



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
VT 2018

Långvarig smärta: personers erfarenheter av smärtbehandling

En litteraturstudie

Tove Andersson och Kajsa Molin

Författare

Tove Andersson och Kajsa Molin

Titel

Långvarig smärta: personers erfarenheter av smärtbehandling.
En litteraturstudie

Titel

Persistent pain: persons experiences of pain treatment
A literature study

Handledare

Elisabeth Ekberg

Examinator

Karin Högberg

Sammanfattning

Bakgrund: Smärta kan göra att personer upplever en helt annorlunda livsvärld när de lider av långvarig smärta. Långvarig smärta skiljer sig från den akuta smärtan genom att den ska ha varat i minst 3-6 månader. Långvarig smärta kan förekomma både inom öppen- och slutenvård. Behandling av detta tillstånd förklaras genom fem pelare som belyser personen som helhet och att behandling ska ske därefter. De fem pelarna tar upp en ökad kunskap kring sitt smärttillstånd, fysisk aktivitet, social aktivitet, läkemedel och fysioterapi. Pelarna kan kombineras samt varieras för bästa effekt. **Syfte:** Beskriva vuxna personers erfarenheter av smärtbehandling inom sjukvården och på smärtkliniker vid långvarig smärta. **Metod:** En allmän litteraturstudie som är baserad på kvalitativa vetenskapliga artiklar. **Resultat:** I resultatet framkom tre huvudkategorier och nio subkategorier. Den första huvudrubriken var *erfarenheter av möten vid smärtbehandling* och tar upp hur personerna upplevde omvårdnadspersonalens bemötande och upplevelsen av mötet med andra personer i samma situation. Den andra huvudrubriken var *att hantera smärtan i vardagen* som beskriver personernas nya copingstrategier och deras attityd till läkemedel. Den tredje och sista huvudkategorin var *betydelsen av förståelse kring långvarig smärta* som tar upp personernas erfarenhet av informationsbrist gällande sitt tillstånd, samt att personerna i samband med behandlingen börjat ta mer ansvar för dem själv. **Diskussion:** I metoddiskussionen kommer litteraturstudiens genomförande att diskuteras utifrån Shentons (2004) trovärdighetsbegrepp. Litteraturstudien anses hålla en hög kvalitet. I resultatdiskussionen tas de tre huvudfynden *att inte bli lyssnad på/att bli lyssnad på, att hjälp varandra och känna gemenskap* samt *motvilja till läkemedel* upp.

Ämnesord

Långvarig smärta, behandling, sjukvård, smärtklinik, erfarenheter, personer.

Innehåll

Inledning.....	5
BAKGRUND	5
Personers erfarenheter	5
Långvarig smärta.....	6
Sjukvård och smärtkliniker	7
Omvårdnad och behandling.....	8
Problematisering.....	11
SYFTE.....	11
METOD.....	11
Design.....	11
Urval och sökvägar.....	11
Granskning och Analys	12
Etiska överväganden och undersökningens betydelse.....	13
Förförståelse	14
RESULTAT.....	14
Erfarenheter av möten vid smärtbehandling	15
Att bli lyssnad på.....	15
Att inte bli lyssnad på.....	17
Att hjälpa varandra och känna gemenskap.....	18
Att hantera smärtan i vardagen.....	19
Användning av behandlingsmetoder	19
Önskemål om förändringar i omvårdnaden.....	20
Motvilja till läkemedel	21
Betydelsen av förståelse kring långvarig smärta.....	22

En ökad förståelse	22
En otillräcklig förståelse.....	23
Att ta ett eget ansvar	24
DISKUSSION	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion	29
Att inte bli lyssnad på/att bli lyssnad på.....	29
Att hjälpa varandra och känna gemenskap.....	31
Motvilja till läkemedel	33
Slutsats.....	35
REFERENSER.....	36
Bilaga 1, Sökschema	46
Bilaga 2, HKR:s granskingsmall	50
Bilaga 3, Artikelöversikter	53

