



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Avancerad nivå (A1E)
Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård 60 hp
Examinerat och godkänt: 2023-06-08

Personcentrering i smärthantering

Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta. En litteraturstudie.

Person-centered in pain management

Intensive care nurses' experiences in assessing and managing pain.
A literature study.

Författare: Nadia Saliji
Lena Tuz Youssef

Handledare: Birgitta Mc Ewen, Docent, lektor

Examinator: Göran Holst, Docent, lektor

Röda Korsets Högskola

Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Smärta är en belastning för kroppen och kan ha stora konsekvenser på patienterna både fysiskt, psykiskt och socialt om den inte adekvat bedöms och behandlas. Smärta är en subjektiv upplevelse och är därför unik för varje person, vilket gör att den generellt är svår att bedöma och behandla. Ännu svårare är det när patienterna inte kan ge verbalt uttryck för smärtan relaterad till att de är sövda och/eller intuberade. Intensivvårdssjuksköterskan har en nyckelroll i smärtbedömningen och smärtlindringen av patienter. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta. **Metod:** En litteraturstudie med en kvalitativ ansats och ett systematiskt tillvägagångssätt vägled av Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) modell valdes för att besvara syftet. Femton kvalitativa och mixade studier inkluderades och en induktiv manifest tematisk analysmodell enligt Braun & Clarke (2006) användes. **Resultat:** Smärtbedömning och smärtbehandling utifrån olika faktorer var ett tydligt övergripande tema i samtliga artiklar. Tre sammanfattande subteman beskrev det temat: Sjuksköterskerelaterade faktorer, Patientrelaterade faktorer och Organisationsfaktorer. **Diskussion:** En adekvat smärthantering är förenligt med ett personcentrerat arbetssätt, vilket underlättas av professionell kompetens. Ett icke-hierarkiskt team med olika kompetenser och en stödjande och lärande arbetsmiljö ökar denna professionella kompetens.

Nyckelord: Erfarenheter, Intensivvårdssjuksköterskor, Personcentrerad vård, Smärta.

ABSTRACT

Background: Pain is a burden on the body and can have major physical, psychological and social consequences for patients if not adequately assessed and treated. Pain is a subjective experience and is therefore unique to each person, making it generally difficult to assess and treat. It is even more difficult when patients are unable to verbally express the pain related to being anesthetized and/or intubated. The intensive care nurse has a key role in pain assessment and management of patients.

Aim: The aim of this literature study was to describe the intensive care nurses' experiences of assessing and treating pain. **Method:** A literature study with a qualitative method and a systematic approach guided by Bettany-Saltikov & McSherry's (2016) model was chosen to answer the purpose. Fifteen qualitative and mixed studies were included and an inductive manifest thematic analysis model according to Braun & Clarke (2006) was used. **Results:** Pain assessment and pain management based on different factors was a clear overall theme in all articles. Three summarizing subthemes described this theme: Nurse-related factors, Patient-related factors and Organisational factors. **Discussion:** Adequate pain management is consistent with a person-centred approach, which is facilitated by professional competence. A non-hierarchical team with different competences and a supportive and learning environment enhance this professional competence.

Keywords: Experiences, Intensive care nurses, Pain, Person-centred care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Intensivvård.....	2
Smärta	3
Smärtbedömning, smärtskattning och smärtbehandling	3
Konsekvenser av obehandlad smärta	4
Sjuksköterskans roll och ansvar i smärtbedömning och smärtbehandling	5
Teoretiskt perspektiv.....	6
Personcentrerad vård	6
Problemformulering.....	7
SYFTE	9
METOD	10
Design	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	11
Dataanalys	12
Etiska aspekter.....	14
RESULTAT	15
Smärtbedömning och smärtbehandling utifrån olika faktorer	15
Sjuksköterskerelaterade faktorer	15
Patientrelaterade faktorer	19
Organisatoriska faktorer	21
DISKUSSION	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion.....	26
Förutsättningar för en personcentrerad smärthantering	26
Vårdmiljöns betydelse för en adekvat smärthantering	27
Personcentrerad smärthantering i klinisk praxis	28
Utfall av personcentrerad smärthantering.....	29
SLUTSATSER.....	31
Kliniska implikationer	31
Förslag på vidare forskning.....	31
REFERENSER.....	32

BILAGOR:

Bilaga I: Söktermer och kombinationer av söktermer.

Bilaga II: Sökschema i databaser

Bilaga III: Urvalsprocess

Bilaga IV: Artikelmatris

INTRODUKTION

För patienter som befinner sig mellan liv och död diskuteras möjlighet till intensivvård. Intensivvård är en högre vårdnivå med möjlighet att rädda liv genom att stötta potentiell reversibel svikt i en eller flera organsystem. Intensivvården är en specialiserad vård som präglas av en högteknologisk vårdmiljö. Högteknologi ger möjlighet till en noggrann övervakning samt avancerad behandling. Intensivvården kan även innebära stora konsekvenser för patienter såsom obehag och smärta då till exempel många använda metoder är invasiva. Dessa konsekvenser kan utgöra stort lidande för patienter.

Patienter som vårdas på intensivvården är de mest kritiskt sjuka patienter som vårdas inom slutenvården och tillhör en skör och sårbar grupp som i de flesta fall inte kan förmedla sina upplevelser relaterat till sedering eller intubation. Det är känt att skador och sjukdomar kan ge upphov till smärta men även många rutinmässiga intensivvårdprocedurer kan göra det.

Under specialistutbildningen inom intensivvård upplevde författarna att smärtbedömning och smärtbehandling var en mycket svår uppgift speciellt när patienterna inte var kommunikativt verbala. Bedömning och behandling av smärta ska baseras på patienternas egna upplevelser och beskrivningar. Vad som upplevs som smärtsamt hos en enskild patient kan endast formuleras av patienten själv. Det är inte heller alltid tydligt att patienter på intensivvården lider av enbart smärta. För en korrekt bedömning och för att kunna utföra god omvårdnad av hög kvalitet är det viktigt att söka vetenskaplig kunskap om hur smärtbedömning och smärtbehandling utförs.

BAKGRUND

Intensivvård

När det inte längre är möjligt att vårda en svårt sjuk patient på en allmän vårdavdelning blir intensivvård sista utvägen (Marshall et al., 2017). Tiden på intensivvården beskrivs dock som en tid med stort lidande (Maartmann-Moe et al., 2021). Samma studie förklarar det lidandet med att vissa patienter som vårdats på intensivvård beskriver hur de i konfrontation med döden kände sig utmattade av behandlingar och ville ge upp, medan andra hade, trots sitt kritiska tillstånd och allvarliga symtom, ett minne av en kamp för överlevnad. Intensivvårdens målsättning bör inte enbart vara patientens överlevnad, utan också att säkerställa ett liv med en kvalitet som patienten själv kan acceptera (Myburgh et al., 2016). Intensivvården beskrivs vara paradoxal då behandlingen syftar till att hjälpa, men parallellt utsätter den patienter för riskfyllda och obekväma situationer (Wallen et al., 2008).

Övervakning och behandling av kritiskt sjuka patienter kräver tillgång till en avancerad teknisk medicinsk utrustning, vilket gör att intensivvårdsmiljön präglas av högteknologi (Dietz et al., 2014; Tunlind et al., 2015). Dietz et al. (2014) påpekar att den komplicerade behandlingen och den högt specialiserade miljön kräver ett stort antal personal med olika kompetenser som arbetar i team. Samma studie betonar att kraven på kommunikation och samordning därför är höga, och för att uppnå bästa möjliga resultat för patienten är ett fungerande teamarbete avgörande. Richardson et al. (2010) anser att trots en utveckling mot mer interprofessionellt teamarbete är det kliniska beslutsfattandet fortfarande problematiskt och fortsätter att uppfattas som en uppifrån och ner-styrd auktoritär process. Den högteknologiska miljön har visat sig i studier av Crilly et al. (2019) och Tunlind et al. (2015) vara utmanande för intensivvårdssjuksköterskorna, då tekniken drar all deras uppmärksamhet till sig och på så sätt blir ett hinder för att se patienterna. Dessutom används medicintekniska utrustningar, som ofta är placerade nära patienternas huvud, kontinuerligt. Dessa ger ifrån sig både ljus och ljud, vilket hindrar skapandet av en gynnsam miljö som behövs för patienters återhämtning (Delaney et al., 2017).

Studier har visat att intensivvårdspatienter är väl medvetna om sin omgivning och de höga ljudnivåerna (Johansson et al., 2016). Ljud, buller och andra faktorer som felaktig belysning kan ha en negativ inverkan på patienterna (Delaney et al., 2017). Stimuli från medicinska utrustningar kan öka stressnivån (Lu et al., 2019) och leda till fysiologiska reaktioner med adrenalinpåslag med symtom såsom ökad hjärtfrekvens och förhöjt blodtryck (Hsu et al., 2010). Stimuli kan även påverka patientens sömn och dygnsrytm (Lu et al., 2019) som i sin tur kan leda till ökad smärtupplevelse konstaterar Finan et al. (2013). Dessa författare förklarar i sin studie att det finns ett starkt samband mellan ökad smärtekänslighet och sömnbrist. Vid sömnbrist eller förändring av sömn ökar upplevelse av smärta hos patienter med kronisk smärta liksom hos friska personer (Finan et al., 2013; Staffe et al., 2019).

Smärta är en stor stressfaktor för patienter på intensivvårdsavdelningar (Rotondi et al., 2002). Intensivvårdspatienter löper högre risk för smärta även när de vilar. Förutom smärta, som patienterna kan uppleva relaterat till sjukdom eller skada, utsätts de dagligen för olika medicinska behandlingar och omvårdnadsprocedurer i form av till exempel sugning i endotrakealtuben och lägesändringar, vilket kan orsaka smärta (Morse et al., 1994). Detta bekräftas av Coutaux et al. (2007) och Siffleet et al. (2007) som fann att vanliga intensivvårdsprocedurer orsakar smärta. Exempel på sådana är mobilisering, venpunktion, borttagning av drän, djupandning och hostövningar.

Smärta

Smärta definieras som en obehaglig sensorisk och affektiv upplevelse som är associerad till en vävnadsskada, möjlig vävnadsskada eller uttryckas i termer av skada (Raja et al., 2020). Studien påpekar att denna definition inte utesluter att personer med oförmåga att kommunicera kan uppleva smärta samt att smärta är en subjektiv upplevelse som inte går att utesluta eller synliggöra med objektiva metoder. Raja et al. (2020) betonar att detta medför att upplevelse av smärta ska respekteras. Vidare förklarar Raja et al. (2020) att dålig kunskap om smärta leder till att upplevelse av smärta, dess intensitet och utbredning ifrågasätts, något som är kränkande för de drabbade patienterna. Enligt Souza Monteiro de Araujo et al. (2020) kan smärta kvalificeras på olika sätt. Detta kan ske utifrån patofysiologiska mekanismer (nocieptiv smärta, inflammatorisk smärta och patologisk smärta), varaktighet (akut smärta, kronisk och periodisk smärta), etiologi (malign och icke-malign) eller lokalisation.

Nocieptiv smärta är en smärta som orsakas av ett fysiologiskt skyddssystem mot skadliga stimuli. Den är ett övergående tillstånd som skapas av kroppen som ett svar på en potentiellt skadlig miljöstimulus. Detta leder till att reflexer skapas för att skydda mot potentiell skada. Nocioeptiv smärta delas i sin tur in i somatisk nocieptiv smärta och visceral smärta. Somatisk nocieptiv smärta är vanligtvis lokaliserad på dermisnivå och beskrivs som stickande, skärande och brännande. Visceral smärta är ofta en diffus och dåligt definierad känsla som uppfattas i kroppens mittlinje (Souza Monteiro de Araujo et al., 2020). Den förekommer ofta ihop med framträdande autonoma fenomen som illamående, blekhet, svettning och rubbning i blodtryck och puls (Sikandar et al., 2012). Inflammatorisk smärta är en smärtupplevelse till följd av cellulär skada efter kirurgiska, traumatiska eller sjukdomsrelaterade skador (Souza Monteiro de Araujo et al., 2020). Vävnadsskada eller infektion aktiverar immunsystemet som i sin tur triggar inflammatorisk smärta. Dess intensitet är generellt proportionell mot utbredning och grad av vävnadsskada och frisättningen av inflammatoriska mediatorer. Patologisk smärta är smärta pga. skada i nervsystemet och kallas också neuropatisk smärta. När smärta uppstår utan en specifik skada eller inflammation i nervsystemet kallas den dysfunktionell smärta förklarar Souza Monteiro de Araujo et al. (2020).

Akut smärta är en kortvaraktig smärta som är en konsekvens av vävnadsskador och vars intensitet tenderar att minska med tiden (Souza Monteiro de Araujo et al., 2020). Kronisk smärta är en långvarig smärta, som varat i minst tre månader och påverkar patientens livskvalitet. Den upplevs som en brännande eller smärtande förnimmelse i de drabbade områdena eller i alla delar av kroppen. Kronisk smärta kan vara kontinuerlig eller intermittent och är svår att diagnostisera då orsaken inte alltid är tydlig (Souza Monteiro de Araujo et al., 2020).

Smärtbedömning, smärtskattning och smärtbehandling

En god smärtlindring förutsätter en adekvat smärtbedömning (Pota et al., 2022). Det är grundläggande att skilja på en patient som kan kommunicera och en som inte kan kommunicera. I enlighet med ovanstående definition av smärta anses patientens självrapportering av smärta vara "guldstandarden" i smärtbedömning (Pota et al., 2022). Vid självrapportering rekommenderar Chanques et al. (2010) i sin studie en 0–10 visuellt förstörad horisontell numerisk betygsskala (Numerical Rating Scale, NRS), då den visade sig vara den mest giltiga och genomförbara av fem testade smärtskattningsinstrument. Herr et al. (2011) menar att om patienten är vaken men inte kan använda NRS kan ett enkelt ja/nej eller andra vokaliseringar eller gester, såsom handgrepp eller ögonblink, vara ett sätt att indikera närvaro eller frånvaro av smärta. Andra studier utvecklade instrument som är baserade på beteenden och som används för att bedöma smärta hos patienter inom

intensivvården när självrapportering av smärta inte är möjligt relaterad till intubation och sedering, exempel på sådana är Behavioral Pain Scale (BPS) och Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) (Hylén et al., 2021; Puntillo et al., 2004). Enbart vitala parametrar såsom ändrad andningsfrekvens, förhöjt blodtryck och puls tycks vara dåliga indikatorer på smärta (Pota et al., 2022). Även de nya teknikerna såsom pupillometri, förändringar i Bispectral Index eller bearbetade EEG-signaler behöver valideras och kan därför inte anses vara etablerade metoder än menar Pota et al. (2022). Sist men inte minst kan en god smärthantering inte uppnås framgångsrikt utan korrekt dokumentation som säkerställer säker och effektiv smärtbehandling och övervakar patienternas svar och hälsoresultat (Margonari et al., 2017).

I smärtlindringsyfte används farmakologisk behandling, icke-farmakologisk behandling eller en kombination av dessa (Stewart et al., 2019). Farmakologisk behandling sker med bland annat opioider som är rekommenderade i första hand vid analgetisk behandling och icke neuropatisk smärta. En systematisk översikt och metaanalysstudie har visat att icke-opioida analgetika kan förbättra den totala effekten av analgesi och/eller minska opioidbehovet hos intensivvårdspatienter (Pota et al., 2022). En rad icke-farmakologiska metoder har visat sig kunna smärtlindra patienterna såsom Virtual reality (Stewart et al., 2019) och mindfulness som leder till minskad smärtupplevelse genom distraktion och fokuserad andning (Marikar et al., 2021).

Både patienter och närstående rapporterade smärta som den mest påfrestande upplevelsen både under och efter intensivvården (Sigakis & Bittner, 2015). I studien av Hylén et al. (2020) beskrev patienter en kontrollförlust och en kamp för att återfå kontrollen när de berättade om sina upplevelser av smärta under intensivvård. Patienter upplevde att smärta var som en dimma som fångade deras kropp och inte gav dem möjlighet att försvara sig. En balanserad och adekvat smärtlindring beskrevs vidare vara av stor betydelse då för höga eller för låga doser av smärtstillande ökade upplevelser av kontrollförlust och obehag (Hylén et al., 2020).

Konsekvenser av obehandlad smärta

Sigakis och Bittner (2015) hävdar att smärta påverkar fysiologiska och psykologiska funktioner negativt på både kort och lång sikt om den inte behandlas adekvat. Anledning till detta anses vara stressrespons då smärta startar det autonoma nervsystemet, vilket triggar utsöndring av katekolaminer och stresshormoner. De senare medför i sin tur vasokonstriktion, det vill säga en försämring av genombloodningen till kroppens organ med nedsatt partialtryck av syrgas som följd. Resultatet blir takypné med ökat hjärtsyrebehov, aktivering av renin-angiotensin-aldosteronaxeln och ökad cytokinproduktion (Sigakis & Bittner, 2015). Smärta har även visat sig kunna orsaka metabola störningar, öka katabolismen samt ge koagulations- och immunsystemdysfunktion (Rittner et al., 2005). I slutändan fördröjs återhämtningen, vårdtiden ökar, mortaliteten ökar och kronisk smärtproblematik kan uppstå (Samaraee et al., 2010).

Studier som utfördes på kirurgiska, traumatiska och medicinska intensivvårdsavdelningar konstaterade att ett smärt-delirium-sedations-protokoll för intensivvårdspatienter förbättrade resultat både på kort och lång sikt (Sigakis & Bittner, 2015). Det hjälpte bland annat till att minska tiden i respirator, förekomst av infektion, mortalitet, sjukhusvistelse samt ledde till tidig mobilisering. Alla dessa fördelar hävdades vara en konsekvens av en minskad sedation till följd av en lämplig administrering av smärtstillande mediciner, där smärta inte förnekades utan adekvat prioriterades, bedömdes och behandlades enligt Sigakis & Bittner (2015). Detta är viktigt då en dåligt kontrollerad smärta på kort sikt kan utvecklas till en kroniskt ihållande och ofta neuropatisk smärta (Kyranou & Puntillo, 2012).

Förutom fysiologiska konsekvenser av smärta uppstår även psykologiska konsekvenser till följd av obehandlad smärta. På kort och lång sikt förekommer ångest, depression, försämrad sömn och ökad förekomst av mardrömmar, såväl som känslor av hjälplöshet och förlust av autonomi (Sigakis & Bittner, 2015). Konsekvenser av obehandlad smärta kan även sträcka sig till en social dimension (Werner et al., 2004). I studien av Hylén et al. (2020) framkom att smärta förorsakade patienterna en fysisk och mental kontrollförlust, vilket avspeglades i det sociala sammanhanget. Werner et al. (2004) påstår att närstående och vårdpersonal kan ha stor betydelse för hur individen uppfattar och hanterar smärta då erfarenheter av smärta kan vara svårt att prata om eller förklara. Edmond & Keefe (2015) visade i sin artikel att bemötande hos närstående och vårdpersonal, när en person delar med sig av sina erfarenheter av smärta, kan ha stora konsekvenser för sjukdomsförloppet. Att känna sig missförstådd, inte kunna hitta en förklaring till smärtan bidrar till lidandet, fortsatt smärta samt funktionsnedsättning (Eccleston & Crombez, 2007). Smärta kan bidra till att den drabbade drar sig tillbaka och isolerar sig (Harris et al., 2003). Generellt är smärtbördan mycket betydande därför är en adekvat smärtlindring en mänsklig rättighet, men trots att smärta är vanligt förekommande och påverkar livskvaliteten, är underbehandlingen av smärta fortfarande ett stort problem (Brennan et al., 2019).

