



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

JÖNKÖPING ACADEMY
For Improvement of Health and Welfare



Förbättrad smärtskattning och smärtlindring på en akutmottagning

-samt sjuksköterskors erfarenhet av
personcentrering vid smärtskattning

HUVUDOMRÅDE: *Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd*

FÖRFATTARE: *Erik Vennberg*

COACH: *Lina Edberg*

HANDLEDARE: *Maria Henriksen*

JÖNKÖPING 2023 06 27

Tillkännagivanden

Stort tack till min handledare Maria Henricson och min förbättringscoach Lina Edberg som stöttat mig under studien och förbättringsarbetets olika utmaningar och som med värdefull feedback och återkoppling bidragit till min vidare utveckling. Tack också till mina chefer Caroline Kevin och Sara Schulz som gett mig möjlighet att gå denna utbildning. Tack även till mina chefskollegor som stöttat och varit en källa till motivation under resan samt alla medarbetare som i olika grad bistått med deras erfarenheter och kunnande.

Jag vill även tacka min familj som med stort tålamod gett mig utrymme att utvecklas inom min profession och som människa.

Sammanfattning

Att effektivt ta hand om akut smärta, den vanligaste orsaken till besök på akutmottagningen, är en viktig uppgift. Lindring av smärta kan medföra befrielse från lidande och förbättra patientens mående. Obehandlad eller underbehandlad smärta leder till negativa konsekvenser för patienten. Inför förbättringsarbetet genomfördes en kartläggning med journalgranskning och patientenkät vilken jämfördes med sjuksköterskornas egen uppfattning om följsamhet. På så sätt kunde ett kunskapsgap identifieras gällande smärtskattning, smärtbehandling och utvärdering av dess effekt på berörd akutmottagning.

Syftet med förbättringsarbetet var att effektivare lindra smärta genom att öka sjuksköterskornas frekvens av smärtskattning. Smärtskattningen skulle ske före och efter given farmaceutisk behandling och farmaceutisk behandling skulle erbjudas i större utsträckning. Journalgranskningen begränsades till att omfatta patienter med buksmärta som är en av de vanligaste sökorsakerna vid besök på akutmottagningar. Nolans förbättringsmodell användes som metod i förbättringsarbetet. Förbättringsarbetets resultat visar på förbättringar inom samtliga mätområden där ökningen av erbjuden farmaceutisk behandling ansågs som mest betydelsefull. Resultatet tyder på att förändringen var gångbar och ledde till förbättring men visade också på vilka stora utmaningar som fanns i en komplex verksamhet.

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av personcentrerad smärtskattning där kvalitativ metod i form av fokusgruppsintervjuer med tillhörande innehållsanalys genomfördes. Resultatet visade på att patientens delaktighet var den främsta faktorn för framgångsrik smärtskattning. Fokus på smärta ökade medvetenheten och motivationen hos sjuksköterskorna till att efterfråga patientens berättelse och upplevelse i samband med det akuta besöket vilket är en viktig del i ett personcentrerat förhållningssätt.

Slutsatsen är att förändrings- och förbättringsarbetet ökade sjuksköterskornas motivation att efterfråga patientens berättelse med ökad förekomst av smärtskattning (från 14% till 40%), erbjudande av farmaceutisk behandling (från 51% till 73%) och utvärdering av dess effekt (från 13% till 44%) som följd.

Nyckelord:

Buksmärta, fokusgruppsintervju, förbättringsarbete, patientdelaktighet

Summary

Improved pain assessment and pain relief in an Emergency Department

- nurses experience of person-centeredness in pain assessment

Effectively managing acute pain is one of the most important tasks of the emergency department and can improve the patient's well-being. Untreated or undertreated pain leads to negative consequences for the patient. Journal review, patient questionnaires and nurses' perception of adherence to established guidelines showed shortcomings regarding pain assessment, pain treatment and evaluation of its effect in the emergency department concerned.

The aim of the improvement work was to relieve pain more effectively through increased pain assessment. The pain assessment would take place before and after given pharmaceutical treatment and would be offered to a greater extent. The journal review was limited to include patients with abdominal pain, which is one of the most common reasons for visits to emergency departments. Nolan's improvement model was used as a method in the improvement work where the results show improvements in all measurement areas. The increase in offered pharmaceutical treatment was considered most significant. The result indicates that the change led to improvement.

The aim of the study was to describe nurses' experience of person-centeredness in pain assessment through a qualitative method in the form of focus group interviews with content analysis. The results showed that the patient's participation was the main factor for successful pain assessment. The focus on pain increased the awareness of the nurses to request the patient's story and experience in the emergency visit, which is an important part of a person-centered approach.

The conclusion is that the improvement work increased the nurses' motivation to request the patient's story with increased occurrence of pain assessment (from 14% to 40%), offer of pharmaceutical treatment (from 51% to 73%) and evaluation of its effect (from 13% to 44%) as a result.

Keywords:

Abdominal pain, focus group interview, improvement work, patient's participation

Innehållsförteckning

Inledning	I
Bakgrund	I
Allmän bakgrund.....	I
Lokalt problem	3
Teoretisk bakgrund.....	4
Personcentrerad vård	4
Förbättringsvetenskap och förbättringskunskap	4
Syften	5
Övergripande mål.....	5
Förbättringsarbetets syfte.....	5
Smarta mål.....	5
Studiens syfte	5
Metod och material	6
Idé till förbättringsarbetet	6
Projektgrupp	6
Förstudiefas	6
Planeringsfas	6
Metod för förbättringsarbetet.....	7
Kontext	8
Genomförandefas	9
Metod för studien.....	11
Design.....	11
Kontext	12
Urval/deltagare.....	12
Datainsamling.....	12
Dataanalys.....	13
Etiska överväganden.....	13
Resultat	14
Resultat av förbättringsarbetet.....	14
PGSA	14
Baslinjemätning.....	15
Mätningar	15
Bifynd	17
Resultat av studien.....	17
Engagemang för delaktighet	17
Ställningstagande vid smärtbedömning	19
Sjuksköterskans förhållningssätt vid personcentrering.....	20
Diskussion	21
Diskussion förbättringsarbetet.....	21
Metoddiskussion förbättringsarbetet.....	21
Resultatdiskussion förbättringsarbetet.....	22

Diskussion studien	23
Metoddiskussion studien	23
Resultatdiskussion studien	24
Slutsatser	25
Praktiska implikationer	25
Referenser	26
Bilagor	3I

Inledning

“Varför följs vi inte upp på vad vi gör” utbrast en medarbetare vid ett sjuksköterskemöte under hösten 2021 med hänvisning till aktuell återkoppling i just genomförda möte. Mötet handlade om sjukhusets resultat i stort och i synnerhet om vistelsetid på akutmottagningen. Efterföljande diskussion handlade om vad vi gör med patienterna under tiden de är hos oss på akutmottagningen och varför vi inte följer upp det. Grunden till gällande förbättringsarbete startade strax efteråt. Att ta hand om personer som råkat ut för olyckor eller andra akuta tillstånd är en av de främsta uppgifterna inom akutsjukvården där de flesta patienter som söker akut till sjukvården upplever någon form av smärta. Ett av de uttalade omvårdnadsmålen på akutmottagningen fokuserar på omhändertagande av patienter med olika smärttillstånd. Omvårdnadsmålen innebär i korthet att personal ska smärtskatta, smärtlindra, utvärdera smärtlindringen och dokumentera detta. Omvårdnadsmålen var dock inte specificerade med vare sig mått eller målvärden. Efterföljande journalgranskning gällande följsamhet till uppsatta omvårdnads mål visade på brister och låg till grund för förbättringsarbetet. Förbättringsarbetet begränsades till att följa upp patienter som sökte för buksmärta.

Förbättringsarbetet handlade om att lokalt försöka förbättra smärtskattning hos patienter med buksmärta utifrån dennes upplevelse, administrering av läkemedel hos de patienter som önskar farmaceutisk, smärtlindrande behandling. samt utvärdering av givna läkemedel. Studien beskriver sjuksköterskans erfarenheter av personcentrerad i samband med detta.

Bakgrund

Allmän bakgrund

Smärta beskrivs av Raja et al (2020) i den reviderade versionen av International Association for the Study of Pain (IASP) som en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förknippad med, eller liknar den som är förknippad med, faktisk eller potentiell vävnadsskada. IASP:s definition av smärta har accepterats globalt av hälsoprofessioner och forskare inom området smärta inklusive världshälsoorganisationen (WHO) enligt Raja et al. (2020). Carr och Goudas (1999) beskriver en vanlig definition av akut smärta som en normal, förutsedd fysiologisk reaktion associerad med operation, trauma eller akut sjukdom. Akut smärta beskrivs av Ford (2019) som kortvarig, mindre än tre månader, och att den är reversibel. Akut smärta är det vanligaste symtomet hos patienter som söker till akutmottagningar (Hughes et al., 2019; Keating & Smith, 2011; King & Fraser, 2013; Hachimi-Idrissi et al., 2020; Göransson et al; 2014). Patientens personlighet, attityd och övertygelse påverkar starkt den egna upplevelsen av akut smärta. Att effektivt ta hand om akut smärta innebär befrielse från lidande och förbättrar patientens mående samt att obehandlad eller underbehandlad smärta leder till negativa konsekvenser (Sinatra, 2010).

Buksmärta är en av de vanligaste besöksorsakerna på akutmottagningar och uppgår till ca 8 % av besöken varje år (Graff & Robinson, 2001; Macaluso & McNamara, 2012). De flesta patienter som söker för buksmärta har inte allvarliga problem medan 20 - 25 % har ett allvarligt tillstånd och behöver akutvård och inskrivning på vårdavdelning (Graff & Robinson, 2001). Smärta bör åtgärdas så tidigt som möjligt och alltid inom en rimlig tidsram (Grant, 2006; Thomas, 2013). Vidare beskriver de ett flertal studier som visar på brister i bedömning och behandling av smärta. Som exempel betonar de en prospektiv studie utförd av Dale och Bjornsen (2015) på en akutmottagning vid ett norskt universitetssjukhus där 764 patienter uppgav smärta vid ankomsten och endast 14 % med måttlig till svår smärta fick analgetika. Att inte behandla smärta på akutmottagning på ett adekvat sätt har betecknats som ett folkhälsoproblem i USA enligt Keating och Smith (2011). King och Fraser (2013) beskriver obehandlad smärta som ett globalt problem som har en djupgående effekt på personers livskvalitet. Över hälften av patienterna som kommer till akutmottagningar med smärta kommer fortfarande att ha måttlig till svår smärta vid utskrivning (Mcintosh et al. 2004; Sokoloff et al. 2014). Olika barriärer för effektiv smärtbehandling på akutmottagning varierar och inkluderar bland annat dålig bedömning av smärta, underlåtenhet att följa riktlinjerna för smärtbehandling, överbeläggning på akutmottagning och brist på kunskap eller resurser för smärtbehandling (Sinatra, 2010).

En tillförlitlig och korrekt bedömning av akut smärta är nödvändig för att möjliggöra säker, effektiv och individualiserad smärtbehandling enligt Schug et al. (2016). Det hjälper diagnostiseringen av källan till

smärtan, valet av ett lämpligt smärtstillande medel och utvärderingen av behandlingen. Omvårdning av smärta är lika viktig som den första bedömningen och smärtan bör behandlas inom rimlig tid. Vad som anses "rimligt" kommer att variera beroende på smärtans svårighetsgrad, men helst bör inte mer än 20 till 25 minuter förflyta från den första utvärderingen till given smärtlindring (Thomas, 2013).

Smärtuppfattning är subjektiv och individuell, vilket kan utgöra en utmaning för vårdpersonal när det gäller att förstå graden av smärta som en patient upplever och patienters självrapportering av smärta bör användas där det är möjligt. Den första delen av effektiv smärtbedömning och smärtbehandling är patienthistorien. När smärthistoriken berättas kan smärtbedömning och smärtanalys användas som guide i samtalet. För en bra bedömning krävs en förståelse för följande: lokalisering av smärta; tidsmässiga egenskaper; försvårande eller lindrande faktorer; inverkan av smärta på funktion och livskvalitet; tidigare behandling och rapporter (Schug et al, 2016). Macaluso och McNamara (2012) menar att personal behöver vara skickliga i att bedöma buksmärta och bör utgå från patientens historia och berättelse.

Ford (2019) beskriver olika minnestekniker som användbara hjälpmedel i samband med bedömningen av patientens smärtupplevelse. Ett exempel som beskrivs är OPQRST som står för:

- O (onset): Hur började smärtan?
- P (palliation): Är det några faktorer som påverkar smärtan?
- Q (quality): Vilken karaktär har smärtan?
- R (radiation): Utstrålning?
- S (severity): Smärtans svårighetsgrad?
- T (time): Hur länge har smärtan suttit i?

För att bedöma och förmedla smärtintensitet beskriver Breivik et al. (2008) två vanliga skalor för detta ändamål: Numerisk betygsskala (NRS) och Visuell Analog Skala (VAS). Numeriska betygsskalor (NRS) kan presenteras muntligt eller i skriftlig form. I detta format uppmanas patienterna att bedöma intensiteten av sin smärta enligt en 11-gradig skala från 0 (ingen smärta) till 10 (värsta smärta man kan tänka sig). Visuell Analog Skala (VAS) presenteras visuellt genom en 10 cm lång vertikal linje där den vänstra yttersta delen indikerar på lägsta möjliga smärta och längst ut till höger beskriver värsta möjliga smärta. I detta fall visar patienten visuellt vart på skalan hen uppfattar sin smärtintensitet. Den numeriska betygsskalan (NRS) (som har visat sig korrelera starkt med den visuella analoga skalan VAS) är det bedömningsverktyg som oftast används hos vuxna patienter i prehospitala situationer (Siriwardena et al., 2010; Hjermstad et al., 2011). I Hachimi-Idrissi et al. (2020) undersökning där respondenterna i egenskap av vårdpersonal svarade att de flesta använder någon form av bedömningsverktyg, exempelvis NRS (numerisk skala) och VAS (visuell analog skala), som var mest förekommande. Ungefär 25% av vårdpersonalen i deras undersökning använder inga riktlinjer alls.

Smärtintensiteten kan beskrivas enligt nedan på NRS-skalan:

NRS:

- 0. Ingen smärta
- 1-2. Lätt
- 3-4. Måttlig
- 5-6. Medelsvår
- 7-8. Svår
- 9. Outhärdlig
- 10. Värsta tänkbara smärta.

The European Society for Emergency Medicine (2020) beskriver olika former av smärtbehandling förutom läkemedelsbehandling, exempelvis hypnos, kognitiv beteendeterapi (KBT), akupunktur, men beskriver att läkemedelsbehandling av akut smärta är den vanligaste metoden.

För initiering av adekvat smärtlindring vid akut smärta bör vårdpersonal utgå från smärtrattan. WHO's smärtrappa (World Health Organization, 1986) i tre steg är ett vedertaget hjälpmedel vid administrering av smärtlindring (Anekar & Cascella, 2022; The European Society for Emergency Medicine, 2020). Svensk förening för anesthesi och intensivvårds rekommendation för postoperativ smärtbehandling är att smärtintensitet inte bör överstiga 4 på en 11-gradig NRS skala (Rudin et al. 2010).

Upp till 78 % av patienterna som söker sig till akutmottagningen i Stockholmsregionen gör det på grund av smärta (Göransson et al. 2014). Göransson et al. (2014) betonar att standardiserad smärtbedömning har visat på reducerad tid mellan ankomst till akutmottagningen och behandling av smärta samt att de är användbara redskap i utvärderingen av effekten av givet smärtstillande läkemedel. Redskap som benämns är NRS (Numerisk skala) samt VAS (Visuell analog skala).

Steg 1: NRS 1-3. Fulldos paracetamol och/eller NSAID.

Steg 2: NRS 4-6. Steg 1 + svaga opiater.

Steg 3: NRS 7-10. Steg 2 + starka opiater.

Forskning tyder på att implementering av riktlinjer för hantering av akut smärta i ett akut läge leder till förbättrad smärthantering betonar Decosterd et al. (2007). Förbättringsåtgärder som utbildning av personal, evidensbaserade riktlinjer och smärtbedömning ledde till att en ökad andel patienter på akutmottagningar erhöll smärtlindring (Eliasson & Nymoen, 2017). Tidig adekvat smärtlindring samt information initierad av sjuksköterskor på akutmottagning medför kortare vistelsetider och högre tillfredsställelse hos patienter på akutmottagningar (Hughes et al, 2019; Eliasson & Nymoen, 2017; The European Society for Emergency Medicine, 2020). Vid intervjuer med sjuksköterskor på akutmottagning uppgav en majoritet att man avvaktade med att smärtlindra i vissa fall. Uppfattningen var att det blev svårare för läkare att undersöka och diagnostisera patienten om smärtan bedömdes (Johansson & Noren, 2013). Vidare beskrivs att sjuksköterskor har en benägenhet att underskatta patientens upplevda smärta.