Inledning

Studier har visat att omkring en femtedel till hälften av Sveriges befolkning lider av långvarig smärta i någon grad (Jakobsson, 2007; Norrbrink & Lundeberg, 2014c) och ca 12 % av dessa har ett vårdbehov (Magnusson & Mannheimer, 2008). Internationellt visar sig att omkring hälften av befolkningen lider av långvarig smärta (Jakobsson, 2007). Svensk sjukvård hamnade nyligen på fjärde plats av 195 länder i en studie där de jämfört sjukvård världen över (The Lancet, 2017). Samtidigt menar Magnusson och Mannheimer (2008) att svenska sjuksköterskor och annan vårdpersonal bemöter personer med långvarig smärta fel, och att dessa personer många gånger blir felbehandlade på grund av okunskap om långvarig smärta. För vuxna personer, över 18 år (Barnombudsmannen, 2015), som lider av långvarig smärta kan det också vara svårt att dela med sig av sina erfarenheter kring smärtbehandling till omgivningen då smärta är en subjektiv upplevelse.

BAKGRUND

Personers erfarenheter

Smärta kan många gånger göra att personer upplever en helt annorlunda livsvärld än de gjort tidigare, och smärtan går inte att dela med någon annan person, exempelvis sjuksköterskan (Birkler, 2007). Ordet livsvärld, den värld en person upplever i nuet, förklarar Birkler (2007) när han beskriver sjuksköterskans kontakt med personer som vårdas inom sjukvården. För att få en förståelse för en persons livsvärld måste sjuksköterskan bedriva personcentrerad vård, vilket innebär att komma i kontakt med personen och föra en dialog och det medför att sjuksköterskan kommer personen på djupet (Birkler, 2007; Fransson Sellgren, 2014). Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2016) förklarar hur personcentrerad vård bedrivs genom att man sätter personen med vårdbehov i fokus och använder sig av personens egen kunskap kring sin situation för att skapa en vårdplan i kombination med sjuksköterskans och sjukvårdens kunskap. Genom att enbart observera personen utan att interagera med denna, leder till att sjuksköterskan

inte får lika djup förståelse för personens mående och livsvärld. Sjuksköterskan kan då inte skapa förståelse för en persons upplevelser eller erfarenheter av exempelvis långvarig smärta (a.a.). Erfarenheter är något personer samlar på sig genom upplevelser och bär med sig genom livet. Ekstrand (2010) förklarar skillnaden mellan upplevelse och erfarenhet genom en beskrivning av att upplevelsen sker med hjälp av våra sinnesintryck som sedan tolkas av vår kognitiva förmåga i hjärnan. Erfarenheten baseras sedan på personens reflektion över vad det faktiskt är personen har sett, hört eller känt med hjälp av sina sinnen (a.a.). Jacovides (2010) och Egidius (2008) betonar att en erfarenhet bara kan tillhöra en specifik person eftersom det bara är den personen som upplevt den specifika situationen. Jacovides (2010) fortsätter med att beskriva delade erfarenheter men är skeptisk till att personerna, även om de delar liknande erfarenheter, kan dela djupare förståelse för varandras erfarenheter. Han anser att det mest grundläggande om möjligt kan föras vidare, exempelvis erfarenheter av långvarig smärta (a.a.).

Långvarig smärta

För att få en uppfattning om en persons upplevelser och erfarenheter måste sjuksköterskan sätta sig in i och försöka förstå vad det är personen kan känna och uppleva vid smärta. Smärta är en livsviktig varningssignal för människan och fungerar som en signalering till att något i kroppen är fel eller skadat, exempelvis ett trauma eller operativa ingrepp (Bergh, 2014; Brattberg, 1995; Jakobsson, 2007; Larsson, 2013). Den varningssignalerande smärtan benämns akut smärta (Jakobsson, 2007). Den startar även upp läknings- och inflammationsprocesser med hjälp av olika signalsubstanser (Norrbrink & Lundeberg, 2014a). Observerbara reaktioner och symtomen på akut smärta kan vara ökad puls och blodtryck samt att huden kan bli blek och kallsvettig (Bergh, 2014; Jakobsson, 2007; Norrbrink & Lundeberg, 2014c).

