraktade även patientens kulturella bakgrund vara en stor bidragande faktor till hur smärta uttrycks. Det fanns alltså en kulturell skillnad i hur smärta uttrycks både verbalt och känslomässigt (Jones & Machen, 2003).

Smärtbedömning och smärtlindring

Personal som arbetar prehospitalt har en sjukhistoria om patienten som är knapphändig och det enda som egentligen kan vara utgångspunkten för bedömning av deras tillstånd är fysiologiska parametrar vilket gör behandlingsåtgärderna svårare att värdera (Blomberg, 2016). Patienter med svåra smärtor är ofta akut sjuka och/eller skadade och tiden för att göra en djup analys av smärtan är begränsad. Det skall alltid göras en smärtbedömning innan

behandling påbörjas. Att göra en smärtanalys och bedömning innebär att ta reda på mekanismen för smärtans uppkomst, smärtans tidsförlopp och bakomliggande sjukdomar. Vid prehospital smärtanalys är det viktigt att förmedla trygghet och det enklaste sättet att göra det på är att lyssna på patienten och vara lyhörd (Blomberg, 2016).

För att bedöma smärta kan man använda sig av olika instrument. Visual analog scale (VAS) är en 10 cm lång horisontell skala som bedömer smärta utifrån “ingen smärta” (0 cm) till “värsta tänkbara smärtan” (10 cm) där patienten själv sätter en markör för hens smärta. Skalan avläses med hjälp av linjal. Numeric rating scale (NRS) är en skala precis som VAS men där smärtan beskrivs utifrån siffror där 0 är “ingen smärta” och 10 “värsta tänkbara smärtan”. Patienten sätter antingen ett kryss på siffran eller uppger verbalt siffran som motsvarar dennes smärta (Hawker et al., 2011).

Bedömningen av patientens smärta bör individualiseras, och kontinuerligt mätas, övervakas och dokumenteras. Smärta är unikt för varje individ och påverkas av ålder, kön, kultur, kognitiva tillstånd, förväntningar och tidigare erfarenheter (McManus & Sallee, 2005). Däremot har studier visat att patienter med smärta blir bemötta på olika sätt beroende på hur mycket erfarenhet sjuksköterskan har (Lourens et al., 2020; Jones et al., 2003). Detta speglas i sjuksköterskans förståelse och attityd gentemot patienten med smärta. Erfarenheter och klinisk blick spelar stor roll när det gäller smärtbedömning av patienter. Stor del av smärtbedömningen var även att titta på patientens ansiktsuttryck men även på vitala parametrar och allmänpåverkan. Studier visade att vissa sjuksköterskor ansåg att det var lämpligt att administrera sterilt vatten för att testa om smärtan är verklig. Medan vissa ansåg att smärtlindring inte ska ges alls om tillståndet inte är smärtsamt enligt deras åsikt. Vissa sjuksköterskor trodde att deras tidigare erfarenhet av att hantera patienter med olika smärttillstånd gör att de själva kan avgöra patientens smärta bättre än patienten själv. Många deltagare indikerade även på att icke farmakologiska metoder för smärtlindring faktiskt hjälper (Lourens et al., 2020; Jones et al., 2003).

Det är ett grundläggande antagande inom omvårdnad att vården skall ske på personnivå vilket gör det viktigt att förstå att varje individ upplever saker på olika sätt med olika tankar och känslor (SSF, 2010). Det asymmetriska maktförhållandet lägger även stort ansvar på vårdaren att använda sin makt för patientens bästa. När patienten inte kan hjälpa sig själv från sjukdom eller skada blir hen beroende av vårdarens kunskaper och färdigheter men också av hens

empati. Detta i sin tur innebär att detta utlämnar patienten till att bli sårbar för maktmissbruk men också att patienten behöver kunna lita på vårdaren (Bremer, 2016). Följaktligen krävs det också att vårdaren känner tillit till patienten för att kunna skapa en tillitsfull vårdrelation. Förhoppningen med denna studie är att den ska bidra till en ökad förståelse över detta fenomen och därmed är det av vikt att belysa sjuksköterskors upplevelser av att smärtbedöma och smärtlindra patienter med akut smärta för att bland annat kunna bidra till kunskap och insikt om en förmodat existerande maktobalans.

Syfte

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors upplevelser av att smärtbedöma och smärtlindra patienter med akut smärta i prehospitalet akutsjukvård.

Metod

Vi har med ett holistiskt synsätt, genomfört studien med hjälp av semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer som har grundats i en induktiv ansats (Kvale & Brinkmann, 2014). Genom en kvalitativ forskningsintervju kan man förstå personens världsbild från en annan synvinkel. Med hjälp av intervjuer förklarar man meningar utifrån andra personers erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Med kvalitativa intervjustudier kan man bidra till att upptäcka mening och förstå olika personers verkligheter utan att generalisera en hel befolkning (Polit & Beck, 2020).

Urval

Vi har använt oss av strategiskt urval med målsättningen att få deltagare som i sina berättelser kan ge information som svarar på syftet (Polit & Beck, 2020). Förväntat och önskvärt antal deltagare i intervjuerna var mellan 10-15 sjuksköterskor. Det slutgiltiga antalet deltagare i studien blev 14. Inklusionskriterierna var; sjuksköterskor med grundutbildning samt sjuksköterskor med en specialistutbildning som är verksamma inom ambulanssjukvård. Vuxna och yrkesverksamma sjuksköterskor inkluderades samt både män och kvinnor. Sjuksköterskorna som valdes ut baserades på deltagarnas frivillighet efter utgiven information

och godkännande om medverkande av deras arbetsgivare som författarna tidigare har kontaktat. Deltagarna i studien hade en medelålder på 43 år (27-56 år). Deltagarna bestod av fyra kvinnor och tio män. Deltagarna hade arbetat inom ambulanssjukvården i genomsnitt 13 år (6 mån-30 år). Tio deltagare var specialistutbildade inom ambulanssjukvård. Två deltagare var specialistutbildade inom två andra specialiteter och de resterande två deltagarna var grundutbildade sjuksköterskor i ambulansen.

Instrument

Polit & Beck (2020) beskriver att intervjuerna kan ha en plan med initiala frågor men att författarna aldrig kan förutspå vad deltagarna kommer att svara och kan därmed inte heller veta vad som kommer sägas exakt. Vi har använt oss av semistrukturerade intervjuer för att på så sätt få fram ett resultat med så relevant information från deltagarna som möjligt för att besvara studiens syfte. Se "intervjuguide" (Bilaga 1). Vår plan och process var delvis strukturerad och därmed ställdes ett antal följdfrågor till deltagarna. Deltagarna fick till stor del samma följdfrågor och fick svara på samma givna exempel utformade av oss. Vi har uppmuntrat deltagarna att berätta öppet med deras egna ord kring varje område.

Datainsamling

Verksamhetschefen på en ambulansstation i södra Skåne har informerats och tillfrågats och gett medgivande till att utföra intervjuerna till studien. När verksamhetschefen godkände detta tilldelades enhetscheferna ett informationsbrev om studien. Intervjuerna har därefter genomförts under hösten 2021 på deltagarnas arbetsplats samt digitalt på grund av rådande globala pandemi. I samråd med enhetschefen på ambulansstationen var författarna på plats för att ge ytterligare information till sjuksköterskorna och för att därefter komma överens om tid och plats för intervjuer. Vissa intervjuer utfördes direkt på plats vid två olika tillfällen; resten utfördes digitalt vid andra tillfällen inom loppet av sex veckor. Deltagarna fick själva möjlighet att välja tid och plats för intervjuerna.

En pilotintervju genomfördes för att träna på intervjuteknik. Efter genomförd pilotintervju diskuterade vi kring eventuella tillägg av följdfrågor. Följdfrågor lades till och intervjuguiden reviderades därefter (Bilaga 1). Pilotintervjun inkluderades i resultatet

eftersom den var rik på information och var relevant för syftet. Intervjuerna genomfördes gemensamt av oss och spelades in för att vi senare skulle ha tillgång till intervjuerna. En del frågor som ställdes i intervjuerna och de svar som gavs efter dessa frågor, har makulerats med anledning av att de var för ledande och därmed blev svaren inte tillförlitliga då det ej var informantens egna ord. Uppskattningsvis makulerades två till tre frågor (av cirka totalt 12 frågor) i tio av intervjuerna. I resterande fyra intervjuer ställdes inga ledande frågor.