Lokalt problem

Berörd akutmottagning är en av Sveriges största där ca 150 patienter passerar varje dygn varav ca 20 patienter dagligen söker för buksmärta. Vald akutmottagning hade utarbetade omvårdnads mål gällande smärtlindring och omhändertagande av patienter med smärta. För personalen innebar omvårdnads målen att det var viktigt att alla patienter skulle känna sig väl smärtlindrade. För vårdpersonal innebar det tidig identifiering och bedömning av patientens smärta, smärtskattning enligt NRS före och efter smärtlindring, användning av generella ordinationer, prioritera att ge smärtlindring samt dokumentera utförda åtgärder. Dessa mål var varken tidsatta, mätbara eller följdes upp. Diskussioner inom arbetsgruppen bestående av främst sjuksköterskor och undersköterskor på akutmottagningen hade vid ett par tillfällen på arbetsplatsens regelbundna träffar uttryckt missnöje med omhändertagandet av patienter med smärta. Journalgranskning på vald akutmottagning visade bristande följsamhet till enhetens riktlinjer gällande smärtskattning, smärtlindring, uppföljning och dokumentation.

Mätningar från utförd journalgranskning på vald akutmottagning 211011–211030, gällande följsamhet till uppsatta riktlinjer, visade att smärtskattning i samband med buksmärta utförs sällan (17 % smärtskattas) och att endast 51 % (207 av 406) av de patienter som söker för akut pågående buksmärta erhåller farmaceutisk smärtlindring. För berörd akutmottagning innebär det att 199 patienter under en period av tre veckor inte erhållit smärtlindring i samband med sitt besök på aktuell akutmottagning. Smärtskattning efter given smärtlindring görs än mer sällan (3,9 % smärtskattas efter given smärtlindring) vilket medför svårigheter att kvalitetssäkra om patient erhåller smärtlindring som hjälper. Resultatet av journalgranskningen ligger i linje med vad som framkommit i The European Society for Emergency Medicine (2020) beskrivning av akutmottagningars arbete med patienter som söker för smärta. Att inte smärtlindra före läkarundersökning samt underskattning av patienters upplevda smärta är något som sjuksköterskor själva tagit upp i diskussioner i personalgruppen. Att som sjuksköterska få läkare att ordinera smärtlindring beskrivs också som en utmaning i vissa fall. Verksamheten tar då och då del av avvikelser, synpunkter och klagomål från patienter/anhöriga där de upplever att vården brustit. Utebliven eller otillräcklig smärtlindring förekommer i återkopplingen. Brister i delaktighet gällande omhändertagande av patienter med buksmärta kan skönjas på vald akutmottagning där patientens upplevelse av sin smärta inte alltid efterfrågas eller följs upp och borde eftersträvas i större utsträckning. I de fall där patienten uttrycker ett behov av att få hjälp med sin smärta

borde personal i allmänhet inom hälso- och sjukvården och sjuksköterskor i synnerhet göra det som går för att lindra smärtan. Att som patient vara delaktig och involverad i sin vård kan ses som en självklarhet men kan i vissa avseenden vara en utmaning. Förutsättningar för patientdelaktighet behöver tillgodoses från vårdgivarens sida. Här skulle sjuksköterskans kärnkompetens gällande personcentrerad vård vara högst aktuell.

Teoretisk bakgrund

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård (PCV) är en av sjuksköterskans kärnkompetenser där patienten ska ses och tillvaratas som medskapare i sin egen vård (Eldh & Winblad, 2018). Det mest centrala i PCV är partnerskapet mellan hälso- och sjukvårdens professioner och den person som är i behov av de insatser som erbjuds (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). En förutsättning för inflytande för den personen är den egna upplevelsen av sin situation och att detta skapas i dialog med professionerna inom hälso- och sjukvården. Genom att ta del av och lyssna på patientens berättelse läggs grunden för ett partnerskap, en relation med ömsesidig respekt. För att möjliggöra detta måste patienten få utrymme för att berätta sin historia. Att använda sig av patienters historier är den mest kraftfulla och naturliga sätt att få tillgång till patienters erfarenhet (Bate & Robert, 2007; Ekman, 2020). Svensk sjuksköterskeförening (2020) menar att personens berättelse och beskrivning av sina behov ska ges lika stor betydelse som professionens bedömning.

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) står det att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska vara jämlik och innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor (Socialstyrelsen, 2020). Sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller krav på god vård och kvalitet. Vidare beskrivs i denna lag att sjukvården ska organiseras så att detta tillgodoses. Patientlagen (2014:821) beskriver också att sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienterna ska själv kunna identifiera ohälsa, söka vård och få sitt eventuella vårdbehov tillgodosett. För närvarande finns en variation i patienters smärtbedömning samt erbjudande av smärtlindring vid berörd akutmottagning.

Förbättringsvetenskap och förbättringskunskap

Förbättringsvetenskap kan förklaras som en process där systematiskt arbete utvecklar, testar och följer upp ett förändringsarbete. Syftet är att hitta och lära av de nya kunskaper som kommer fram. Om djup kunskap önskas uppnås behöver det ske systematiskt för att lära sig av sina erfarenheter. För att sedan nå en djup förståelse räcker det inte med att utföra ett förbättringsarbete utan förbättringsarbetet måste också studeras för att förstå effekterna (Bergman et al, 2015; Ogrinc et al, 2015). Användandet av teoretiska modeller kan hjälpa till och underlätta genomförandet av ett förbättringsarbete och vad man behöver vara uppmärksam på samt förkorta den tid som behövs för att utveckla förbättringsinsatser. Vidare beskrivs att teorier är nödvändiga för lärandet av förbättringsarbetet och att det ska bli framgångsrikt (Davidoff et al., 2015). Nolans förbättringstrappa och förbättringsmodell beskrivs som ett framgångsrikt koncept, att med hjälp av PDSA cykler planera, testa, studera och agera genererar det ny kunskap (Portela et al. 2015; Nelson et al. 2007). Förbättringsarbete beskrivs som en ständig process och PDSA modellen som en viktig hörnsten i vad Bergman och Klevsjö (2012) kallar offensiv kvalitetsutveckling. Kvalitet beskrivs vidare att den person som organisationen ska skapa värde för alltid ska sättas i centrum. Att kvalitet värderas av den personens behov och förväntningar (Bergman & Klevsjö, 2012). Interventioner för att förbättra smärthanteringen inom akutmottagningar kan behöva skraddarsys till varje individuell akutmottagning för att till fullo kunna ta itu med de utmaningar som identifierats och bör sedan utvecklas efter de behov och hinder som upptäcks (Sampson et al. 2014).

Syften

Övergripande mål

Det övergripande målet med förbättringsarbetet var att patienter som sökte till berörd akutmottagning med buksmärta skulle, utifrån sin självupplevda smärtskattning, erbjudas farmaceutisk behandling i syfte att få den smärtan lindrad. Att sjuksköterskan i sin profession, utifrån förbättringsarbetets mål, utgick från dennes upplevelse och berättelse samt att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av personcentrering i samband med detta.

Förbättringsarbetets syfte

Att förbättra smärtskattning och smärtlindring av patienter med buksmärta på berörd akutmottagning.

Smarta mål

Smart mål: Akutmottagningen Huddinge skulle senast 2023-03-12 smärtskatta, erbjuda farmaceutisk behandling och utvärdering av läkemedelseffekt på 75 % av patienter med buksmärta.

Delmål ett: Akutmottagningen Huddinge skulle under perioden 221014-221130 smärtskatta och dokumentera värdet hos 36% av patienter med sökorsak buksmärta.

Delmål två: Akutmottagningen Huddinge skulle under perioden 221131-230131 erbjuda smärtlindring och smärtskatta genom NRS-mätning efter given smärtlindring på 60 % av patienter med sökorsak buksmärta

De smarta målen har tagits fram tillsammans med projektgruppen samt medarbetare utifrån vad som anses realistiskt under den tidsatta perioden med tidigare mätningar som utgångspunkt.

Studiens syfte

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av personcentrering vid smärtskattning.

Metod och material

Tonnquist (2021) beskriver projektmetodik som en process med en början och ett slut, där projektets förlopp kan förklaras utifrån den generella projektmodellens olika faser: Idé, förstudie, planering, genomförande, avslut och effekt. Förbättringsarbetets förlopp kommer att förklaras utifrån några av dessa faser med tillhörande förbättringsverktyg.

Idé till förbättringsarbetet

Idén till förbättringsarbetet utgick från att undersöka vilka faktorer som skulle kunna påverka att vårt arbete med att smärtskatta, erbjuda farmaceutisk behandling samt utvärdera skulle kunna förbättras på berörd akutmottagning.

Projektgrupp

Projektgruppen bestod av projektledaren som också var omvårdnadschef på enheten och fyra biträdande universitetssjuksköterskor (BUS). BUS hade i rollen 50 % arbetstid avsatt för utvecklingsarbete och lämpade sig väl för detta ändamål. Projektledaren beskrivs av Tonnquist (2021) som den som ansvarar för planering och organisering av projektet och ser till att uppsatta mål i projektet nås. Idén till förbättringsarbetet presenterades för övriga i projektgruppen.

Förstudiefas

Efter att bakgrund, syfte och mål tagits fram beskriver Tonnquist (2021) olika viktiga delar som ingår i förstudiefasen för att minska osäkerhet genom att analysera förutsättningar för förbättringsarbetet.

SWOT-analys

För att identifiera vilka framgångsfaktorer och hinder som kunde finnas inom verksamheten gjordes en SWOT-analys (bilaga 1). Styrkor som identifierades var att det fanns ett engagemang och ansvars känsla hos medarbetarna, stöd från ledning, förändringsvilja och möjlighet till att avsätta resurser för ändamålet. Svagheter som hittades var stor personalgrupp, hög personalomsättning, inhyrd extern personal och crowding av patienter. Möjligheter att genomföra förbättringsarbetet bedömdes som stor då stöd och en vilja att förändra och förbättra verksamheten sträckte sig högt upp i organisationen. Hoten som identifierades var personalneddragningar. Engagemanget från medarbetarna och den förändringsvilja som de utstrålade var den största tillgången. Lyckas arbetet med att fånga upp dessa personer och ge de resurser som krävs upplevdes förbättringsarbetet ha goda chanser att genomföras.

Intressent analys

Personer som påverkar ett projekt beskrivs av Tonnquist (2021) som intressenter som kan kategoriseras som kärn-, primär- eller sekundärintressenter utifrån hur viktiga de är för projektet och kan med fördel identifieras. Kärnintressenterna i detta projekt var projektledare och projektgruppen. Primärintressenter var enhetens sjuksköterskor som träffar patienten initialt, tar anamnes utifrån patientens berättelse, administrerar läkemedel samt dokumenterar. Sekundärintressenterna ansågs vara övriga medarbetare på enheten. Tonnquist (2021) betonar att en intressentanalys kan göras för att identifiera de positiva och negativa intressenterna som kan vara både passiva och aktiva.

Kommunikationsplan

Då projektet hade många intressenter och enheten bestod av en stor medarbetargrupp gjordes en kommunikationsplan (bilaga 2) i syfte att nå samtliga som är i behov av att ta del av projektet. Tonnquist (2021) påpekar att en kommunikationsplan används som ett verktyg för att säkerställa att rätt målgrupp får rätt information i rätt tid och på rätt sätt. De som identifierades och som i olika forum och informerades var ledningsgruppen på enheten, projektgruppen och projektledaren samt medarbetargruppen bestående av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare på enheten.

Planeringsfas

Tidsplan

I denna fas beskriver Tonnquist (2021) olika delar för att säkerställa vägen fram mot målet. En tidsplan är ett viktigt styrinstrument och visar på hur projektet kommer drivas, följas upp och kvalitetsgranskas under genomförandet (Tonnquist, 2021) Ett GANTT schema beskrivs av Tonnquist (2021) som ett bra

exempel på tidsplan och användes i detta projekt där olika milstolpar identifierades som under projektets gång genomfördes.

Risکانالys

En annan del i planeringsfasen är riskanalys. Tonnquist (2021) menar på att en riskbedömning inför ett projekt är att föredra för att förekomma och vara beredd på eventuella händelser som kan påverka projektet i negativ riktning. En riskanalys utfördes (bilaga 3) där riskerna bedömdes utifrån sannolikhet och konsekvens. Tonnquist (2021) beskriver att riskvärdet kan räknas ut genom att multiplicera sannolikheten med konsekvensen utifrån givna formler vilket gjordes. Riskanalysen visade att de största riskerna var låg följsamhet till uppsatta rutiner och okunskap. Andra risker som visade sig var hög personalomsättning, stor personalgrupp och extern bemanning. Faktorer som kunde försvåra arbetet med att nå ut och bibehålla kompetensen inom området.

Påverkansanalys

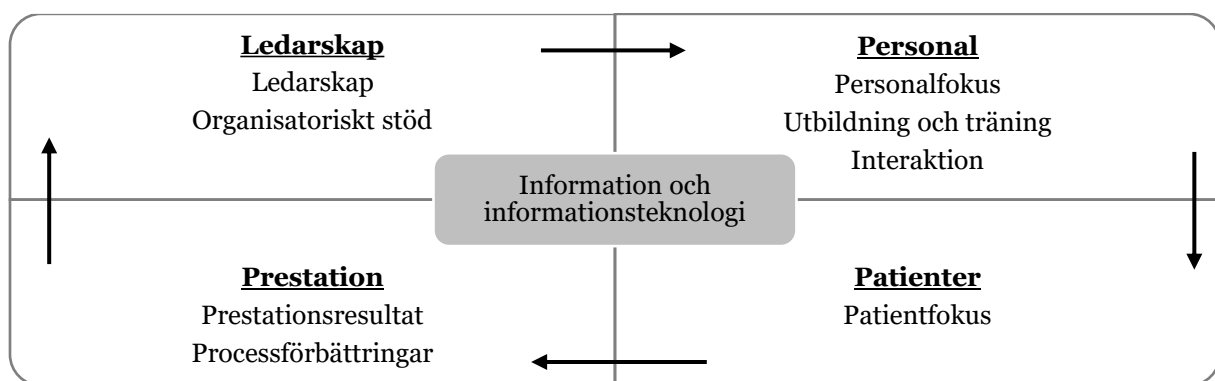
I syfte att identifiera de faktorer som kan påverka att målet nås gjordes en påverkansanalys (bilaga 4). Där identifierades utbildning, rutiner/riktlinjer, dokumentation och generell läkemedelsordination som fyra primära områden som kunde tänkas påverka att målen nåddes.

Metod för förbättringsarbetet

Som ledare bör man ställa sig följande frågor enligt Ahrenfeldt (2013): för vems skull finns vi till, vilket är mitt ansvar och vilket ansvar har medarbetarna? Vidare menar Ahrenfeldt (2013) att interaktion och integration är viktiga perspektiv i organiserande och ledarskap. Förbättringsarbetet handlade om att genom gemensamma uppsatta mål, reflektera och föra dialog gällande de resultat som redovisades. Att genom detta arbetssätt nå ett organisatoriskt meningsskapande tillsammans (Iveroth & Hallencreutz, 2016; Senge, 2006). En del av idén med förbättringsarbetet var att skapa en informationsmiljö som visar data kopplat till förbättringsarbetet i realtid alternativt i närtid. Nelson et al (2007) beskriver att information i realtid är ett stöd för att förse patienter med god vård. Resultat och mätningar från journalgranskning visualiserades med hjälp av p-diagram för att ha möjlighet att diskutera och reflektera tillsammans med medarbetarna dagligen i samband med arbetspassets start. Bergman och Klefsjö (2012) betonar att även om organisationens processer tydliggörs får man inte glömma att de sinsemellan är beroende och påverkar varandra. Organisationen bildar ett system där ett långsiktigt systemtänkande är nödvändigt för framgång. Nelson (2007) beskriver olika egenskaper hos mikrosystem som behöver interagera aktivt med varandra för att nå framgång vilket legat till grund för förbättringsarbetet och illustreras i figur 1.

Figur 1

Framgångsegenskaper hos högpresterande kliniska mikrosystem, fritt från Nelson (2007).