Sjuksköterskans roll och ansvar i smärtbedömning och smärtbehandling

I enlighet med kompetensbeskrivning såsom det framkom i Svensk sjuksköterskeförening (2020) ansvarar specialistsjuksköterskan inom intensivvård för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande i en högteknologisk miljö. Detta kräver specifika teoretiska kunskaper integrerade med praktiska färdigheter, tillsammans med förmågan till kritiskt tänkande för att möta de svårt sjuka patienternas olika behov. Intensivvårdssjuksköterskan arbetar nära patienterna i en dynamisk oförutsägbar miljö, där avancerad teknik, flera yrkeskategorier och i de flesta fall ett ostabilt och komplicerat patienttillstånd ingår. Intensivvårdssjuksköterskan ska ha en förmåga att hantera stora mängder information och medicinsk utrustning samt förmåga att utvärdera påbörjade behandlingar, att ligga ”steget före” och att snabbt omprioritera sitt arbete. Intensivvårdssjuksköterskan ska alltid vara redo att agera när eventuella tecken på försämring observeras (Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Intensivvårdssjuksköterskan har en central och aktiv roll i att bedöma och behandla smärta (Aäri et al., 2008). Intensivvårdssjuksköterskan ska ha handlingsberedskap för att kunna bedöma smärta utifrån ett helhetsperspektiv och därmed tillgodose patienternas behov av smärtlindring (Twycross et al., 2018). Komplexiteten i smärtbedömningen kräver att intensivvårdssjuksköterskan använder flera olika strategier såsom användning av smärtskattningsinstrument. Intensivvårdssjuksköterskans felaktiga antaganden och bedömningar om smärta kan leda till otillräcklig smärtbehandling, därför ska intensivvårdssjuksköterska bland annat ha tillräcklig kunskap om olika typer av smärta för att kunna fastställa dess möjliga orsak (Gélinas, 2021; Twycross et al., 2018).

Smärtbehandling är lika multidimensionell som smärtbedömning då smärta ger både en fysiologisk, psykologisk och social inverkan på patienternas upplevelse (Gélinas, 2021). Intensivvårdssjuksköterskan ansvarar för att behandla och hantera patienternas smärta antingen genom farmakologiska eller icke-farmakologiska behandlingar. Vid farmakologiska behandlingar ansvarar hen för att administrera smärtstillande och lugnande medel som kontinuerlig eller intermitterande behandling inom specifika mål. Vid icke-farmakologiska behandlingar används till exempel massage eller lägesändring i sängen, vilket gör patienterna mer bekväma (Twycross et al., 2018). Intensivvårdssjuksköterskans kunskap om farmakologiska behandlingar och dess verkningsmekanismer är viktigt för att patienter ska erhålla maximal lindring utan oönskade biverkningar. Kunskap och utrustning, för att kunna tillämpa icke-

farmakologiska åtgärder för smärtlindring hos kritiskt sjuka patienter, är också viktigt (Gélinas, 2021; Twycross et al., 2018).

Inför till exempel varje smärtsam medicinsk- eller omvårdnadsprocedur kan det vara nödvändigt att intensivvårdssjuksköterskan använder läkemedel för att hantera nociocptiv och inflammatorisk smärta före, under och efter procedur, beroende på ingreppets typ och varaktighet och den förväntade smärtan i samband med ingreppet (Wrona et al., 2022). Stress och ångest som orsakas av procedursmärta kan lindras av intensivvårdssjuksköterskan med hjälp av en rad psykologiska omvårdnadsinterventioner såsom information om hur proceduren går till och hur det kan kännas, avslappningstekniker och musikterapi förklarar Wrona et al. (2022). Intensivvårdssjuksköterskan i artikel av Hylén et al. (2020) hjälpte patienter att hitta strategier i kampen mot smärta. Att känna sig delaktig i sin smärtbehandling samt att få känsla av att kunna kommunicera sin smärta var några av de strategierna.

Intensivvårdssjuksköterskan ska följa upp och utvärdera utförda behandlingar. Observation, närhet till patienter och kommunikation gör det möjligt för intensivvårdssjuksköterskan att förstå patienternas behov, stötta dem och möta deras oro (Gélinas, 2021). Sammanfattningsvis anses omvårdnadskompetens hos intensivvårdssjuksköterskan vara flerdimensionell då den innefattar omhändertagande av patienternas fysiska och emotionella behov med ett etiskt förhållningssätt samt en förmåga att hantera stressiga situationer (Aäri et al., 2008).

Teoretiskt perspektiv

Personcentrerad vård

Smärta är en personlig upplevelse som påverkas i varierande grad av biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Raja et al., 2020). I enlighet med detta anser Raja et al. (2020) att smärta ska ses som individuell och bör mötas som en upplevelse som skiljer sig åt från person till person. I denna studie användes ramverket för personcentrerad vård som ett teoretiskt perspektiv. Detta passar bra då det anses kunna hjälpa till att undersöka om smärta hos intensivvårdpatienter bedöms och behandlas utifrån patienternas behov, resurser och förutsättningar. Användningen av personcentrerad vård anses även vara en fördel då det enligt svensk sjuksköterskeförening (2020) utgör en av de sex kärnkompetenserna som bedöms vara nödvändiga för en god och säker vård.

Personcentrerad vård är ett teoretiskt ramverk som utvecklades utifrån en humanistisk vård och terapeutiska relationer (McCormack & McCance, 2010). Personcentrerad vård hävdas vara baserad på fyra sätt att "vara" som är centrala i personcentrering: att vara i en relation, att vara i en social värld, att vara på en plats och att vara med sig själv. Relation eller partnerskap mellan vårdpersonal och patienten betraktas vara essentiell i personcentrerad vård och beskrivs vara terapeutisk (McCance et al., 2011). (McCance et al., 2011) och McCormack & McCance (2010) förklarar att personcentrerad omvårdnad har fyra domäner: *Förutsättningar* fokuserar på personalens egenskaper; *Vårdmiljön* fokuserar på det sammanhang där vården ges; *Personcentrerade processer* fokuserar på att ge vård genom en rad aktiviteter som operationaliserar personcentrerad praktik; och *Personcentrerade utfall* som representerar de resultat som förväntas av en effektiv personcentrerad omvårdnad. Gällande *personcentrerade processer* rapporterar Ekman et al. (2011) att det krävs tre etablerade rutiner som initierar, integrerar och säkerställer personcentrerad vård i den kliniska praxisen: *narrativet*, *partnerskapet* (som initieras genom att lyssna på patientens berättelse) och *att dokumentera narrativet*.

I det dagliga arbetet handlar den personcentrerade vården om en strävan efter att se hela personen; personcentrering är ett etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskan ska anpassa vården utifrån patientens förmågor, behov och förutsättningar (Brummel-Smith et al., 2016; Kitson et al., 2013). Sjuksköterskan skall se hela personen där de sociala-, psykiska-, existentiella och andliga behoven tillgodoses och prioriteras i lika hög utsträckning som de fysiska behoven. Utifrån detta ska den enskilda personens tolkning samt upplevelser av sjukdom/ohälsa ligga till grund för sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskan ska främja hälsa utifrån evidensfrämjandet av patientens hälsa, vilket innebär en bekräftelse och en ömsesidig respekt samt att de bästa möjliga förutsättningar som finns erbjuds. Den personliga autonomin hos en patient ska respekteras (Avallin et al., 2018). Patientens redogörelse för sjuksköterskan har en stor betydelse då den ger möjlighet att tillsammans kunna komma fram till åtgärder och handlingar som är bäst för patienten (Kitson et al., 2013). Sjuksköterskan innehar kunskap om att etablera ett samarbete med patienten, vilket leder till ökade möjligheter att förstå patientens förmågor, kunskap och behov. Samarbetet leder till att patientens autonomi respekteras och att vården effektiveras (Brummel-Smith et al., 2016; Kitson et al., 2013).

Personcentrerad vård kan vara särskilt utmanande i en högteknologisk intensivvårdsmiljö. Omvårdnad av intensivvårdspatienter beskrivs vara uppgiftsinriktad baserad på patientens medicinska behov (Falk et al., 2019). Detta är normalt då intensivvårdens mål först och främst är att förebygga ytterligare fysiologiska försämringar medan bakomliggande sjukdomar eller skador behandlas (Marshall et al., 2017). Cederwall et al. (2018) utförde en deduktiv studie med hjälp av Ekmans et al. (2011) teoretiskt ramverk för personcentrerad omvårdnad. Cederwall et al. (2018) hittade att sjuksköterskan inom intensivvård visat personcentrering i sitt arbetssätt när det handlar om långvarig ventilator ur-träning men att personcentrerad vård var begränsad relaterad till bristande resurser och dåligt samarbete mellan professionella team. Den personcentrerade vården inom smärtlindring karakteriseras av en god förtroendefull relation mellan patienten och sjuksköterskan där kommunikation har en viktig roll (Avallin et al., 2018). Kommunikation möjliggör en ömsesidig förståelse av smärta och av olika alternativ av smärtlindrande åtgärder. Ett aktivt lyssnande och att ha ögonkontakt med patienter har en betydande roll vid personcentrerad vård påpekar Avallin et al. (2018). Connelly et al. (2020) visade att genom att ställa frågan "vad är viktigt för dig idag?" till intensivvårdspatienter kunde vården förbättras och personifieras och långsiktiga resultat kunde potentiellt förbättras. Ett framträdande tema för patienter i denna studie var "smärta under kontroll". Eftersom verbal beskrivning av smärta bara är ett av flera beteenden för att uttrycka smärta (Raja et al., 2020) måste sjuksköterskan på intensivvården hitta ett sätt att se personen bakom tekniken, när patienten är sövd och intuberad, och hitta en balans så att berättelsen inte går förlorad (Almerud et al., 2007).

Problemformulering

Gränsen mellan liv och död är tunn och det finns många orsaker och händelser som kan upplevas smärtsamma av intensivvårdspatienter såsom proceduringrepp och underliggande sjukdomar. Smärta är en belastning för kroppen och kan ha stora konsekvenser för patienterna både fysiskt, psykiskt och socialt om den inte adekvat bedöms och behandlas. Smärta är en subjektiv upplevelse och är därför unik för varje person, vilket gör att den generellt är svår att bedöma och behandla. Ännu svårare är det när patienterna inte kan ge verbalt uttryck för smärtan relaterad till att de är sövda och/eller intuberade. Intensivvårdssjuksköterskan har en nyckelroll i smärtbedömningen och smärtlindringen av patienter. Tidigare forskning har varit mest kvantitativ och fokuserad på att fastställa eller validera smärtskattningssinstrument. Genom att studera intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta och diskutera dem i relation till ett personcentrerat arbetssätt, kan ytterligare vetenskapligt baserad kunskap läggas till för att förbättra omvårdnaden av patienter med smärta. Av

denna anledning är det viktigt att undersöka hur smärtbedömning och smärtbehandling utförs av intensivvårdssjuksköterskor och vad som kan påverka denna.

SYFTE

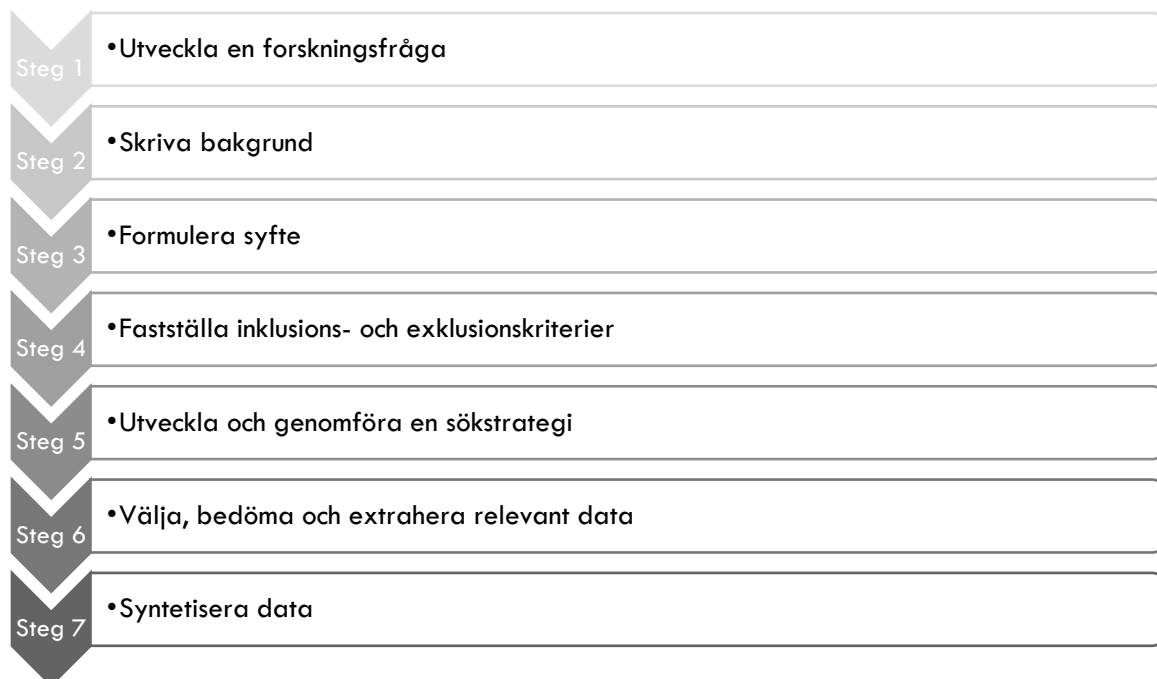
Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta.

METOD

Design

För att bäst besvara syftet valdes en litteraturstudie med en kvalitativ ansats och ett systematiskt tillvägagångssätt väglett av Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) modell (Figur 1). En litteraturstudie ansågs möjliggöra identifiering, val, bedömning och syntetisering av forskning som är relevant för studiens syfte (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Litteraturstudien lämpar sig för att få en aktuell bild av kunskapsläget kring det valda ämnet samt upptäcka behovet av vidare forskning (Polit & Beck, 2021).

I denna studie valdes kvalitativ ansats då Bettany-Saltikov & McSherry (2016) rekommenderar studier med kvalitativa ansatser när erfarenheter studeras.



Figur 1. Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) modell, fritt översatt av författarna.

I denna studies tidigare avsnitt beskrevs de tre första stegen i Figur 1, det vill säga en forskningsfråga utvecklades och utifrån den skrevs bakgrunden och formulerades syftet som var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta.

Urval

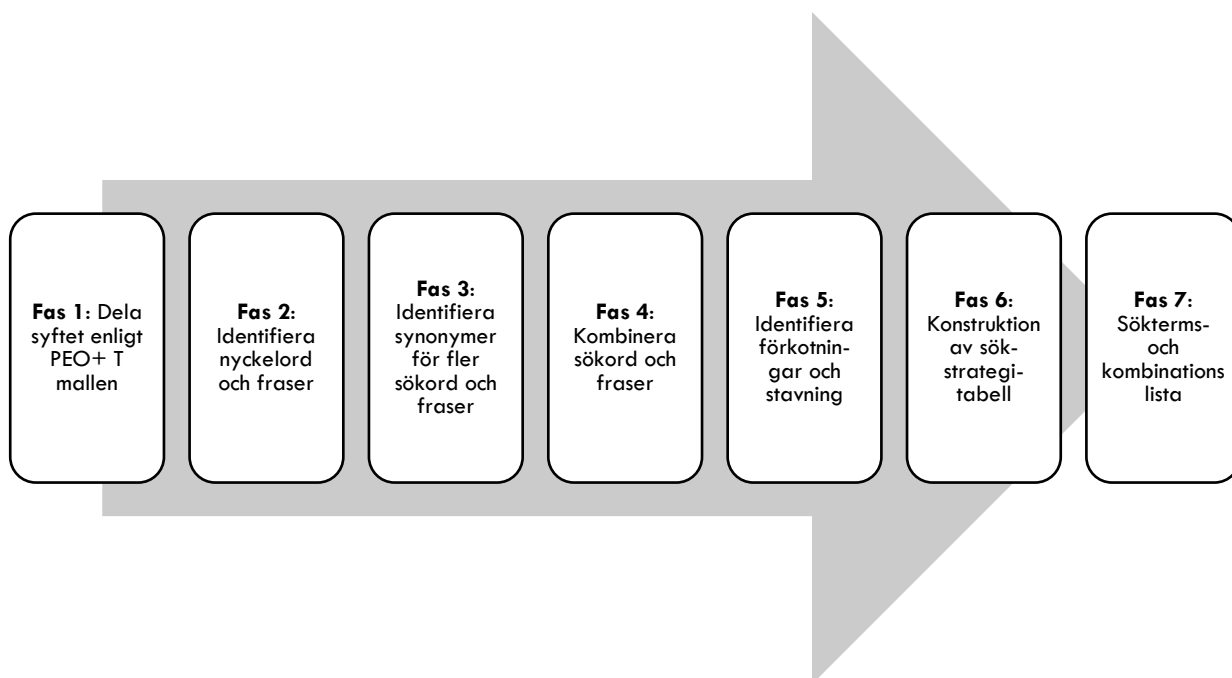
Under det fjärde steget i Figur 1 fastställdes tydliga inklusions- och exklusionskriterier av datainsamling utifrån syftet, då en välgjord litteraturstudie kännetecknas av tydliga avgränsningar innan sökningen utförs. Avgränsningar i urvalet gjordes till endast primärkällor, originalartiklar, artiklar med kvalitativ ansats eller artiklar med mixade metod där endast kvalitativ delen av resultat inkluderades. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara refereegranskade, publicerade mellan 2011–2023, skrivna på engelska och ta upp intensivvårdssjuksköterskans perspektiv. Dessutom skulle artiklarna ta upp subjektiva erfarenheter, perception, övertygelser eller attityder.

Review-artiklar, artiklar som bedrevs på barnintensiv, artiklar som inte tog hänsyn till forskningsetiska aspekter samt artiklar som inte handlade om varken smärtbedömning och/eller smärtbehandling exkluderades.

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes under det femte och sjätte stegen i Figur 1. Datainsamlingen började med val av databaser. Denna studie sökte kunskap inom omvårdnad. Databaserna CINAHL, Medline och PubMed är rekommenderade av metodlitteratur inom omvårdnad för en heltäckande sökning; därför valdes dessa (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Polit & Beck, 2021). CINAHL anses vara en omfattande och auktoritativ resurs inom främst omvårdnad och därmed den största omvårdnadsdatabasen. PubMed är mest inriktad mot medicin och Medline mot biomedicin men båda omfattar även omvårdnad. PubMed betraktas som världens största vetenskapliga databas inom hälso- och sjukvård (Polit & Beck, 2021).