Analys av data

Syftet med att analysera kvalitativa data är att organisera, bidra med struktur samt framkalla meningsfullhet. I kvalitativa studier sker ofta dataanalysen och datainsamlingen parallellt, då den som samlar in datan påbörjar analysen samtidigt (Polit & Beck, 2020). Författarna har valt att använda en induktiv innehållsanalys enligt Elo & Kyngäs (2008). Med en induktiv ansats kan författarna som analyserar data identifiera meningsfullt innehåll som uppstår i datainsamlingen (Polit & Beck, 2020). Vid en induktiv innehållsanalys, som denna, har författarna organiserat de kvalitativa uppgifterna som framkommit vid intervjuerna (Elo & Kyngäs, 2008). Analysen började med en ordagrann transkribering av intervjuerna. Därefter genomlästes texten ett flertal gånger. Sedan delades transkriberingarna upp jämnt mellan författarna för att på var sitt håll markera ut de meningsbärande enheterna. När detta var gjort genomlästes varandras intervjuer och författarna diskuterade relevansen av innehållet som hade tagits ut. Justeringar gjordes därefter. Sedan togs de meningsbärande enheterna ut och sattes in i ett dokument med tre kolumner för att kondensera ner de meningsbärande enheterna i den andra kolumnen och skapa koder i den tredje kolumnen. När detta var gjort färgmarkerades de koder som hörde till samma subkategori. Dessa sattes in i ett nytt dokument där skapandet av huvudkategorier tog vid. Analysen pågick under tiden som resultatet skrevs genom ändringar och omplaceringar av koder och därefter bildades nya huvudkategorier och subkategorier. Huvudkategorier och subkategorier diskuterades författarna sinsemellan tills konsensus uppnåddes. Syftet med kategorier är att tillhandahålla ett sätt att beskriva ett fenomen för att öka förståelsen och generera kunskap. När kategorier formuleras genom en induktiv innehållsanalys kommer forskaren fram till ett beslut, genom tolkning, om vilka saker man ska skriva under samma kategori (Elo & Kyngäs, 2008). Ett exempel över hur analysen har gått till framställs enligt tabellen nedan (Tabell 1).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Men ja varje situation är ju lite unik. Ehm, och dels har vi diverse verktyg för att bedöma, men självklart så gör man ju en egen klinisk bedömning. Om man ser ut att ha ont och ställer frågor och sådär.	Varje situation är unik men man gör en egen klinisk bedömning genom att se på patienten och ställa frågor	Instrument för smärtbedömning – klinisk blick och anamnestagning	Användning av sin kliniska blick	Verktyg för smärtbedömning
De som är luriga, är som sagt, de här där det är jävligt oklart. Ospecifik buksmärta som har normalt blodtryck och 60 i puls.	Det är svårt med ospecifika smärtor utan påverkan på vitala parametrar	Svårigheter med smärtbedömning vid okänd orsak till smärta	Betydelsen av olika patientkaraktäristika	Utmaningar i smärtbedömning och smärtlindring
Alltså ibland, jag har varit med om att när de har haft ont, eller de säger att de har ont. Då har man kunnat prata med de så att det lugnar dem. De får andra tankar, liksom att, för ibland bara fokuserar de på att de har så ont liksom.	Att smärtlindra genom att prata och avleda	Alternativ smärtlindring genom omvårdnad	Smärtlindring genom omvårdnad	Omvårdnadens betydelse

Forskningsetiska avvägningar

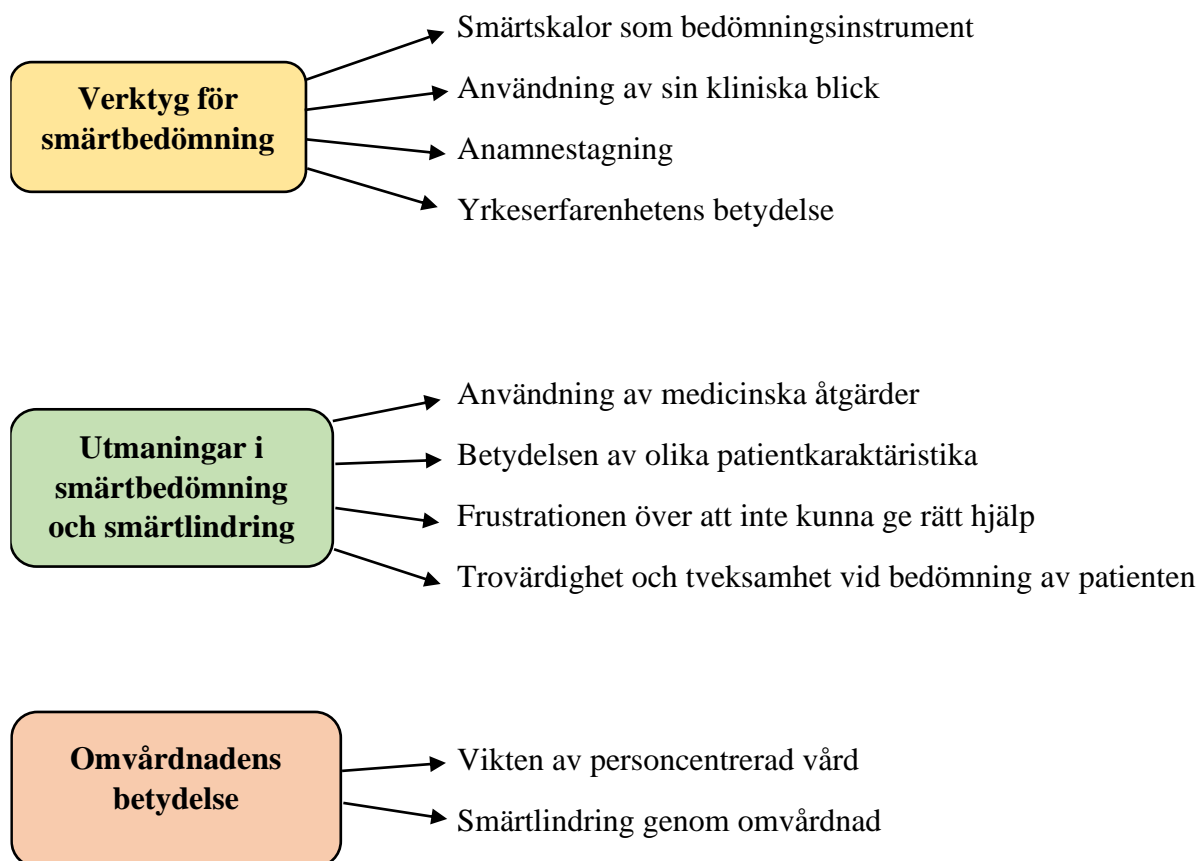
Helsingforsdeklarationen är en central forskningsetisk riktlinje som innehåller etiska principer för vårdpersonal som medverkar i medicinsk forskning. En av de grundläggande principerna i deklarationen är att hänsynen till individen alltid måste sättas före vetenskapens och

samhällets intressen (Helsingforsdeklarationen, 2018). Vidare anges att alla tänkbara försiktighetsåtgärder måste vidtas för att respektera deltagarnas privatliv och behandla patientinformation konfidentiellt och minimera eventuell inverkan som studien kan ha på deltagarnas psykiska och fysiska integritet (Helsingforsdeklarationen, 2018).

Studien skickades in till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) där den prövades och det gavs ett rådgivande yttrande om att studien var godtagbar att genomföra innan verksamhetschefer kontaktades och intervjuerna började äga rum. Innan intervjuerna genomfördes fick deltagarna muntlig och skriftlig information om studien samt undertecknade en samtyckesblankett. Genom att informera om samtycke berättar man om vilka risker och fördelar som studien kan generera för deltagarna (Kvale & Brinkmann, 2014). En blankett innehöll information om deltagarnas frivillighet och rätt att avbryta sin medverkan när som helst. Om en deltagare hade valt att avbryta eller neka deltagandet i studien skulle denne ha fått information om att detta inte påverkar eller åsamkar skada på personen (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarna har varit tydliga med att syftet inte är att ifrågasätta deras arbete eller bedömning utan enbart samla information om deras upplevelser. Detta för att kunskapen som utvinns kan vara värdefull i eventuella förbättrings- och utvecklingsarbeten. Syftet med att samla in kunskapen och informationen skall vara till så pass stor nytta att det övervinner riskerna. Det inspelade materialet från intervjuerna förvarades inlåst, ej tillgängligt för obehöriga. Filerna publicerades ingenstans och när uppsatsen godkänns raderas filerna.

Resultat

Analysen av data resulterade i tre huvudkategorier med totalt tio subkategorier. Resultatet presenteras enligt nedanstående figur.



Figur 1. Resultatets huvudkategorier samt subkategorier.

Verktyg för smärtbedömning

Smärtskalor som bedömningsinstrument

Deltagarna beskrev varierade upplevelser av användandet av smärtskalor. Samtliga deltagare nämnde VAS-skalan och NRS-skalan som ett bedömningsinstrument för smärtskattning, dock med delade uppfattningar. Det framkom att det instrument som generellt används är VAS-skalan. Deltagarna beskrev att VAS-skalan fungerar bäst på patienter som kan kommunicera verbalt. Många av deltagarna beskrev även att det är lättast att använda VAS-skalan när man samtidigt pratar med patienten och kan be dem att jämföra olika smärtor. Det blir då lättare för patienten att uppge en rimlig siffra på VAS-skalan. De uppgav att det är bra att använda sig av VAS-skalan när sjuksköterskan själv ska utvärdera sin smärtlindring som denne givit patienten. Vidare beskrev deltagarna att VAS-skalan fungerar bra på patienter som har en hög smärtröskel och som inte söker vård i första hand då de upplever att dessa patienter ofta

uppgger en, enligt deltagarna, rimlig siffra när de ska smärtskatta sig själva. VAS-skalan uppgavs även fungera bra eftersom patientens upplevelse är subjektiv och sjuksköterskan kan då få en uppfattning av vad patienten själv känner.