Reflektion över vad som sägs och vad som görs kan medvetandegöra ett eventuellt gap inom det område som avses (Senge, 2006; Braithwaite, 2015). Genom att återkommande presentera resultat med efterföljande dialog och diskussion var förhoppningen att eventuella gap skulle tydliggöras och förändringar som innebär förbättringar genomföras. Genom att sätta patienten i centrum, utgå från hens/personens upplevelse, använda sjuksköterskors förmåga att efterfråga patientens behov och skapa en lärande organisation där mikroteamet skapar kvalitet för den som den är till för.

Kontext

Nelson et al (2007) beskriver mikrosystemet som den minsta enhet som jobbar nära och tillsammans med patienten, att det är i detta sammanhang som kvalitét skapas. Det är också här som gapet identifierades. Mikrosystemet som identifierades är det vårdlag på aktuell enhet där, förutom patienten, sjuksköterska, undersköterska och läkare ingick. Ambitionen var därför att göra förbättringen tidigt i vårdförloppet, i det första mötet mellan patient och vårdpersonal som skedde i samband med patientens vistelse vid enheten. Beskrivning av mikrosystemet kan med fördel göras utifrån modellen 6P baserat på 5P-modell av Nelson et al. (2007) med tillägg av Andersson Gäre (personlig kommunikation, 2020).

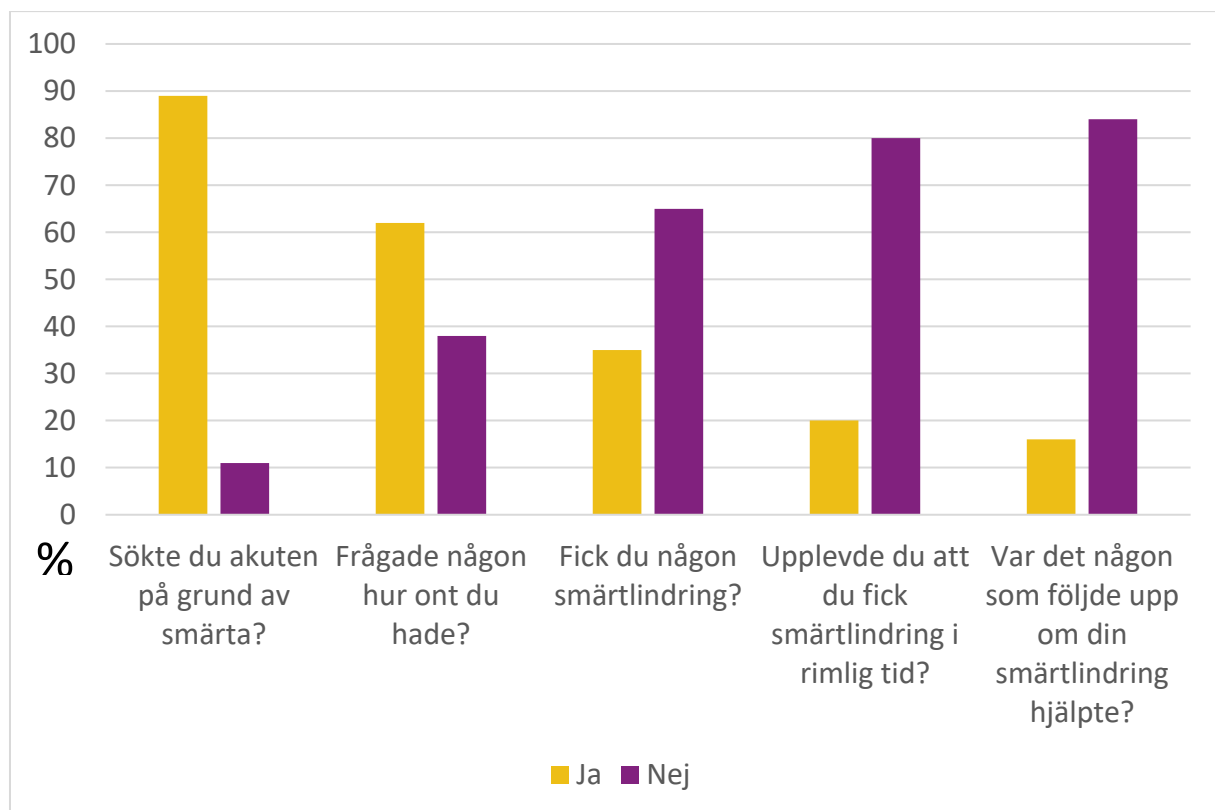
Purpose: Mikrosystemets syfte, i detta förbättringsarbete, var att med utgångspunkt från patientens berättelse och dennes självskattning av sin smärta bedöma vilken eventuell farmaceutisk smärtbehandling som kunde vara aktuell.

Patients: Ca 150 patienter från 15 år och uppåt söker sig till enheten dagligen där de flesta söker för någon typ av smärta eller obehag. Av dessa 150 kommer ca 20 patienter med varierande bakgrund, kön och ålder till enheten med (de flesta med pågående) buksmärta som sökorsak. Att förbättringsarbetet avgränsades till patienter med buksmärta grundade sig i att det ansågs rimligt stort i detta sammanhang och gjorde det lättare att följa upp med hjälp av journalgranskning.

Patientenkäter som gjordes, besvarades av 58 personer under oktober månad 2022, och visade att ca 90 % av de patienter som svarat på enkäten sökte för smärta, 62 % blev tillfrågade om de hade ont och 35 % blev erbjudna smärtlindring. Totalt 20 % upplevde att de fick smärtlindring i tid efter ankomst till akutmottagningen (Figur 2).

Figur 2

Andel patienter och svar på respektive fråga.



Kommentar. 58 patienter svarade på nedanstående frågor i enkäten under hösten 2022.

Professionals: Ca 88 sjuksköterskor och ca 56 undersköterskor var anställda på enheten. Samtliga med varierande bakgrund, erfarenhet och kompetens. I första mötet triageras patienten av teamet som bestod av en sjuksköterska och undersköterska och var den första enhet som patienterna ingick i, inför sin inskrivning på akutmottagningen. Läkare ingår också i det vårdlag patienten placeras i under

vistelsen på akutmottagningen. I detta första möte läggs grunden till patientens vistelse där sjuksköterskan tar anamnes och dokumenterar utifrån patientens berättelse, Med hjälp av digitala hjälpmedel bedömer sjuksköterskan hur snabbt patienten behöver tas om hand med hänsyn till dennes hälsotillstånd. I anamnesen ingår att sjuksköterskan ska bedöma eventuell smärta och dokumentera patientens upplevda smärtskattning något som sjuksköterskorna själva ansågs göra enligt frågeformulär som skickats ut. En enkät med frågor som rörde följsamhet till rutiner gällande smärtskattning, smärtlindring och utvärdering av given smärtlindring skickades ut till sjuksköterskor på aktuell akutmottagning. Av de 37 sjuksköterskor som svarade på enkäten uppgav de flesta att smärtskattade med NRS, gav smärtlindring och utvärderade effekt på givet läkemedel (Bilaga 5). Uppfattningen bland sjuksköterskorna skiljde sig markant från den journalgranskning som gjorts.

Process: Då sjuksköterskans bedömning baseras på patientens berättelse så skapas det värde och förväntningar hos patienter inför vistelsen samt ligger till grund för det initiala omhändertagandet på berörd akutmottagning. Upplever patienten smärta och i samtalet uttrycker en önskan om att få farmaceutisk hjälp med detta ska smärtskattning med hjälp av NRS utföras, lämplig farmaceutisk behandling erbjudas med medföljande utvärdering med NRS. Samtliga aktiviteter ska enligt enhetens direktiv dokumenteras. Baslinjemätningar gjorda 220420-220501 visade att av de 182 patienter som sökte för buksmärta under denna period smärtskattades 14 % vid ankomst till akutmottagningen, 51 % erhöll farmaceutisk behandling samt 13 % av de som erhöll farmaceutisk behandling smärtskattades.

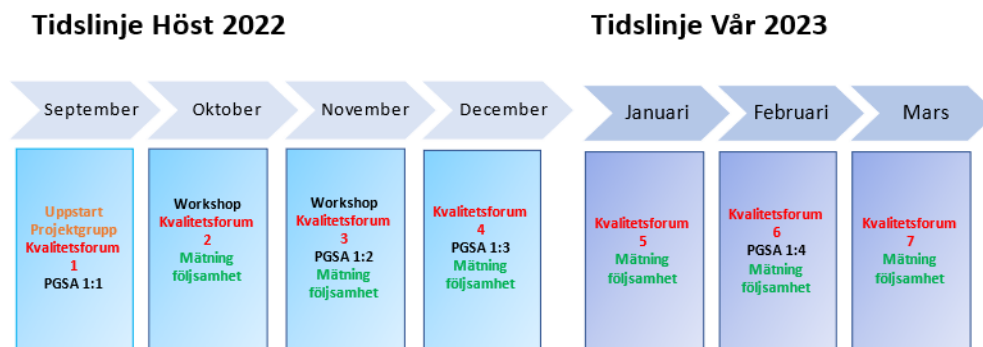
Patterns: Ett tydligt mönster urskiljs i att sjuksköterskan i mötet med patienten inte alltid följer de uppsatta mål som finns gällande patienter som söker vård för smärta i olika former. Smärtlindring och smärtskattning uteblev i många fall under patientens vistelse på berörd akutmottagning. Sjuksköterskans uppfattning om följsamhet till gällande riktlinjer och resultatet av baslinjemätningar 220420-220501 visade på ett gap där möjlighet till förbättring identifierades.

Passion: Engagemanget gällande smärtlindring upplevdes skapa känslor inom arbetsgruppen och bidrog till att viljan att förbättra för patienter ökade.

Genomförandefas

Figur 3

Tidslinje över genomförandefasen.



Nolans förbättringsmodell

Nolans et al (2007) förbättringsmodell, dess tre frågeställningar med tillhörande PGSA-cykel beskrivs som ett bra sätt att testa ett förbättringsarbete och användes som modell i aktuellt förbättringsarbete. PGSA (planera, göra, studera, agera) användes för att testa förändringarna i flera steg, lära från testerna och gå vidare för att göra förbättringar.

Vad ville vi på enheten åstadkomma?

Förbättra omhändertagandet av patienter och lindra smärta för de som söker för akut buksmärta på berörd akutmottagning.

Var förändringen en förbättring?

Provost och Murray (2011) beskriver att styrdiagram är lämpliga att använda när man vill visa resultatvariationer över tid för att förstå påverkan av de förändringar man gjort vilket passade bra i detta fall. För att tolka p-diagrammen och identifiera brytpunkter i medellinjen användes regel 1 som beskrivs i Provost och Murray (2011) att 8 punkter eller fler över eller under medellinjen är en indikation på en förändring. Ambitionen var att återkoppla resultat med efterföljande dialog med medarbetarna i återkommande PDSA-cykler. Genom att jämföra andel på respektive mätområde återkommande under förbättringsperioden kunde eventuella förbättringar visualiseras.

Mätningar som användes var:

- Antal patienter som smärtskattas i förhållande till det totala antalet patienter som sökt med buksmärta: presenterades som andel i p-diagram.
- Antal patienter som erbjudits farmaceutisk behandling i förhållande till antalet patienter som sökt för buksmärta. Presenterades som andel i p-diagram.
- Antal patienter som smärtskattats efter given farmaceutisk behandling i förhållande till det totala antalet patienter som fått smärtlindring: presenterades som andel i p-diagram.

Patienter som journalgranskats

Samtliga patienter över 18 år och som sökte för buksmärta inkluderades i journalgranskningen. Exkluderade i samtliga mätningar var patienter som uppgett sekretess, barn under 18 år, avlidna personer samt personer som avvikit från enheten utan att samtal utförts.

Vilka förändringar gjorde enheten för att testa vad som kunde leda till förbättring?

Förbättringsåtgärd ett: Utifrån identifierade områden som kunde öka chanserna att förbättringsarbetets mål nåddes genomfördes ett antal åtgärder. Projektgruppen utformade och genomförde workshops där samtliga professioner var inbjudna men riktade sig i huvudsak till sjuksköterskor och undersköterskor. Workshops innehåll grundade sig i The European Society for Emergency Medicine (2020) riktlinjer för hantering av akut smärta i akuta situationer där formen var interaktiv föreläsning med aktiva deltagare. Workshops innehöll beskrivning av smärta, smärtanalys (vilka frågor som ska ställas samt presentation av OPQRST), smärtintensitet och beskrivning av NRS-skalan, smärtbehandling (beskrivning av WHO:s smärtrappa samt koppling till NRS skalan och de generella ordinationer som finns på enheten) samt hur detta förväntades dokumenteras. Detta genomfördes under två veckors tid som efter utvärdering fortsatte ytterligare en vecka för att nå så många medarbetare som möjligt. Innan workshops ägde rum sågs aktuella rutiner och riktlinjer över, generell läkemedelslista kontrollerades att den var aktuell samt olika möjligheter att underlätta journalföring skapades. Förhoppningen var att involvera patienterna i större utsträckning genom att efterfråga skattning på upplevd smärta, detta för att öka förståelse och kunskap hos medarbetarna och i förlängningen skapa förutsättningar för att öka förekomsten av god smärtlindring på berörd akutmottagning.

Tabell 1

PGSA 1:1 genomförd september 2022

Planera	Vad: Testa om vårdpersonal förstod mätningar i form av P-diagram som presenteras Mål: Att alla förstod grunden i vad diagrammen visar samt tydliggöra skillnaden mellan sjuksköterskornas uppfattning av utfört arbete och journalgranskningens resultat Projektledare utförde testet under hösten 2021
Göra	Presentera sjuksköterskornas enkät samt resultat i form av P-diagram
Studera	Den allmänna uppfattningen var att P-diagrammen gick att förstå, reaktioner på att resultatet var dåligt och en del ifrågasättande om det kunde vara så. Den allmänna uppfattningen var att det sågs en skillnad mellan uppfattning av utfört arbete och resultatet av gjorda mätningar.
Agera	P-diagram ansågs lämpliga att använda för att visualisera resultat av journalgranskning och användes fortsättningsvis.

Den andra förbättringsåtgärden innebar att skapa utrymme och förutsättningar för att arbeta med förbättringar och kvalitetsutveckling i ett längre perspektiv. För att möjliggöra detta skapades ett kvalitetsforum som infördes under hösten 2022. Kvalitetsforumets längd var 60 minuter och tillgängligt för medarbetare med arbetspass den dagen och planeras vara en återkommande aktivitet, 1 gång/månad, inom organisationen. Ambitionen med att införa kvalitetsforum var att skapa en plattform där förbättringsarbete och kvalitetsutveckling blev ett naturligt inslag i vardagen där medarbetarnas förslag till förbättringar kunde tas tillvara och diskuteras. Inom det risk- och avvikelsehanteringssystem

som finns inom organisationen finns även möjlighet för medarbetare att lämna in förbättringsförslag. Av dessa 60 minuter avsattes ca 15 minuter för att för att reflektera och föra dialog utifrån de resultat som framkommit i de mätningar som gjordes i förbättringsarbetet. Övrig tid gick till att diskutera andra förbättringsområden och förbättringsförslag där biträdande universitetssjuksköterskor med ansvar för kvalitetsutveckling inom enheten spelade en viktig roll där medarbetarnas idéer och förslag fångas upp.

En interaktiv skärm införskaffades för att kontinuerligt uppvisa progress av resultat till personalgruppen med syfte att medvetandegöra hur resultatet av utfört arbete faktiskt såg ut i närtid. Återkoppling av resultat och reflektion av gjorda förbättringsarbete var en del, där medarbetarnas egna förslag till förbättringar gällande bland annat smärtskattning och smärtlindring kunde tas tillvara.

Tabell 2

PGSA 1:2 genomförd november 2022

Planera	Vad: Fortsätta testa och visa resultat genom P-diagram Mål: Att personalen engagerade sig, reflekterade och förde dialog i samband med att resultat från P-diagram från baslinjemätning nr 2 redovisades. Vid detta tillfälle redovisades även resultat från patientenkät. Projektledare utförde testet på planerat kvalitetsforum v 42.
Göra	Presentera resultat av patientenkät samt resultat av baslinjemätning nr 2 i form av P-diagram. Uppmana till reflektion och dialog över de resultat som visades.
Studera	Reflektion och dialog kom i gång, denna gång något mer ifrågasättande kommentarer om tillförlitligheten i framför allt patientenkäten och dess brister. Gärna förklaringar till vad som gör att resultatet från journalgranskningen var så uselt diskuterades. Dock mycket bra reflektioner.
Agera	Kvalitetsforumet ansågs lämpligt att använda i syfte att reflektera och föra dialog över redovisade resultat.