Översättning av syftet till en omfattande sökstrategi skedde i sju faser, vilket illustreras i Figur 2. Huvudsökningen genomfördes på Södertörns högskolebibliotek.



Figur 2. Skapande av sökord och kombinationslista enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016), fritt översatt av författarna.

Utifrån Figur 2 delades syftet upp i tre huvudblock och ett block lades till i enlighet med PEO + T mallen (**P**opulation, **E**xposure, **O**utcomes och **T**: Study designs). Därefter identifierades nyckelord och fraser, vilka översattes till engelska. Detta illustreras i Tabell 1.

Tabell 1. PEO+T-struktur enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2016).

Population	Exposure	Outcomes	Study designs
Intensive care nurses	" Pain assessment";" pain management"	Experience	Qualitative

För att uppnå en mättad databassökning och få fram så många relevanta artiklar som möjligt söktes flera synonymer med hjälp av testsökningar samt sökning i ämnesord i de valda databaserna, det vill

säga MeSH-termer för PubMed, MH-termer för Medline samt MH-termer/CINAHL headings för CINAHL. Testsökning gav relevanta synonymer som användes som fritextord. Under fas fyra i Figur 2 kombinerades synonymer i varje block med hjälp av de booleska operatörerna "OR" och "AND" för att begränsa eller utvidga sökning. För en mer flexibel sökning, så att samtliga böjningar av sökorden inkluderades, markerades sökorden med trunkeringen *. Dessutom identifierades alla möjliga förkortningar till sökorden. Fas sex i Figur 2 inleddes med att forma en sök-strategi-tabell, där PEO+T delar/block presenterades med dess synonymer. Varje block i tabellen delades upp i ämnesord och fritextord. De senare nummerades med start från första ämnesord i första block och i slutet av varje block lades en rad med en siffra där ämnesord och fritextord kombinerades med booleska operatör "OR" (fet markerat). I slutet skapades en lista av söktermer och kombinationer där i sista raden lades ihop alla specificerade sökningar av syftets delar +T (dvs de tre PEO block + block T) för en sökning som knöt an till hela syftets innehåll. Söktermer och kombinationer presenteras i Bilaga I.

Författarna utförde sökningen tillsammans under februari 2023. Den påbörjades först i CINAHL, sedan i PubMed och därefter i Medline. Sökträffarna undersöktes ett par gånger och från dem valdes relevanta artiklar ut enligt följande. Först lästes titlar och när titeln tycktes svara på syftet lästes även abstrakt. Om abstrakt svarade på syftet inom ramarna för inklusions- och exklusionskriterier lästes fulltext. De artiklar som fortsatt svarade på syftet efter fulltextläsning valdes ut. Sökning i CINAHL gav 184 träffar, efter fulltextläsning valdes 10 relevanta artiklar. PubMed gav 94 träffar varav 13 artiklar var kvar efter fulltextläsning. Av dessa artiklar var 10 dubletter från sökning ett. Medline gav 165 träffar, efter fulltextläsning framkom 6 relevanta artiklar. Dessa var dubletter från sökningar ett och två. Totalt framkom 13 artiklar i sökningarna. Sökningar illustreras i sökmatris i Bilaga II. Databassökningen kompletterades även med andra sökstrategier såsom sökning i utvalda tidskrifter, genomgång av referenslistor i relevanta systematiska översikter och citeringsanalys. Detta gav två extra artiklar. Totalt 15 artiklar bedömdes vara relevanta för studiens syfte.

I enlighet med steg sex i Figur 1 utfördes kvalitetsgranskning av de valda artiklarna med stöd av SBUs mall för bedömning av studier med kvalitativ metodik (SBU, 2022). Detta gjordes gemensamt av författarna. Mallen behandlade domänen metodbrister. Bedömning av metodologiska brister gjordes med hjälp av obetydliga/mindre, måttliga eller stora brister. Genom att besvara fem frågeområden gjordes en sammanvägd bedömning av metodologiska brister för varje artikel. Frågeområden handlade om teoretisk underbyggnad av studien, urval, datainsamling, analys och forskarens roll. Varje frågeområde bestod av stödfrågor med svarsalternativen "Ja", "Nej" eller "Oklart". Kvalitetsnivån sattes utifrån metodbrister. Artiklar som visade obetydliga/mindre metodbrister bedömdes vara av hög kvalitet, artiklar som visade måttliga metodbrister bedömdes vara av medelhög kvalitet och de som visade stora metodbrister bedömdes vara av låg kvalitet. Ingen av de valda artiklarna visade stora metodologiska brister. Alla 15 artiklar inkluderades, vilka var från länder inom Europa, Nordamerika, Australien och Asien. Tre av dessa artiklar innehåller andra perspektiv än intensivvårdssjuksköterskor. Urvalsprocessen illustreras i Bilaga III och inkluderade artiklar presenteras i en artikelmatris i Bilaga IV.

Dataanalys

Steg sex i Figur 1 innefattade också dataanalys. En induktiv manifest tematisk analysmodell enligt Braun & Clarke (2006) användes, vilket innebär att analysen utgick från data och därifrån utvecklades koder och teman. Braun & Clarke (2006) definierar tematisk analys som en metod som kan tillämpas för att identifiera, analysera och rapportera mönster (tema) inom kvalitativa data. Grunden till val av denna metod var att enbart studier, med kvalitativ ansats samt kvalitativa delar av studier med både

kvantitativ och kvalitativ metod, inkluderades i resultat. Ytterligare en anledning till valet av en tematisk analys var att den ansågs vara flexibel. Braun & Clarke (2006) påpekar att genom sin teoretiska frihet ger tematisk analys ett flexibelt och användbart forskningsverktyg, som potentiellt kan ge en rik och detaljerad men ändå komplex redogörelse för data.

Tabell 2. Tematisk analys enligt Braun & Clarke (2006), fritt översatt av författarna

Fas 1 Bekanta sig med data	Fas 3 Identifiera potentiella teman	Fas 5 Definiera och namnge teman
Fas 2 Kodning	Fas 4 Granska teman	Fas 6 Skriv resultat

Analysen som var en rekursiv process uppdelad i sex faser, genomfördes först individuellt och sedan gemensamt. För samstämmighet och för att undvika feltolkningar har diskussion mellan författarna skett under hela analysprocessen. I första fasen lästes artiklarnas resultat ett par gånger för att bekanta sig med data och fördjupa sig i data. Idéer och identifiering av möjliga mönster började formas och dessa antecknades. Fas två inleddes med kodningsprocess via mjukvaruprogrammet Qualitative Data Analysis Software lite (QDA lite) genom att gå igenom hela data, markera och namnge intressanta datautdrag utifrån studiens syfte. Initiala koder hittades, vilka identifierade egenskaper hos data. Under den tredje fasen analyserades och sorterades koderna in under potentiella teman samt all data, som var relevant för varje potentiellt tema, samlades in. I fjärde fasen granskades teman och sedan jämfördes dessa med initiala koderna och med hela data. Detta gjordes för att säkerställa att inget centralt utelämnades ur analysen. Alla teman förutom ett togs bort eller ingick i subteman utifrån intern homogenitet och extern heterogenitets kriterier. Även omkodning, granskning och förfining av initiala koder behövdes. Femte fasen i processen handlade om att definiera och redogöra för det temat och de subteman som resulterade från analys till ett resultat. Den sjätte och sista fasen bestod av skrivandet av resultat. Utdrag ur analysprocessen presenteras i Tabell 3.

Tabell 3. Utdrag ur analysprocessen enligt Braun & Clarke (2006) med exempel från de tre olika subteman.

Datautdrag	Kod	Subtema	Tema
".. kunde förutse risker genom att jämföra observerade kliniska tecken och symtom hos patienten med kliniska mönster i minnet och vidta lämpliga åtgärder för att förebygga smärta" (Gerber et al.; 2015; s. 5)	Erfarenheter	Sjuksköterskerelaterade faktorer	Smärtbedömning och smärbehandling utifrån olika faktorer
"Patienternas minskade förmåga att kommunicera innebar också att använda strategier och handlingssätt som tog hänsyn till olika förklaringar av patientens symtom och reaktioner." (Wøien & Bjørk, 2013, s.134).	Icke-kommunikativ patient	Patientrelaterade faktorer	
"Behovet av riktlinjer för smärtbehandling var ett problem för alla sjuksköterskor som ansåg att bristen på kliniska riktlinjer för smärtbehandling inom kliniska områden borde åtgärdas" (Subramanian et al., 2012, s. 1257).	Riktlinjer	Organisatoriska faktorer	

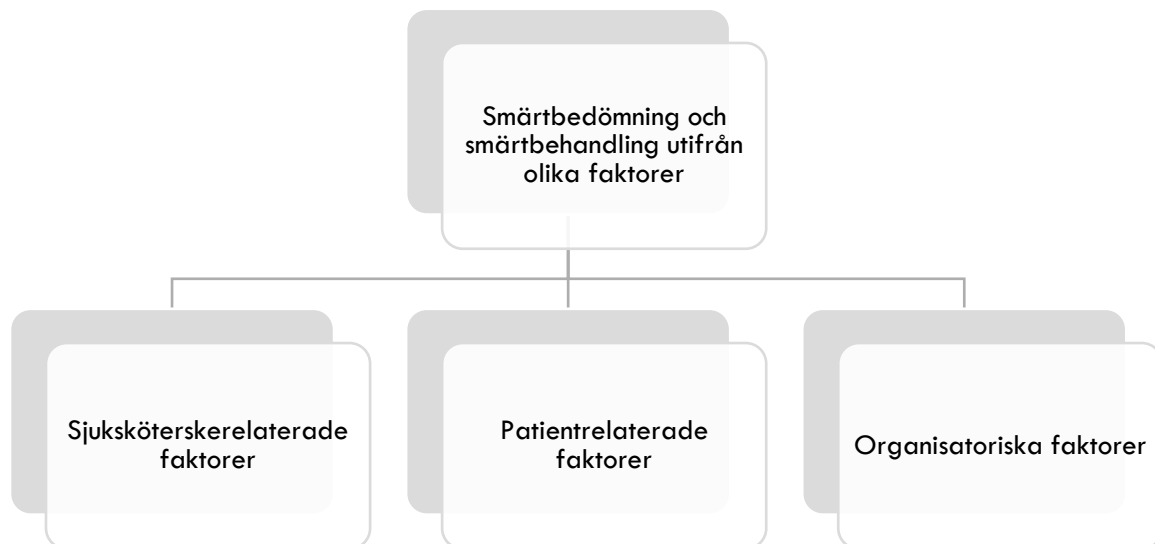
Etiska aspekter

Denna studie omfattar människor och därför ska den beakta etiska principer såsom det framkommer i Helsingforsdeklarationen framtagen av World Medical Association (WMA) (2013). I alla inkluderade artiklar ska en redovisning av etiska frågor finnas (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Artiklarna bör innehålla antingen en godkännande av etisk kommitté eller ett etiskt uttalande (Polit & Beck 2021). Deltagarna i studier ska ha fyllt i informerat samtycke, där det framgår bland annat att deltagandet i studien sker frivilligt utan påtryckningar och att deltagaren kan dra sig ur sin medverkan när som helst (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Att etiska aspekter i en litteraturstudie beaktas innebär också att forskaren har förpliktelse att följa etiska förhållningssätt vid sökning, bedömning, val och redovisning av inkluderade artiklar (Polit & Beck 2021). Vetenskapsrådet (2017) menar att det handlar om att undvika oredlighet i forskning såsom undanhållande av forskningsresultat och plagiering. Detta uppnås genom bland annat att inkludera all information som framkommer i artiklarna och referera det på ett rätt sätt (Kjellström, 2017).

I detta arbete hade endast de artiklar som tog hänsyn till forskningsetiska aspekter inkluderats samt resultaten i samtliga artiklar redovisades objektivt oavsett vad de visade. De källor som används hänvisades till på ett konsekvent och tydligt sätt med hjälp av APA 7-referensteknik.

RESULTAT

De femton inkluderade artiklarnas resultat har sammanställts utifrån intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta. Det framträdde i resultatet ett dominerande och övergripande tema som var tydlig i samtliga artiklarna, Smärtbedömning och smärtbehandling utifrån olika faktorer. Tre sammanfattande subteman som beskrev det temat, kunde konstrueras utifrån artiklarna. Dessa presenteras i Figur 3.



Figur 3. Illustration av tema och subteman

Smärtbedömning och smärtbehandling utifrån olika faktorer

Hur intensivvårdssjuksköterskorna märkte, bedömde och behandlade smärta berodde på intensivvårdssjuksköterskornas bakgrund och övertygelser, patientens kliniska situation samt kulturen på enheten/organisationen. Detta låg till grund för den första uppfattningen om situationen dvs om patienten kanske hade eller kom att få smärta. Denna första uppfattning kunde leda till att intensivvårdssjuksköterskorna använde ett av flera olika resonemangsmönster för att tolka innebörden av de fenomen som de hade lagt märke till. Detta tema delades upp i tre följande subteman.

Sjuksköterskerelaterade faktorer

Detta subtema handlade om hur intensivvårdssjuksköterskorna använde sig av olika faktorer, såsom kunskap, attityd, uppfattning, övertygelse, resonemang, erfarenhet och förmåga till att samarbeta i team i sin bedömning och behandling av smärta. Dessa faktorer kunde främja eller hindra en adekvat bedömning och behandling av smärta.

I alla artiklar rädde en gemensam uppfattning hos intensivvårdssjuksköterskorna om att bedömning och behandling av smärta var en del av det dagliga arbetet och att ingen patient skulle ha ont samt att smärta skulle behandlas, men att alla obehag inte kunde elimineras (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Batiha, 2014; Berntzen et al., 2018; Bourbonnais et al., 2016; Cooley et al., 2022; Deldar et al., 2018; Gerber et al., 2015; Gélinas et al., 2013; Krupic et al., 2020; Lindberg &

Engström, 2011; Subramanian et al., 2012; Taggart et al., 2021; Tsang et al., 2019; Wøien & Bjørk, 2013). Smärta betraktades som en individuell och subjektiv upplevelse och därmed upplevde varje patient smärta på sitt sätt (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Krupic et al., 2020; Lindberg & Engström, 2011; Subramanian et al., 2012; Taggart et al., 2021). Inadekvat behandling av smärta framträdde som en moralisk fråga (Berntzen et al., 2018; Lindberg & Engström, 2011; Taggart et al., 2021). Att misslyckas med att lindra smärta och lidande hos patienterna ansågs av intensivvårdssjuksköterskor som ett misslyckande inom omvårdnad och ibland ett personligt misslyckande, vilket gav en känsla av att vara en dålig intensivvårdssjuksköterska när patienterna upplevde smärta och obehag trots ihärdiga försök att lindra (Lindberg & Engström, 2011). Däremot upplevde intensivvårdssjuksköterskorna en inre tillfredsställelse och lycka när de lyckades lindra smärtan (Berntzen et al., 2018; Lindberg & Engström, 2011).

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev olika utgångspunkter för smärtbedömning och smärtbehandling beroende på olika faktorer (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022; Deldar et al., 2018; Gerber et al., 2015; Gélinas et al., 2013). Intensivvårdssjuksköterskor utgick från sin uppfattning om smärta i sin bedömning (Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022; Deldar et al., 2018). De menade att patienter på intensivvård drabbades av obehagliga fysiska känslor och obehagliga psykologiska känslor (Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Krupic et al., 2020; Lindberg & Engström, 2011). Obehagliga fysiska känslor innefattade smärta, obehaglig miljö och obehagliga kroppsliga känslor (Ashkenazy et al., 2022; Krupic et al., 2020; Lindberg & Engström, 2011). Smärta ansågs vara den främsta anledning till obehagliga fysiska känslor och den kunde ha varierande orsaker såsom procedurer och sjukdomen (Ashkenazy et al., 2022; Subramanian et al., 2012; Tsang et al., 2019). Begränsad rörelsefrihet genom att hindras från att röra sig fritt i sängen (Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018) samt övervakningsmonitor var en aspekt av obehaglig intensivvårdsmiljö (Tsang et al., 2019). Obehagliga kroppskänslor framkom som konsekvens vid omvårdnad såsom ändrat läge (Berntzen et al., 2018) och som konsekvens på brist på grundläggande fysiologiska behov, såsom sömnbrist och törst (Ashkenazy et al., 2022). Obehagliga psykologiska känslor ansågs vara icke-smärtsamma och förknippades med hjälplöshet, ensamhet, förlägenhet, rädsla och ångest (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Krupic et al., 2020). Patientens oförmåga att ha kontroll över sin situation relaterad till oförmåga att kommunicera samt bristen på integritet var exempel på orsaker till hjälplöshet och förlägenhet (Ashkenazy et al., 2022). Att skilja mellan smärta och obehag som inte var smärta uttrycktes vara svårt, strategier för att diagnostisera icke-smärtsamma obehag och smärta var likartade då det saknades systematisk bedömning av andra besvär än smärta (Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022). Dessa svårigheter gjorde bedömningen och beslutet om behandling till en utmaning för intensivvårdssjuksköterskor (Berntzen et al., 2018).

Förmågan att identifiera, bedöma och utvärdera smärta hos patienter betraktades som en väsentlig faktor för en adekvat smärtbedömning (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Gerber et al., 2015; Krupic et al., 2020; Taggart et al., 2021; Wøien & Bjørk, 2013). Denna förmåga upplevdes i sin tur vara påverkad av kunskap, färdighet och erfarenhet. Erfarenheter gav grunden till kliniska förväntningar, vilket möjliggjorde ett mer differentierat och sofistikerat tillvägagångssätt för bedömning samt hjälpte till att vidta lämpliga åtgärder för att förebygga och behandla smärta (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Gerber et al., 2015; Krupic et al., 2020; Subramanian et al., 2012; Taggart et al., 2021; Wøien & Bjørk, 2013).

Expertintensivvårdssjuksköterskorna använde sig, i sin kliniskt resonemang om smärta, av ett flertal aspekter i relation till sammanhanget för att kunna värdera patientens uttryck (Berntzen et al., 2018;

Gerber et al., 2015; Taggart et al., 2021; Wøien & Bjørk, 2013). Dessa artiklar lyfte fram hur intensivvårdssjuksköterskorna vävde in sin kunskap, erfarenhet och all tillgänglig information såsom information som samlats in från dokumentation, överrapportering, identifiering av potentiella källor till smärta och agitation för att contextualisera patientens tillstånd och kunna göra en så träffsäker smärtbedömning som möjligt.