“Ja, jag är ganska så stort fan av VAS-skalan eller vad man nu kallar den, det är ju väldigt individuellt vad man känner är smärta så att säga. Där är de som.. alltså de som har en hög smärtröskel. Alltså använder man den här skalan så blir det för den personen och hur deras upplevelse av smärta är.” (Sjuksköterska nr 10)

Många av deltagarna har också beskrivit VAS-skalan och NRS-skalan som ett dåligt fungerande instrument för smärtskattning på många patientkategorier. Det blir svårt att använda VAS-skalan när man behandlar patienter med olika funktionsnedsättningar och personer med hörselskador eller synskador. Deltagarna uppgav även att smärtskalor generellt inte fungerar då patienter ofta säger en högre siffra än vad sjuksköterskan bedömer. Vidare beskrev deltagarna att VAS-skalan är ett dåligt instrument på grund av att smärta är subjektivt; det går alltså inte att använda samma instrument på alla patienter. Deltagarna nämnde även att ansiktsskalor fungerar bättre då de upplever att patienter har lättare att relatera till ett ansikte än till en siffra. På barn fungerar också olika ansikts- och beteendeskakor bättre då de inte kan uttrycka sig på samma sätt som en vuxen människa. VAS-skalan fungerar heller inte på de patienter där tröskeln är låg för att söka sjukvård. Andra uppgav att VAS-skalan inte behövs överhuvudtaget då sjuksköterskor själva ser när en patient faktiskt har ont eller inte.

“Och vi har inget bra... alltså jag tycker inte VAS-skalan eller vad den heter nu.. hette den NRS? Ja men det är ju ett bullshit-instrument, hur ont har du? Ja men det är ju hur subjektivt ont man har.” (Sjuksköterska nr 6)

Användning av sin kliniska blick

Samtliga deltagare nämnde att den kliniska blicken är det verktyg som huvudsakligen används i smärtbedömningen och smärtlindringen av patienter med akuta smärtor. Ett antal deltagare nämnde dock att den kliniska blicken kombineras med användandet av VAS-skalan och att det ofta fungerar bra. Den kliniska blicken samt sjuksköterskans erfarenhet och bedömning väger tyngre än smärtskalor och patientens berättelse i bedömningen av patientens smärttillstånd. Oavsett vad patienten uppgger, gör sjuksköterskan sin egen bedömning med hjälp av den kliniska blicken. Vid bedömning av barn, äldre, personer med demenssjukdom

och patienter som ej kan kommunicera används framförallt den kliniska blicken som bedömningsinstrument. Det framkom från majoriteten av deltagarna att bedömningen görs utifrån att titta på patienten; hudfärg, om patienten är kallsvettig, påverkan på vitala parametrar såsom andning, puls och blodtryck men också ansiktsuttryck, kroppsspråk och beteende. De uppgav att det syns tydligt på en patient om den har ont och hur pass stark smärtan är genom att observera patientens tillstånd och se om den är avledbar eller går att distrahera. Det var några deltagare som uppgav att om patienten har påverkan på sina vitala parametrar ska patienten, utan undantag, erhålla smärtlindring. Den kliniska blicken tillsammans med patientens vitala parametrar uppgavs väga tungt vid smärtbedömningen. Detta eftersom när sjuksköterskan jobbar utifrån sin kliniska blick går det snabbt att få en övergripande bild av patientens tillstånd. Utifrån sin kliniska blick väljer sjuksköterskorna vilken smärtlindring patienten ska erhålla. Det framkom även att patienten inte får någon smärtlindring om det inte finns någon påverkan på vitalparametrarna och om sjuksköterskan själv bedömer mindre smärta än vad patienten uppger.

“Jag brukar titta på hur patienten ter sig. Är patienten påverkad? Kanske takykard, lite svettig? Ligger och vrider sig av smärta, äeeh.. kan knappt titta på mig för att den har så ont. Eeh.. eller kan den sitta såhär och föra en helt normal konversation utan att röra en min, då kan jag få uppfattningen av att den inte har lika ont som den som kanske känns mer påverkad liksom. Jag går mer på min kliniska blick och att det tyvärr avgör ibland.” (Sjuksköterska nr 3)

Anamnestagning

Det blev tydligt att deltagarna upplevde att en djupgående och grundlig anamnes är relevant för att kunna göra en bra smärtbedömning. Deltagarna nämnde att det är viktigt att ta en djup anamnes för att bättre förstå smärtan samt att lyssna och ställa följdfrågor om patientens smärtupplevelse för att sedan kunna göra det som är bäst för patienten. Det framkom även att det ibland kan verka osannolikt att patienten har så ont som den uppger sig ha och därmed är det viktigt att fokusera på att ta en djupare anamnes för att förstå tillståndet bättre. Sammanfattningsvis nämnde deltagarna att det är av stor vikt att prata med patienten och därmed ha anamnesen som ett bedömningsinstrument för en adekvat bedömning.

“Jag brukar lyssna, ställa följdfrågor. Dels har jag först och främst tagit reda på var de har ont, vad är det de känner som de upplever som smärta? Kan du beskriva din

smärta? Är den huggande? Är den stickande? Var sitter den? Kommer den och går? Är den konstant? Känns det... flyttar smärtan sig nånstans? Minskar den om du lägger dig ner? Jag tror att mina följdfrågor blir nog många fler.” (Sjuksköterska nr 4)

Yrkeserfarenhetens betydelse

Det framkom i intervjuerna att deltagarna upplevde att deras erfarenhet från yrket som sjuksköterska har stor betydelse för hur smärtbedömningen och smärtlindringen utfaller och uppfattas. Ambulanssjuksköterskor blir snabbt duktiga på att bedöma och hantera smärta då det är en central del av arbetsuppgifterna och sjuksköterskan möter patienter i alla möjliga situationer. Deltagarna beskrev att erfarenheten spelar stor roll när man ska smärtlindra patienter med tanke på att man har varit med om många liknande situationer som man kan dra lärdom ifrån. Detta gör att man bildar sig en uppfattning av hur ont olika tillstånd gör och vad som krävs för smärtlindring. Det framkom dock att detta kan vara besvärligt då det inte är säkert att det alltid fungerar på samma sätt med olika smärttillstånd, men att man måste lita på sig själv och sin egen erfarenhet.

“Det är bara att våga och kunna leva på din erfarenhet. Det är så, detta jobbet bygger ju på din erfarenhet. Ehm... mycket kan man lära, men du kan inte lära att hantera. Det måste du jobba med. Det sitter i fingrarna och i tanken.” (Sjuksköterska nr 11)

Utmaningar i smärtbedömning och smärtlindring

Användning av medicinska åtgärder

Deltagarna berättade att det finns bra möjligheter och att de känner sig trygga med den medicinska smärtlindringen som finns tillgänglig i ambulansen. De uppgav att det finns variationer av mediciner och hjälpmedel som möjliggör en god smärtlindring. Dock var det många deltagare som uttryckte stora svårigheter med att smärtlindra med medicinska åtgärder i ambulansen. En av svårigheterna ligger i att det är ett för stort glapp mellan läkemedlen i förrådet; antingen är det lätt analgetika eller är det starka opiater vilket innebär att det inte finns någonting däremellan som hade kunnat vara bättre för patienten. Några föreslog att det hade varit bra att ha morfin i tablettform som ett läkemedel mellan lätt analgetika och intravenös morfin; då hade patienten kunnat stanna hemma istället för att köras in till sjukhus efter intravenös administrering av morfin. Det uppgavs att det ofta är svårt att veta vad man ska ge och vilka doser som är lämpliga och att det inte finns något facit för smärtlindring då

smärtlindringen är individuell för varje patient. Flertalet deltagare menar på att patienterna inte ska ha ont och att sjuksköterskorna finns där för att ta bort smärtan, om inte all smärta, åtminstone toppen av den. Majoriteten av deltagarna uppgav svårigheter med smärtlindring då det inte är helt ofarligt att ge patienter starka smärtstillande då det kan leda till biverkningar som förvärrar situationen för patienten. Vissa deltagare menade dock att smärta inte är farligt och att man inte dör av smärta, vilket gjorde att det kändes enkelt att hantera smärtlindring. Många av deltagarna uppgav att det inte är svårt att smärtlindra utan de menar på att det fungerar bra att titrera fram önskvärd effekt. Om önskvärd effekt ej uppnås gav vissa sjuksköterskor en så pass stor dos att patienten somnade. Det i sin tur underlättade för sjuksköterskorna att hantera patienten vid exempelvis förflyttning. Det nämndes även att det är bra att ha en grund med lättare analgetika innan det gavs höga doser opiater. Då många av deltagarna upplevde att smärta kan bli värre vid oro är det ett alternativ att initialt administrera små doser smärtlindring enbart för att patienten ska lugna ner sig. I vissa fall och tillstånd kunde det hjälpa med enbart lustgas för att avleda patienten från smärtan. Däremot var det flera deltagare som uppgav att stensmärter, som njursten och gallsten, inte gick att behandla med annat än smärtlindring i form av läkemedel. Majoriteten av deltagarna var negativt inställda till användning av den starka opiaten Fentanyl och intranasal administrering av detta, då framförallt på vuxna patienter då sjuksköterskorna upplevde tveksam effekt av det.