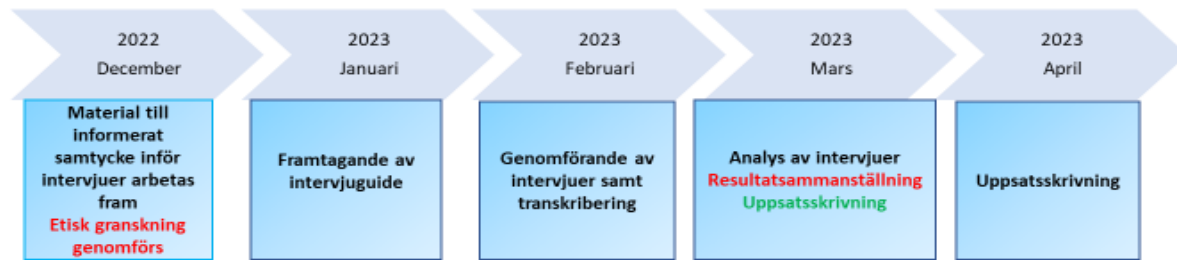
Då återkoppling från patienter inom vissa identifierade områden var begränsad undersöktes om en patientenkät kunde vara lämplig som metod att inhämta patientens upplevelse (PGSA 2:1, bilaga 6). Projektgruppen tog fram en patientenkät i syfte att undersöka patienters upplevelse av besöket på berörd akutmottagning. Patientenkäterna gjordes i form av en webbaserad enkät/frågeformulär via Webropol och gjordes tillgänglig via QR-kod på ett A4 ark. QR-koden tillsammans med information om att det är en enkät/frågeformulär som var frivillig att besvara gjordes tillgänglig på olika platser där patienter befann sig på akutmottagningen. I enkäten/frågeformuläret efterfrågades patientens ålder, kön, ankomsttid (ej datum), förväntningar samt upplevelser gällande information, trygghet och smärta. Enkäten var till för information till oss på enheten. Enkäten var inte framtagen endast för att besvara frågor kopplade till förbättringsarbetet men frågorna angående smärta var användbara. Patientenkäten utvärderades tillsammans med patientrepresentant vilket visade att enkäten uppfattades som tydlig och svarade mot syftet (PGSA 2:2, bilaga 6).

Metod för studien

Design

För att få inblick i hur deltagarna uppfattar och förhåller sig till specifika erfarenheter användes fokusgruppsintervjuer (Wibeck, 2017). Wibeck (2017) menar att semistrukturerade fokusgruppsintervjuer med en på förhand sammanställd intervjuguide ökar möjligheterna att hålla sig till det övergripande ämnet. Innehållsanalys beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som lämpligt vid omfattande material såsom intervjuer vilket har använts i analysen av studien.

Figur 4
Tidslinje över studien.



Kontext

Studien har genomförts på en av Sveriges största akutmottagningar där ca 55 000 patienter söker akut sjukvård varje år och är öppen för alla med varierande sjukdomstillstånd. Personalen bestod av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare med varierande bakgrund och erfarenhet. Studien begränsades till att omfatta sjuksköterskor ur aktuell grupp på berörd akutmottagning som ingick i mikroteamet då sjuksköterskor var de personer som i första mötet tar anamnes och dokumenterar i dialog med patienten utifrån dennes berättelse och upplevelse av sin situation.

Urval/deltagare

Wibeck (2017) betonar att antalet deltagare i fokusgruppsintervjuerna inte har så stor betydelse och att grupperna inte behöver vara så stora och påtar att deltagare i små grupper har en viktig roll, dock bör inte gruppen bestå av tre eller färre då det kan skapa spänningar i gruppen. Antalet grupper är enligt Wibeck (2017) inte heller av stor vikt utan beskriver att teoretisk mättnad kan eftersträvas vilket innebär att intervjuer fortgår till dess att det inte kommer fram särskilt mycket ny information. Wibeck (2017) rekommenderar vidare att liknande bakgrund och erfarenheter har betydelse och personerna blir mer benägna att dela tankar och erfarenheter med varandra om urvalet sker utifrån dessa premisser. Utifrån detta bestod fokusgrupperna av sjuksköterskor som jobbade inom enheten där studien genomfördes. Danielsson (2017) beskriver att urval kan ske efter både bekvämlighet och ändamål där båda tagits i beaktande vid urval av deltagare. Alla tillfrågades aktuell dag där ett representativt urval utifrån ålder, kön och erfarenhet eftersträvades. För att underlätta samordning av intervjuerna användes bekvämlighetsurval där samtliga 13 sjuksköterskor som befann sig på arbetet aktuell dag informerades om syftet med intervjuerna samt tillfrågades om intresse av att delta.

Datinsamling

Innan intervjuerna startade fick samtliga deltagare ta del av ett informationsbrev samt tillfrågades om samtycke. Samtliga informanter tackade ja till att medverka efter att ha tagit del av informationsmaterialet. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes av en moderator som i detta fall utgjordes av författaren till studien tillika chef på berörd akutmottagning och utgick från en på förhand sammanställd intervjuguide (bilaga 7). Wibeck (2017) betonar att intervjuguiden bör bestå av frågeställningar som bör täckas in i diskussionen. Medvetenhet om att maktrelationer i intervjusituationer finns och att belysa dessa bidrar till att agera etiskt, och inte använda sig av eller utnyttja en överordnande position (Alex & Hammarström, 2008). Författaren strävade efter att ha neutralt förhållningssätt utan att varken hålla med eller säga emot utan fokuserade på att bjuda in övriga i samtalet eller be de fördjupa sina svar genom att berätta mer gjordes i stället. Författarens roll var att inleda diskussionen, förklara ramar och inta en, om möjligt, tillbakadragen roll och med frågor få gruppen att hålla sig till ämnet. Att hålla sig till ämnet utan att påverka alltför mycket beskrivs som en svårighet av Wibeck (2017) och eftersträvades av författaren. Fokusgruppsintervjuerna planerades med hjälp av Krueger och Casey's (2009) guide för genomförande av fokusgruppsintervjuer där en lugn miljö utan avbrott, möjlighet till dryck och tilltugg skapades samt att en gåva inhandlades och gavs till deltagarna. Utrymme i deltagarnas schema skapades för att möjliggöra deltagande under arbetstid vilket underlättade rekryteringen. Under intervjuerna fanns en observatör närvarande för att hjälpa till med sammanfattning i syfte att klargöra om informationen som kommit fram hade uppfattats korrekt. Observatören var i detta fall en av medlemmarna i projektgruppen och deltog vid samtliga fokusgruppsintervjuer. Datinsamlingen skedde genom att fokusgruppsintervjuerna spelades in och sparades på lösenordskyddad dator i avvaktan på transkribering. Efter genomförd transkribering

sparades materialet i lösenordsskyddad dator och de sparade ljudfiler kasserades. Datainsamlingen resulterade i tre intervjuer där första intervjun varade i 43 minuter, andra 38 minuter och den sista i 35 minuter vilket gav 25 sidor transkriberat materiel som låg till grund till genomförd analys och resultat. Efter att analys genomförts, resultat skrivits fram och studien i sin helhet är färdigställd, kasseras det transkriberade materialet.

Då författaren varit verksam inom akutsjukvård i 22 år varav de senaste 6 åren som chef på berörd akutmottagning, fanns både kunskap om kontexten och förståelse.

Dataanalys

Kvalitativ metod med induktivt förhållningssätt har använts för att beskriva deltagarnas erfarenheter av personcentrerad vid smärtskattning. Ett induktivt förhållningssätt beskrivs av Henricson och Billhult (2017) som lämpligt när det handlar om att utgå från deltagarnas levda erfarenheter vilket gjorts i denna studie. Kvalitativ innehållsanalys har använts och beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som en metod passande vid analys av intervjuer och beskriver flera steg som måste genomföras. Efter att de inspelade intervjuerna transkriberats lästes texten igenom flera gånger för att få en känsla av helheten, som sedan följdes av identifiering av meningsenheter som svarade mot studiens syfte. För att underlätta analysen skapades ett analyschema i Excel. Meningsenheterna fördes efter detta över till Excel arket och placerades under kolumn A, meningsenheterna kondenserades och placerades i kolumn B. Analysen fortsatte genom att identifiera betydelseenhet, en kod, på meningsenheten (kolumn c). Koderna som identifierades skrevs ned på postit lappar med olika färger för att lättare kunna kategorisera dessa i olika grupperingar utifrån likheter och skillnader. Dessa grupperingar skapade åtta underkategorier som sedan sorterades under tre huvudkategorier utifrån innehållet och dess underliggande betydelse och presenteras i tabell 3.

Tabell 3

Exempel på kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori., presenteras nedan i tabell 3.

Meningsenhet (kolumn A)	Kondenserad meningsenhet (Kolumn B)	Kod (Kolumn C)	Underkategori	Kategori
<i>"Allting som vi är tvungna att efterfråga hos patienten, och inte bara tolka i med vad vi tycker och ser, kommer ju såklart främja både delaktigheten och den personcentrerade vården tänker jag"</i>	Att efterfråga patientens upplevelse främjar delaktighet och personcentrerad	Efterfråga upplevelse	Efterfråga patientens berättelse	Engagemang för delaktighet

Etiska överväganden

Förbättringsarbetet

En förutsättning för att genomföra tänkt förbättringsarbete var journalgranskning av patientjournaler. Att i någon form läsa andras journaler kommer alltid innebära ett ansvar och medföra etiska dilemman. Kjellström (2017) beskriver tre etiska principer: respekt för personen, göra gott principen och rättvisep principen. Då journalgranskningen innebar att i första hand utläsa utförda omvårdnadsåtgärder och med hjälp av pinnstatistik dokumentera detta ansågs journalgranskningen vara mycket begränsad och personens integritet bedömdes inte kränkas. Göra gott principen beskrivs vidare av Kjellström (2017) som att väga risk mot nytta. I detta förbättringsarbete var ambitionen att öka förmåga att smärtlindra patienter och att journalgranskningen, som var konfidentiell där inga personuppgifter sparades, bedömdes göra mer nytta än skada. Rättvisep principen innebär bland annat att alla ska behandlas lika (Kjellström, 2017). För närvarande kan behandling av patienter med smärta inte anses vara jämlik då det var stor skillnad på om patienter erhöll smärtlindring eller inte. Kvalitet ska fortloppande utvecklas och säkras (Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30). Förbättringsarbetets syfte var

att förbättra och utveckla kvalitén på vården där både patienter och personal ingår. En del i arbetet har inneburit journalgranskning i syfte att undersöka och följa upp dokumentation. Efter presentation av förbättringsarbetet har godkännande av verksamhetschef för journalgranskning inhämtats. I de fall där patienten uppgivit sekretess har journalen ej öppnats och således ej ingått i journalgranskningen. Inga personuppgifter eller känsliga uppgifter har sparats som kan härleda till att identifiera de som journalgranskats i studien. Att inte kunna identifiera vem som medverkat är en viktig etisk princip (Kjellström, 2017; Bryman, 2018). Insamlandet av data bedöms inte skada eller kränka någon av de som journalgranskats enligt principerna om respekt för personer och att inte skada (Kjellström (2017; Bryman (2018). I de digitala enkäter som skickats ut till personal har syfte och frivilligt deltagande framgått. Patientenkäter med syfte att besvara frågor angående sin vistelse på enheten har gjorts tillgängliga via QR kod där patienter frivilligt har fått delge sin upplevelse på enheten där svaren automatisk anonymiserades.

Studien

Metod som användes i studien var fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor på arbetsplatsen där samtliga informerades om studien. Personal som tillfrågades om att delta i fokusgruppsintervjuerna informerades muntligt om att deltagande var frivilligt och att deltagande när som helst kunde avbrytas utan krav på förklaring. Inför studien fick deltagarna ta del av ett informationsbrev innan de tillfrågades om informerat samtycke. Ett informerat samtycke ska innehålla tre delar enligt Kjellström (2017). Deltagarna ska få information om arbetet, de ska förstå information för att ta ett beslut om deltagande samt att det ska framgå att deltagandet är frivilligt med rätt att när som helst avbryta sin medverkan vilket eftersträvades i denna studie. Den information och dokumentation som framkom i intervjuerna sparades enligt enhetens riktlinjer för GDPR och gjordes inte tillgänglig för andra. Efter transkribering, uppdelning i enheter, koder och trender bedömdes inte resultatet kunna härledas till individer i fokusgruppen. Resultatet kommer att redovisas för hela personalgruppen.

Resultat

Resultat av förbättringsarbetet

Syftet var att förbättra smärtskattning och smärtlindring av patienter med buksmärta på berörd akutmottagning.

PGSA

PGSA cykler genomfördes under mätperioden och presenteras som tabell 4 och 5.

Tabell 4

PGSA 1:3 genomförd december 2022.

Planera	Vad: Fortsätta med P-diagram som visuellt hjälpmedel för att redovisa resultat av pågående förbättringsarbete Mål: Uppnått delmål 1, smärtskatta och dokumentera värdet hos 36% av patienterna, utifrån fortsatt reflektion och dialog undersöka vad som kunde förbättras Ansvarig: Projektledaren.
Göra	Presentera resultat i form av P-diagram
Studera	Målet nästan uppnått på delmål ett, övriga resultat tillgängliga, övriga resultat efterfrågades av medarbetare vilka också visas. Ett mer positivt klimat upplevdes i samband med att förbättring skett även om inte målen uppnåts. Inga ändringar utifrån sättet att jobba önskades. Hög arbetsbelastning och svårigheter att hinna med allt som ska göras nämndes som orsak. Stora variationer noterades i mätningarna. Reflektion om varför uppkom: dålig följsamhet av individer, okunskap, stress, hinner inte med.
Agera	Delmålen slopades och resultatet kom i sin helhet att redovisas. Både som kontinuerlig mätning och i samband med reflektion och dialog på planerade kvalitetsforum. Frågeställning angående hur den enskilde själv kunde agera under kommande arbetspass, påminna varandra. Upprepning av kommande PGSA cykel.

Tabell 5

PGSA 1:4 genomförd februari 2023.

Planera	Vad: Fortsätta med P-diagram som visuellt hjälpmedel för att redovisa resultat av pågående förbättringsarbete i närtid Mål: Uppnå smart mål, fortsatt reflektion och dialog angående redovisade resultat
Göra	Undersöka om återkoppling av resultat i form av P-diagram vid uppstartsmöten samt reflektion och dialog vid kvalitetsforum är ett framgångsrikt koncept
Studera	Förbättringar kunde identifieras i samtliga P-diagram sett över tid, fortsatt stora variationer som ingen hade någon bra förklaring till, upplevelse av att följsamhet till riktlinjer var god.
Agera	Förändringen av att presentera resultat samt reflektion och dialog på kvalitetsforum ansågs framgångsrik

Sättet att redovisa resultat i närtid samt formen för återkoppling och dialog i kvalitetsforum bedömdes av författaren bidra till förändringar som indikerade på förbättringar och fortsatte således under återstoden av förbättringsarbetet.

Baslinjemätning

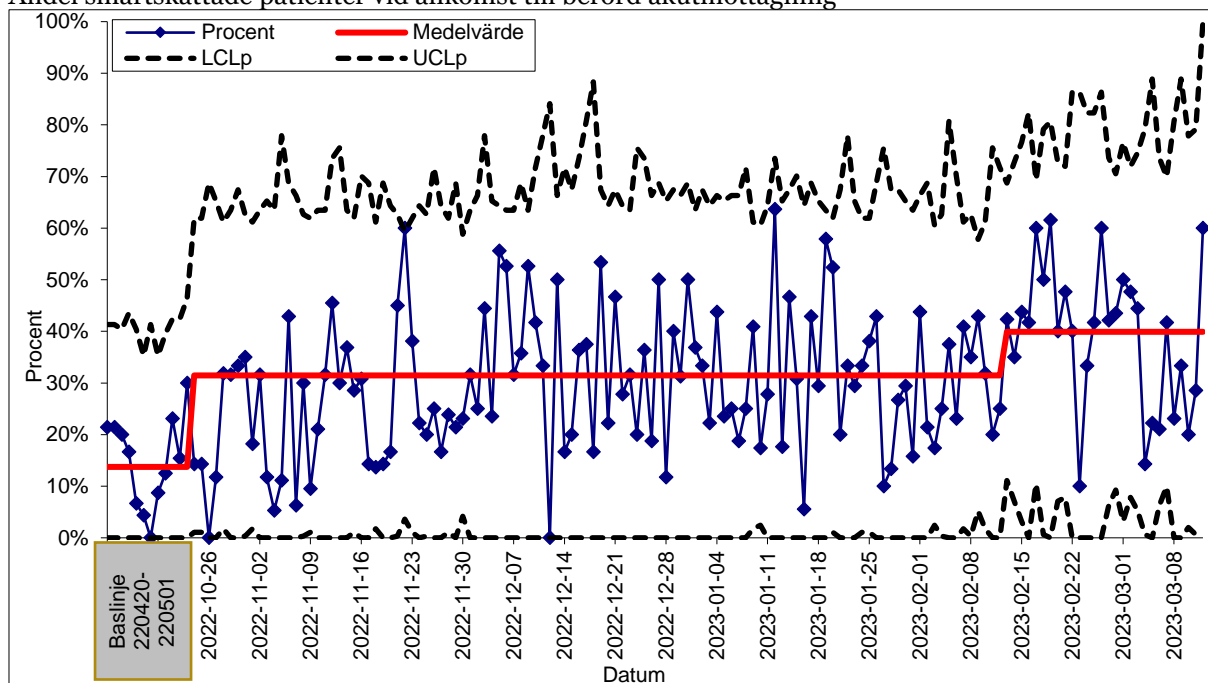
Mätningarna omfattade samtliga patienter (182 patienter) som sökte för buksmärta under perioden 2022-04-20 – 2022-05-01 och har använts som baslinje till genomförda mätningar till resultatet under förbättringsarbetet. Baslinjemätningarna är gråmarkerade på datumskalan i respektive figur 5, 6 och 7.