Brister på kunskap, färdighet och erfarenhet ansågs kunna påverka patientens vård negativt (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Krupic et al., 2020; Wøien & Bjørk, 2013). Bristen på erfarenhet ledde till brister på färdighet och utgjorde ett av de hinder som intensivvårdssjuksköterskorna mötte varje dag och som försvårade smärtbedömning och smärtbehandling (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Deldar et al., 2018). Nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor tenderade till att koncentrera sig mer på att få till rätt dos av smärtstillande läkemedel och på de medicintekniska instrumenten, än på att bedöma smärtans intensitet (Deldar et al., 2018). Samma artikel hävdade att intensivvårdssjuksköterskorna saknade kunskap om att patienter som var sövda eller fick lugnande läkemedel kunde lida av smärta. Begränsningar i intensivvårdssjuksköterskors kunskap om t.ex. demenssjukdom eller om smärtbehandling framkom även i artiklar av Batiha (2014), Krupic et al. (2020) och Subramanian et al. (2012). Bristande kunskap om hur validerade smärtskattningsinstrument användes utgjorde också ett hinder som ledde till att patienternas smärta försumrades (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Deldar et al., 2018; Taggart et al., 2021). Smärta hos patienter försumrades även när intensivvårdssjuksköterskor trodde att patienterna simulerade smärtan (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Batiha, 2014; Lindberg & Engström, 2011).

Intensivvårdssjuksköterskorna hade en positiv inställning till validerade smärtverktyg då de tyckte att bedömning och behandling av smärta bäst uppnås genom att kunna tillämpa validerade smärtskattningsinstrument, inte minst när patienter inte kunde rapportera sin smärta (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Bourbonnais et al., 2016; Taggart et al., 2021). Intensivvårdssjuksköterskorna uppskattade tillägget av validerade smärtverktyg till sin bedömningsrepertoar av objektiva observationer, vilket gjorde att de blev mer säkra om smärtstillande medicineringsbeslut (Bourbonnais et al., 2016; Taggart et al., 2021). Bedömning baserade enbart på verktygen ansågs dock av erfarna intensivvårdssjuksköterskor vara otillräcklig (Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022; Wøien & Bjørk, 2013) då smärtskalan inte täcker hela omfattningen av vad patienten kunde uppleva och tog inte heller hänsyn till alla olika slags variabler som kunde vara orsaken till smärtan (Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022). Erfarna intensivvårdssjuksköterskor kunde se bortom ett smärtpoäng och överväga komplexiteten i smärtbedömning vid kritiskt tillstånd (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Gerber et al., 2015; Krupic et al., 2020; Subramanian et al., 2012; Taggart et al., 2021). Användning av kliniskt omdöme, erfarenhet och kunskap ansågs inte utesluta systematisk poängsättning dvs användning av validerade verktyg (Berntzen et al., 2018; Wøien & Bjørk, 2013). Däremot uttryckte intensivvårdssjuksköterskorna i en artikel av Deldar et al. (2018) en polariserade åsikt då de inte hade någon tro på att validerade smärtskattningsskalor fungerade utan ansåg att enbart egen förmåga till smärtbedömning var den bästa och rätta smärtbedömningsmetoden.

Intensivvårdssjuksköterskorna gav ett allmänt intryck av god förståelse och följsamhet till principerna för implementerad riktlinje/policy som en allmän inriktning för behandling och vård (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022; Subramanian et al., 2012). Det fanns dock en oro för hur målen i dessa riktlinjer upplevdes av patienterna, såsom t.ex. att hålla patienterna lätt sederade eller vakna under intensivvården (Berntzen et al., 2018). Intensivvårdssjuksköterskorna rapporterade att både läkare och intensivvårdssjuksköterska ofta hade varierande kunskap om

hantering av smärta och individuella preferenser för specifika mediciner, användning av begränsningar och vårdprocess (Tsang et al., 2019).

Förmågan att samarbeta i team och med familj värderades högt av intensivvårdssjuksköterskor. Att teamet arbetade nära tillsammans, frågade varandra och hjälptes åt gav möjlighet att främja en adekvat smärtbedömning och smärtlindring (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Subramanian et al., 2012; Taggart et al., 2021; Tsang et al., 2019). Samarbete med patienter och deras familjer rapporterades främja deras förståelse, underlätta terapeutisk rapport och bygga förtroende (Krupic et al., 2020; Tsang et al., 2019). Att arbeta mot gemensamma mål tillsammans med patienter och familj när det var möjligt, och involvera intensivvårdssjuksköterskekollegor och läkare i överläggningar stödde intensivvårdssjuksköterskorna i sina genomförande då detta kunde ge ledtrådar till lämplig och individualiserad behandling (Berntzen et al., 2018; Tsang et al., 2019). Samarbete handlade också om att ta hjälp av annan vårdpersonal när intensivvårdssjuksköterskor saknade kunskap om någon sjukdom, till exempel att konsultera en erfaren kollega för att bedöma smärta hos patienter med demens (Krupic et al., 2020). Dåligt samarbete kunde leda till en suboptimal smärtbehandling (Deldar et al., 2018; Tsang et al., 2019) då det framkom att läkaren inte hade förtroende för omvårdnadsbedömning av smärta (Batiha, 2014; Tsang et al., 2019), otillräcklig interaktion mellan läkare och intensivvårdssjuksköterskor när det gällde patientens smärta (Deldar et al., 2018) eller att intensivvårdssjuksköterskor inte sökte nya läkemedelsordinationer när det behövdes (Cooley et al., 2022).

Smärtbehandling utgjordes av farmakologisk och icke-farmakologisk behandling. Farmakologiska behandling var första val inom smärtbehandling (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022; Gerber et al., 2015; Lindberg & Engström, 2011; Wøien & Bjørk, 2013) men intensivvårdssjuksköterskornas rädsla för biverkningar av smärtstillande läkemedel utgjorde ett hinder för en adekvat smärtbehandling (Batiha, 2014; Cooley et al., 2022). Opioidanvändning skapade oönskade resultat då den orsakade bland annat förändring i patientens neurostatus som kunde gömma en försämring hos patienter eller hindrade patienter från att delta i vården och därmed förlängde vårdtiden (Cooley et al., 2022; Tsang et al., 2019). När intensivvårdssjuksköterskor hade erfarenhet och kunskap om farmakologisk behandling kunde de väga fördelar och risker mot varandra, vilket gjorde de säkra och inte rädda för biverkning och patienter uppgavs kunna få adekvat smärtlindring (Gerber et al., 2015; Lindberg & Engström, 2011).

Icke-farmakologisk behandling betraktades som komplement till farmakologisk behandling (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022), vilken handlade om olika omvårdnadsstrategier i syftet att minska smärta eller obehag (Ashkenazy et al., 2022; Cooley et al., 2022; Gélinas et al., 2013; Lindberg & Engström, 2011) och som kunde kategoriseras i fysisk kategori, kognitivt beteende, känslomässigt stöd och skapande av en bekväm miljö. Musikterapi eller distraktion ansågs minska smärtupplevelsen hos patienter, enkel massage minska oro, ångest och stress medan familjens närvaro fungerade som ett psykologiskt och emotionellt stöd (Gélinas et al., 2013). Beroende på intensivvårdssjuksköterskornas övertygelser och personliga repertoar av färdigheter rapporterades många andra icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som användes för att lindra fysiska, psykologiska och andliga aspekter av smärta (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Cooley et al., 2022; Gerber et al., 2015; Gélinas et al., 2013; Lindberg & Engström, 2011; Tsang et al., 2019). Exempel på dessa var att placera patienter i en bekväm position, samtala med patienter (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Lindberg & Engström, 2011) och minimera avbrott i vilan genom att gruppera interventioner så kallade "klustervård" i syftet att patienter kunde känna kontroll över situation (Gerber et al., 2015; Tsang et al., 2019). Också ett omsorgsfullt

förhållningssätt med kontinuerlig information, terapeutisk beröring och lugnande tal kunde observeras som genomförande vid vård av patienter som var sederade (Berntzen et al., 2018). Att hitta sätt att bygga upp patienternas självförtroende när de var rädda och hade ont (Cooley et al., 2022), kreativitet, humor, motiverande färdigheter, "att stå till tjänst", erkännande av individen var andra färdigheter som observerades för att balansera komfortaspekten och rehabiliterande aspekten när patienterna var mer vakna (Berntzen et al., 2018).

Patientrelaterade faktorer

Detta subtema handlade mest om grad av sjuklighet, kommunikationsförmåga, samarbetsvilja, och patienters kliniska tillstånd. Dessa utgjorde grunden för vilka strategier intensivvårdssjuksköterskorna använde sig av i sin bedömning och behandling av smärta.

Intensivvårdssjuksköterskorna lyfte fram olika patientrelaterade faktorer som upplevdes försvåra smärtbedömning och därmed hindrade en god smärtbehandling (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022). Dessa inkluderade svårighetsgrad av sjukdom, läkemedelsmetabolism, underliggande komorbiditet som kognitiv försämring (Tsang et al., 2019) eller genomgång av vissa typer av operationer såsom esophagektomi (Subramanian et al., 2012). Intensivvårdssjuksköterskor beskrev att intensivvårdspatienter oftast var multisjuka och ostabila, vilket gjorde att allvarliga komplikationer och akuta händelser kunde uppstå. Detta upplevdes som utmanade vid smärtbedömning och smärtbehandling och ställde högre krav på snabba insatser och noggrann övervakning (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Cooley et al., 2022; Subramanian et al., 2012) då en tydlig bedömning var svårt till följd av oklara symtom och multisjuklighet hos patienter (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Cooley et al., 2022). Fysiologisk stabilitet verkade vara det viktigaste kriteriet för att fatta beslut om farmakologisk behandling, de fysiologiska indikatorer som rörde patienternas hemodynamiska, neurologiska och respiratoriska stabilitet användes för att fatta beslut om smärtbehandling (Cooley et al., 2022; Gerber et al., 2015). Icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder anpassades också efter patientenstillstånd och behov. Distraction användes när patient var stabil. Massage var inte ett lämpligt icke-farmakologiskt ingrepp under vissa omständigheter, t.ex. efter vissa kirurgiska ingrepp medan psykologiskt stöd var lämpligt när patienter ansågs vara oroliga eller stressade (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Gélinas et al., 2013).

I många artiklar uttrycktes att patienternas kommunikationsförmåga var en mycket viktig faktor vid smärtbedömning (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Batiha, 2014; Cooley et al., 2022; Krupic et al., 2020; Taggart et al., 2021). Intensivvårdssjuksköterskorna försökte ignorera sin egen subjektiva bedömning och lita på vad patienterna berättade (Berntzen et al., 2018; Lindberg & Engström, 2011) för att de kände sig säkrare på att göra rätt när patienterna kunde svara (Berntzen et al., 2018). De strävade efter att få patienternas egen rapportering av smärta och använde olika metoder för att kommunicera med dem (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Krupic et al., 2020; Lindberg & Engström, 2011). Narrativa resonemang eller berättande resonemangsmönster var det sättet som de använde sig av (Taggart et al., 2021). Om patienter var verbalt kommunikativa användes subjektiv bedömning som handlade om vad patienterna hade sagt under bedömningen och under anamnesen (Alasiry & Löfvenmark, 2013). Slutna frågor, skrivande och gester om smärta var ett annat tillvägagångssätt för narrativa resonemang hos patienter som kunde gestikulera men inte tala. Till exempel kunde frågan "har du ont?" ställas (Taggart et al., 2021) eller så kunde patienternas kommunikation av smärta underlättas genom att skriva, om de kunde (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Taggart et al., 2021). Narrativa resonemang från patienters gestikulerande eller skriftliga uttryck utmanades ibland av kritisk sjukdom (Taggart et al., 2021).

Icke-kommunikativt verbala patienter som inte kunde uttrycka sin smärta ansågs vara en utmaning vid smärtbedömning (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022; Batiha, 2014; Gerber et al., 2015). Patienter som inte kunde språket (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Taggart et al., 2021) eller patienter med demenssjukdom som inte gick att kommunicera med (Krupic et al., 2020) utgjorde också en utmaning för intensivvårdssjuksköterskor då kommunikation var krävande, stressande och svår (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Krupic et al., 2020; Taggart et al., 2021). En rad andra hinder som intensivvårdssjuksköterskor ställdes inför rapporterades, som patienter som inte var samarbetsvilliga på grund av att de hade svår smärta (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Tsang et al., 2019), var rädda för mediciner (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Batiha, 2014), inte ville störa intensivvårdssjuksköterska (Batiha, 2014) eller förnekade att de hade ont (Alasiry & Löfvenmark, 2013) samt patienter som rapporterade sin smärta till läkare men inte till intensivvårdssjuksköterska eller hade fatalistiska föreställningar som ledde till bristande egenmotivation att ta emot farmakologiska behandling (Batiha, 2014). För att lära känna patienten som person använde intensivvårdssjuksköterskor sig av information från familjen, dokumentation, observationer och sina egna sociala konstruktioner (Krupic et al., 2020; Taggart et al., 2021). Anhöriga betraktades som resurs vid smärtbedömning då de hjälpte till att identifiera tecken på smärta samt gav intensivvårdssjuksköterskor bättre personlig kunskap om patienter (Krupic et al., 2020; Taggart et al., 2021; Tsang et al., 2019). Kunskap om patienternas bakgrund och livshistoria var nödvändig för att intensivvårdssjuksköterskorna skulle kunna tolka uttryck som kunde vara tecken på smärta (Krupic et al., 2020; Taggart et al., 2021).

Intensivvårdssjuksköterskorna anpassade smärtbedömning utifrån patientens kliniska tillstånd (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Ashkenazy et al., 2022). När kommunikation brast användes olika strategier för att bedöma smärta. Intensivvårdssjuksköterskorna använde sig av orsak och verkan i sin bedömning då de utgick från att alla ingrepp som orsakade nociceptiv smärta var smärtsamma, men att ha kvar en endotrakealtub till exempel ansågs som icke-smärtsamt obehag (Ashkenazy et al., 2022; Gerber et al., 2015). "Trial and error" var en annan metod som användes för att skilja smärta från obehag utan smärta, såsom att utföra en positionsförändring och se om den gav bra effekt utan att behöva ge smärtstillande läkemedel (Ashkenazy et al., 2022). Intensivvårdssjuksköterskorna betonade dock vikten av att låta sig vägledas av patienternas observerade kroppsspråk när de fattade beslut om smärta och andra obehag (Berntzen et al., 2018; Krupic et al., 2020; Lindberg & Engström, 2011). När det inte gick att kommunicera observerades och tolkades kroppsspråk för smärtbedömning.

Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev ett kliniskt intuitivt resonemang om smärta med hjälp av bland annat tecken och gester som patienter visade för att indikera smärta och obehag. Några tecken på smärta var en förändring i kroppsspråk, ett specifikt utseende, att vara orolig (Krupic et al., 2020; Lindberg & Engström, 2011; Subramanian et al., 2012), tillbakadragen, aggressiv eller rastlös (Krupic et al., 2020). Intensivvårdssjuksköterskorna använde sig också av patienters vitala parametrar för att komplettera sina observationer av patienternas smärta (Gerber et al., 2015; Lindberg & Engström, 2011).

Patientens tillstånd avgjorde också vilken validerade smärtskattningsskala som skulle användas (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Krupic et al., 2020; Lindberg & Engström, 2011). En av de skalorna var den numeriska skala NRS (Numerical Rating Scale) som kunde användas om patienter var vid medvetande och kunde kommunicera (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Batiha, 2014; Cooley et al., 2022; Lindberg & Engström, 2011; Taggart et al., 2021). Vissa patienter upplevde dock svårigheter att använda den (Batiha, 2014; Cooley et al., 2022; Lindberg & Engström, 2011). Detta medförde att intensivvårdssjuksköterskorna ändrade sin strategi för att utvärdera smärtan genom att använda andra beskrivningar av skalan (Lindberg & Engström, 2011). Att känna till patienters individuella vanliga svarsmönster hjälpte vid de extrema ändarna av smärtbedömningsskalorna, som noterades för sin

komplexitet. Den subjektiva komponenten i bedömningen underlättas av mönsterigenkänning (Taggart et al., 2021). Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) var ett exempel på validerade smärtskala som användes hos icke-kommunikativa patienter (Berntzen et al., 2018; Bourbonnais et al., 2016; Cooley et al., 2022; Taggart et al., 2021). Trots tillgången till och användbarheten av giltiga verktyg krävde sederande patienter och patienter med nedsatt kommunikation och kognition ofta tolkning utöver poängsättning (Berntzen et al., 2018; Cooley et al., 2022). Ibland var budskapen motstridiga när det gällde patientens självrapportering av smärta och det patientbeteende som observerades (Berntzen et al., 2018). Tillstånd av agitation, att vara lugn, reaktion på stimuli och muskelavslappning är indikatorer som användes för att spegla patienternas situation, för att generera hypoteser och bedöma åtgärdernas effektivitet (Gerber et al., 2015).

Organisatoriska faktorer

Detta subtema handlade om faktorer som var relaterade till organisation och som representerade både styrkor och begränsningar i smärtbedömning och smärtbehandling. Organisationskultur påverkade smärtbehandlingen och varierade från en organisation till en annan.

Det framkom att bristfällig kommunikation mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare utgjorde en faktor som negativt påverkade smärtbedömning och smärtbehandling (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Batiha, 2014; Deldar et al., 2018; Tsang et al., 2019). I vissa artiklar ansågs bristande kommunikation vara en konsekvens av tidsbrist till följd av hög arbetsbelastning och underbemanning (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Batiha, 2014). I andra artiklar däremot förklarades att kommunikationen mellan läkare och intensivvårdssjuksköterskor brast när läkaren inte hade förtroende för omvårdnadsbedömning av smärta (Batiha, 2014), inte diskuterade patienters smärta med intensivvårdssjuksköterskor (Deldar et al., 2018; Tsang et al., 2019) eller när intensivvårdssjuksköterskorna inte sökte nya läkemedelsordinationer då det behövdes (Cooley et al., 2022). Tidsbrist påverkade också intensivvårdssjuksköterskors förmåga att ge patienterna en god och adekvat smärtlindring (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Bathia, 2014; Lindberg & Engström, 2011). Den höga och tunga arbetsbelastningen hindrade intensivvårdssjuksköterskorna från att kunna vårda patienter med en god och hög vårdkvalitet (Bathia, 2014; Berntzen et al., 2018; Deldar et al., 2018; Krupic et al., 2020; Tsang et al., 2019), personalbristen inom arbetsplatsen leder till en tidspress som är en av orsakerna till den minskade vårdkvalitet såsom att inte hinna med icke-farmakologisk behandling (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Bathia, 2014; Deldar et al., 2018).