“Och sen är det ju lite bedömning där om man ska smärtlindra med våra droger eller inte för vi har nämligen inget annat förutom... eeh... panodil, lustgas eller så är det ju morfin liksom direkt.” (Sjuksköterska nr 1)

“Det finns ju många sådana här läkemedel när man slappnar av i den glatta muskulaturen, för stensmärterna. Där hjälper kanske inte så mycket att hålla handen, för en som verkligen har njursten eller gallsten då kan man hålla handen hur mycket man vill.” (Sjuksköterska nr 10)

Betydelsen av olika patientkaraktäristika

De allra flesta deltagarna nämnde olika typer av patienter som var enkla kontra svåra att smärtbedöma och smärtlindra. En del av deltagarna upplevde att de patienter som inte är insatta i sina smärter och söker sjukvård för första gången är enkla att hantera; detta för att sjuksköterskan själv då får göra sin bedömning. Däremot var det många av deltagarna som uttryckte en svårighet med samma typ av patienter på grund av att det då åligger

sjuusköterskan själv att ställa många frågor och försöka komma fram till vilken arbetsdiagnos denne ska jobba utifrån då både patienten själv och sjuusköterskan vet lika lite om smärttillståndet som uppstått. Det framkom av en del deltagare att det var enklare att smärtlindra patienter som är väl insatta i sin smärta på grund av lång smärtproblematik och står på höga doser smärtlindring hemma för då kan sjuusköterskan slappna av i att patienten har en bra uppfattning om sitt smärttillstånd när denne får ett skov med akut smärta. Dock fanns där även deltagare som uppgav att dessa var svåra då de sällan blir tillfredsställda och vill ofta bli helt smärtfria vilket kan vara svårt att uppnå. Vidare nämndes patienter med uppenbara stora skador som lätta att hantera; exempelvis frakturer där det är uppenbart att tillståndet orsakar smärta. En del av deltagarna upplevde, å andra sidan, att dessa är lätta att bedöma men svåra att behandla då det gör ont oavsett hur mycket smärtlindring sjuusköterskan ger.

“Ehm, men om någon säger att de har ont i ryggen eller har ont i magen men visar inga tecken på det, då kan det ju vara lite enklare med en benpipa som sticker ut, att smärtlindra.” (Sjuusköterska nr 7)

Vidare uppgav deltagarna att det var lätt att smärtlindra när man vet orsaken till smärtan såsom stensmärter och tarmvred samt bröstsmärter där de kunde se ett EKG som bekräftade bröstsmärtan. Några av deltagarna nämnde det dock som en svårighet att hantera patienter med diffusa och oklara smärttillstånd. Detta på grund av att sjuusköterskan inte kan se orsaken till smärta med blotta ögat och där smärtan inte syns på vitalparametrar, utan där sjuusköterskan enbart måste gå på patientens berättelse och upplevelse. Vidare beskrevs patienter med missbruksproblematik vara svåra att smärtlindra då de ofta kräver högre doser eller att de har tagit andra preparat innan ambulansen anländer vilket gör det svårt för sjuusköterskan att smärtlindra på grund av eventuella biverkningar som kan uppstå. Enstaka deltagare uppgav dock att patienter med en missbruksproblematik är enkla att smärtbedöma och smärtlindra på grund av att dessa patienter ibland vill komma ur sitt beroende och då ofta tackar nej till smärtlindring. I intervjuerna var övervägande delen av deltagarna överens om att smärtbedömning och smärtlindring är oerhört komplext. Det blir, som nämnts, extra komplext vid olika typer av smärttillstånd och patientkaraktäristika. Det framkom även i intervjuerna att det fanns svårigheter med att smärtbedöma och smärtlindra patienter med neuropsykiatriska sjukdomar, förvirrade patienter med skallskador, patienter med KOL eller

äldre som inte klagar i första taget. En av sjuksköterskorna nämnde att upplevelsen kring patienter med buksmärter är att de ofta överdriver sitt smärttillstånd då de inte vet vad det är, vilket leder till en oro och en känsla av att vilja ha hjälp snabbt. Det blev tydligt i intervjuerna att många deltagare upplevde att det är svårt att smärtbedöma och smärtlindra patienter från andra kulturer eftersom de uttrycker sin smärta annorlunda och där det kan finnas språkförbristningar som gör det svårt att kommunicera.

“Och en annan är ju, jag vet inte om det är rätt att säga, kulturellt. Att man ska leva ut sin smärta och visa sina känslor på ett annat sätt och har man då svårt att förstå vad vi pratar om och vi har svårt att förstå vad de säger så kan det vara jättesvårt att göra en bedömning på hur pass ont de har egentligen.” (Sjuksköterska nr 10).

Majoriteten av deltagarna nämnde patienter med ryggsmärter som en svår patientkategori att hantera; dels för att de haft långvariga besvär men också för att sjukvården löser problemen kortsiktigt vilket i sin tur kan leda till ett missbruk på grund av alla starka opiater som patienten erhåller. Övervägande del av deltagarna nämnde barn som svåra att smärtbedöma och smärtlindra. Särskilt små barn på grund av svårigheter i kommunikationen samt eftersom det är svårare med doseringen av läkemedel på grund av deras storlek och vikt. Slutligen framkom det att deltagarna upplevde att det underlättade med smärtbehandlingen på de patienter där man kan följa tydliga riktlinjer vid exempelvis patienter med höftfrakturer.

Frustrationen över att inte kunna ge rätt hjälp

Många deltagare nämnde att det finns en frustration över hur patienter hanterar sin smärta. De förklarade att det finns patienter som ringer en ambulans för bagateller och för att de inte står ut längre med sin smärta utan att ha försökt göra något åt smärtan själv. En del patienter har haft ont länge och står inte längre ut. Då anser sjuksköterskorna att ansvaret inte ligger hos ambulanspersonalen att lösa dessa patienters problem. Ett exempel på dessa patienter är, återigen, de med kroniska ryggsmärter. Där ansåg deltagarna att ansvaret inte åligger ambulansen utan att ansvaret snarare ligger på primärvården. Deltagarna upplevde att patienter inte har kunskap om när och var man ska söka vård och att en del väntar för länge med att söka hjälp och ringer ambulansen i ett senare skede när det inte längre går att hjälpa patienten på plats hemma. Deltagarna uppgav en frustration över att patienter inte är kapabla

till att hantera sin smärta, utan får panik över att ha ont när smärta är ett nytt fenomen för dem. Det framkom även att deltagarna anser att smärta inte är ett farligt tillstånd så länge det inte påverkar cirkulationen, utan att det snarare håller igång patientens vakenhet eller orsakar tillstånd så som kroniska smärtor eller depression. Vidare beskrev deltagarna att många patienter har ett större problem än en akut smärta. Många ringer ambulansen på grund av ensamhet, social isolering eller en generell oro och uppger att de har ont. Dessa patienter är svåra att hjälpa och behöver oftast inte smärtlindring utan snarare psykosocialt stöd. De delgav att det inte är ambulansens ansvar att dela ut smärtlindring utifrån sin goda vilja och att vissa patienter är svåra, nästan omöjliga att hjälpa ur ett ambulansperspektiv.

“Däremot så tycker jag att många människor är dåliga på att hantera smärta... haha. Att man har lite ont någonstans och då är det liksom panik och då ska man vara smärtfri.” (Sjuksköterska nr 3)

“Och sen är det klart många som har ont, och kan jag hjälpa dem med vissa delar, så gör jag det. Men inte alltid. Det är min bedömning som gäller och då får man antingen vänta till man kommer till sjukhus och kanske får någonting, men jag... jag är rätt kall när det gäller det.” (Sjuksköterska nr 6)

Trovärdighet och tveksamhet vid bedömning av patienten

En central punkt som ofta nämndes av deltagarna var trovärdighet och tveksamhet vid bedömningen av patientens smärttillstånd. De förklarade att det är svårt att bedöma trovärdigheten och att sjuksköterskornas förtroende till patienterna ofta spricker eftersom deras berättelse ofta skiljer sig från verkligheten. Patienten uppger att hen inte kan röra sig på grund av smärta men kan ändå följa uppmaning och är lätt att avleda. Ett fåtal deltagare berättade även att de inte tror att vissa tillstånd framkallar så hög smärta som patienterna uppger. De beskrev vidare att många patienter överdriver och ljuger om sin smärta och förklarar att de har hög smärtröskel i tron om att få hjälp snabbare på akutmottagningen när de väl kommer dit efter att ambulanspersonalen har lämnat dem där. De saknar kunskap kring hur systemet fungerar. Majoriteten av deltagarna framställde att man blir cynisk i sin bedömning av patienter efter många år i yrket eftersom man möter många patienter som enbart vill åt opiater för effektens skull. De patienterna, beskrev deltagarna, utnyttjar ambulansen genom att veta exakt vad de ska säga och göra för att få smärtlindring.