Mätningar

Kontinuerliga mätningar påbörjades 2022-10-24 och pågick fram till 2023-03-12. Av det totala antalet patienter som sökte vård under denna period som uppgick till 19 726 patienter uppgav 2283 patienter buksmärta som söksorsak.

Figur 5

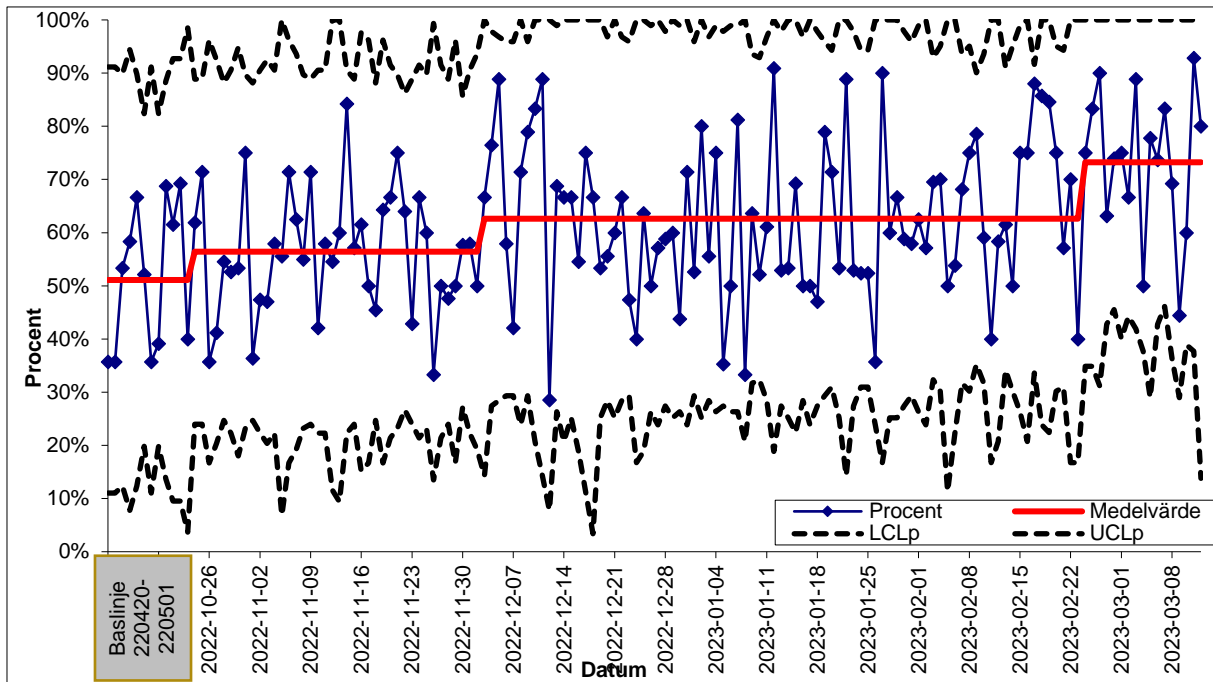
Andel smärtskattade patienter vid ankomst till berörd akutmottagning



Kommentar. Av det totala antalet patienter på 2283st som under mätperioden sökte för buksmärta, smärtskattades totalt 719 patienter. Presenteras i figur 5 som andel smärtskattade patienter där röd linje motsvarar medelvärdet under mätperioden.

Figur 6

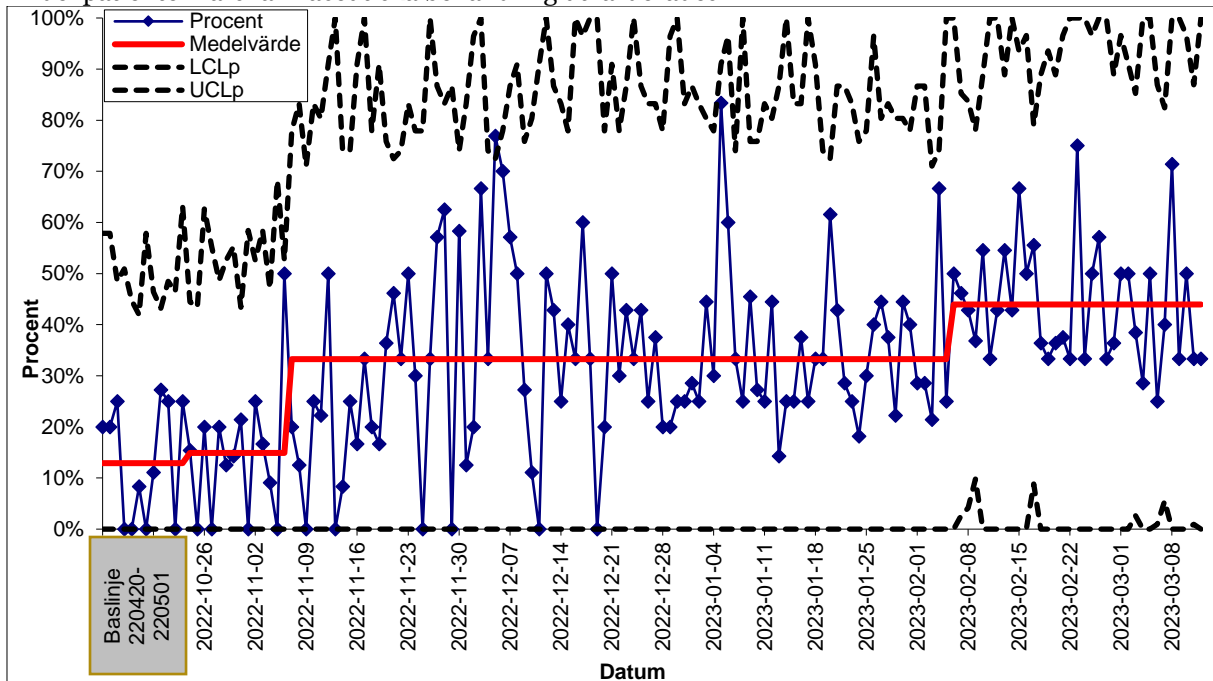
Andel patienter som erbjöds farmaceutisk behandling.



Kommentar. Av det totala antalet patienter på 2283st som under mätperioden sökte för buksmärta, erbjöds totalt 1413 farmaceutisk behandling. Presenteras i figur 6 som andel patienter som erbjöds farmaceutisk behandling där röd linje motsvarar medelvärdet under mätperioden.

Figur 7

Andel patienter vars farmaceutiska behandling utvärderades



Kommentar. Av det totala antalet patienter som fick farmaceutisk behandling som uppgick till 1160st, utvärderades totalt 397 patienter. Presenteras i figur 7 som andel utvärderade patienter där röd linje motsvarar medelvärdet under mätperioden

För att tolka p-diagrammen och identifiera brytpunkter i medellinjen användes regel 1 som tidigare beskrivits i metoden att 8 punkter eller fler, över eller under medellinjen, är en indikation på en förändring. Efter användning av denna regel kunde förändringar identifieras. I och med att förändringarna skedde i önskvärd riktning kunde resultatet tolkas som att det skett en förbättring inom det område som var avsett att mätas. Sammanfattningsvis visade resultatet på en indikation på förändring och förbättring inom samtliga mätområden. En förändring kan ses över tid från baslinjemätning och löpande under mätperioden. Trots att målen ej uppnåddes visar resultatet på en ökning som medförde att fler patienter smärtskattades (från 14% till 40%), fler patienter erbjöds farmaceutisk behandling (från 51% till 73%) samt ökad förekomst av utvärderad effekt av given behandling (från 13% till 44 %) under förbättringsarbetets mätperiod.

Bifynd

En noterbar sidoeffekt uppstod under förbättringsarbetet; medeltid från inskrivning till dess att farmaceutisk behandling gavs, minskade (bilaga 8). Då baslinjemätning saknades var det svårt att dra några säkra slutsatser, men detta skulle kunna indikera på att en förbättring skett även inom detta område.

Resultat av studien

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av personcentrering vid smärtskattning. Resultatet beskrivs nedan i kategorier och underkategorier i tabell 6.

Tabell 6

Presentation av kategorier, underkategorier, presenteras nedan i tabell 6.

Kategori	Engagemang för delaktighet	Ställningstagande vid smärtbedömning	Sjuksköterskans förhållningssätt vid personcentrering
Underkategori	Efterfråga patientens berättelse Att lyssna in Delge information Uppföljning	Involvering i smärtskattning Utsatthet vid smärtbedömning	Sjuksköterskans tolkning Medvetenhet skapade patientfokus

Engagemang för delaktighet

Efterfråga patientens berättelse

Sjuksköterskorna uttryckte att ju mer information som efterfrågades från patienten så upplevdes både delaktigheten och personcentreringen öka. Att utforska patientens sjukdomshistoria var en viktig del i bedömningen där patientens beskrivning av upplevelsen av smärtan var av stor betydelse för sjuksköterskans förståelse för patientens situation. Faktorer som lokalisation, tid, om smärtan förändrats eller strålar ut, smärtans karaktär (huggande, stickande, skärande, brännande) efterfrågades och ökade möjligheten till en individuell bedömning. Att fråga om patienten vill ha smärtlindring var också viktigt.

”Allting som vi är tvungna att efterfråga hos patienten, och inte bara tolka i med vad vi tycker och ser, kommer ju såklart främja både delaktigheten och den personcentrerade vården tänker jag”

-Fokusgrupp 1

Sjuksköterskorna beskrev att patienter som kom akut och var påtagligt smärtpåverkade, där man tydligt kunde se att patienten hade ont, kunde krypa ihop och ligga och vrida sig, omedelbart identifierades. I dessa fall blev det ofta ett snabbt omhändertagande med många frågor initialt, snabbt givande av läkemedel samt tidig uppföljning om smärtlindringen haft någon effekt och sjuksköterskorna uttryckte att det gavs utrymme för både personcentrering och delaktighet.

”Ja, det blir väldigt snabbt och bra omhändertagande i början och jag tror att patienterna känner sig delaktigt bara i att man säger, hej, du har ont och de fick komma in fort och allt det där”

-Fokusgrupp 3

Att lyssna in

Många patienter var väldigt duktiga på att berätta om deras situation men det var också viktigt att sjuksköterskorna tar initiativ och frågar efter patienternas upplevelse och hur de kunde hjälpa dem. Man behöver utgå från att patienten är trovärdig och lita på vad de säger samt att sjuksköterskor frågar lite extra för att ta reda på patientens förutsättningar och behov i den situation de befinner sig. Det är betydelsefullt att ta reda på vad de har för tidigare erfarenheter av smärta och smärtlindring som fungerat tidigare och som kan testas först. Genom att sjuksköterskan lyssnar och ställer följdfrågor kan hen fördjupa sin förståelse för patientens situation samt att man tillsammans med patienten lägger upp en plan inför den fortsatta vistelsen på akutmottagningen.

”Man lägger upp en plan tillsammans med patienten så att båda är med på banan, där målet är mindre ont”

-Fokusgrupp 2

Sjuksköterskorna uttryckte också att så länge som de pratade med patienten om hans situation så fanns en delaktighet, att patienten får chans att uttrycka sig och att man tar sig tid att lyssna. Att tillsammans med patienten komma överens om att hen själv kan säga till om hen har ont eller har andra behov, bedöms öka delaktigheten. Sjuksköterskorna beskrev också att patienter som återkommer och har en smärtproblematik sedan tidigare kan delge mycket information och har lätt att säga vad de önskar. Det kan vara fördelaktigt i många fall men kan ställa sjuksköterskan i en obekvämt situation då patientens upplevelse och önskan och sjuksköterskans bedömning kan skilja sig åt.

Delge information

Information angående smärtlindring och smärtbehandling var ett sätt att göra patienten delaktig enligt sjuksköterskorna. Information om vilken effekt som rimligen kan förväntas och inom vilken tidsram ansågs betydelsefullt. Information om att målet är att lindra smärtan och att smärtfrihet ibland kan vara svårt att uppnå beroende på orsak till smärtan ansågs viktigt att förmedla i syfte att skapa rimliga förväntningar hos patienten. Att sjuksköterskan kommer tillbaka för att utvärdera om smärtlindringen haft effekt samt att patienten själv också kan uppmärksamma om det hjälpt eller inte ansågs också av vikt.

”Jag brukar också ofta bara säga till patienterna så här, det här tar ungefär så här lång tid innan det, liksom, kan tänkas ha effekt. Vi kommer komma tillbaka till dig och stämma av”

-Fokusgrupp 3

Vidare uttryckte sjuksköterskorna att patienterna ibland var rädda och oroliga för att få smärtlindring eller att de skulle få för mycket smärtlindring. Sjuksköterskorna beskrev också att patienterna ibland inte vågade be om mer smärtlindring samt en oro för att det skulle påverka läkarbedömningen om de var smärtlindrade. Oro och rädsla hos patienten kunde minska om hen fick relevant och korrekt information om sin smärtbehandling enligt sjuksköterskorna.

Uppföljning

Enligt sjuksköterskorna var det viktigare att stämma av med patienten och efterfråga effekten efter given smärtlindring, än att smärtskatta innan behandling gavs. Det var viktigt att ta udden av smärtan innan patienten kunde vara delaktig. Det var ibland lättare för patienterna att uppges NRS efter att det fått smärtlindring, att de i efterhand kunde sätta en jämförande siffra för att tydliggöra skillnaden före smärtlindring och efter. Patienterna kunde lättare jämföra före och efter de fått smärtlindring, att siffran var högre eller lägre på NRS-skalan i förhållande till vad de upplevde innan.

"Hur ont har du nu och då brukar de säga, nu med tanke på den smärtskalan du frågade tidigare, då hade jag typ 7, nu har jag 5-6"

-Fokusgrupp 2

Dock var uppfattningen att det var lättare för patienten att förmedla om smärtlindringen haft god effekt, liten effekt, fortfarande ont, lite ont eller om patienten blivit fri från sin smärta än att uppge en siffra. Sjuksköterskorna uttryckte även att det viktigaste var att patienten blivit hjälpt av behandlingen. En annan aspekt som sjuksköterskorna ansåg fördelaktigt var att det var samma person som återkom till patienten och följde upp effekt av given smärtlindring.

"Men jag tror också att det är bra att det är samma person som går tillbaka och kollar, stämmer av bara, att det kan bli mer personcentrerat än att man delegerar bort det"

-Fokusgrupp 3

Ställningstagande vid smärtbedömning

Involvering i smärtskattning

Sjuksköterskorna uttryckte att patienten initialt inte alltid var så intresserad av vilken skala som användes eftersom de vid ankomsten till akuten hade så ont att de inte brydde sig om några siffror. Sjuksköterskorna uppfattade som att det kunde vara jobbigt för patienterna att få en massa frågor om NRS-skattning. Att det var lättare för patienten att bara berätta att hen har jätteont, ont eller inte så ont och att patienterna bara ville ha hjälp med smärtan.

Vid smärtskattning uttryckte sjuksköterskorna att patienterna ofta hade svårt att sätta en siffra på sin smärta i samband med att de använde NRS-skalan och frågade "hur ont har du på en skala 1-10". Patienterna kunde ha svårt att sätta ord på smärta som de inte upplevt tidigare och att det var lättare om de kunde jämföra med tidigare upplevelser. Sjuksköterskorna uttryckte också att patienter med kronisk smärta eller annan återkommande smärtproblematik hade både lättare att säga en siffra utifrån NRS-skalan samt att tydligare beskriva för sjuksköterskan den smärta de upplevde.