Begränsning i kliniskt beslutfattande var också en av de faktorer som begränsade intensivvårdssjuksköterskornas roll i smärtbehandling och därmed negativt påverkade behandling av patienters smärta. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att de var nästan helt beroende av läkaren vid smärtbehandling (Batiha, 2014; Cooley et al., 2022; Subramanian et al., 2012). De kunde endast påverka beslutet genom att ge förslag till läkarna (Subramanian et al., 2012) och att i vissa organisationer fanns policy som förbjöd intensivvårdssjuksköterskorna att uttryckligen föreslå eller be om en beställning av läkemedel (Cooley et al., 2022). Intensivvårdssjuksköterskorna förklarade att deras roll i smärtbehandlingen var begränsad till smärtbedömning och administrering av ordinerade smärtstillande läkemedel (Cooley et al., 2022; Subramanian et al., 2012). Dock var de tvungna att vara mer självständiga utanför kontorstid eller när läkarna var upptagna (Subramanian et al., 2012). Att vara beroende av läkaren i smärtbehandling ledde till att patienterna led under längre tid, då det förekom förseningar eller tveksamheter när det gällde att få lämplig läkemedelsordination. Sådana förseningar eller tveksamhet i läkemedelsordination förklarades kunna bero på läkarens bakgrund (Cooley et al., 2022; Subramanian et al., 2012). Intensivvårdsläkare med anestesibakgrund ansågs ordinera lämplig smärtlindring medan läkare med annan bakgrund var mer försiktiga (Cooley et al.,

2022). Begränsade tillgång till läkemedel (Batiha, 2014) och till lämplig läkemedelsordination, där det kombineras olika narkotikamedel för att behandla olika typer av smärta, hindrade också adekvat smärtbehandling (Cooley et al., 2022). Intensivvårdssjuksköterskor hänvisade till en institutionell förändring av praxis som begränsade tillgången till intravenös Fentanyl till primärt bruk endast i nödsituationer eller på särskild beställning. Men rädsla för att framstå som om att delta i läkemedelsavledning, om läkemedlet inte dokumenterades eller om patientens resultat inte stämde överens med de avsedda resultaten, gjorde att intensivvårdssjuksköterskorna inte ville förespråka detta läkemedel även om de skulle kunna göra det (Cooley et al., 2022). Avsaknad av kliniska riktlinjer som kunde vägleda och påminna intensivvårdssjuksköterskorna om vad de skulle göra när patienterna hade smärta (Batiha, 2014; Deldar et al., 2018; Subramanian et al., 2012) samt inkonsekventa rutiner för administrering av mediciner vid behov upplevdes försvåra en adekvat smärtbehandling och gav känsla av maktlöshet (Batiha, 2014; Subramanian et al., 2012; Taggart et al., 2021).

Kliniska riktlinjer med valida bedömningsverktyg gav intensivvårdssjuksköterskorna en riktning för behandling och vård även om den krävde omfattande tolkning av patienternas behov och individualisering av vården (Berntzen et al., 2018; Lindberg & Engström, 2011). Med kliniska riktlinjer upplevde intensivvårdssjuksköterskorna att de var ganska självständiga när det gällde vad de skulle göra när patienterna hade smärta. Intensivvårdssjuksköterskorna kunde administrera tunga doser av olika typer av smärtstillande medel inom den allmänna ordinationen utan att kontakta läkare. Om intensivvårdssjuksköterskorna inte kunde lindra patienters smärta genom att byta smärtstillande läkemedel kontaktade de läkaren (Lindberg & Engström, 2011). Implementering av kliniska riktlinjer resulterade i rutinmässig smärtbedömning (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Berntzen et al., 2018) medan det framkom i artikel av Deldar et al., (2018) att det inte fanns rutinmässig smärtbedömning för ventilerade patienter då det saknades riktlinjer. Trots kliniska riktlinjer upplevdes begränsningar i smärtbehandling. När det fanns riktlinjer behövde intensivvårdssjuksköterskorna prioritera mellan olika och ibland motstridiga mål om att lindra smärta men ändå säkerställa mål om framsteg och rehabilitering (Berntzen et al., 2018). Rehabiliteringens övergripande mål fick ibland intensivvårdssjuksköterskorna att hålla inne med smärtstillande för att åstadkomma planerade eller föreskrivna händelser, t.ex. avvänja från respiratorn. Att hitta balans mellan mål för rehabilitering och smärtbehandling lyckades inte alltid och intensivvårdssjuksköterskorna var ibland tvungna att hantera utmanande situationer med tanke på sina vårdideal (Berntzen et al., 2018). Intensivvårdssjuksköterskorna belyste också att problemet med inkonsekvenser i smärthanteringen och behovet av att individualisera den, utslöt användning av en gemensam klinisk riktlinje för smärtbehandling. Valen av farmakoterapi varierade avsevärt mellan intensivvårdsläkare, vilket resulterade i fall där patientens smärtstillande medel förändrades drastiskt, utan korrekt patientbedömning, när det skedde en övergång av intensivvårdsläkare. Inkonsekventa smärthanteringsmetoder var något som även bemärktes mellan dagskift och nattsift hos intensivvårdssjuksköterskor (Tsang et al., 2019).

Intensivvårdssjuksköterskorna rapporterade att brist på icke-verbala strukturerade smärtbedömningsverktyg, begränsade dokumentationsverktyg och den rådande enhetskulturen hämmade förmågan att bedöma och dokumentera smärta på ett meningsfullt sätt (Deldar et al., 2018; Subramanian et al., 2012; Taggart et al., 2021). Smärtbedömning utan verktyg beskrevs vara en komplex process, där intensivvårdssjuksköterskorna behövde vara expert för att kunna integrera smärtbeteende med patientens kontext för en adekvat smärtbedömning (Gerber et al., 2015). Med implementering av validerad smärtskattningsinstrument såsom CPOT fick intensivvårdssjuksköterskorna ett objektiva och analytiska sätt att poängsätta och rapportera smärtbeteenden (Bourbonnais et al., 2016; Taggart et al., 2021; Wøien & Bjørk, 2013). Användning av ett validerat verktyg förbättrade

intensivvårdssjuksköterskors förmåga att bedöma smärta, vilket ledde till förbättrad dokumentation (Taggart et al., 2021). Validerade smärtverktyg gav ett sätt att utvärdera interventioner, en metod att dokumentera smärta och motivera användning av smärtlindring (Bourbonnais et al., 2016; Taggart et al., 2021; Wøien & Bjørk, 2013). Validerade smärtverktyg hade inflytande på personliga beslut och bedömningar i den dagliga patientvården då det uppfattades underlätta ett systematiskt tillvägagångssätt vid bedömningen, minska subjektiviteten och förbättra en mer konsekvent rapportering (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Berntzen et al., 2018; Taggart et al., 2021). Detta förbättrade patientbedömningens kvalitet och kontinuitet genom generering av poäng, och uppnåendet av konsekvens i patientbedömningar och behandling (Taggart et al., 2021; Wøien & Bjørk, 2013). Smärtverktyg hjälpte intensivvårdssjuksköterskorna att i ett tidigt skede inse patienternas behov, visualisera förändringar i patienternas tillstånd och ingripa på individnivå (Wøien & Bjørk, 2013). Intensivvårdssjuksköterskorna rapporterade effektivare reflektion i kommunikationen med läkaren när de använde mer objektiva smärtverktyg för att förhandla om förändringar i smärtstillande administration. Läkare uppfattade intensivvårdssjuksköterskornas bedömning av icke-responsiva patienters smärta som mer pålitlig när den kommunicerades med hjälp av en objektiv poäng, vilket gav en mer tillförlitlig baslinje för att ge ytterligare smärtstillande justeringar (Taggart et al., 2021; Wøien & Bjørk, 2013).

Miljön på intensivvårdsavdelningen sågs som ett hinder för god omvårdnad och smärtlindring (Ashkenazy et al., 2022; Lindberg & Engström, 2011). Intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att det av sekretesskäl och på grund av brist på enkelrum var det svårt att föra intima samtal med patienterna som ett icke-farmakologisk behandling (Lindberg & Engström, 2011). I artikel av Ashkenazy et al. (2022) rapporterades att varken badrum eller dusch fanns. Tvätt och all omvårdnad skedde i patientsängen och patienters integritet utsattes vid omvårdnad då exempelvis patient och intensivvårdssjuksköterska kunde vara av olika kön eller då det var stora ålderskillnader mellan patient och intensivvårdssjuksköterska, vilket ledde till patienters upplevelse av obehag. Bristande tillgång till vissa hjälpmedel såsom värmekuddar och kylklampar hindrade icke-farmakologiska alternativ för att lindra smärta (Bathia, 2014).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Trovärdighet, tillförlitlighet, objektivitet, överförbarhet och autenticitet är fem principer som ska eftersträvas för att uppnå pålitlighet i en kvalitativ studie enligt Lincoln & Gubas (1985 refererad i Polit & Beck 2021) i syftet att minimera risken för systematiska fel och subjektiv påverkan. Detta uppnås dels genom noggrann följsamhet av den valda metoden vid datainsamling och dataanalys samt noggrann redovisning av alla genomförda steg så att det går att granska hur översikten tagits fram; dels genom att resultaten i alla inkluderade artiklar presenteras som de är utan att påverkas av författarna förutfattad mening eller åsikt (Polit & Beck 2021). Nedan diskuteras styrkor och svagheter i arbetet utifrån dessa kvalitetskriterier för att visa hur kvaliteten har säkerställts i denna litteraturstudie.

Denna studies syfte avsåg att studera intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta, detta styrde valet av studiedesignen litteraturstudie med kvalitativ ansats. Enligt Henricson & Billhult (2011) härstammar kvalitativ design från en holistisk tradition och syftar till att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen. Denna litteraturstudie, anser vi, svarade på syftet och gav en samlad bild över aktuellt kunskapsläge. En empirisk intervjustudie hade också varit en lämplig design att välja, något som diskuterades men valdes bort. Anledningen till detta var begränsad tid samt att författarna ansåg att deras tidigare erfarenheter, som de hade förvärvat från skrivna litteraturstudier under grundutbildningen, skulle kunna vara till hjälp.

Avgränsning med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier gjorde att mängden artiklar blev begränsad, mer riktad och hanterbar, vilket anses vara en styrka. Målinriktad sökning med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier förstärker trovärdigheten (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Att artiklarna var refereegranskade innebär att de var granskade av ämnesexperter innan publikation och de ansågs vetenskapliga, vilket ökar kvalitet och därmed stärker trovärdigheten av inkluderade artiklar (Polit & Beck 2021). Att endast artiklar publicerade mellan 2011–2023 inkluderades är både en styrka och en svaghet. De senaste forskningsresultaten belystes men relevanta artiklar som publicerades innan 2011 kan ha missats. Att endast artiklar skrivna på engelska inkluderades ökar risk för språk-bias, då relevanta artiklar skrivna på andra språk uteslöts.

En begränsning i den här studien är att en noggrann litteratursökning inte genomfördes då endast tre databaser genomsöktes, vilket innebär att relevanta artiklar kan ha missats. SBU (2020) anger att sökning i flera databaser minskar risken för snedvridning av resultat genom att artiklar missas. För att minska effekten av denna begränsning och stärka arbetets trovärdighet genomfördes sökningar i denna studie i databaserna CINAHL, Medline och PubMed som har bland annat omvårdnadsfokus och är rekommenderade av metodlitteratur inom omvårdnad för en heltäckande sökning (Polit & Beck, 2021). Sökningar kompletterades även med andra manuell sökstrategier, vilket rekommenderas av Polit & Beck (2021) för att erhålla betydande litteratur. Detta resulterade i två relevanta artiklar.

En styrka i denna studie är den systematiska sökstrategin som gjorde det möjligt att inkludera relevanta artiklar. Användningen av Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) modell förbättrade kartläggningen av intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta. Noggrann redovisning av urval, sökord och datainsamling utifrån Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) metod ger en ökad trovärdighet till denna litteraturstudie och en möjlighet till dess reproducerbarhet. Alla nyckelord i studiens syfte med dess alla möjliga synonymer inkluderades i sökning, i syftet att nå en hög sensitivitet och hög specificitet för att fånga så många relevanta artiklar som möjligt och

utesluta de icke relevanta och därmed öka studiens tillförlitlighet. Både ämnesord och fritextord kombinerades och användes i sökning då det tar tid innan artiklar i databaser taggas med ämnesord.

Ingen geografisk avgränsning gjordes, vilket resulterade i en stor geografiska utbredningen. Artiklar var från länder inom Europa (6), Nordamerika (4), Australia (1) och Asien (4). Majoritet av studierna var från representerade välfärdsländer som förmodas ha likheter i sina hälso- och sjukvårdssystem samt resurser gällande intensivvård, därför anser vi att denna studies resultat är tillämpligt och överförbart till Sverige. Detta trots att tre av studier genomfördes i utvecklingsländer som har begränsade resurser och en annorlunda hälso- och sjukvårdssystem, något som kan utgöra en svaghet då den kan ha en viss påverkan på resultat.

Tre av artiklar inkluderade förutom intensivvårdssjuksköterskornas även andra perspektiv. En studie inkluderade läkare, en inkluderade patient och läkare medan den tredje inkluderade patient och familj. Trots det bedömer författarna att detta inte sänker tillförlitligheten då i de artiklarna redovisades tydligt vilket perspektiv som citerades i texterna samt att de flesta deltagare var intensivvårdssjuksköterskor. De 15 inkluderade artiklarna granskades utifrån SBU mall för bedömning av studier med kvalitativ metodik (SBU, 2022). Granskningsarbete av samtliga artiklar genomfördes av båda författarna och granskningar jämfördes med varandra, detta anses stärka trovärdigheten av inkluderade artiklar (Polit & Beck 2021). Alla förutom två av de inkluderade artiklarna hade hög kvalitet, anledning till att artiklar med medelhög kvalitet inkluderades var att antalet artiklar med hög kvalitet bedömdes vara få. Detta kan ha en viss påverkan på resultat.

Tematisk innehållsanalys anser vi vara en fördel i denna studie då författarnas har bristande erfarenhet avseende forskningsmetoder och tidsramen var begränsade. Braun & Clarke (2006) rekommenderar tematisk analys då den är enklare och lättare att lära sig än andra kvalitativa metoder. Tematisk innehållsanalys fungerade väl som analysmetod för att besvara studiens syfte. En styrka i analysen är att den genomfördes först individuellt och sedan gemensamt av författarna, vilket bedömdes öka tillförlitligheten och verifierbarhet enligt Kristensson (2014). Författarna är medvetna om att det finns risk för feltolkning av litteraturen vid översättningen till svenska trots användning av lexikon, då ingen av författaren behärskar engelska som modersmål. Såsom det framkommer i Henricson (2011) och Kristensson (2014) användes grupphandledning som en verifikationsstrategi för att uppnå ett trovärdigt och pålitligt resultat och därmed öka studiens tillförlitlighet. Resultat diskuterades med och granskades kritiskt av handledare och studenter under handledning.

Pålitlighet och autenticiteten inom litteraturstudier innebär också att presentera resultat på ett objektivt sätt utan påverkan av egen förförståelse och att även presentera resultat som strider mot den egna argumentationslinjen (Henricson, 2011). Vi var medvetna om att vår kunskap, erfarenheter och uppfattningar om smärtbedömning och smärtbehandling kan riskera att färga syntesen. En hel neutralitet kan inte garanteras i en kvalitativ studie men vi försökte minimera påverkan av egen förförståelse av artiklarnas resultat genom att vara öppna och presentera all data som svarade på syftet, även oväntat fynd. Diskussion och reflektion över förförståelse och förväntningar under analysprocess var också ett sätt som rekommenderades av Henricson (2011) för att minska påverkan på resultat och som vi utförde under analysprocessen. Till sist hjälpte användning av APA referenshanteringssystem till att öka transparens och ärlighet som i sin tur ökar trovärdigheten.

Resultatet som vi fick kan inte vara det enda sättet att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta, då det inte existerar ett absolut korrekt sätt att genomföra dataanalysen och förståelsen skiljer sig åt beroende på vem som läser texten (Braun &

Clarke, 2006). Trots dess begränsningar anser vi att denna studie gav en ökad förståelse av den problematik som finns inom området smärta och vi hoppas på att den kan vara användbar i andra kontexter.

Resultatdiskussion

Resultatartiklar är markerade med *.

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma och behandla smärta. Detta kommer nedan att diskuteras utifrån de fyra domäner som beskrivs i personcentrerad vård: förutsättningar, vårdmiljön, personcentrerade processer och personcentrerade utfall. Det som visade sig i resultatet var att intensivvårdssjuksköterskorna bedömde och behandlade smärta utifrån olika faktorer. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie beskrev sjuksköterskerelaterade faktorer, patientrelaterade faktorer och organisatoriska faktorer som kunde främja eller hindra en adekvat bedömning och behandling av smärta. Dessa faktorer utgjorde grunden för vilka strategier intensivvårdssjuksköterskorna använde sig av för att bedöma och behandla smärta.

Förutsättningar för en personcentrerad smärthantering

I bakgrunden redogjordes för att smärta är en personlig upplevelse och ska ses och mötas som en upplevelse som skiljer sig åt från person till person (Raja et al., 2020). En adekvat smärtlindring är en mänsklig rättighet (Brennan et al., 2019) och intensivvårdssjuksköterska har en central och aktiv roll i att bedöma och behandla smärta (Aäri et al., 2008) då hen ansvarar för att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie var medvetna om detta eftersom resultat visade att de ansåg smärta vara en individuell och subjektiv upplevelse, varje patient upplevde smärta på sitt sätt (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Ashkenazy et al., 2022; *Berntzen et al., 2018; *Krupic et al., 2020; *Lindberg & Engström, 2011; *Subramanian et al., 2012; *Taggart et al., 2021). Det framkom även en gemensam uppfattning om att bedömning och behandling av smärta var en del av det dagliga arbetet och att ingen patient skulle ha ont (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Ashkenazy et al., 2022; *Batiha, 2014; *Berntzen et al., 2018; *Bourbonnais et al., 2016; *Cooley et al., 2022; *Deldar et al., 2018; *Gerber et al., 2015; *Gélinas et al., 2013; *Krupic et al., 2020; *Lindberg & Engström, 2011; *Subramanian et al., 2012; *Taggart et al., 2021; *Tsang et al., 2019; *Wøien & Bjørk, 2013). Det är rimligt att tolka att intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie visar en klar övertygelse om smärta som ger möjlighet till en personcentrerad smärtlindring. McCormack & McCance (2010) presenterar förutsättningarna som utgör de grundläggande byggstenarna för att uppnå en praxis som är personcentrerad. Dessa författare understryker bland annat att klagor över värderingar och övertygelser är kärnan i personcentrerad vård och ger sjuksköterska ett ansvar att inte bara lära känna patienten, utan också inse vad patienten själv bidrar med i vårdarbetet.

Resultatet visade att kompetensen hos intensivvårdssjuksköterskorna spelade en viktig roll i en adekvat smärtbedömning, vilket i sin tur ledde till att de kunde vidta lämpliga åtgärder för att förebygga och behandla smärta (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Ashkenazy et al., 2022; *Gerber et al., 2015; *Krupic et al., 2020; *Taggart et al., 2021; *Wøien & Bjørk, 2013). Denna kompetens grundade sig på förvärvade kunskaper, färdigheter och erfarenheter (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Ashkenazy et al., 2022; *Gerber et al., 2015; *Krupic et al., 2020; *Subramanian et al., 2012; *Taggart et al., 2021; *Wøien & Bjørk, 2013). Paralleller kan dras till kompetensbeskrivning, där det ställs krav på att intensivvårdssjuksköterskan ska ha specifika teoretiska kunskaper integrerade med praktiska färdigheter samt förmågan till kritiskt tänkande för att möta de svårt sjuka patienternas olika behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Dessutom menar Svensk sjuksköterskeförening (2020) att

intensivvårdssjuksköterskan ska ha en förmåga att hantera stora mängder information och medicinsk utrustning. Gélinas (2021) och Twycross et al. (2018) hävdar att intensivvårdssjuksköterskan ska bland annat ha tillräcklig kunskap om olika typer av smärta för att kunna fastställa dess möjliga orsak. Dessa författare lyfter fram att det krävs kunskap om farmakologiska behandlingar och dess verkningsmekanismer om patienter ska erhålla maximal lindring utan oönskade biverkningar. McCormack & McCance (2010) betonar att professionell kompetens är en förutsättning för personcentrerad vård. De förklarar att professionell kompetens innebär att sjuksköterskans kunskaper och färdigheter hjälper hen att fatta beslut och prioritera vård, och även omfattar kompetens i förhållande till fysiska eller tekniska aspekter av vården.