“Svårigheterna är nog egentligen att man efter några år blir lite cynisk kring smärtor... ehm... där finns en stor andel människor som utnyttjar ambulanssjukvården för annat än hjälp med smärtan. Vi träffar på rätt så frekvent folk som spelar teater för att få i sig opiater.” (Sjuksköterska nr 6)

Omvårdnadens betydelse

Vikten av personcentrerad vård

Samtliga deltagare beskrev smärta som en subjektiv upplevelse där varje individ upplever smärta på olika sätt. En stor andel av deltagarna beskrev även att patienter känner en önskan av att bli tagna på allvar samt en rädsla för att inte bli trodda på avseende sin smärta och upplevelse. Den känslan, uppgav deltagarna, kan vara minst lika påfrestande som själva smärtan i sig. Det framkom att deltagarna upplevde att vissa överdriver sitt smärtuttryck för att inte gå miste om smärtlindring. Deltagarna beskrev vidare att en central del i mötet med patienten i ambulansen är att etablera en trygg och bra vårdrelation till patienten med smärta. Eftersom smärta är subjektivt blir det svårt med bedömningen för varje patient med dennes olika nivå av smärtröskel och smärtuttryck. Några deltagare uppgav att smärtlindringen skiljer sig åt om två patienter har samma skada men olika upplevelser. Något som nämndes av flertalet deltagare var vikten av att vara lyhörd gentemot patienten samt att aldrig förringa patientens upplevelse genom att bara lita på sin kliniska blick. Det nämndes dock att det är viktigt att inte lova patienten att smärtan kommer försvinna helt vilket i sin tur innebär att det är av stor vikt med god kommunikation på individnivå. Det framkom tydligt av majoriteten av deltagarna att det är av stor vikt att visa för patienten att man bryr sig och att patienterna ska känna att de slipper bevisa att de har ont. Slutligen nämndes det att vårdrelationen till patienten snabbt kan påverkas till det sämre om patienten som vill ha smärtstillande inte får det men också tvärtom; att vårdrelationen snabbt kan bli bättre så fort patienten får smärtlindring.

“Sen är det ju deras upplevelse och det ska man aldrig säga nej till. Man ska aldrig förringa deras upplevelse för den finns ju där.” (Sjuksköterska nr 11)

“Du har fortfarande ont och smärtan är kanske hanterbar men frustrationen över att ingen tar dig på allvar kan vara minst lika jobbig. Och din upplevda känsla är mer smärta men istället var det frustrationen över att faktiskt inte ha fått hjälp.”

(Sjuksköterska nr 4)

Smärtlindring genom omvårdnad

Ett ämne som berördes av flertalet deltagare var att det i många situationer inte krävs någon medicinsk smärtlindring utan att det ofta hjälper med omvårdnad. Dessa situationer kan vara patienter som ringer ambulansen och söker hjälp för sin smärta där det egentligen finns en annan orsak till smärtan än ett somatiskt förändrat tillstånd. I sådana situationer uppgav deltagarna att det kan hjälpa patienten genom att lyssna, ta sig tid att prata och därmed uppgav deltagarna att patienten blir smärtfri och kan oftast lämnas hemma. Deltagarna upplevde att patienters smärtor ofta rör sig om en kombination av psykiska och fysiska faktorer där oro, ångest eller rädsla förvärrar smärtan. Exempel som togs upp var patienter med bröstsmärta eller patienter som tidigare drabbats av en hjärtinfarkt upplevs ha mer ont för att de är oroliga och rädda då det handlar om smärta som är förknippat till hjärtat. Där upplevde deltagarna att dödsångesten hos patienten är värre än själva smärtan vilket kan lindras genom omvårdnad och lugnande besked. Majoriteten av deltagarna uppgav att det i många fall hjälper att bara ta sig tiden, ge information, visa att man bryr sig och sätta sig ner och prata med patienten och även avleda patienten från att tänka på smärtan eller oron. Nästan samtliga deltagare upplevde att oro ofta var kopplat till smärta och då hjälpte det att bara ha ett lugnt och sansat bemötande för att få patienten att känna sig trygg och det i sin tur leder till att man inte behöver ge så stora doser läkemedel. Det framkom även att patienter med psykisk ohälsa ofta blir helt smärtstillade av att bli undersökta och få lugnande besked. I andra situationer och smärttillstånd uppgavs det att det räcker att lägga patienten i en skön ställning, lägesändra och därefter ge enkel analgetika och att det ofta har mycket god effekt. Deltagarna nämnde även att patienter med olika frakturer snabbast blir smärtstillade av att frakturen reponeras och sedan få smärtstillande läkemedel i ett senare skede. Det nämndes också att det ofta hjälper att bara komma in till sjukhuset och få värme och ett skönt täcke istället för en tunn filt och att dessa patienter ofta blir lugnare efter det. Slutligen nämndes det att det viktigaste ibland är att vara en medmänniska och hålla handen för att patienten ska känna sig lugn, trygg och smärtlindrad.

“Nej... att just vara en medmänniska är nog. Det är ju egentligen den stora biten i ambulansseriet. Det är inte att köra blåljus och fräcka kläder och så. Utan det är att vara en medmänniska och hålla handen och vara ödmjuk.” (Sjuksköterska nr 10)

“Det kan vara allt från personer som är socialt isolerade till vem som helst. För att ge något form av exempel.. man ringer efter en ambulans och säger att man har ont för att få ett socialt möte i femton minuter och veta om att “där är någon som har sett mig en liten stund”. (Sjuksköterska nr 12)

Metoddiskussion

Trovärdighet

Det bör tas i beaktande att intervjuerna genomfördes på endast en arbetsplats. Det kan förmodas att det existerar en viss arbetskultur som kan ha påverkat utfallet. Hade intervjuerna genomförts på ytterligare några arbetsplatser kan resultatet möjligen ha blivit mer varierat. Initialt gjordes tio intervjuer där författarna ansåg att tillräckligt mycket material till resultatet fanns. Ändå gjordes fyra intervjuer till för att få både ytterligare variation men också bekräftelse på tidigare data vilket i sin tur stärker giltigheten i resultatet. Antalet är dock inte det som spelar störst roll utan vikt läggs vid att få kvalitativa intervjuer med ett beskrivande och problematiserande av fenomenet (Mc Cracken, 1988). Det är svårt att säga exakt hur många deltagare som behövs i en kvalitativ intervjustudie, då svaret på den frågan handlar om hur många du behöver intervjua för att få svar på det du vill veta (Kvale & Brinkmann, 2014). Ett för litet antal deltagare kan dock begränsa möjligheten till att uppnå mättnad. Vid ett för stort antal -är dock risken att man saknar en sammanhängande förståelse eller bild av fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2014). I en kvalitativ studie med en induktiv ansats är samtliga deltagares röster lika starka. Det innebär att även ifall majoriteten av informanterna uppger en och samma sak så ska minoritetens uttalanden ej förringas då dessa också är korrekta (Kvale & Brinkmann, 2014). Vad gäller könsfördelningen med merparten män och fåtalet kvinnor är det oklart om det haft någon påverkan på resultatet. Författarna har tagit det i beaktning och sett över om det funnits variationer mellan kvinnorna och männen intervjuer men kommit fram till att inga markanta fynd har gjorts. Vad gäller yrkeserfarenhet inom

ambulanssjukvård sågs stora variationer mellan de olika informanterna. Detta har bidragit till varierande uttalanden från deltagarna vilket också därmed bidragit till ett varierat resultat. Detta ser författarna som en styrka i studien.

En stor svårighet som stöttes på var att få tag på deltagare till studien vilket i sin tur ledde till att datainsamlingen drog ut på tiden. Deltagarna måste frivilligt ställa upp för intervju i ett forskningsprojekt och även informeras om detta (Milton, 2002). Författarna ser det positivt att informanterna, under hela tiden, frivilligt valt att ställa upp utan någon yttre påverkan från enhets- eller verksamhetschef då författarna menar på att trovärdigheten i informanternas berättelser troligtvis ökar vid frivilligt deltagande. Styrkan var att författarna nu fick personer från samma verksamhet där sjuksköterskorna upplevde vissa saker likadant men där de också hade delade meningar kring samma frågor, vilket gav ett rikt men också varierat resultat relaterat till deras erfarenheter.