"Patienter som precis har haft njurstenar är lite duktigare, att den som har upplevt mycket smärta, har någonting att korrelera eller relatera till, det är lättare för dem att använda den där skalan"

-Fokusgrupp 1

Andra faktorer som sjuksköterskan uttryckte som förstärkande vid smärtskattning var kroppsspråk, ansiktsmimik, ljud, gråt, om patienten var kallsvettig, andnings- och hjärtfrekvens. Alla delar som tillsammans utgör underlag ansågs bidra till den helhetsbedömning av patientens situation som sjuksköterskan behöver göra. Sjuksköterskorna uttryckte faktorer som utmanade deras möjlighet att involvera och göra patienten delaktig i den utsträckning som de önskar. Stress, vem som jobbar, vilken erfarenhet personen har, vilken yrkeskategori patienten träffar var olika faktorer och som ansågs påverka möjligheten till involvering.

"Igår hade vi väldigt lugnt, då gick jag och stämde av med alla, effekt och så, kanske bytte smärtpreparat och så där, tyvärr är det inte så ofta man hinner"

-Fokusgrupp 3

Utsatthet vid smärtbedömning

Sjuksköterskorna beskrev att det inte var ovanligt att patienterna lade ansvaret i deras händer och överlämnade de beslut som behövde tas åt personalen i stället. Patienter hade på grund av smärta svårt att reflektera över sin situation och sin smärta. De ville bara bli omhändertagna, få hjälp med deras problem och förväntade sig att få smärtan lindrad. Sjuksköterskorna uttryckte att dessa situationer utmanade deras möjlighet att få patienten till att medverka vid smärtbedömningen.

”De är inte så intresserade av den där siffran, utan ge mig smärtlindring nu, men jag är tydlig med att du inte ska, liksom, ska sitta här eller ligga här och ha ont”

-Fokusgrupp 2

Sjuksköterskorna beskrev också att det fanns patienter som inte kunde uttrycka sig av olika anledningar och gav som exempel bland annat kognitiv svikt, annan nedsatt förmåga och språkförbristning. Det var då betydelsefullt att använda sig av medföljande anhörig eller tolk i försök att smärtskatta patienten. Då kunde smärtskalan som innehöll ansikten från glad till sorgsen vara en bra hjälp.

Sjuksköterskans förhållningssätt vid personcentrerad omvårdning

Sjuksköterskans tolkning

Sjuksköterskorna uttryckte att patientens egen smärtskattning uttryckt i siffror inte alltid stämde överens med deras egen upplevelse av hens smärta eller i förhållande till andra patienters smärta. Det kunde vara svårt att sätta en siffra som översattes till att passa sjuksköterskans erfarenhet. När patientens berättelse och upplevelse av sin situation inte stämde överens med det sjuksköterskan såg och uppfattade utgick inte alltid sjuksköterskan från patientens upplevelse. Som exempel att patienten uppger NRS 10 och är helt opåverkad, så kan det vara svårt att som sjuksköterska acceptera siffran 10 som står för värsta tänkbara smärta. Sjuksköterskorna menar också att de till viss del tolkar in, att de har förutfattade meningar och inlärd metod, oavsett vilken patient de har framför sig. Vidare uttryckte sjuksköterskorna också en erfarenhet av att patienter ibland överdrev sin smärta i samband med smärtskattning, vilket skapade en viss misstro och ifrågasättande av patientens uttryck för smärta

”Det försvinner ju lite, det personcentrerade, för att man, liksom jämför mellan patienterna”

-Fokusgrupp 3

Vidare uttryckte sjuksköterskorna att de litade på sin kliniska blick, sin tolkning, att utifrån detta skapade sig en ganska bra uppfattning vilka som var i behov av smärtlindring eller inte. Att även om patienten uppger en siffra så gjorde ändå sjuksköterskan en egen bedömning och bestämde sig utifrån det.

Medvetenhet skapade patientfokus

Sjuksköterskorna uttryckte en skillnad efter genomgången workshop angående smärta, smärtskattning och smärtlindring samt återkoppling av följsamhet till riktlinjer och uppsatta mål. Det diskuterades mer i personalgruppen och man blev påmind om att göra patienterna delaktiga i smärtskattningen och smärtlindra i samband med detta. Det blev ett bra patientfokus i samband med att arbetet med patientens självskattning och smärtlindring lyftes upp regelbundet och att man blev glad och stolt över att resultatet blivit bättre. Sjuksköterskorna uttryckte att det ökade motivationen till att fråga patienten om smärtskattning samt efterfråga effekten av den smärtlindring de gett. Man kände sig säkrare och var mer frikostig med smärtstillande till patienterna.

”Man reflekterar ju liksom också över sig själv, lite mer jag i alla fall, att jag måste bli bättre på att fråga patienten för man märker att alla runt omkring blir det”

-Fokusgrupp 2

De uttryckte också att resultatet, även om det blivit bättre, var ganska lågt och att patienter med smärta troligen underbehandlas och att brister i arbetet med både smärtskattning och utvärdering av läkemedelseffekt är fortsatt aktuella. De uttryckte också att det var viktigt att effekten av given smärtlindring utvärderades för att säkerställa att patientens smärta blivit lindrad.

”För mig är det viktigare att få fram att det har gett effekt, och om effekten är god”

-Fokusgrupp 1

Diskussion

Diskussion förbättringsarbetet

Metoddiskussion förbättringsarbetet

Projektmodell med förstudie- och planeringsfas användes där förbättringsverktygen SWOT-analys och påverkansanalys ökade förståelsen för vilka faktorer som kunde påverka förbättringsarbetet (Tonnquist, 2021). Nolans förbättringsmodell (Nolan, 2007) användes i planerings- och genomförandefasen, vilket bidrog till att skapa en struktur för förbättringsarbetet vilket underlättade förändringsprocessen.

Projektgruppen var en viktig del i det initiala arbetet med utformandet och genomförande av workshops. Förberedelser och hjälp av riskanalys bidrog till ökad vetskap om komplexiteten med stora personalgrupper, men trots denna vetskap kunde inte alla hinder övervinnas. Att initialt nå ut till hela personalgruppen av sjuksköterskor och undersköterskor visade sig vara svårt under de två veckor som workshops planerades. Även om denna åtgärd förlängdes med en vecka kunde inte all personal ta del av workshops vilket får ses som en brist i spridandet av denna kunskap. Samma svårighet kunde identifieras avseende kvalitetsforum där det inom en 24/7 verksamhet är svårt att samla alla inom ett forum. Projektgruppen förändrades under tiden, likaså förbättringsarbetet, vilket Gustavsson (2020) menar på inte är ovanligt men att det kräver att ledarskapet behöver anpassas och vara mer agilt i sin utformning. Uppfattningen var att förändringarna i projektgruppen inte påverkade förbättringsarbetet.

Införskaffandet av den tekniska utrustningen i egenskap av interaktiv skärm med tillhörande mjukvara i syfte att underlätta den automatiska informationen till medarbetarna fördröjdes och påverkade hur förbättringsarbetet fortgick. Detta innebar att projektledaren blev tvungen att i större utsträckning, personligen och på plats, visualisera resultatet av mätningarna. Detta medförde visserligen att projektledare fick fler tillfällen att reflektera och föra dialog med personalen gällande resultat och förbättringsarbetets progress vilket var positivt men att mer tid fick läggas på detta än vad som var förväntat. Då ambitionen i början av projektet var att presentera resultat i realtid fick målet efter nämnda omständigheter justeras till att presentera resultatet i närtid men bidrog trots allt till en god informationsmiljö vilket är eftersträvänsvärt (Nelson et al., 2011).

P-diagram som verktyg för att visualisera resultatet i närtid visade sig vara ett effektivt och tydligt sätt att presentera resultatet av utfört arbete där procent inom respektive mätområde ansågs lätt att ta till sig. Styrdiagram beskrivs som ett viktigt verktyg vid processtyrning (Bergman & Klevsjö, 2012) och bidrog till ökad objektivitet, giltighet och pålitlighet. Att skapa förutsättningar i form av tid för reflektion och dialog samt visualisering av resultat bedöms ha varit en framgångsfaktor i egenskap av att forum av det slaget inte funnits inom verksamheten tidigare vilket tidigare beskrivits (Ahrenfeldt, 2013; Iveroth & Hallencreutz, 2016; Senge, 2006).

Metoddelen i förbättringsarbetet har diskuterats tillsammans med förbättringscoach vilket bidrar till giltigheten (Henricson, 2017).

Då följsamhet till riktlinjer gällande smärtskattning och farmaceutisk behandling avsågs valdes patienter med buksmärta som sökorsak ut inför journalgranskningen. Valet gjordes utifrån att sökorsaken var väldefinierad och lämpligt stor för att det inom tidsramen för förbättringsarbetet skulle vara genomförbart. Att inte följa upp samtliga patienter som sökte för smärta på berörd akutmottagning kan ses som en brist men begränsningen ansågs avgörande för att genomförandet av förbättringsarbetet skulle vara möjlig.

Journalgranskningen som låg till grund för mätningarna visade sig bli mycket omfattande och tidskrävande då det visade sig att informationen inte gick att tillgodogöras automatiskt. Detta medförde att författaren tillika projektledaren själv fick lägga mycket tid i anspråk på journalgranskningen och får ses som en missräkning i sammanhanget. Detta medförde dock att projektledaren fick god insyn i dokumentationen på enheten och en kontinuitet i journalgranskningen vilket anses ha varit en fördel i samband med reflektion och dialog med personalgruppen. Urvalet att journalgranska utifrån buksmärta som sökorsak underlättade arbetet på berörd akutmottagning, men reliabiliteten kan vara utmanande för andra akutmottagningar med andra journalsystem där sökorsaker kan benämnas olika.

Att patientenkäterna utvärderats tillsammans med patientrepresentant anses bidra till ökad objektivitet och pålitlighet i enkäten.

Provost och Murray (2011) beskriver att kontinuerlig mätning över tid i stället för att göra före- och eftertest är att föredra vilket får ses som en styrka i detta förbättringsarbete. Ett förhållandevis stort antal patienter (2283st) under en period av 140 dagar med avgränsade sökkriterier gav flertalet mätpunkter vilket anses stärka validiteten i mätningarna. Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver statistisk validitet som att mäta det som avses att mätas och upptäcka det som inte beror på slumpen. Användandet av regel 1 med 8 punkter över eller under medellinjen för att urskilja förändringar anses bidra till att stärka resultatet (Provost & Murray, 2011).

Inga känsliga uppgifter i samband med journalgranskningen har sparats och kan härledas till någon patients journal. Den enda som i detta förbättringsarbete journalgranskats är författaren vilket minskat risken för att eventuella personuppgifter skulle kunnat spridas till fler personer. För vem är forskningen värdefull för behöver beaktas samt att undvika att människor utnyttjas, skadas eller såras menar (Kjellström, 2017). Då avsikten med förbättringsarbetet var att bidra till ökad kunskap och förbättra vården på sikt bedömdes arbetet som lämpligt att genomföra där ingen patient bedömts lidit skada.

Resultatdiskussion förbättringsarbetet

Idén med förbättringsarbetet var att införa workshops och via kvalitetsforum reflektera och föra dialog över resultat av utfört arbete i syfte att förbättra smärtskattning och smärtlindring av patienter med buksmärta på berörd akutmottagning.

Ett resultat som bedömdes som viktigt av arbetsgruppen var att fler patienter än tidigare (73% jämfört med tidigare 51%) erbjöds farmaceutisk behandling i samband med sin vistelse på berörd akutmottagning och att uppsatta mål på 75% nästan uppfylldes. Resultatet indikerade även att ca 27 % av de som sökte för buksmärta under förbättringsarbetets mätperiod inte blev erbjuden farmaceutisk behandling och vilket medarbetarna ansåg beklämmande. Resultatet engagerade medarbetarna i den mening att de ansåg att det var viktigt med förbättrade resultat och att återkoppling på utfört arbete kändes meningsfullt där 6p, passion, visade sig i engagemanget. Noterbart var att sjuksköterskorna ifrågasatte om resultatet stämde då de upplevde det som svagt vilket kan tyda på att ett gap mellan sjuksköterskornas uppfattning av vad man gör och faktiskt utför fortfarande existerar till viss mån. Det som av Braithwaite et al. (2015) beskriver som "work as imagine, work as done" De uttryckte känslor som att de troligen var bättre på smärtskattning och smärtlindring än resultatet visade, samtidigt som många uttryckte att många patienter kanske ändå inte får farmaceutisk behandling på berörd akutmottagning.

Resultatet av PGSA 1:3 och 1:4 visar på att kombinationen av återkoppling till personalen avseende deras prestation med tillhörande dialog och reflektion, en process som beskrivs framgångsrik av Ellström (2007), var ett bra sätt att tillsammans med arbetsgruppen driva förbättringsarbetet framåt. Nolans (2007) beskrivning av framgångsegenskaper hos högpresterande kliniska mikrosystem bedöms ha bidragit till att studera dessa faktorer vid genomförda kvalitetsforum där PGSA cyklerna ägde rum. Att skapa förutsättningar för att kunna mötas i kvalitetsforum har till stor del bidragit till att prestationen har kunnat återkopplas och reflekteras över.

Resultatet visar på ökad förekomst av smärtskattning samt att fler patienter erbjuds farmaceutisk behandling vilket tolkas som en förbättring. Resultatet visar dock inte i vilken grad den farmaceutiska behandlingen hjälpt patienten vilket kan ses som en brist och hade varit intressant att ta reda på. Dock tyder tidigare forskning på att förbättringar i smärthantering och smärtbehandling, genom ökad administrering av smärtlindring, ge större tillfredsställelse hos patienter (Decosterd et al., 2007; Bhakta & Marco, 2014).

Under hösten 2022 och våren 2023 var arbetsbelastningen på berörd akutmottagning hög med många patienter närvarande vilket skulle kunna påverka resultatet i att färre smärtskattades och erbjöds smärtlindring på grund av tidsbrist

Resultatet indikerar på att införandet av workshops och återkoppling av utfört arbete i närtid bidragit till att berörd akutmottagnings uppsatta mål närmas. Reflektion tillsammans i grupp ansågs bidra till ökad möjlighet att medvetandegöra samt skapade insikt i förbättringsarbetet, vilket i sin tur bidrog till lärande. Följder av reflektion som också beskrivs av Gjerde, (2012). Detta sågs som en framgång då en

betydande högre andel patienter erbjudits farmaceutisk behandling med högre andel smärtskattade både vid ankomst och efter given behandling. Grol et al. (2007) beskriver teorier och ett systematiskt tillvägagångssätt som effektiva metoder för att planera och utvärdera förbättringar, vilket har använts i denna studie och anses bidra till den förändring som lett till förbättrat resultat. Resultatet har presenterats för ledningsgruppen samt för andra chefer inom organisationen som visat intresse för hur förbättringsarbetet gått till samt uttryckt att resultatet var värdefullt för patienterna. Detta bidrog till att sprida kunskaperna och öka möjligheten att andra kan ta efter och förbättra på andra enheter. Bate et al. (2008) beskriver att nätverk bland ledare bidrar till att sprida kvalitetsförbättringar.

Resultaten indikerar på att förändringen leder till förbättring och skulle kunna överföras till andra akutmottagningar i annan kontext. Att fler patienter blir smärtskattade, erbjuds farmaceutisk behandling samt att given behandling utvärderas ligger till gagn, i första hand patienterna, men även för vårdpersonal som får återkoppling på utfört arbete. Arbetssättet skulle kunna vara överförbart till andra mottagningar, avdelningar och patientgrupper inom all vård där patienter med smärta är representerade. Smärtlindring och information initierad av sjuksköterskor medför högre tillfredsställelse hos patienter (Hughes et al, 2019; Eliasson & Nymo, 2017; The European Society for Emergency Medicine, 2020). Oavsett kontext kan storlek på personalgruppen vara en utmaning vilket var fallet på berörd akutmottagning. En interaktiv skärm som förmedlar budskap under dygnets alla timmar skulle kunna öka möjligheten att all personal kan ta del av resultatet, vilket är ett pågående projekt på berörd akutmottagning. Information av utfört arbete i realtid är ett stöd för god patientvård menar Nelson et al. (2007).

Bifyndet att medeltiden till givet läkemedel minskade (bilaga 8) var ett intressant bifynd. Det visade också att medeltiden till givet läkemedel kunde vara lång vilket indikerar att förbättringspotentialen kan vara stor inom detta område. Under journalgranskningen kunde dock urskiljas att de med hög NRS-skattning ofta fick farmaceutisk behandling i nära anslutning till NRS-skattningen vilket vore intressant att fortsätta undersöka.