Erfarna intensivvårdssjuksköterskor kunde se bortom ett smärtpoäng när de använde en smärtskala och kunde överväga komplexiteten i smärtbedömning vid kritiskt tillstånd (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Ashkenazy et al., 2022; *Gerber et al., 2015; *Krupic et al., 2020; *Subramanian et al., 2012; *Taggart et al., 2021). Expertintensivvårdssjuksköterskorna hade förmågan att väva in sin kunskap, erfarenhet och all tillgänglig information för att kontextualisera patientens tillstånd och kunna göra en så träffsäker smärtbedömning som möjligt (*Berntzen et al., 2018; *Gerber et al., 2015; *Taggart et al., 2021; *Wøien & Bjørk, 2013). Däremot fokuserade nyutexaminerade intensivvårdssjuksköterskor mest på att utveckla medicinsk och tekniska färdigheter (*Deldar et al., 2018), vilket försvårade adekvat smärthantering (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Deldar et al., 2018). Det framkommer i bakgrunden att övervakning och behandling av kritiskt sjuka patienter kräver tillgång till en avancerad medicinteknisk utrustning (Tunlind et al., 2015). Detta har visat sig i studier av Crilly et al. (2019) och Tunlind et al. (2015) vara särskilt utmanande för den nyexaminerade intensivvårdssjuksköterskan, då tekniken drar till sig all deras uppmärksamhet och på så sätt blir ett hinder för att se patienterna. Dessa författare påstår att en erfaren intensivvårdssjuksköterska lärde sig att hålla tekniken i bakgrunden och utföra personcentrerad vård inom ramen för den tekniska miljön. McCormack & McCance (2010) hävdar att det finns en underförstådd förutsättning inom den personcentrerade ramen, nämligen att det krävs av en nyexaminerad sjuksköterska att hen fortsätter att lära sig, utvecklas och förvärvar färdigheter som gör det möjligt för hen att bli mer expert i sin yrkesutövning.

Vi kan dra slutsats om att kompetens gav en personcentrerad bedömning av smärta, vilket i sin tur ledde till en adekvat smärtbehandling. Expertis i yrkesutövning anser vi, kan uppnås med hjälp av en stödjande och lärande arbetsmiljö såsom det framkommer i studie av Lunden et al. (2017). Dessa forskare visar i sin studie att handledning, som möjliggör reflektion och själv bedömning, särskilt grupphandledning har visat sig positivt påverka sjuksköterskans personliga och professionella tillväxt. Positivt preceptorskap, kontinuerligt mentorskap och stöd till sjuksköterskans ledarskap i omvårdnadspraktiken främjar utvecklingen av hennes/hans kompetens (Lunden et al., 2017).

Vårdmiljöns betydelse för en adekvat smärthantering

I avsnittet bakgrund poängterades att den komplicerade behandlingen och den högt specialiserade miljön på intensivvården kräver ett stort antal personal med olika kompetenser som arbetar i team (Dietz et al., 2014). Samma studie betonar att kraven på kommunikation och samordning därför är höga, och för att uppnå bästa möjliga resultat för patienten är ett fungerande teamarbete avgörande. Studiens resultat kan förstärka detta. När teamet arbetade nära tillsammans, frågade varandra och hjälptes åt främjades en adekvat bedömning och behandling av smärta (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Subramanian et al., 2012; *Taggart et al., 2021; *Tsang et al., 2019). Däremot var dålig kommunikation mellan intensivvårdssjuksköterskor och läkare en faktor som negativt påverkade smärtbedömning och smärtbehandling (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Batiha, 2014; *Deldar et al., 2018; *Tsang et al., 2019). Detta är förenligt med det personcentrede ramverket. McCormack &

McCance (2010) betonar vikten av olika kompetenser, då de anser att olika yrkeskategorier påverkar effekten av personcentrerade vård. De förklarar detta med att teamets sammansättning och kommunikation i teamet påverkar de faktorer som gagnar patienter.

Ytterligare utmaningar i en adekvat smärtbehandling påverkades av vårdmiljön, vilket beskrevs bero på dåligt samarbete mellan intensivvårdssjuksköterskorna och intensivvårdsläkarna under kliniskt beslutfattande. Intensivvårdssjuksköterskorna rapporterade att deras kliniskt beslutfattande var begränsat, något som begränsade deras roll i smärtbehandling till endast smärtbedömning och administrering av ordinerade smärtstillande läkemedel. Detta påverkade behandling av patienters smärta negativt (*Batiha, 2014; *Cooley et al., 2022; *Subramanian et al., 2012). Richardson et al. (2010) har diskuterat detta i sin studie, där de undersöker studier om förhållandet mellan teamarbete, vårdprocesser och utfall inom intensivvård. De anser att trots en utveckling mot mer interprofessionellt teamarbete är det kliniska beslutsfattandet fortfarande problematiskt och fortsätter att uppfattas som en uppifrån och ner-styrd och vara en auktoritär process. I Reader et al. (2009) kopplas enheter med högre grad av samarbete mellan sjuksköterska och läkare under beslut till förbättrade patientresultat. Dessa författare beskriver även att i dessa enheter togs hänsyn till juniorteammedlemmars synpunkter i beslutfattande samt tilläts de kunna ifrågasätta seniorläkarens beslutfattande. Att det finns en god dialog mellan de olika vårdprofessionerna och att ansvaret och makten fördelas mellan dem anses även vara en förutsättning för att kunna åstadkomma en personcentrerad vård och därmed en smärtbehandling som utgår från varje patientupplevelse (McCormack & McCance, 2010).

Baserat på personcentrerat ramverk (McCormack & McCance, 2010), kan dessa erfarenheter om organisatoriska faktorer som rapporterades av intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie ses som exempel på hur vårdmiljö kan ha en inverkan på personcentrerad vård och därmed på smärtbehandling. Vi anser därför att ett fungerande teamarbete, som präglas av en god kommunikation, förutsätter ett team med olika kompetenser såsom det framkommer i studier av Nancarrow (2013). Vi tycker att de olika kompetenser som Nancarrow (2013) beskriver möjliggör innovativt tänkande, kreativitet och komplex problemlösning, något som ger bättre utfall. Dessutom anser vi i enlighet med Effendi et al. (2019) att ett icke-hierarkiskt teamarbete som involverar intensivvårdssjuksköterskor i beslutfattande visar respekt för deras kompetens och ger en tillåtande vårdkultur med möjlighet att få växa och blomma.

Personcentrerad smärthantering i klinisk praxis

I resultat uttrycktes att samarbete med patienter och deras familjer främjade deras förståelse, underlättade terapeutisk relation och byggde förtroende (*Krupic et al., 2020; *Tsang et al., 2019). I detta sammanhang var patienternas kommunikationsförmåga en mycket viktig faktor vid smärtbedömning (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Batiha, 2014; *Cooley et al., 2022; *Krupic et al., 2020; *Taggart et al., 2021). Intensivvårdssjuksköterskorna strävade efter att få patienternas egen rapportering av smärta och använde olika metoder för att kommunicera med dem (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Krupic et al., 2020; *Lindberg & Engström, 2011). Tidigare studier betraktar patientens självrapportering av smärta vara "guldstandarden" i smärtbedömning (Pota et al., 2022), vilket understryks även i det personcentrerade ramverket. Enligt Avallin et al. (2018) karakteriseras den personcentrerade vården inom smärtlindring av en god förtroendefull relation mellan patienten och sjuksköterskan där kommunikation har en viktig roll. Kommunikation möjliggör en ömsesidig förståelse av smärta och av olika alternativ av smärtlindrande åtgärder. Ett aktivt lyssnande och att ha ögonkontakt med patienter har en betydande roll vid personcentrerad vård enligt Avallin et al. (2018).

Resultat påvisade att patientens självrapportering av smärta inte alltid är möjlig. Icke-kommunikativt verbala patienter som inte kunde uttrycka sin smärta ansågs vara en utmaning vid smärtbedömning (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Ashkenazy et al., 2022; *Batiha, 2014; *Gerber et al., 2015). I dessa fall använde intensivvårdssjuksköterskor sig av information från familjen (*Krupic et al., 2020; *Taggart et al., 2021; *Tsang et al., 2019), dokumentation, och observationer för att lära känna patienten som person (*Krupic et al., 2020; *Taggart et al., 2021). I bakgrunden bedöms att enbart vitala parametrar såsom ändrad andningsfrekvens, förhöjt blodtryck och puls vara dåliga indikatorer på smärta (Pota et al., 2022). Tvärtom betonas att observation, närhet till patienter och kommunikation gör det möjligt för intensivvårdssjuksköterskan att förstå patienternas behov, stötta dem och möta deras oro (Gélinas, 2021). Raja et al. (2020) konstaterar att verbal beskrivning av smärta bara är ett av flera beteenden för att uttrycka smärta och därför anser Almerud et al. (2007) att intensivvårdssjuksköterskan måste hitta ett sätt att se personen bakom tekniken, när patienten är sövd och intuberad, och hitta en balans så att berättelsen inte går förlorad. Korrekt dokumentation av smärta säkerställer en säker och effektiv smärtbehandling och övervakar patienternas svar och hälsoreultat (Margonari et al., 2017)

Intensivvårdssjuksköterskor uppger att de fått ett objektiva och analytiska sätt att poängsätta och rapportera smärtbeteenden vid implementering av validerad smärtskattningsinstrument såsom CPOT. Effekten blev att validerade smärtverktyg gav en metod att dokumentera smärta och motivera användning av smärtlindring (*Bourbonnais et al., 2016; *Taggart et al., 2021; *Wøien & Bjørk, 2013). Dessutom minskades subjektiviteten och förbättrades en mer konsekvent rapportering (*Alasiry & Löfvenmark, 2013; *Berntzen et al., 2018; *Taggart et al., 2021). I bakgrunden förklaras att en god smärtlindring förutsätter en adekvat smärtbedömning (Pota et al., 2022) därför rekommenderar Chanques et al. (2010) användning av validerade Numerical Rating Scale (NRS) vid självrapportering av smärta. Andra studier såsom Puntillo et al. (2004) föreslog validerade instrument som är baserade på beteenden när självrapportering inte är möjligt relaterad till intubation och sedering, exempel Critical Care Pain Observation Tool (CPOT).

Sammanfattningsvis anser vi att intensivvårdssjuksköterskorna försöker utgå från patientupplevelse av smärta trots att det inte alltid är möjligt. Detta tycker vi visar att det finns en vilja och ambition hos intensivvårdssjuksköterskor att engagera sig i patienterna och försöka skapa en terapeutisk relation. Trots utmaningar tycker vi, liksom Cheraghi et al. (2017), att främjandet av patienters delaktighet, så långt det går, är av stor vikt. Intensivvårdssjuksköterskorna visar även god förståelse för att dokumentation av smärta är en del av den kommunikationen mellan de och patient, samt mellan de och läkare. Kopplad till det personcentrerade ramverket kan vi betrakta detta vara en del av omsättningen av personcentrerad smärthantering i praktiken, dvs en personcentrerad process såsom beskrivs av McCormack & McCance (2010). Ekman et al. (2011) menar att omsättning av personcentrerad vård till kliniska praxisen kräver: narrativet, partnerskapet (som initieras genom att lyssna på patientens berättelse) och att dokumentera narrativet.

Utfall av personcentrerad smärthantering

Det förväntas att personcentrerad vård leder till delaktighet, tillfredställelse, välbefinnande samt skapande av en terapeutisk kultur (McCance & McCormack, 2010). Dessa aspekter är omätbara därför påpekar McCance & McCormack (2010) att det är svårt att mäta exakt hur bra eller dålig den personcentrerade vården har varit. I denna uppsats kan vi relatera förväntade resultat till en adekvat smärthantering och till hur så pass tillfredsställda intensivvårdssjuksköterskorna är med sin arbetsinsats.

Samarbete med patienter, familj (när det var möjligt) och andra i vårdteam stödde intensivvårdssjuksköterskorna i deras genomförande då detta kunde ge ledtrådar till lämplig och individualiserad behandling (*Berntzen et al., 2018; *Tsang et al., 2019). Intensivvårdssjuksköterskorna kände sig säkrare på att göra rätt när patienterna kunde vara delaktiga (*Berntzen et al., 2018) och en inre tillfredsställelse och lycka upplevdes när de lyckades lindra smärtan (*Berntzen et al., 2018; *Lindberg & Engström, 2011). Det är rimligt att koppla dessa exempel av framsteg hos patienter och upplevelse av välbefinnande hos intensivvårdssjuksköterskor till ett personcentrerat arbetssätt. Detta bekräftas i ett flertal studier som beskrivs i bakgrunden, där det har påvisats goda resultat vid personcentrerad vård. Sigakis & Bittner (2015) belyser att tiden i respirator, förekomst av infektion, mortalitet och sjukhusvistelse minskades samt tidig mobilisering uppnåddes när smärta inte förnekades utan adekvat prioriteras, bedöms och behandlas. Intensivvårdssjuksköterskan i artikel av Hylén et al. (2020) hjälpte patienter att hitta strategier i kampen mot smärta genom att känna sig delaktiga i sin smärtbehandling samt att få känsla av att kunna kommunicera sin smärta. Connelly et al. (2020) visade genom att ställa frågan "vad är viktigt för dig idag?" till intensivvårdspatienter att vården förbättras och personifieras och långsiktiga resultat kunnat potentiellt förbättras.

SLUTSATSER

Resultatet visar på olika faktorer som kan främja eller hindra intensivvårdssjuksköterskorna från att utföra en adekvat bedömning och behandling av smärta. Dessa faktorer kan relateras till intensivvårdssjuksköterskorna, patienten eller organisationen. Professionell kompetens, patientens tillstånd och organisationskultur är exempel på de faktorerna.

Kliniska implikationer

Trots att denna litteraturstudie omfattar enbart 15 artiklar, är dess resultat omfattande och tyder på följande kliniska implikationer: Personcentrerad vård kan vara ett sätt att bedöma och behandla smärta utifrån patienternas behov, resurser och förutsättningar. Personcentrerad vård gällande smärthantering kräver en professionell kompetens av intensivvårdssjuksköterskan, som i sin tur förutsätter en stödjande och lärande arbetsmiljö. Personcentrerad vård gällande smärthantering kräver också ett icke-hierarkiskt vårdteam med olika kompetenser och en god kommunikation.

Förslag på vidare forskning

Denna studie utgick från intensivvårdssjuksköterskans perspektiv. Det vore naturligtvis av stort intresse att också belysa hur intensivvårdspatienter erfar bedömning och behandling av smärta utifrån personcentrerad vård, då patientens tillfredsställelse betraktas mest påtagliga måttet på kvalitet av vård.

REFERENSER

Resultatartiklar är markerade med *.

*Alasiry, S., & Löfvenmark, C. (2013). Nurses' perceptions of pain assessment and pain management for patients with myocardial infarction in a coronary care unit. *Middle East J Nurs*, 7(5), 9-22.

*Ashkenazy, S., Weissman, C., & DeKeyser Ganz, F. (2022). Intensive Care Unit Caregivers Perception of Patient Discomfort: A Qualitative Study. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(6), 711–719. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.08.010>

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility--being a patient in technologically intense environments. *Nursing in critical care*, 12(3), 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x>

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>

Aäri, R. L., Tarja, S., & Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. *Intensive & critical care nursing*, 24(2), 78–89. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.006>

*Batiha, A. M. (2014). Pain management barriers in critical care units: A qualitative study. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 3(1), 1.

*Berntzen, H., Bjørk, I. T., & Wøien, H. (2018). "Having the compass-drawing the map": Exploring nurses' management of pain and other discomforts during use of analgosedation in intensive care. *Nursing open*, 6(2), 453–462. <https://doi.org/10.1002/nop2.227>

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing. A step-by-step guide.* (2nd ed). London: McGraw-Hill Education/Open University Press

*Bourbonnais, F. F., Malone-Tucker, S., & Dalton-Kischei, D. (2016). Intensive care nurses' assessment of pain in patients who are mechanically ventilated: How a pilot study helped to influence practice. *The Canadian journal of critical care nursing*, 27(3), 24–29.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Brennan, F., Lohman, D., & Gwyther, L. (2019). Access to Pain Management as a Human Right. *American journal of public health*, 109(1), 61–65. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304743>

Brummel, S. K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., Koons, E., Loggers, E., Porock, D., Reuben, D. B., Saliba, D., Scanlon, W. J., Tabbush, V., Tinetti, M., Tumlinson, A., & Vladeck, B. C. (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jgs.13866>

- Cederwall, C. J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S., & Ringdal, M. (2018). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. *Intensive & critical care nursing*, 46, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.11.004>
- Cheraghi, A. M., Esmaeili, M., & Salsali, M. (2017). Seeking Humanizing Care in PatientCentered Care Process. *Holistic Nursing Practice*, 31(6), 359-368. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000233>
- Chanques, G., Viel, E., Constantin, J. M., Jung, B., de Lattre, S., Carr, J., Cissé, M., Lefrant, J. Y., & Jaber, S. (2010). The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*, 151(3), 711–721. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.039>
- Cooley, R., Venkatachalam, A. M., Aguilera, V., Olson, D. M., & Stutzman, S. E. (2022). A Qualitative Study of Nurses' Perceptions of Narcotic Administration after Subarachnoid Hemorrhage. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(2), 151–157. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.008>
- Connelly, C., Jarvie, L., Daniel, M., Monachello, E., Quasim, T., Dunn, L., & McPeake, J. (2020). Understanding what matters to patients in critical care: An exploratory evaluation. *Nursing in critical care*, 25(4), 214–220. <https://doi.org/10.1111/nicc.12461>
- *Cooley, R., Venkatachalam, A. M., Aguilera, V., Olson, D. M., & Stutzman, S. E. (2022). A Qualitative Study of Nurses' Perceptions of Narcotic Administration after Subarachnoid Hemorrhage. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(2), 151–157. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.008>
- Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A.-S., Quiertant, C., Papy, E., et al. (2007). Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study. *European Journal of Pain*, 12(1), 3-8.
- Crilly, G., Dowling, M., Delaunois, I., Flavin, M., & Biesty, L. (2019). Critical care nurses' experiences of providing care for adults in a highly technological environment: A qualitative evidence synthesis. *Journal of clinical nursing*, 28(23-24), 4250–4263. <https://doi.org/10.1111/jocn.15043>
- *Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. *BMC nursing*, 17, 11. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0281-3>
- Delaney, L. J., Currie, M. J., Huang, H. C., Lopez, V., Litton, E., & Van Haren, F. (2017). The nocturnal acoustical intensity of the intensive care environment: an observational study. *J Intensive Care*, 5, 41. doi: 10.1186/s40560-017-0237-9
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A., & Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of critical care*, 29(6), 908–914. <https://doi.org/10.1016/j.jcrr.2014.05.025>
- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233–236. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.014>
- Edmond, S. N., & Keefe, F. J. (2015). Validating pain communication: current state of the science. *Pain*, 156(2), 215–219. <https://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460301.18207.c2>