Intervjuguiden som användes inleddes med två öppna frågor. Intervjuarens frågor bör vara korta och enkla men det krävs också att intervjuaren har kunskap och ett intresse för forskningsämnet för att kunna förstå innebörden i svaren och ställa följdfrågor på dessa (Kvale & Brinkmann, 2014). När pilotintervjun var gjord, insåg författarna att det krävdes flertal följdfrågor för att få innehållet att bli så innehållsrikt och varierat som möjligt. I de sista fyra intervjuerna uteslöts ledande frågor och dess svar raderades från tidigare intervjuer. Den bakomliggande orsaken till att det blev ledande frågor var på grund av författarnas förförståelse kring ämnet som diskuteras nedan. Författarna uppskattade, initialt, att intervjuerna skulle bli cirka en timme långa men efter några intervjuer visade det sig att intervjuerna blev cirka 20-30 minuter långa, kortare än vad som tidigare uppskattats. Författarna upplevde att informanterna, efter cirka 20 minuter, inte hade mer att berätta och därav anser författarna inte att detta var något som påverkade datainnehållet negativt. Enligt Kvale & Brinkmann (2014) utmärker sig en semistrukturerad intervju av god kvalitet främst genom att intervjuaren försöker bekräfta sina tolkningar under intervjuens gång samt att intervjun är så pass tydlig att inga ytterligare förklaringar behövs.

Transkriberingen av en intervju blir en fråga om tolkning då exempelvis dålig inspelningskvalitet kan leda till att personen som transkriberar hör fel eller misstolkar knappt hörbara uttalanden (Kvale & Brinkmann, 2014). Det kan därmed ses som en svaghet att författarna transkriberade hälften av intervjuerna var. Däremot upptäcktes eventuella

feltolkningar i ett senare skede när författarna läste varandras transkriberingar samt när analysen gjordes. Där det fanns tveksamheter lyssnades intervjuerna på gemensamt och transkriberingarna korrigerades därefter.

Både huvudkategorierna och subkategorierna ändrades under analysen och resultatkrivandets gång. Analysprocessen pågick både före och under skrivandet av resultatet. Detta gjorde att det blev tydligare för författarna vad som rörde sig om samma ämnen och därmed flyttades kategorierna samt minskades i antal för att få ett så tydligt och sammanhängande resultat som möjligt. I resultatdelen har även ett flertal citat infogats för att öka pålitligheten och trovärdigheten av studien (Polit & Beck, 2020).

Författarnas förförståelse

Enligt Polit & Beck (2020) krävs det att författarna inför en kvalitativ studie har diskuterat sin förförståelse genom att identifiera känslor som kan påverka neutraliteten i forskningsämnet. Det fanns en förförståelse som innebar ett visst intresse hos författarna som ledde till studiens syfte. Förförståelsen innebar även att det fanns en förståelse för det som deltagarna delade med sig av. Detta diskuterades innan intervjuerna påbörjades. Slutsatsen blev att förförståelsen anses både vara en svaghet men även en styrka. Svagheten i förförståelsen resulterade i att det ställdes ledande frågor i intervjuerna, eftersom det fanns ett specifikt intresse hos författarna. Ledande frågor behöver emellertid inte bara vara en svaghet utan kan fungera i syfte att verifiera intervjuarens tolkning och pröva tillförlitligheten i informantens svar. Därmed kan ledande frågor öka intervjuens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2014). Styrkan i förförståelsen ledde till att informanterna kände att intervjuarna förstod dem vilket gjorde att de kunde öppna upp mer och förklara vidare på ett ärligt sätt. Det ledde även till att frågor med exempel kunde ställas vilket gav ett rikt resultat.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att smärtbedöma och smärtlindra patienter med akut smärta i prehospital akutsjukvård. De centrala delarna i intervjuerna var att ta reda på vilka svårigheter som fanns, vad som fungerade bra samt hur sjuksköterskorna upplevde huruvida olika faktorer påverkar smärtbedömningen och smärtlindringen i situationer med diverse patientgrupper. Det framkom att deltagarna i studien

anser att det är viktigt att ta hjälp av flertalet verktyg såsom bedömningsinstrument, sin kliniska blick och sin yrkeserfarenhet men också att lyssna på patienten och dennes upplevelse samt att inte kränka patienten.

Vårdrelation

I föreliggande studie diskuterade deltagarna huruvida ambulanssjusköterskan kan påverka vårdrelationen med patienter som har smärta. Det fanns faktorer som orsakade att vårdrelationen blev sämre, men också bättre. Dessa faktorer var exempelvis när patienten fick smärtlindring på dennes villkor blev vårdrelationen bättre, i annat fall förändrades vårdrelationen snabbt till det sämre. En annan faktor handlade om bemötandet. När patienter kände sig väl bemötta och hade en bra kommunikation med sjuksköterskan blev vårdrelationen trygg och stabil. Personcentrerad vård som är studiens perspektiv knyter an till detta då det handlar om att lyssna på patienten samt ha en förståelse för hur smärta kan påverka vardagen (Ekman & Nordberg, 2013). Vidare beskrev deltagarna att det är av stor vikt att ta patienten på allvar och inte låta sina egna åsikter genomlysas i smärtbedömningen av patienten. I en studie från USA framkom det att patienter värdesatte och uppskattade situationer där sjuksköterskan inte uttryckte sina egna åsikter och värderingar i sin smärtbedömning utan lyssnade och tog in vad patienten själv berättade och smärtbedömde utifrån det (Haverfield et al., 2018). Vidare beskrevs det att patienter ansåg att det var viktigt att sjuksköterskan var en aktiv lyssnare genom att ställa följdfrågor och ha en dialog med patienten om smärtbehandlingen. Detta på grund av att det var av stor vikt att känna förtroende till sin sjuksköterska då patienten, i dessa lägen, lättare kunde hantera sin smärta (Haverfield et al., 2018). Deltagarna i föreliggande studie betonade vikten av att lyssna på patienten och att ta denne på allvar vilket även bekräftas i litteraturen. Enligt Rantala & Forsberg (2020) kan vikten av att tas på allvar vara en central faktor som ger patienten en känsla av att vara berättigad. Nyström & Herlitz (2016) förklarar vidare att om patienten får möjlighet att ge sin berättelse utifrån öppna frågor kan det öka förståelsen för och bli medveten om vad det är patienten egentligen ringer ambulansen för. Detta i sin tur gör även den medicinska bedömningen säkrare då vårdaren också får en bättre bild av vad det egentligen handlar om (Nyström & Herlitz, 2016).

Tillit

Ett överraskande resultat var att det trots att deltagarna beskrev vikten av att lyssna på patienten, även framkom att man ändå inte tror på patienten då sjuksköterskan ofta har en annan bild av tillståndet. Detta kan också bero på att det blir svårt för sjuksköterskan då det

kan finnas fler faktorer som kan påverka patientens upplevelse av symtom. Teorin som har varit utgångspunkten i studien handlar just om att det kan vara svårt att härleda patientens symtom och att symtomen kan förvärra upplevelsen av smärta (Lenz et al., 1997). Detta i sin tur leder ofta till att sjuksköterskan bedömer att patienterna överdriver och förstorar sin smärta vilket resulterar i att de inte får någon smärtlindring av den anledningen. Det framkom i en annan studie att det finns en rädsla hos patienter med smärtor att uppfattas som gnälliga och att det kan finnas ett stigma kring att vara drogberoende, vilket gör att den verkliga smärtan inte får utrymme att lindras (Haverfield et al., 2018). I intervjuerna framkom det att en anledning till att sjuksköterskorna känner tvivel inför patientens berättelse är starkt kopplat till den erfarenhet som grundar sig i att flertalet patienter kan uppge att de har ont men egentligen är ute efter opiater, vilket betyder att de sedan hade fördomar om nästkommande patienter. I likhet med en studie skriven av Coluzzi et al. (2017) beskrivs det att det finns en rädsla hos sjuksköterskor att smärtlindra patienter som har ett opioidberoende. Rädslan grundar sig i fördomar och leder till att dessa patienter får en inadekvat smärtlindring. En negativ aspekt av det är att patienter som har faktiska smärtor blir utan smärtlindring för att sjuksköterskan har fördomar baserat på sina erfarenheter.

Makt

I intervjuerna blev det tydligt att deltagarna ansåg att olika patientkaraktäristika hade betydelse för hur smärtbedömningen och smärtlindringen utföll. På grund av författarnas förförståelse som tidigare diskuterats förväntades detta resultat. Det framkom av informanterna att smärtlindringen ofta blir mindre eller i vissa fall till och med uteblir när patienter uttrycker sin smärta högt och tydligt. Detta eftersom sjuksköterskan gör sin egen bedömning och lutar mer på sin kliniska blick än på patientens uttryck. I likhet med andra studier beskrivs det att när patienter uttrycker sin smärta högt och tydligt härleder sjuksköterskan det som psykologiska orsaker till smärtan och dessa patienter får således mindre smärtlindring än de som är tysta i sitt smärtuttryck (Brandao et al., 2019). Paul-Savoie et al. (2018) belyser i sin studie att sjuksköterskor visar mindre empati för de patienter där smärtan inte syns tydligt fysiskt i motsats till de patienter som har tydliga tecken på smärta. Där visar sjuksköterskan mycket empati och ger en mer personcentrerad vård. Man kunde alltså se en tydlig koppling mellan empati och personcentrerad vård i förhållande till fysiska faktorer (Paul-Savoie et al., 2018). Liknande koppling kan göras till föreliggande resultat då deltagarna förklarade att man oftare smärtlindrar patienter där man tydligt kan se orsaken till

smärtan som patienten uppger jämfört med tvärtom, när smärtan som patienten uttrycker inte kan ses med blotta ögat.