Diskussion studien

Metoddiskussion studien

Kvalitativ metod med induktiv ansats användes och ansågs lämplig då sjuksköterskans erfarenheter efterfrågades (Henriksson & Billhult, 2017) vilket bidrog till trovärdighet. Fokusgruppsintervjuer användes och beskrivs ge en rikare samling synpunkter jämfört med individuella intervjuer (Kvale & Brinkman, 2014).

Ur rättvisesynpunkt hade en allmän fråga om deltagande i studien till samtliga sjuksköterskor varit att föredra (Sandman & Kjellström, 2013). Då det av praktiska skäl var problematiskt att genomföra tillfrågades samtliga sjuksköterskor som var på plats på arbetet vid intervjutillfället, där några men inte tillräckligt många, önskade delta. Övriga tillfrågades i syfte att öka variationen av ålder, kön och erfarenhet. Detta urval gav tillgång till 12 informanter med varierande bakgrund vilket bidrog till ökad överförbarhet (Henricson, 2017).

Eventuellt hade fler fokusgrupper kunnat tillföra ytterligare material till studien men efter den tredje intervjun kunde författaren tillsammans med observatören, som deltog vid samtliga intervjuer, konstatera att det inte framkommit speciellt mycket mer information i förhållande till de första två. Att ha observatören med som funktion ansågs som en styrka och ökade trovärdigheten då det lade till ytterligare en dimension vid intervjuerna och underlättade för moderatören att fokusera på intervjuerna.

En utmanande omständighet var att författaren även var chef för samtliga deltagare i studien. Wibeck (2010) påpekar att deltagare i fokusgrupp som medverkar tillsammans med någon som man har ett beroendeförhållande till kan hämma diskussionen. I detta fall kan författaren inte bortse från att detta kan ha skett och kan ha påverkat pålitligheten och trovärdigheten men vetskap om detta bidrog till en ambition att påverka diskussionerna så lite som möjligt.

Bryman (2018) påpekar att det är sällan som dynamiken och samspelet i gruppen tas upp. Deltagarna upplevdes som engagerade, inkluderande och inbjudande till varandra och kompletterade varandras svar genom att hålla med eller fylla ut de svar som kom fram vilket kan styrka att svaren blev mer uttömmande. Stämningen i rummet uppfattades som avslappnad och det fanns utrymme i gruppen att även uttrycka personliga brister vilket tolkas som att deltagarna var trygga i situationen och sågs som

en styrka och bidrog till trovärdighet. Samtliga grupper bestod av både män och kvinnor i olika åldrar och med varierande erfarenhet och inga hierarkiska tendenser kunde uppfattas.

Enkäter till sjuksköterskorna hade kanske kunnat bidra till att nå fler sjuksköterskor och använts som komplement till fokusgruppsintervjuerna men bedömdes inte tidsmässigt kunna genomföras.

Då materialet var omfattande bidrog den manuella (postit-lapar) och dataprogrammet (Excel) till analysens struktur samt underlättade beskrivningen av hur analysprocessen gått till (Danielsson, 2017). Analysprocessen har granskats av handledare för studien vilket bidrog till att öka pålitligheten och trovärdigheten (Henricson, 2017).

Genom att plocka ut textstycken och kodning från sammanhanget ökar risken för att det som faktiskt sägs kan gå förlorat (Bryman, 2018). De transkriberade texterna lästes därför igenom efter att analysen gjorts i syfte att minska risken för att det som faktiskt sades under intervjuerna kom fram i analysen och ansågs bidra till trovärdighet.

Det sammanställda innehållet av fokusgruppsintervjuerna har lästs av observatören samt två deltagare i fokusgruppsintervjuerna i syfte att undersöka om innehållet upplevdes stämma efter att analysen skrivits fram. Oberoende av varandra uttryckte de att innehållet stämde bra med deras uppfattning om vad som sades under fokusgruppsintervjuerna vilket bidrog till ökad trovärdighet och tillförlitlighet (Henricson, 2017).

De etiska överväganden som gjordes innan studien gällande information om studien, frivilligt deltagande, konfidentialitet och samtycke bedöms ha bidragit till att informanterna i ett tidigt skede fått möjlighet att tacka nej till deltagande (Kjellström, 2017). Allt material som sparats i samband med studien har kasserats och bedöms ej kunna härledas till någon person som ingick i studien.

I samband med intervjuerna kunde förförståelsen hos författaren ses som en styrka då det underlättade de spontana följdfrågor som följde under intervjuerna. Denna förförståelse har sannolikt även påverkat analysarbetet i och med att det gjordes av författaren själv och kan påverka trovärdigheten men kan också ses som en styrka då författaren är insatt i verksamheten och bidrog till äkthet.

Resultatdiskussion studien

Ett intressant resultat var de delar som sjuksköterskorna uttryckt som delaktighet. Att de i dialogen med varandra till stor del var samstämmiga i att delaktigheten var viktig i samband med smärtskattning och att patientberättelsen, dialogen, informationen samt att följa upp låg till grund för detta. Faktorer som svensk sjuksköterskeförening (2020) beskriver som centrala i ett personcentrerat förhållningssätt. Uttryck som "det går inte ha ett personcentrerat arbetssätt på en akutmottagning" förekommer på berörd akutmottagning där tidsbrist är en återkommande orsak i diskussionerna. Resultatet av fokusgruppsintervjuerna visar att det finns en kunskap och en vilja att göra patienten delaktig. Ett personcentrerat förhållningssätt med utgångspunkt ur patientberättelsen som nyckel (Forsberg, 2016) är fullt möjligt. Olika hindrande omständigheter beskrevs av sjuksköterskorna, att förutsättningarna för att arbeta personcentrerat begränsades av bland annat tidsbrist och konkurrerande prioriteringar. Utmaningarna som sjuksköterskorna beskrev gällande personcentrerad vård beskrivs också av Boomer och McCance (2021) som hämmande omständigheter för personcentrerad vård inom akutsjukvård.

Vilken sjuksköterska patienten fick träffa, vilken erfarenhet och kunskap vårdpersonalen hade beskrevs av sjuksköterskorna i studien som faktorer som påverkade patientens smärtbedömning och om patienten smärtskattades eller inte. Hälso- och sjukvården ska vara jämlik och innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor (Socialstyrelsen, 2020). Brist i kontinuiteten i erbjudandet av vård och behandling kunde identifieras och får betraktas som en brist. Boomer och McCance (2021) betonar att personcentrerad vård snarare utförs av enskilda vårdare än sammanhängande och konsekvent inom verksamheterna vilket kan skönjas på berörd akutmottagning.

En försvårande omständighet som återkommande beskrevs av sjuksköterskorna i föreliggande studie var den stress som erfors i samband med att det var högt tryck på akutmottagningen. En omständighet som medförde att smärtskattning och farmaceutisk behandling utfördes i mindre omfattning vilket också Linder och Svensson (2019) påvisade i intervjuer med sjuksköterskor på akutmottagning i Sverige. Crowding på berörd akutmottagning identifierades vid flertalet tillfällen under hösten 2022 och våren 2023 vilket bedöms som en stor utmanande faktor i negativ bemärkelse.

Det som inte var helt förväntat var att fokus på patientens smärtskattning och farmaceutiska behandling skapade en kultur av att det reflekterades mer om smärtskattning och smärtlindring i personalgruppen i det dagliga arbetet ute i teamen. Wallengren (2022) beskriver att reflektion och dialog som utgår från den egna arbetssituationen kan bidra till lärande. Sjuksköterskorna på berörd akutmottagning uttryckte att det blev ett naturligt inslag att påminna varandra vilket gjorde att de själva i större utsträckning efterfrågade patientens upplevelse av sin situation. Det skapade en vilja och motivation till att bli bättre. Faktorer som skulle kunna bidra till att utveckla en personcentrerad kultur (Manley, 2021).

Det som förvånande var sjuksköterskornas beskrivning av patienter som avböjde farmaceutisk behandling i tron om att det skulle påverka läkarens bedömning. Liknande diskussioner gällande smärtlindringens påverkan inför läkarbedömning har tidigare förekommit även bland sjuksköterskor på berörd akutmottagning. I detta avseende är sjuksköterskans kunskap och förmåga att informera (Eliasson & Nymoén, 2017) avgörande så att patienten kan fatta rätt beslut utifrån relevant information.

Resultatet skulle kunna vara av värde för andra akutmottagningar i liknande kontext då sjuksköterskors erfarenheter av smärtskattning och personcentrerad vård kan vara värdefull information inför kommande förbättringsarbeten. Resultatet skulle även kunna vara nytta för andra enheter där smärta dagligen hanteras och medicineras där ett personcentrerat förhållningssätt eftersträvas.

Slutsatser

Min uppsats handlar om att förbättra smärthanteringen på berörd akutmottagning samt via fokusgruppsintervjuer undersöka sjuksköterskors erfarenheter av personcentrerad smärtskattning. Ambitionen var att genom workshops, reflektion och dialog utifrån resultat av utfört arbete, förbättra förekomst av smärtskattning och erbjudande av farmaceutisk behandling. Resultatet visar att förändringarna indikerar att det skett förbättringar i smärthanteringen på berörd akutmottagning. Fokus på patientens smärtskattning och smärtbehandling ökade sjuksköterskornas motivation till att efterfråga patientens upplevelse där patientens delaktighet uttrycktes vara ett viktigt bidrag till ett personcentrerat förhållningssätt. Min slutsats är att användandet av förbättringskunskap och förbättringsvetenskap bidragit till ett väl genomtänkt och planerat genomförande samt ett positivt utfall av förbättringsarbetet. Förändrings- och förbättringsarbetet ökade sjuksköterskornas motivation att efterfråga patientens berättelse med ökad förekomst av smärtskattning (från 14% till 40%), erbjudande av farmaceutisk behandling (från 51% till 73%) och utvärdering av dess effekt (från 13% till 44%) som följd.

Framtida forskning inom området behövs. Ökad förståelse om hur metoder för förbättring kan utvecklas. Andra förbättringsarbeten skulle kunna undersöka möjligheter till förkortad tid till farmaceutisk behandling och i vilken utsträckning behandlingen lindrade smärtan för patienten. Detta skulle kunna vara en ingång i frågeställningar i kommande forsknings- och förbättringsområden.

Praktiska implikationer

Resultatet av förbättringsarbetet och studien är av praktisk relevans för personer verksamma inom vården där smärthantering är en del av vardagen, samt där sjuksköterskors erfarenheter av personcentrerad smärtskattning kan vara relevanta. Förändringar i mikroteamet som jobbar närmast patienten har stort värde med potential att påverka resultat av given vård. Resultatet kan även vara till praktisk nytta för chefer inom vården, där gångbara metoder för återkoppling av utfört arbete kan vara av värde. Teorier och modeller samt stöd från ledning kan vara till hjälp för kommande förbättringsledare. Bifyndet gällande tid till givet läkemedel indikerar på att förbättringspotential finns och kan vara en fråga för liknande forskning.

Ytterligare frågeställningar som skulle kunna ligga som underlag för kommande forskning och förhoppningsvis öka den långsiktiga hållbarheten i omhändertagandet av patienter med smärta:

I vilken utsträckning hjälpte den farmaceutiska behandlingen?

Finns skillnader på hur snabbt patienten får läkemedel beroende på NRS-skattning?

Av vilka anledningar ges inte farmaceutisk behandling till patienter som söker för smärta på akutmottagning?

Referenser

- Ahrenfeldt, B. (2013). *Förändring som tillstånd: Att leda förändrings-och utvecklingsarbete i företag och organisationer* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Alex, L., & Hammarström, A. (2008). Shift in power during an interview situation: methodological reflections inspired by Foucault and Bourdieu. *Nursing inquiry*, 15 (2), 169-176. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00398.x>
- Anekar, A. A., & Cascell, M. (2022). WHO Analgesic Ladder. *State Pearls Publishing*. PMID: 32119322
- Bate, P., & Robert, G. (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement*. Radcliffe Publishing LTD
- Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organizing for Quality, the improvement journeys of leading hospitals in Europe and in the United States*. CRC Press.
- Bergman, B., Hellström, A., Lifvergren, S., & Gustavsson, S. (2015). An Emerging Science of Improvement in Health Care. *Quality Engineering*, 27 (1), 17-34. DOI: 10.1080/08982112.2015.968042
- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2012). *Kvalitet från behov till användning (5:7)*. Studentlitteratur.
- Bhakta, H. C., & Marco, C. A. (2014). Pain Management: Association with patient satisfaction among emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(4), 456-464. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.04.018>
- Boomer, C., & McCance, T. (2021). Personcentrering inom akutsjukvård- att möta utmaningarna. I McCormack, B., & McCance, T (Red.), *Personcentrerade arbetssätt inom vård-teori och praktik (s. 269-281)*. Studentlitteratur.
- Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (5), 418-420. doi: 10.1093/intqhc/mzv063
- Breivik, H., Borchgrevink, P.C., Allen, S.M., Rosseland, L.A., Romundstad, L., Breivik-Hals, E.K., Kvarstein, G., & Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101 (1), 17-24. <https://doi.org/10.1093/bja/aen103sinatra>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (3 uppl.). Liber.
- Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *The Lancet*, 353 (9169), 2051-2058. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)03313-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)03313-9)
- Dale, J., & Bjornsen, L. P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23 (86). 10.1186/s13049-015-0166-3
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod (2:5 s. 285-300)*. Studentlitteratur.
- Davidoff, F., Dixon-Woods, M., Leviton, L., & Michie, S. (2015). Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Qual Saf*. 2015;0:1-11. doi:10.1136/bmjqs-2014-003627
- Decosterd, I., Hugli, O., Tamches, E., Blanc, C., Mouhsine, E., Givel, J-C., Yersin, B., & Buclin, T. (2007). Oligoanalgesia in the Emergency Department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Annals of Emergency Medicine*, 50 (4). doi: 10.5694/mja16.00133. PMID: 27125806.
- Ekman, I. (2020). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. (2 uppl.). Liber.

Eldh, A., & Winblad, U. (2018). Patiendelaktighet- dåtid, nutid och framtid. I A. Eldh (Red.), *Delaktighet och patientmedverkan* (s 27-55). Studentlitteratur.

Eliasson, J., & Nymoen, R. (2017). *Får patienter adekvat smärtlindring på akutmottagning?* (Examensarbete, Uppsala universitet). Diva-portal.
<https://www.divaportal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1066022&dswid=6062>

Ellström, P-E. (2007). Knowledge creation through interactive research: A learning perspective. HSS-07 Conference. Jönköping University May 8-11, 2007. https://www.ltu.se/cms_fs/1.24923!/per-erik%20ellstr%C3%B6m.pdf

European society for emergency medicine. (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations*. The European Society for Emergency Medicine (Eusem). https://eusem.org/images/EUSEM_EPI_GUIDELINES_MARCH_2020.pdf

Ford, C. (2019). Adult pain assessment and management. *British journal of Nursing*. 28 (7). <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.7.421>

Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund, att utvecklas och ta ansvar*. Natur & Kultur.

Gjerde, S. (2012). *Coaching, vad-varför-hur*. (2 uppl.). Studentlitteratur.

Graff, G. L., & Robinson, D. (2001). Abdominal pain and emergency department evaluation. *Emergency Medicine of North America*. 19, (123-136). [https://doi.org/10.1016/S0733-8627\(05\)70171-1](https://doi.org/10.1016/S0733-8627(05)70171-1)

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2014). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, (105-112). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Grant, P. S. (2006). Analgesia delivery in the ED. *The American journal of emergency medicine* 24(7), 806-809. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2006.05.004>

Grol, R. P. T. M., Bosch, M. C., Hulscher, M. E. J. L., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 93–138. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x>

Gustavsson, T. (2020). *Agil projektledning*. (4 uppl.). Sanoma utbildning.

Göransson, K. E., Heilborn, U., Selberg, J., von Schele, S., & Djärv, T. (2015). Pain rating in the ED—a comparison between 2 scales in a Swedish hospital. *The American Journal of Emergency Medicine*, 33(3), 419-422. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.12.069>

Hachimi-Idrissi, S., Coffey, F., Hautz, W. E., Leach, R., Sauter, C. T., Sforzi, I., & Dobias, V. (2020). Approaching acute pain in emergency settings: European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines—part 1: assessment. *Internal and Emergency Medicine*. 15, (1125-1139). <https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-020-02477-y>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-420). Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod* (2:5 s. 169–188). Studentlitteratur.

Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., Fainsinger, R., Aass, N., Kaasa, S., & European Palliative Care Research Collaborative (2011). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of pain and symptom management*, 41(6), 1073-1093. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>

Hughes, J. A., Brown, N. J., Chiu, J., Allwood, B., & Chu, K. (2019). The relationship between time to analgesic administration and emergency department length of stay: A retrospective review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 183–190. <https://doi.org/10.1111/jan.1421>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30#K3

Iveroth, E., & Hallencreutz, J. (2016). *Effective organizational change: Leading through sensemaking*. Routledge.

Johansson, N., & Noren, M. (2013). *Sjuksköterskans erfarenhet av att vårda smärtpåverkade patienter på akutmottagning*. (Examensarbete, Sophiahemmets högskola). <https://www.divaportal.org/smash/record.jsf?dswid=6062&pid=diva2%3A693060>

Keating, L., & Smith, S. (2011). Acute pain in the emergency department: the challenges. *British journal of pain*, 5(3). <https://doi.org/10.1177/204946371100500304>

King, N. B., & Fraser, V. (2013). Untreated Pain, Narcotics Regulation, and Global Health Ideologies. *PLoS Medicine* 10(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001411>

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

Krueger, A. R., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups, A Practical guide for applied research* (4 uppl.). Sage Publications, inc.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Linder, J., & Svensson, K. (2019). *Sjuksköterskans upplevelse av att skatta och utvärdera patientens smärta, samt behov och initiering av smärtlindring på akutmottagning*. (Examensarbete, Sophiahemmets Högskola). <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1319219/FULLTEXT01.pdf>

Macaluso, R. C., & McNamara, M. R. (2012). Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *International Journal of General Medicine*, 5, (789-797). [10.2147/IJGM.S25936](https://doi.org/10.2147/IJGM.S25936)

Manley, K. (2021). Verksamhetsutveckling i vården -en översikt. I McCormack, B., & McCance, T. (Red.), *Personcentrerade arbetsätt inom vård-teori och praktik* (s175-193). Studentlitteratur.

Mcintosh, S. E., & Leffler, S. (2004). Pain management after discharge from the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 98-100. [https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(04\)00015-4](https://doi.org/10.1016/S0735-6757(04)00015-4)

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s421-438). Studentlitteratur.

Nelson, C., Batalden, P., & Godfrey, M. (2007). *Quality by design*. Jossey-Bass A Wiley Imp

Nelson, E. C., Batalden, P. B., Godfrey, M. M., & Lazar, J. L. (2011). *Value by design, developing clinical microsystems to achieve organizational excellence*. (Second edition). Jossey-Bass

Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2015). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 466–473. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2015455>

Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Portela, M. C., Pronovost, P. J., Woodcock, T., Carter, P., & Dixon-Woods, M. (2015). How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. *BMJ Qual Saf*, 91(1076), 325–336. doi:10.1136/bmjqs-2014-003620

Provost, L. P., & Murray, S. K., (2011). *The health care data guide: Learning from data for improvement*. Jossey-Bass.

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*. 1;161 (9), 976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. PMID: 32694387; PMCID: PMC7680716

Rudin, Å., Brantberg, A-L., Eldh, E., & Sjölund, K-F. (2010). Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling. *Svenska Föreningen för Anestesi och Intensivvård*. 21(9). <https://sfai.se/wp-content/uploads/files/21-9%20Riktlinjer%20of%C3%B6r%20postoperativ%20sm%C3%A4rtbehandling%20B.pdf>

Sampson, F. C., Goodacre, S. W. & Cathain, A. O. (2014). Interventions to improve the management of pain in emergency departments: systematic review and narrative synthesis. *Emergency Medicine Journal*, 13(1). <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2013-203079>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken, Etik för vårdande yrken* (1:7). Studentlitteratur.

Schug, S. A., Palmer, G. M., Scott, D. A., Halliwell, R., & Trinca, J. (2016). Acute pain management: scientific evidence (4 uppl.), *Medical Journal of Australia*, 204(8), 315-3177. doi: 10.5694/mja16.00133. PMID: 27125806

Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. Clays Ltd.

Sinatra, R. (2010). Causes and consequences of Inadequate management of Acute Pain. *Pain Medicine*, 11(12), 1859–1871. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x>

Siriwardena, E. N., Shaw, D., & Bouliotis, G. (2010). Exploratory cross-sectional study of factors associated with pre-hospital management of pain. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(6), 1269-1275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01312.x>

Socialstyrelsen (2019). Arbetssätt för jämlik vård. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6636.pdf>

Sokoloff, C., Daoust, R., Paquet, J., & Chauny, J. M. (2014). Is adequate pain relief and time to analgesia associated with emergency department length of stay? A retrospective study. *BMJ Open*, 4(3). <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/3/e004288.full.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2020). *Personcentrerad vård-en kärnkompetens för god och säker vård*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

Thomas, S. H. (2013). Management of Pain in the Emergency Department. *ISRN Emergency Medicine*, (2013). <http://dx.doi.org/10.1155/2013/583132>

Tonnquist, T. (2021). *Projektledning: Teori och praktisk tillämpning av projektmetodik och agila metoder* (8 uppl.). Sanoma utbildning.

Wallengren, C. (2022). Att implementera personcentrerad vård i hälso-och sjukvård och omsorg. I Leksell, J., & Lepp, M. (Red.), *Implementering av sjuksköterskans kärnkompetenser* (s 173-191). Liber.

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod (2:5., s. 169–188)*. Studentlitteratur.

World health organization. (1986). *Cancer pain relief, (2 uppl.)*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf

Bilagor

Bilaga 1

SWOT-analys

	Fördelar	Utmaningar
Internt	Styrkor Stöd från ledning Engagerade medarbetare Ansvarskänsla Förändringsvilja Resurser finns	Svagheter Extern inhyrd personal Hög personalomsättning Personalbrist Crowding av patienter
Externt	Möjligheter Förändrings- och förbättringsarbete genomsyrar stora delar av organisationen	Hot Personalneddragningar,

Bilaga 2

Kommunikationsplan

Vem? - målgrupp	Varför?	Vad?	När?	Hur?	Ansvarig?
Ledningsgruppen	Kommer projektet skapa önskad nytta	Projektstatus	Återkommande ledningsgruppsmöten	Ledningsgruppsmöte	Projektägare/ projektledare
Projektgruppen	Planering av tid	Aktiviteter som måste utföras	Inledning av projektet, löpande veckovis	Projektmöte	Projektledare
Projektledare	Hur går projektet, eventuella problem	Resurser? Utfört arbete	Veckovis	Rapporter Möten	Projektgrupp
Medarbetare/ användare	Säkerställa realistiska förväntningar	Bakgrund syfte och mål	I början av projektet och löpande veckovis	Personalmöten, dagliga uppstartsmöten	Projektledare, Medlemmar i projektgruppen

Bilaga 3

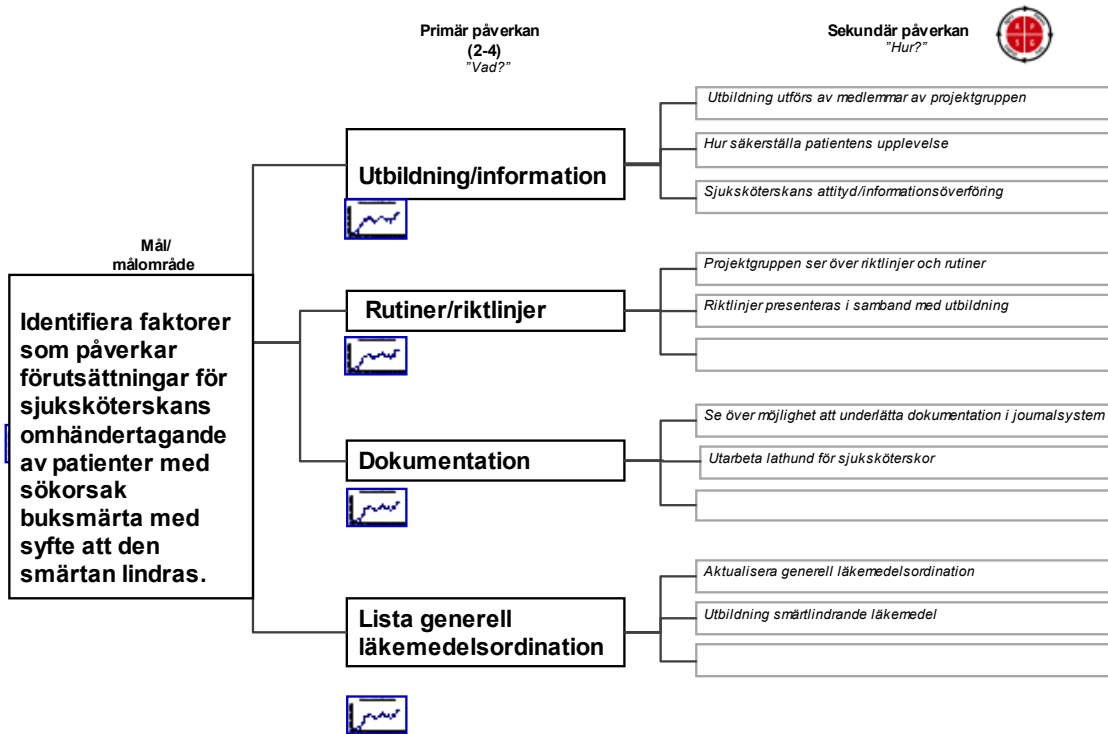
Risikanalys

Beskrivning av risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risk	Åtgärder för att minska/få bort risken	Åtgärder om risken blir en realitet	Ansvarig för åtgärder
Låg följsamhet till riktlinjer	3	4	12	Information och utbildning	Personlig återkoppling	BUS/OVC
Okunskap	3	4	12	Information och utbildning	Personlig återkoppling	BUS/OVC
Man struntar i nya direktiv	1	4	4		Personlig återkoppling	BUS/OVC
Hög personalomsättning med många nya medarbetare	2	3	6	Information och utbildning redan under introduktionen		BUS/OVC
Extern bemanning, kan/vet ej rutiner	2	2	4	Information vid intro	Personlig återkoppling	BUS/OVC
Stor personalgrupp, svårt att nå ut med information	3	3	6	Återkommande möten enligt PGSA	Lista på vilka som fått information	BUS/OVC

Bilaga 4

Påverkansanalys

Påverkansanalys: Syfte Att patienter som söker med buksmärta på berörd akutmottagning med ett uttryckt behov av smärtlindring smärtskattas, före och efter given farmaceutisk behandling, med lindrad smärta som resultat.



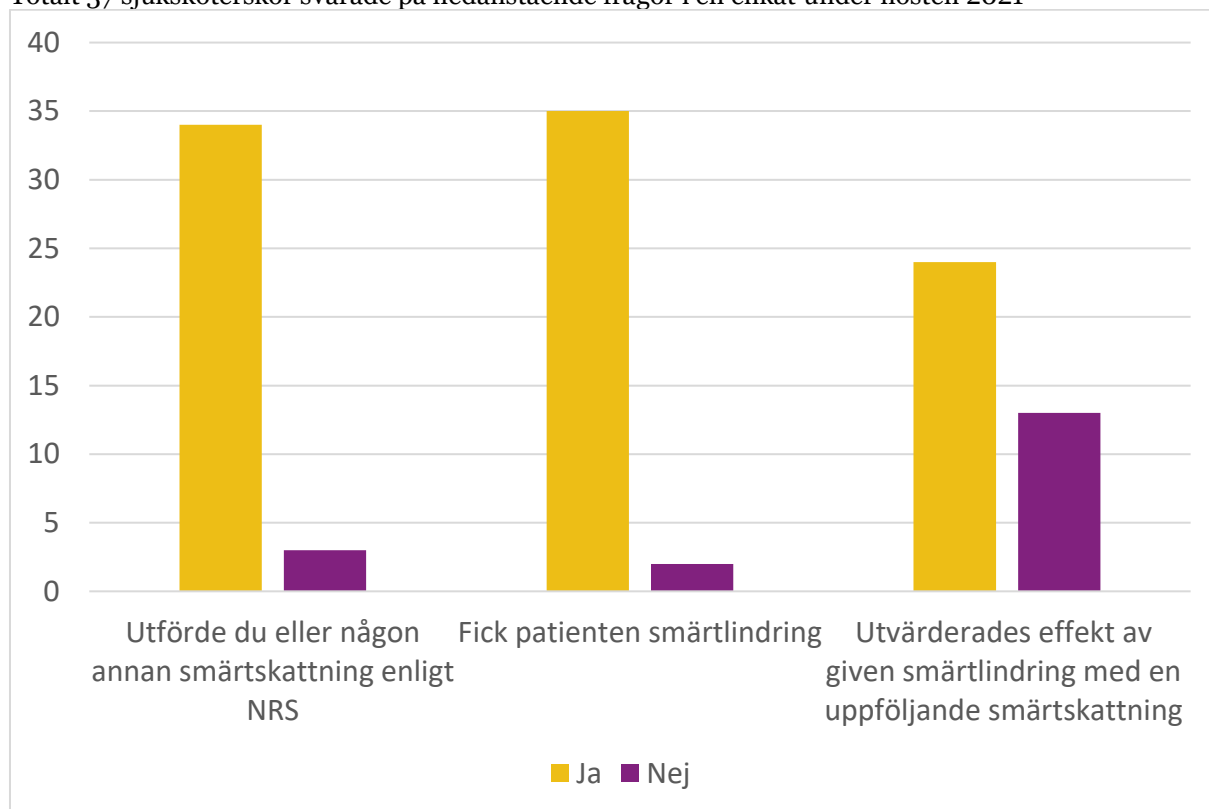
Bearbetning, text och layout Kulturum, Region Jönköpings län

Bilaga 5

Sjuksköterskeenkät

Av de 37 sjuksköterskor som svarade på enkäten uppgav de flesta att smärtskattade med NRS, gav smärtlindring och utvärderade effekt på givet läkemedel. Uppfattningen bland sjuksköterskorna skiljer sig markant från den journalgranskning som gjorts.

Totalt 37 sjuksköterskor svarade på nedanstående frågor i en enkät under hösten 2021



Bilaga 6

PGSA 2:1

Planera	Vad: Testa om enkät kan vara ett alternativ för att ta del av patienters upplevelse av besöket på berörd akutmottagning Mål: Svar från minst 20 patienter under en månad
Göra	Utforma en enkät samt tillgängliggöra enkäten på berörd akutmottagning, Problem: svårt att få patienter att svara, svårt att upptäcka, krävs mobiltelefon för att kunna svara.
Studera	Målet uppnåddes, intressanta svar, svar på frågor som efterfrågas på berörd akutmottagning, få respondenter i förhållande till antalet patienter
Agera	Bör utvärderas om liknande enkät ska användas. Gärna tillsammans med person med erfarenhet av att vara patient på berörd akutmottagning. Bedöms kunna användas i fortsättningen efter utvärdering. Patientsvar anses vara en tillgång då återkoppling i frågorna saknats tidigare och kommer till viss del användas i förbättringsarbetet.

PGSA 2:2

Planera	Vad: Utvärdera patientenkät Mål: Utveckla patientenkäten i syfte att få relevanta svar mot syftet på frågorna
Göra	Utvärdera enkät tillsammans med patientrepresentant för att få med patientens perspektiv
Studera	Undersöka om ändringar bör göras i frågornas formulering för att för att öka förståelsen av frågorna i patientenkäten
Agera	Utvärderingen visade att vi fått svar på de frågor vi önskar samt att patientrepresentant tyckte att enkäten var tydligt formulerad samt att frågorna gick att förstå.

Bilaga 7

Intervjuguide

Intervjuguide Fokusgrupp

Sjuksköterskors erfarenhet av personcentrering vid smärtskattning?

Minnesanteckningar: Inledande förklaring om hur det kommer att gå till.

Öppnande fråga: Vem är bättre, Zlatan eller Ronaldo? Vilken är din favoritfärg?

1. Vad är er erfarenhet av patienters delaktighet i samband med smärtskattning (buksmärta)?
Eventuella följdfrågor: (Smärtbedömning) (Patientens Självsfattning)
2. Vad är er erfarenhet av personcentrering i samband med smärtskattning (buksmärta)?
Eventuella följdfrågor: (Patientberättelsen, patientens egen upplevelse av smärtan, att utgå från patientens självsfattning av smärtan)
3. Vad är er erfarenhet av förbättringsarbetet, workshopen och sättet att redovisa resultaten?
4. Har resultatet av förbättringsarbetet väckt några tankar hos er?
5. Extrafråga: Vilka faktorer väger ni in i samtalet med patienten?

-

Bilaga 8

Medeltid till givet läkemedel i timmar