- Efendi, F., Kurniati, A., Bushy, A., & Gunawan, J. (2019). Concept analysis of nurse retention. *Nursing & health sciences*, 21(4), 422–427. <https://doi.org/10.1111/nhs.12629>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Falk, A. C., Schandl, A., & Frank, C. (2019). Barriers in achieving patient participation in the critical care unit. *Intensive & critical care nursing*, 51, 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.008>
- Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The association of sleep and pain: an update and a path forward. *The journal of pain*, 14(12), 1539–1552. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.08.007>
- *Gerber, A., Thevoz, A. L., & Ramelet, A. S. (2015). Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 28(1), 2–9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.06.002>
- *Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in critical care*, 18(6), 307–318. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>
- Gélinas, C. (2021). Pain and pain management. I Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (red.). *Critical care nursing: diagnosis and management*. (Ninth edition, s. 116-139) Amsterdam: Elsevier.
- Harris, S., Morley, S., & Barton, S. B. (2003). Role loss and emotional adjustment in chronic pain. *Pain*, 105(1-2), 363–370. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00251-3](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00251-3)
- Henricson, M & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl., s. 129–138) Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M (2012). Diskussion. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl., s. 471–480) Lund: Studentlitteratur.
- Herr, K.A., Coyne, P.J., Mccaffery, M., Manworren, R.C., & Merkel, S.I. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12 4, 230-50.
- Hylén, M. et al. (2020) Patients' experiences of pain in the intensive care – The delicate balance of control. *Journal of advanced nursing*. [Online] 76 (10), 2660–2669.
- Hylén, M. (2021). *Pain in intensive care: assessments and patients' experience*. Diss. (sammanfattning) Malmö: Malmö universitet, 2021. Malmö.
- Hsu, S. M., Ko, W. J., Liao, W. C., Huang, S. J., Chen, R. J., Li, C. Y., & Hwang, S. L. (2010). Associations of exposure to noise with physiological and psychological outcomes among post-cardiac surgery patients in ICUs. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 65(10), 985–989. <https://doi-org.sll.idm.oclc.org/10.1590/s1807-59322010001000011>

Johansson, L., Knutsson, S., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2016). Noise in the ICU patient room - Staff knowledge and clinical improvements. *Intensive Crit Care Nurs*, 35, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.02.005>

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 69(1), 4-15. <https://doi.org.till.biblextern.sh.se/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan., s. 57-77.). Lund: Studentlitteratur AB.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

*Krupic, F., Grbic, K., Senorski, E. H., Lepara, O., Fatahi, N., & Svantesson, E. (2020). Experience of Intensive Care Nurses in Assessment of Postoperative Pain in Patients with Hip Fracture and Dementia. *Materia socio-medica*, 32(1), 50-56. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.50-56>

Kyranou, M., & Puntillo, K. (2012). The transition from acute to chronic pain: might intensive care unit patients be at risk? *Annals of intensive care*, 2(1), 36. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-2-36>

*Lindberg, J. O., & Engström, Å. (2011). Critical care nurses' experiences: "a good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management". *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12(3), 163-172. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.03.009>

Lu, Y., Li, Y. W., Wang, L., Lydic, R., Baghdoyan, H. A., Shi, X. Y., & Zhang, H. (2019). Promoting sleep and circadian health may prevent postoperative delirium: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Sleep Med Rev*, 48, 101207. doi: 10.1016/j.smrv.2019.08.001

Lunden, A., Teräs, M., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2017). A systematic review of factors influencing knowledge management and the nurse leaders' role. *Journal of nursing management*, 25(6), 407-420. <https://doi-org.sll.idm.oclc.org/10.1111/jonm.12478>

Maartmann-Moe, C. C., Solberg, M. T., Larsen, M. H., & Steindal, S. A. (2021). Patients' memories from intensive care unit: A qualitative systematic review. *Nursing open*, 8(5), 2221-2234. <https://doi-org.sll.idm.oclc.org/10.1002/nop2.804>

Margonari, H., Hannan, MS., & Schlenk, EA. (2017). Kvalitetsförbättringsinitiativ om smärtekunskap, bedömning och dokumentationsförmåga hos barnsjuksköterskor. *Barnsköterskor*, 43(2):65-70.

Marikar Bawa, F. L., Sutton, J. W., Mercer, S. W., & Bond, C. M. (2021). "I'm empowered to look after myself" - Mindfulness as a way to manage chronic pain: An interpretative phenomenological analysis of participant experiences in Scotland. *Social science & medicine* (1982), 281, 114073. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114073>

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, 37, 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jccr.2016.07.015>

- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online journal of issues in nursing*, 16(2), 1.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of advanced nursing*, 20(1), 189-195.
- Myburgh, J., Abillama, F., Chiumello, D., Dobb, G., Jacobe, S., Kleinpell, R., . . . Zimmerman, J. (2016). End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*, 34, 125-130. doi:10.1016/j.jcrc.2016.04.017
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for health*, 11, 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Pota, V., Coppolino, F., Barbarisi, A., Passavanti, M. B., Aurilio, C., Sansone, P., & Pace, M. C. (2022). Pain in Intensive Care: A Narrative Review. *Pain and therapy*, 11(2), 359–367. <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00366-0>
- Puntillo, K. A., Morris, A. B., Thompson, C. L., Stanik-Hutt, J., White, C. A., & Wild, L. R. (2004). Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Critical care medicine*, 32(2), 421–427. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000108875.35298.D2>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Reader, Tom, Flin, Rhona, Mearns, Kathryn, Cuthbertson, Brian & MD, FRCA. (2009). Utveckla ett ramverk för teamprestationer för intensivvårdsavdelningen *. *Critical Care Medicine*, 37, 1787-1793. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819f0451>
- Richardson, J., West, M. A., & Cuthbertson, B. H. (2010). Team working in intensive care: current evidence and future endeavors. *Current opinion in critical care*, 16(6), 643–648. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32833e9731>
- Rittner, H. L., Machelska, H., & Stein, C. (2005). Leukocytes in the regulation of pain and analgesia. *Journal of leukocyte biology*, 78(6), 1215–1222. <https://doi.org/10.1189/jlb.0405223>
- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., Im, K., Donahoe, M., & Pinsky, M. R. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical care medicine*, 30(4), 746–752. <https://doi.org/10.1097/00003246-200204000-00004>

Samarasee, A., Rhind, G., Saleh, U., & Bhattachacharya, V. (2010). Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patient: a review. *The Surgeon*, 8,(3) 151-8. doi: 10.1016/j.surge.2009.10.039

SBU (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Hämtad den 14 februari 2023 från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

SBU (2020). *SBU:s metodbok*. Hämtad den 5 april 2023 från: https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv#48402_3

Siffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2007). Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2142-2148.

Sigakis, M. J., & Bittner, E. A. (2015). Ten Myths and Misconceptions Regarding Pain Management in the ICU. *Critical care medicine*, 43(11), 2468–2478. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001256>

Sikandar, S., & Dickenson, A. H. (2012). Visceral pain: the ins and outs, the ups and downs. *Current opinion in supportive and palliative care*, 6(1), 17–26. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e32834f6ec9>

Souza Monteiro de Araujo, D., Nassini, R., Geppetti, P., & De Logu, F. (2020). TRPA1 as a therapeutic target for nociceptive pain. *Expert opinion on therapeutic targets*, 24(10), 997– 1008. <https://doi.org/10.1080/14728222.2020.1815191>

Staffe, A. T., Bech, M. W., Clemmensen, S. L. K., Nielsen, H. T., Larsen, D. B., & Petersen, K. K. (2019). Total sleep deprivation increases pain sensitivity, impairs conditioned pain modulation and facilitates temporal summation of pain in healthy participants. *PloS one*, 14(12), e0225849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225849>

Stewart, D., Mete, M., & Groninger, H. (2019). Virtual reality for pain management in patients with heart failure: Study rationale and design. *Contemporary clinical trials communications*, 16, 100470. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100470>

*Subramanian, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal of clinical nursing*, 21(9-10), 1254–1262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03789.x>

Svensk sjuksköterskeförening (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå*. Hämtad 27 december 2022 från: <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576146/1610610301605/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>

*Taggart, S., Skylas, K., Brannelly, A., Fairbrother, G., Knapp, M., & Gullick, J. (2021). Using a clinical judgement model to understand the impact of validated pain assessment tools for burn clinicians and adult patients in the ICU: A multi-methods study. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 47(1), 110–126. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.05.032>

*Tsang, J. L. Y., Ross, K., Miller, F., Maximous, R., Yung, P., Marshall, C., Camargo, M., Fleming, D., & Law, M. (2019). Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit. *BMJ open*, 9(4), e024328. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024328>

Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive & critical care nursing*, 31(2), 116–123. <https://doi.org.sll.idm.oclc.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>

Twycross, A., Quinn, R., Leegaard, M., Salvetti, M., & Gordon, G. 2018. *IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing*. Hämtad den 19 mars 2023 från: <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet hämtad den 18 mars 2023 från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>

Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L., & Creedy, D. K. (2008). Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *American Journal of Critical Care*, 17(6), 534-543.

Werner, A., Isaksen, L. W., & Malterud, K. (2004). 'I am not the kind of woman who complains of everything': illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social science & medicine* (1982), 59(5), 1035–1045. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.001>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 22 februari 2022 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wrona, S. K., Quinlan-Colwell, A., Brown, L., & Jannuzzi, R. G. E. (2022). Procedural Pain Management: Clinical Practice Recommendations American Society for Pain Management Nursing. *Pain Management Nursing*, 23(3), 254-258.

*Wøien, H., & Bjørk, I. T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study. *Intensive & critical care nursing*, 29(3), 128–136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.11.003>

BILAGOR

Bilaga I: Söktermer och kombinationer av söktermer.

Sökning	Sökord / kombinationer		
P: Intensivvårdssjuksköterska			
1 Ämnesord i respektive databas	("Nurses") AND (("Critical Care") OR ("Critical Care Nursing") OR ("Intensive Care Units"))		
2 Fritextord	(nurse* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR ("health care pro*" AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR (Staff* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR ("health workers" AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR (clinician* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR (caregiver* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR "ICU nurs*" OR "Critical Care Nurse*"		
3	1 OR 2		
E: Bedöma och behandla smärta			
4 Ämnesord i respektive CINAHL, PubMed och Medline	(MH "Pain") OR (MH "Pain Measurement") OR (MH "Pain Management") OR (MH "Treatment Related Pain") OR (MH "Analgesics")	"Pain"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh] OR "Analgesics"[Mesh]	(MH "Pain") OR (MH "Pain Measurement") OR (MH "Pain Management") OR (MH "Treatment Related Pain") OR (MH "Analgesics")
5 Fritextord	"pain management" OR "pain measurement" OR "pain assessment" OR "pain relief" OR "pain control" OR "pain treatment" OR Opid* OR (Managing* AND pain) OR Analgesics*		
6	4 OR 5		
O: Erfarenheter			
7 Ämnesord i respektive CINAHL, PubMed och Medline	(MH "Life Experiences") OR (MH "Attitude") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Caregiver Attitudes") OR (MH "Perception")	"Life Change Events"[Mesh] OR "Attitude"[Mesh] OR "Perception"[Mesh]	(MH "Life Experiences") OR (MH "Attitude") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Caregiver Attitudes") OR (MH "Perception")
8 Fritextord	Experience* OR Attitude* OR Perception* OR Views OR Perspective*		
9	7 OR 8		
T: Studiedesign			
10 Ämnesord i respektive CINAHL, PubMed och Medline	(MH "Qualitative Studies") OR (MH "Phenomenological Research") OR (MH "Phenomenology") OR (MH "Multimethod Studies") OR (MH "Content Analysis") OR (MH "Semi-Structured Interview") OR (MH "Interviews") OR (MH "Structured Interview") OR (MH "Unstructured Interview")	"Qualitative Research"[Mesh] OR "Interviews as Topic"[Mesh]	(MH "Qualitative Studies") OR (MH "Interviews as Topic")
11 Fritextord	Qualitative OR Deskriptiv* OR Phenomeno* OR Interview* OR focus group		
12	10 OR 11		
13	3 AND 6 AND 9 AND 12		

Bilaga II: Sökschema i databaser

Databasens namn: CINAHL

Datum för sökning: 9/02/2023

Sökning	Sökord / kombinationer	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar i full text	Inkluderade artiklar
Intensivvårdssjuksköterskor							
1 Ämnesord	(MH "Nurses") AND ((MH "Critical Care") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Intensive Care Units"))		1,203				
2 Fritextord	TX (nurse* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX ("health care pro*" AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX (Staff* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX ("health workers*" AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX (clinician* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX (caregiver* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX "ICU nurs*" OR TX "Critical Care Nurse*"		75,447				
3	1 OR 2		75,447				
Bedöma och behandla smärta							
4 Ämnesord	(MH "Pain") OR (MH "Pain Measurement") OR (MH "Pain Management") OR (MH "Treatment Related Pain") OR (MH "Analgesics")		137,114				
5 fritextord	TX "pain management" OR TX "pain measurement" OR TX "pain assessment" OR TX "pain relief" OR TX "pain control" OR TX "pain treatment" OR TX Opid* OR TX (Managing* AND pain) OR TX Analgesics*		147,009				
6	4 OR 5		194,716				
Erfarenheter							

Databasens namn: PubMed

Datum för sökning: 9/02/2023

Sökning	Sökord / kombinationer	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar i full text	Inkluderade artiklar
Intensivvårdssjuksköterskor							
1 Ämnesord	("Nurses"[Mesh]) AND (("Critical Care"[Mesh]) OR ("Critical Care Nursing"[Mesh]) OR ("Intensive Care Units"[Mesh]))		2 788				
2 Fritextord	nurse* [TW] AND ("intensive care" [TW] OR "critical care" [TW] OR "critically ill patient*" [TW]) OR "health care pro*" [TW] AND ("intensive care" [TW] OR "critical care" [TW] OR "critically ill patient*" [TW]) OR Staff* [TW] AND ("intensive care" [TW] OR "critical care" [TW] OR "critically ill patient*" [TW]) OR "health workers*" [TW] AND ("intensive care" [TW] OR "critical care" [TW] OR "critically ill patient*" [TW]) OR clinician* [TW] AND ("intensive care" [TW] OR "critical care" [TW] OR "critically ill patient*" [TW]) OR caregiver* [TW] AND ("intensive care" [TW] OR "critical care" [TW] OR "critically ill patient*" [TW]) OR "ICU nurs*" [TW] OR "Critical Care Nurse*" [TW]		44 974				
3	1 OR 2		45 071				
Bedöma och behandla smärta							
4 Ämnesord	"Pain"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh] OR "Analgesics"[Mesh]		641 572				
5 fritextord	"pain management" [TW] OR "pain measurement" [TW] OR "pain assessment" [TW] OR "pain relief" [TW] OR "pain control" [TW] OR "pain treatment" [TW] OR Opid* [TW] OR (Managing* [TW] AND pain [TW]) OR Analgesics* [TW]		285 975				
6	4 OR 5		686 217				

Erfarenheter							
7	Ämnesord	"Life Change Events"[Mesh] OR "Attitude"[Mesh] OR "Perception"[Mesh]		1 103 661			
8	fritextord	Experience* [TW] OR Attitude* [TW] OR Perception* [TW] OR Views [TW] OR Perspective* [TW]		2 472 036			
9		7 OR 8		2 857 254			
Studiedesign							
10	Ämnesord	"Qualitative Research"[Mesh] OR "Interviews as Topic"[Mesh]		131 313			
11	fritextord	Qualitative [TW] OR Deskriptiv* [TW] OR Phenomeno* [TW] OR Interview* [TW] OR focus group [TW]		940 704			
12		10 OR 11		940 813			
13		3 AND 6 AND 9 AND 12		154			
14			Publiceringsdatum: 20110101- 20231231 Engelskspråkig	94	94	24	13 13
Dubblett i CINAHL				10			

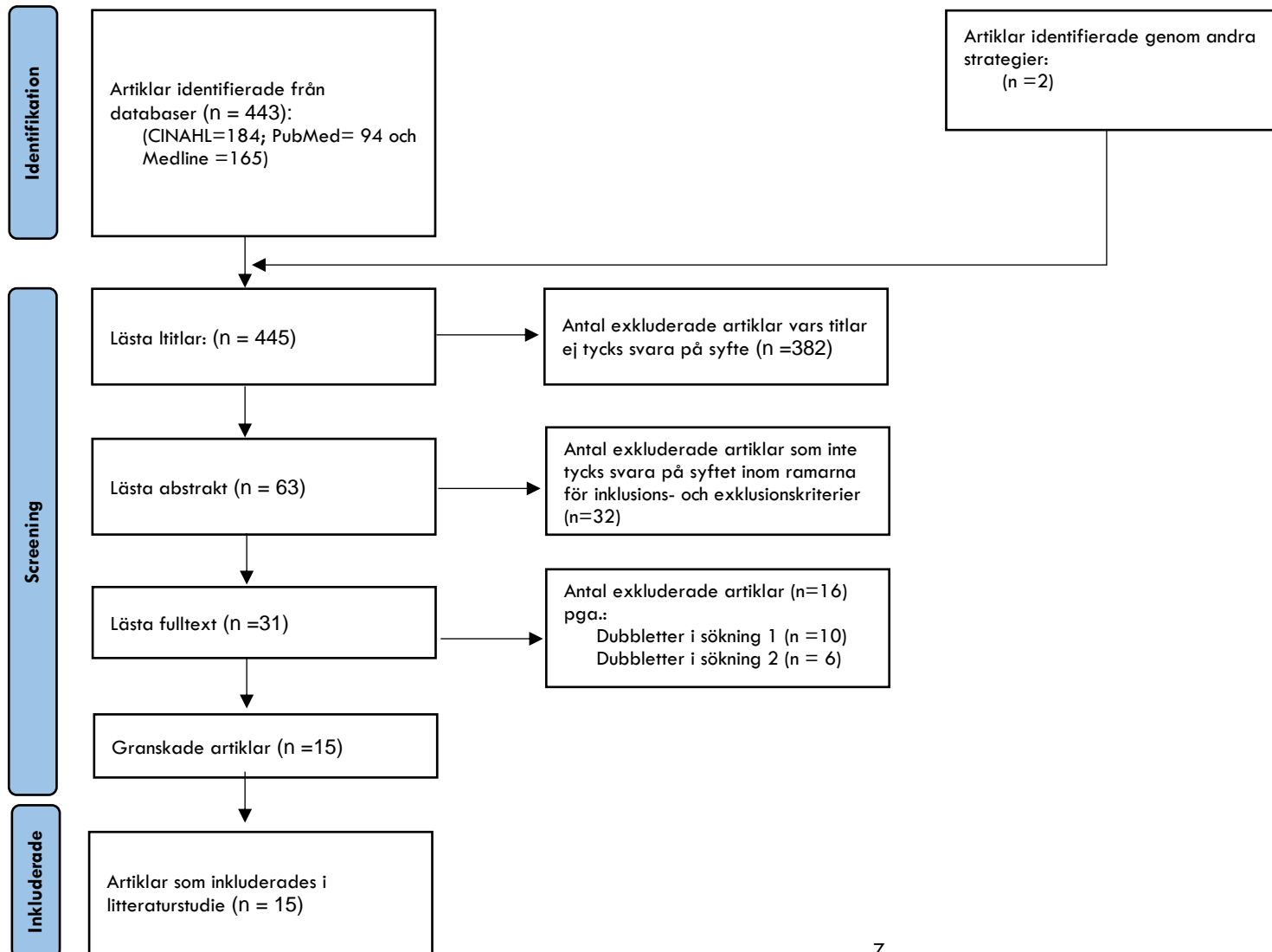
Databasens namn: Medline

Datum för sökning: 9/02/2023

Sökning	Sökord / kombinationer	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar i full text	Inkluderade artiklar
Intensivvårdssjuksköterskor							
1 Ämnesord	(MH "Nurses") AND ((MH "Critical Care") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Intensive Care Units"))		1 302				
2 fritextord	TX (nurse* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX ("health care pro*" AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX (Staff* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX ("health workers*" AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX (clinician* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX (caregiver* AND ("intensive care" OR "critical care" OR "critically ill patient*")) OR TX "ICU nurs*" OR TX "Critical Care Nurse*"		82 778				
3	1 OR 2		82 778				
Bedöma och behandla smärta							
4 Ämnesord	(MH "Pain") OR (MH "Pain Measurement") OR (MH "Pain Management") OR (MH "Treatment Related Pain") OR (MH "Analgesics")		272 254				
5 fritextord	TX "pain management" OR TX "pain measurement" OR TX "pain assessment" OR TX "pain relief" OR TX "pain control" OR TX "pain treatment" OR TX Opid* OR TX (Managing* AND pain) OR TX Analgesics*		306 965				
6	4 OR 5		306 965				