I föreliggande studie beskrev ett flertal deltagare att patienter med annan kulturell bakgrund uttryckte smärta på ett annorlunda sätt i jämförelse med patienter med svensk bakgrund. Det framkom från deltagarna att de ofta uttryckte smärta genom att skrika högt samt visa med tydligt kroppsspråk att de hade ont. Det nämndes av en informant att detta kan ha att göra med att exempelvis feber i andra kulturer är ett tecken på ett livshotande tillstånd, medan det i Sverige anses vara ett ofarligt tillstånd som enkelt går att behandla. Informanten drog därför denna parallell till att smärtuttryck hos patienter från andra kulturer kan te sig annorlunda. Det framkom även i föreliggande studie att personer från andra kulturer upplevs av sjuksköterskor som en svår patientgrupp att smärtbedöma. En konsekvens av detta påvisas i en annan studie från Ezenwa et al. (2006) som beskriver att vårdpersonal underskattade smärtans grad hos minoritetspatienter mer än icke-minoritetspatienter. I fall där det till och med rörde sig om frakturer, som anses vara ett allvarligt och smärtsamt tillstånd och som är befogat för att få smärtlindring, erhöll patienter med annan etnisk bakgrund mindre smärtstillande. Dessutom rapporterade patienterna själva att de behövde starkare analgetika än vad de fick (Ezenwa et al., 2006). Bremer (2016) beskriver maktförhållandet mellan vårdare och patient och hur detta lätt kan hamna i obalans. Patienten är sårbar eftersom denne inte har kunskap, färdigheter eller makt i situationer där ambulanspersonal tillkallas. Ofta handlar det om att patienten behöver hjälp för att denne själv inte reder ut det längre. Som tidigare nämnts är det, för många, ett komplicerat och mödosamt beslut att ringa efter en ambulans (Ahl et al., 2006; Booker et al., 2017). Detta bör därmed sjuksköterskan ha med sig i mötet med patienten. Patienten blir således beroende av vårdarens kunskap vilket i sin tur skapar en asymmetri i vårdrelationen relaterat till maktobalans. Det är alltså av stor vikt att aldrig utnyttja den som är sjuk eller svag utan ambulanssjuksköterskans plikt är att agera på uppdrag av patienten och inge tillit (Bremer, 2016).

Kliniska implikationer

Genom resultatet från intervjuerna har det blivit tydligt att det existerar fördomar hos ambulanssjuusköterskan. Fördomar som handlar om hur olika patientgrupper beter sig och hur patienten känner och tänker när den ringer ambulans och söker för akut smärta. Med en medvetenhet om sina fördomar kan sjuusköterskan bemöta patienter med ett neutralt och personcentrerat förhållningssätt. Det framkom nämligen att de flesta deltagarna i studien har utgångspunkten att använda sig av personcentrerad vård då det är det som krävs för att få ett bra möte på individnivå. Dock framkom det också att detta sällan utfaller i praktiken. Föreliggande studie kan således skapa en medvetenhet om hur det är i dagsläget. Därmed kan frågan ställas om huruvida detta kan lyftas fram till ledningen i den prehospitola organisationen för att få kunskap om hur man ska bemöta samt behandla patienter som uttrycker smärta med ett personcentrerat förhållningssätt även i praktiken. McCormack et al. (2006) menar på att sjuusköterskor kan ha en bra kommunikation med patienter när de använder sig av ett personcentrerat tillvägagångssätt men att förmågan att göra det påverkas kraftigt av organisationens arbete och kultur.

Många kan tro att enbart läkemedel kan få patienten nöjd när denne uttrycker smärta. Det har dock blivit tydligt i denna studie att omvårdnad med ett lugnt, tryggt och bekräftande bemötande kan hjälpa patienter i många lägen, utan mediciner. Detta påvisar även Haverfield (2018) som menar på att det är viktigt att vara en aktiv lyssnare och ställa följdfrågor till patienten för att på så sätt kunna ge rätt hjälp som gynnar patienten i fråga. Avallin (2018) menar på att när vårdgivaren är närvarande och skapar ögonkontakt med patienten hjälper det denne att få tillit och förtroende för sin vårdgivare och det har även visat sig att patienten på så sätt också kan bli smärtfri av det. Detta är samstämmigt med föreliggande studie som har påvisat att enbart omvårdnad hjälper i många situationer.

Slutsats

Smärta är en subjektiv och individuell upplevelse och känsla hos patienten. Detta i sig är en stor bidragande faktor till att det är svårt att smärtbedöma och smärtlindra patienter med akuta smärtor. Yrkeserfarenhet och trygghet i sin profession underlättar detta medan fördomar,

egna åsikter och värderingar hindrar och försvårar processen. Det finns också andra hinder såsom begränsat läkemedelsförråd samt stora glapp från enkel analgetika till starka opiater. Där finns olika patientkaraktäristika som gör det svårt för sjuksköterskor att göra en rättvis smärtbedömning och administrera korrekt smärtbehandling. Det finns å andra sidan också patientkaraktäristika som gör det enkelt för sjuksköterskan att bedöma smärtan samt att behandla den. Ofta behövs inte starka läkemedel för att göra en patient lugn och smärtfri. Många gånger hjälper det att prata med patienten, vara närvarande, inge ett lugn, trygghet och skapa en vårdrelation med hänsyn till patientens trefaldiga underläge samt att jämna ut obalansen i maktförhållandet. Föreliggande studie styrks även av vetenskaplig evidens i enlighet med flertalet publicerade studier. Det behövs dock mer forskning för att ambulanssjuksköterskor praktiskt ska kunna tillämpa bästa möjliga personcentrerade vård inom smärtbehandling för patienter med akuta smärtor.

Referenser

Ahl, C., Nyström, M., & Jansson, L. (2006). Making up one's mind:--patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and emergency nursing*, 14(1), 11–19. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.aen.2005.10.002](https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.aen.2005.10.002)

Albrecht, E., Taffe, P., Yersin, B., Schoettker, P., Decosterd, I., & Hugli, O. (2013). Undertreatment of acute pain (oligoanalgesia) and medical practice variation in prehospital analgesia of adult trauma patients: a 10 yr retrospective study. *British journal of anaesthesia*, 110(1), 96–106. <https://doi.org/10.1093/bja/aes355>

Angeletti, C., Angeletti, P. M., Paesani, M., Guetti, C., Gyra, A., Perseo, G., Ciccozzi, A., Marinangeli, F., & Altobelli, E. (2021). Assessment of Pain and Associated Comorbidities: A Survey of Real Life Experiences Among Nurses in Italy. *Journal of pain research*, 14, 107–115. <https://doi.org/10.2147/JPR.S245792>

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2 uppl). Stockholm: Natur och kultur.

Baker, D. W., Stevens, C. D., & Brook, R. H. (1991). Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA*, 266(8), 1085–1090.

Avallin, T., Muntlin Athlin, Å., Elgaard Sørensen, E., Kitson, A., Björck, M., & Jangland, E. (2018). Person-centred pain management for the patient with acute abdominal pain: An ethnography informed by the Fundamentals of Care framework. *Journal of advanced nursing*, 74(11), 2596–2609. <https://doi.org/10.1111/jan.13739>

Birkler, J. (2009). *Vetenskapsteori: en grundbok*. Stockholm: Liber.

Blomberg, H. (2016). Prehospital smärtlindring. I L. Lundberg & B-O. Suserud (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (Upplaga 2 s. 470-488). Stockholm: Liber.

Booker, M. J., Purdy, S., & Shaw, A. (2017). Seeking ambulance treatment for 'primary care' problems: a qualitative systematic review of patient, carer and professional perspectives. *BMJ open*, 7(8), e016832. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016832>

Brandão, T., Campos, L., de Ruddere, L., Goubert, L., & Bernardes, S. F. (2019). Classism in Pain Care: The Role of Patient Socioeconomic Status on Nurses' Pain Assessment and Management Practices. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 20(11), 2094–2105.

<https://doi.org/10.1093/pm/pnz148>

Bremer, A. (2016). Den mångfacetterade delaktigheten. I B-O. Susered & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård (Upplaga 2 s. 65-70)*. Stockholm: Liber.

Coluzzi, F., Bifulco, F., Cuomo, A., Dauri, M., Leonardi, C., Melotti, R. M., Natoli, S., Romualdi, P., Savoia, G., & Corcione, A. (2017). The challenge of perioperative pain management in opioid-tolerant patients. *Therapeutics and clinical risk management*, 13, 1163–1173. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S141332>

Correia, M., & Duran, E. (2017). Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain (00132). *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2973. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2330.2973>

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden (Upplaga 1, s. 29-53)*. Lund: Studentlitteratur

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Ezenwa, M. O., Ameringer, S., Ward, S. E., & Serlin, R. C. (2006). Racial and ethnic disparities in pain management in the United States. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 38(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00107.x>

Haverfield, M. C., Giannitrapani, K., Timko, C., & Lorenz, K. (2018). Patient-Centered Pain Management Communication from the Patient Perspective. *Journal of general internal medicine*, 33(8), 1374–1380. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4490-y>

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis care & research*, 63 Suppl 11, S240–S252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>

Helsingforsdeklarationen. (2018). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> Hämtad 12 april 2021

Hewes, H. A., Dai, M., Mann, N. C., Baca, T., & Taillac, P. (2018). Prehospital Pain Management: Disparity By Age and Race. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 22(2), 189–197. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1367444>

Huibers, L., Carlsen, A. H., Moth, G., Christensen, H. C., Riddervold, I. S., & Christensen, M. B. (2020). Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark: a cross-sectional study. *BMC emergency medicine*, 20(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00312-3>

International Association for the study of pain. (16 juli 2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475&fbclid=IwAR3hq19VC_z-ZVPgw5pZjApAm17S63ZTidllRqzoicDqP6az05MzXy2T2nk

International Council of Nurses. Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jennings, P. A., Cameron, P., & Bernard, S. (2011). Epidemiology of prehospital pain: an opportunity for improvement. *Emergency medicine journal : EMJ*, 28(6), 530–531. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.098954>

Jones, G. E., & Machen, I. (2003). Pre-hospital pain management: the paramedics' perspective. *Accident and emergency nursing*, 11(3), 166–172. [https://doi.org/10.1016/s0965-2302\(02\)00219-9](https://doi.org/10.1016/s0965-2302(02)00219-9)

Kristensson Ugglå, B. (2020). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I: I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik* (upplaga 2 s. 58-103). Liber AB

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Merriam-Webster. (n.d.). Intrahospital. In Merriam-Webster.com medical dictionary. Retrieved April 7, 2021, from <https://www.merriam-webster.com/medical/intrahospital>

Milton, A (2002) Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration – Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*, nr 11, s 1214- 1216.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS. Advances in nursing science*, 19(3), 14–27. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003>

Lourens, A., Hodkinson, P., & Parker, R. (2020). Acute pain assessment and management in the prehospital setting, in the Western Cape, South Africa: a knowledge, attitudes and practices survey. *BMC emergency medicine*, 20(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00315-0>

Mc Cracken G. (1988) The long interview. *Qualitative Research Methods* 13. London: Sage Publications

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

- McManus, J. G., Jr, & Sallee, D. R., Jr (2005). Pain management in the prehospital environment. *Emergency medicine clinics of North America*, 23(2), 415–431.
<https://doi.org/10.1016/j.emc.2004.12.009>
- Merriam-Webster. (2021). Intrahospital. Merriam-Webster.com medical dictionary.
<https://www.merriam-webster.com/medical/intrahospital>
- Michaelides, A., & Zis, P. (2019). Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate medicine*, 131(7), 438–444.
<https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1663705>
- Moore, R. A., Wiffen, P. J., Derry, S., Maguire, T., Roy, Y. M., & Tyrrell, L. (2015). Non-prescription (OTC) oral analgesics for acute pain - an overview of Cochrane reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(11), CD010794.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010794.pub2>
- Nelson, S. W., Germann, C. A., MacVane, C. Z., Bloch, R. B., Fallon, T. S., & Strout, T. D. (2018). Intern as Patient: A Patient Experience Simulation to Cultivate Empathy in Emergency Medicine Residents. *The western journal of emergency medicine*, 19(1), 41–48.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2017.11.35198>
- Nortvedt, P. & Grimmen, H. (2004/2006). *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos. Övers. S. Andersson.
- Nyström, M. & Herlitz, J. (2016). Den prehospitala vårdmiljön. I B-O. Susered & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (Upplaga 2 s. 15-20). Stockholm: Liber.
- O'Cathain, A., Connell, J., Long, J., & Coster, J. (2020). 'Clinically unnecessary' use of emergency and urgent care: A realist review of patients' decision making. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 23(1), 19–40.
<https://doi.org/10.1111/hex.12995>
- Parra Cotanda, C., Vergés Castells, A., Carreras Blesa, N., Trenchs Sainz de la Maza, V., & Luaces Cubells, C. (2017). Experiencia del paciente en Urgencias: ¿qué opinan los niños y los

adolescentes? [Patient experience in emergency departments: What do children and adolescents think?]. *Anales de pediatria* (Barcelona, Spain : 2003), 86(2), 61–66.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.04.016>

Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E., & Lafrenaye, S. (2018). The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. *Pain research & management*, 2018, 6375713. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1155/2018/6375713>

Polit, D. F. & Beck, T., C. (2020). *Essentials of nursing research - methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rantala, A., Ekwall, A., & Forsberg, A. (2016). The meaning of being triaged to non-emergency ambulance care as experienced by patients. *International emergency nursing*, 25, 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.08.001>

Rowe, B. H., Channan, P., Bullard, M., Blitz, S., Saunders, L. D., Rosychuk, R. J., Lari, H., Craig, W. R., & Holroyd, B. R. (2006). Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 13(8), 848–852.

<https://doi.org/10.1197/j.aem.2006.01.028>

Schwerin, D. L., & Mohney, S. (2020). *EMS Pain Assessment And Management*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554543/>

Socialstyrelsen (2009). *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. (SOSFS 2009:10 (M))*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2009-10-10.pdf>

Socialstyrelsen (2020). *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2019*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-10-6951.pdf>

Socialstyrelsen. (2 april 2020). Statistik om läkemedel.

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/lakemedel/>

Socialstyrelsen. (2003). Socialstyrelsens termbank.

<https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=214&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2008). Socialstyrelsens termbank.

<https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=662&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2008). Socialstyrelsens termbank.

<https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=663&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2018). Socialstyrelsens termbank.

<https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=170&SrcLang=sv>

SSF (2010). Svensk Sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Sjuksköterskans profession- grunden för din legitimation. [Broschyr]. Hämtad 21-03-28 från

(<https://www.swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cda85/1584347730200/sjuksk%C3%B6terskansprofessiongrundenf%C3%B6rdinlegitimation.pdf>)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [Broschyr].

Hämtad 21-03-28 från

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Thomas, K. C., Owino, H., Ansari, S., Adams, L., Cyr, J. M., Gaynes, B. N., & Glickman, S. W. (2018). Patient-Centered Values and Experiences with Emergency Department and Mental Health Crisis Care. *Administration and policy in mental health*, 45(4), 611–622.

<https://doi.org/10.1007/s10488-018-0849-y>

Todd, K. H., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C. S., Fosnocht, D. E., Homel, P., Tanabe, P., & PEMI Study Group (2007). Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *The journal of pain*, 8(6), 460–466. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.12.005>:

Wang H, Kline JA, Jackson BE, Laureano-Phillips J, Robinson RD, Cowden CD, d'Etienne JP, Arze SE, Zenarosa NR. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One*. 2018 Sep 13;13(9):e0204113. doi: 10.1371/journal.pone.0204113. PMID: 30212564; PMCID: PM

Bilaga 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Fråga 1:

Kan du beskriva din upplevelse av att smärtbedöma patienter med akut smärta på din arbetsplats?

Fråga 2:

Kan du beskriva din upplevelse av att smärtlindra patienter med akut smärta på din arbetsplats?

Följdfrågor:

- Kan du beskriva vad som idag fungerar väl med att smärtbedöma och smärtlindra patienter med akut smärta?
- Kan du beskriva vilka svårigheter du upplever med att smärtbedöma och smärtlindra patienter med akut smärta?
- Spelar andra faktorer in i genomförandet av bedömningen?

Tillägg 210927

- Kan du ge exempel på en situation med en patient där smärtbedömningen/smärtlindringen fungerade väl/mindre väl?
- Vad var det som gjorde att det blev svårt/lätt?
- Du pratade om en viss typ av patientkategori, kan du berätta mer om den patientkategorin? Vilka patienter är det du tänker på?
- Du nämnde (ex) vas-skalan, kan du berätta lite mer om hur du använder dig av den, eventuella svårigheter/vad som fungerar bra?
- Om de nämner en specifik situation: Hur fick den situationen dig att känna och tänka?
- Okej, subjektiva upplevelser, vad menar du med att det påverkar ditt sätt att smärtbedöma och smärtlindra patienter? Vad kan göra att det blir svårt/lätt med själva bedömningen/smärtlindringen?
- Hur gör du för att upprätta ett förtroende/vårdrelation med en patient som har en akut smärta?
- Psykisk smärta nämnde du; hur gör du i sådana situationer, hur hanterar du det?