Erfarenheter						
7 Ämnesord	(MH "Life Experiences") OR (MH "Attitude") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Caregiver Attitudes") OR (MH "Perception")		94 33			
8 fritextord	TX Experience* OR TX Attitude* OR TX Perception* OR TX Views OR TX Perspective*		3 014 154			
9	7 OR 8		3 014 154			
Studiedesign						
10 Ämnesord	(MH "Qualitative Studies") OR (MH "Interviews as Topic")		66 797			
11 fritextord	TX Qualitative OR TX Deskriptiv* OR TX Phenomeno* OR TX Interview* OR TX focus group		1 001 625			
12	10 OR 11		1 001 625			
13	3 AND 6 AND 9 AND 12		691			
14		Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20110101– 20231231; English Language	165	165	17	6 6
Dubblett i CINAHL och PubMed			6			

BILAGA III: Urvalsprocess



BILAGA IV. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
Alasiry, S., & Löfvenmark, C. (2013), Middle East J Nurs, 7(5), 9-22, Saudiarabien	Nurses' perceptions of pain assessment and pain management for patients with myocardial infarction in a coronary care unit	The aim of this study was to explore nurses' perceptions regarding pain assessment and pain management for patients with Myocardial Infarction in a coronary care unit.	<i>Design:</i> The study was a qualitative design. <i>Urval:</i> Ten critical care nurses who work in a coronary care unit were interviewed. <i>Datainsamling:</i> semi structured interviews <i>Analys:</i> qualitative content analysis approach to analyse	Three main themes were identified in this study and each theme had different categories which are presented as the following: Dealing with patients who have myocardial infarction pain is challenging; there are different approaches in pain assessment including subjective and the third theme is Holistic approaches to pain management.	Hög.
Ashkenazy, S., Weissman, C., & DeKeyser Ganz, F. (2022), Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 23(6), 711–719., Israel	Intensive Care Unit Caregivers Perception of Patient Discomfort: A Qualitative Study	To describe intensive care unit practitioners' perceptions of discomfort in the ICU, and their methods to discern between pain and non-pain discomfort.	<i>Design:</i> Qualitative Study <i>Urval:</i> Twenty-five intensive care unit practitioners (7 doctors and 18 nurses) were interviewed from medical and general intensive care units. <i>Datainsamling:</i> semi-structured interviews <i>Analys:</i> Content analysis	Two main discomfort themes were identified: unpleasant physical sensations and unpleasant psychologic feelings, with further subcategories. Physiologic and non-physiologic signs such as facial expression and motor activity helped to diagnose discomfort. Trial and error and cause and effect were used to differentiate pain from other sources of discomfort. Conclusions Practitioners saw pain as a dominant source of discomfort. Treating overall discomfort should focus on improving the quality of the total	Hög

				intensive care unit experience. Strategies to diagnose non-pain discomfort and pain were similar. Differentiating pain from non-pain discomfort is essential in order to provide appropriate treatment for pain and non-pain-related discomfort.	
Batiha, A. M. (2014), International Journal of Advanced Nursing Studies, 3(1), 1., Jordan	Pain management barriers in critical care units: A qualitative study	To explore pain management barriers as identified by Jordanian critical care units.	<p><i>Design:</i> Qualitative Study</p> <p><i>Urval:</i> 37 participant nurses from Jordanian critical care units.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Data were obtained through semi-structured serial interviews.</p> <p><i>Analys:</i> qualitative content analysis</p>	Several themes emerged to describe barriers to managing pain identified by the critical care nurses. These were grouped into three main themes: (1) Barriers related to patients with subgroups such as patient did not want to bother nurses, patients' difficulty with completing pain scales, patients' reluctance to take pain medications because of side-effects, patients reporting their pain to the doctor, but not to the nurse, and fatalistic beliefs. (2) Barriers related to nurses that included patient sedation, frequent complaints from patients, inconsistent practices around administering if necessary, medications, time limitations, limited communication, the fear of side effects of pain drugs, physicians' lack of	Hög

				trust in the nursing assessment of pain in critically ill patients, inadequate staff knowledge of pain management, and fear of causing delirium or confusion. and (3) Barriers related to hospital policies includes: policies and rules of hospital, lack proper pain assessment tool, nursing shortages, powerlessness ,interruptions of activities relating to pain, lack of psychosocial support services, lack of alternatives non-pharmacologic therapy , and lack of pain management drugs.	
Berntzen, H., Bjørk, I. T., & Wøien, H. (2018), <i>Nursing open</i> , 6(2), 453–462, Norway	"Having the compass-drawing the map": Exploring nurses' management of pain and other discomforts during use of analgosedation in intensive care	To explore the deliberation and enactment processes of nurses in relation to pain and other discomforts in the critically ill patients after the implementation of an analgosedation protocol.	<i>Design:</i> Exploratory, single-unit study <i>Urval:</i> sixteen clinical situations in 2014 and 2015. Thirteen experienced certified critical care nurses were included. <i>Datainsamling:</i> Data collection with participant observation and semi-structured interviews <i>Analys:</i> Thematic content analysis	An overall theme "Having the compass-drawing the map" emerged from the analysis. The protocol or strategy of analgosedation appeared to provide a direction for treatment and care, although requiring extensive interpretation of needs and individualization of care, often in challenging situations. The overall theme was abstracted from three themes: "Interpreting a complex whole," "Balancing conflicting goals" and "Experiencing strain from acting across ideals."	Hög.

<p>Bourbonnais, F. F., Malone-Tucker, S., & Dalton-Kischei, D. (2016), <i>The Canadian journal of critical care nursing</i>, 27(3), 24–29, Canada</p>	<p>Intensive care nurses' assessment of pain in patients who are mechanically ventilated: How a pilot study helped to influence practice</p>	<p>The aim of this study was to determine the suitability of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) as an assessment tool to be used by ICU nursing staff to assess pain in adult patients who are mechanically ventilated.</p>	<p><i>Design:</i> This pilot study was descriptive in design and employed both quantitative and qualitative methods. <i>Urval:</i> A convenience sample of 23 nurses used the tool to assess 23 patients. <i>Datainsamling:</i> Quantitative data resulted from the scores obtained through use of the CPOT tool. Qualitative data were collected through open-ended questions related to using the CPOT <i>Analys:</i> The responses to the open-ended questions were analysed to obtain feedback on the tool, barriers to its use, and recommendations for its use.</p>	<p>Twenty-three participants each assessed pain five times in a total of 23 patients using the CPOT over a 12-hour shift. Nurses stated the tool was easy to use and that it would be helpful to them.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Cooley, R., Venkatachalam, A. M., Aguilera, V., Olson, D. M., & Stutzman, S. E. (2022), <i>Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses</i>, 23(2), 151–157, USA</p>	<p>A Qualitative Study of Nurses' Perceptions of Narcotic Administration after Subarachnoid Haemorrhage</p>	<p>This qualitative study used a phenomenological approach to determine nurses' perceptions in pain management of patients with subarachnoid haemorrhage (SAH).</p>	<p><i>Design:</i> Prospective qualitative inquiry using phenomenology. <i>Urval:</i> Nine neuroscience intensive care unit nurses were enrolled using snowball sampling. <i>Datainsamling:</i> individual nurse interviews. <i>Analys:</i> Hermeneutic cycling analysis</p>	<p>Emerging themes included discernment and hesitation. Discernment is supported by codes such as: "nursing judgement" and "follow the orders." Hesitation is supported by codes such as "clouded exam" and "over sedation." Eight nurses made references to hesitation of administering opioids due to the perception that it would cause a poorer neurological</p>	<p>Hög.</p>

				exam. All nurses described a reliance on education, experience, or intuition to guide their decision to administer opioids along with using approved pain scales. Themes were confirmed by member checks, which prompted slight modifications to coding.	
Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018), BMC nursing, 17, 11, Iran	Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study	to achieve a better and deeper understanding of the existing nurses' challenges in using pain assessment scales among patients unable to communicate.	<i>Design:</i> qualitative study <i>Urval:</i> Purposive sampling was used to select the participants and continued until data saturation. 20 nurses working in intensive care units. <i>Datainsamling:</i> semi-structured interviews. <i>Analys:</i> content analysis using an inductive approach	Four categories and ten sub-categories were extracted from the experiences of the nurses working in the intensive care units in terms of nursing challenges in using non-verbal pain assessment scales. The four categories included "forgotten priority", "organizational barriers", "attitudinal barriers", and "barriers to knowledge".	Hög.
Gerber, A., Thevoz, A. L., & Ramelet, A. S. (2015), Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 28(1), 2–9, Switzerland	Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study	This study aimed to describe the indicators that influence expert nurses' clinical reasoning when assessing pain in critically ill nonverbal patients.	<i>Design:</i> Descriptive observational study <i>Urval:</i> Seven expert nurses caring for nonverbal ventilated patients. <i>Datainsamling:</i> Data were collected in "real life" using recorded think-aloud combined with direct non-participant observation and brief interviews.	Patients' physiological stability was the principal indicator for making decision in relation to pain management. Results also showed that it is a permanent challenge for nurses to discriminate situations requiring sedation from situations requiring analgesia. Expert nurses mainly used working knowledge and patterns to	Hög.

			<i>Analys:</i> deductive and inductive content analyses	anticipate and prevent pain.	
Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013), Nursing in critical care, 18(6), 307–318, Canada	Patients and ICU nurses' perspectives of non- pharmacological interventions for pain management	The study aim was to describe the perspectives of patients/family members and nurses about the usefulness, relevance, and feasibility of non- pharmacological interventions for pain management in the intensive care unit (ICU).	<i>Design:</i> A qualitative descriptive design <i>Urval:</i> Patients/family members (n = 6) with a previous experience of ICU hospitalization and ICU nurses (n = 32) were recruited. <i>Datainsamling:</i> Semi-structured discussion guide <i>Analys:</i> The categories of non- pharmacological interventions (as proposed by Polkki " et al., 2001 – see Table 1) were used as a guide for developing a categorization scheme	A total of eight focus groups (FGs) with patients/family members (two FGs) and ICU nurses (six FGs) were conducted. Overall, 33 non- pharmacological interventions were discussed. The top four non- pharmacological interventions found to be useful, relevant, and feasible in at least half of the FGs were music therapy and distraction (cognitive- behavioural category), simple massage (physical category) and family presence facilitation (emotional support category). Interestingly, patients/family members and nurses showed different interests towards some interventions. For instance, patients discussed more about active listening/reality orientation, while nurses talked mostly about teaching/positioning.	Hög.
Krupic, F., Grbic, K., Senorski, E. H., Lepara, O., Fatahi, N., & Svantesson, E. (2020),	Experience of Intensive Care Nurses in Assessment of Postoperative Pain in	To explore the experience of intensive care nurses in assessment of pain in patients with hip	<i>Design:</i> qualitative <i>Urval:</i>	Analysis of the data resulted in three main categories: "Communication", "Visual assessment of pain", and	Medelhög.

Materia socio-medica, 32(1), 50–56, Sweden.	Patients with Hip Fracture and Dementia	fracture and dementia in the postoperative setting	Twenty-one intensive care nurses (6 men and 15 women) participated. <i>Datainsamling:</i> five focus group discussions using open-ended questions. <i>Analys:</i> content analysis	"Practical issues" including a number of subcategories. Some of the factors which influence assessment of pain in patients with dementia are the lack of information and knowledge about the patients, which causes loss of time and increased stress. The different forms of communication and ways of assessing pain in these patients were other factors mentioned by nurses as hindrances regarding assessment of the pain.	
Lindberg, J. O., & Engström, Å. (2011), Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 12(3), 163–172, Sweden.	Critical care nurses' experiences: "a good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management"	To describe the experiences of CCNs in assessing and treating pain in patients receiving postoperative care in an intensive care unit (ICU).	<i>Design:</i> Qualitative <i>Urval:</i> six CCNs who were experienced in assessing and treating pain in patients receiving postoperative care in the ICU. <i>Datainsamling:</i> semi structured interviews <i>Analys:</i> Qualitative content analysis	The analysis resulted in one theme and four categories. Theme: A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management. Category: Understanding the unique patient's experience of pain Succeeding or failing to relieve pain Trusting the patient and getting help from the physician Treating the pain when pharmacologic treatment is not sufficient	Hög.
Subramanian, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012), Journal of clinical nursing, 21(9-10), 1254–1262, UK.	Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting	To explore nurses' challenges in managing pain among ill patients in critical care.	<i>Design:</i> Qualitative prospective exploratory design <i>Urval:</i>	Framework analysis showed that nurses perceived four main challenges in managing pain namely lack of clinical guidelines, lack of structured pain assessment	Hög.

			<p>Twenty-one critical care nurses were selected from critical care.</p> <p><i>Datainsamling:</i> semi structured interviews.</p> <p><i>Analys:</i> Framework analysis</p>	<p>tool, limited autonomy in decision making and the patient's condition itself.</p>	
<p>Taggart, S., Skylas, K., Brannelly, A., Fairbrother, G., Knapp, M., & Gullick, J. (2021), Burns : journal of the International Society for Burn Injuries, 47(1), 110–126, Australia.</p>	<p>Using a clinical judgement model to understand the impact of validated pain assessment tools for burn clinicians and adult patients in the ICU: A multi-methods study</p>	<p>To understand how the introduction of validated pain tools (Critical Care Pain Observation Tool [CPOT], Numerical Rating Scale [NRS], Pain Assessment in Advanced Dementia [PAINAD]) affected clinical judgement processes, analgesia/sedation administration and the experience of burn-injured patients.</p>	<p><i>Design:</i> Quantitative and qualitative methods</p> <p><i>Urval:</i> Quantitative: burn-injured adults ≥ 18-years whose ICU length-of-stay was ≥ 48 h. Thirty-two (n = 32) participants were pre-intervention and n = 38 were post-intervention.</p> <p>Qualitative: Clinician participants were permanent ICU RNs (n = 6), or ICU doctors (consultants and registrars) (n = 6). Burn-injured participants (n = 12) had a major dressing undertaken and an ICU length-of-stay of ≥ 48-h</p> <p><i>Datainsamling:</i> Quantitative: standardised data collection tool</p> <p>Qualitative interviews semi-structured face-to-face interviews</p> <p><i>Analys:</i> Quantitative: The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v 24.</p>	<p>Overall, there was a significant increase in morphine (P=0.04) and propofol (P=0.04) use and a trend towards increased paracetamol (P=0.06) use post-intervention. There was a trend towards greater Midazolam use for TBSA<20% (P=0.06), and significantly increased propofol use for TBSA\geq20% (P=0.03). Ventilation time and ICU/hospital length of stay were unchanged. Qualitative analysis revealed complex clinical judgement dependent on the context of the patient's situation, unit culture, background beliefs of clinicians and in knowing the patient. Whilst the CPOT and NRS enhanced analytic reasoning and pain advocacy, the PAINAD appeared redundant.</p>	<p>Hög.</p>

			Qualitative: Graneheim and Lundman's framework content analysis.		
Tsang, J. L. Y., Ross, K., Miller, F., Maximous, R., Yung, P., Marshall, C., Camargo, M., Fleming, D., & Law, M. (2019), <i>BMJ open</i> , 9(4), e024328, Canada	Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation, and delirium management in a community intensive care unit	The purpose of this study was to explore the experiences, beliefs, and perceptions of intensive care unit (ICU) nurses on the management of pain, agitation and delirium (PAD) in critically ill patients.	<p><i>Design:</i> A qualitative descriptive study</p> <p><i>Urval:</i> Purposeful sampling. Participants included full-time nurses working in the ICU. Forty-six ICU nurses participated.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Five focus group. A semistructured question</p> <p><i>Analys:</i> Thematic analysis method</p>	Three main themes emerged: (1) the professional perspectives on patient wakefulness state, (2) the professional perspectives on PAD management of critically ill patients and (3) the factors impacting PAD management. Nurses have different opinions on the optimal level of patient sedation and felt that many factors, including environmental, healthcare teams, patients, and family members, can influence PAD management. This potentially leads to inconsistent PAD management in critically ill patients. The nurses also believed that PAD management requires a multidisciplinary approach including healthcare teams and patients' families	Hög.
Wøien, H., & Bjørk, I. T. (2013), <i>Intensive & critical care nursing</i> , 29(3), 128–136, Norway	Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study	To examine nurses' experiences of performing clinical judgements of patient pain and sedative requirements after implementation of assessment tools, and	<p><i>Design:</i> Exploratory qualitative investigation based on principles from Tanner's Clinical Judgment Model</p> <p><i>Urval:</i> Fourteen ICU nurses were included.</p>	Four themes emerged as central: (1) balancing clinical judgement and the use of tools; (2) improvement of collaboration, documentation, and goal achievement; (3) enhanced	Hög.

		how the tools influenced these judgements.	<i>Datainsamling:</i> focus group interviews. <i>Analys:</i> A systematic classification process of coding and identification of themes and patterns	evaluation of the patient's response and (4) emphasis on the ICU patient's characteristics.	
--	--	--	---	---	--



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsövägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se