Det finns även en annan typ av smärta som kallas långvarig smärta men den fyller inte den varningssignalerande funktionen (Jakobsson, 2007). Långvarig smärta kallades tidigare för kronisk smärta men denna benämning har sakta ändrats till långvarig smärta,

då smärtan oftast inte är livslång och då smärtan alltid går att lindra till något hanterbart (Jakobsson, 2007). För att smärtan ska räknas som långvarig ska den ha varat i mer än 3-6 månader eller fortsatt efter att orsaken till smärtan har läkt ut (Brattberg, 1995; Jakobsson, 2007; Vania Apkarian, Baliki & Geha, 2008). Till skillnad från akut smärta ger långvarig smärta oftast inte de observerbara reaktionerna som akut smärta ger (Bergh, 2014; Jakobsson, 2007; Norrbrink & Lundeberg, 2014c), och den långvariga smärtan kan vara mycket svårbehandlad då den kan förändra olika delar av vårt centrala nervsystem (Jakobsson, 2007; Larsson, 2013). Förändringarna sker när smärta registreras av vårt nervsystem under lång tid och gör att våra nerver får en ökad retbarhet, vilket betyder att smärta kan utlösas snabbare eller lättare än innan och vi får en lägre smärtröskel än innan den långvariga smärtans ursprung uppstod (Larsson, 2013; Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje, 2007).

Upplevelsen och känslan av den långvariga smärtan kan kännas brännande, ilande, isande, molande, bultande, stickande eller liknande (Birkler, 2007; Magnusson & Mannheimer, 2008). Norrbrink och Lundeberg (2014c) förklarar att smärta är en subjektiv upplevelse, och att denna upplevs olika från person till person. Att jämföra smärtan mellan personer är därför svårt, då alla upplever sin smärta olika och att flera faktorer kan påverka (a.a). Förändringarna på nerverna kan även leda till att de mer uttalade känslorna av smärta som nämndes ovan tonas ner och personen kan istället uppleva sekundära symtom (Norrbrink & Lundeberg, 2014c). Den långvariga smärtan kan då ha inverkan på sömn, minne, sinnesstämning, koncentrationsförmåga och inlärning (a.a) samt yttra sig genom att personen isolerar sig eller känner sig övergiven (Brattberg, 1995; Norrbrink & Lundeberg, 2014c). Larsson (2013) beskriver smärta som ett stort lidande som kan ge svår invaliditet (a.a) och kan i flera fall kräva sjukvård.

Sjukvård och smärtkliniker

Vid längre och svårare smärtproblematik kan personer vara kopplade till sjukvården och då också olika smärtkliniker. Sjukvården delas in i två olika grenar, öppen och sluten

vård, där slutenvård innefattar vård på sjukhus och öppenvård innefattar vård på exempelvis mottagningar och inom primärvården (Malmquist, Qvarsell & Isacson, u.å). Sjukhus (u.å) beskrivs som en institution där personer vårdas inom slutenvård för behandling av skador eller sjukdomar som inte primärvården har resurser eller kompetens för att ta hand om. Primärvården remitterar således till smärtkliniker, som många gånger tillhör sjukhusen och även i flera fall kan erbjuda slutenvårdsplatser. Smärtkliniken gör då bedömning, utredning och ger behandling till personen och därefter tar primärvården åter upp kontakten för vidare uppföljning (Capio S:t Görans Sjukhus, 2017; Smärtkliniken Eques Indolor, u.å). Svensk sjukvård betraktas enligt The Lancet (2017) vara av hög kvalitet. Sverige hamnade på fjärde plats med ett värde på 90.5 i en intervall på 0-100. Detta är ett värde som ökat sedan år 1990 då studien påbörjades.

Att svensk sjukvård har god tillgänglighet och bemanning, samt bra kvalitet underlättar för de personer som lider av långvarig smärta. Faktorer som resulterade i lägre rankning för svensk sjukvård var bland annat personers medbestämmande och delaktighet i vård och behandling (The Lancet, 2017). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) ska alla personer ges lika vård på lika villkor. Magnusson och Mannheimer (2008) förklarar att personer med långvarig smärta många gånger blir felaktigt behandlade på grund av okunskap om långvarig smärta samt stress och tidsbrist hos svenska sjuksköterskor, vilket kan undvikas genom att låta personerna vara mer delaktiga och ges ökat medbestämmande i sin vård och behandling.

Omvårdnad och behandling

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete bör tillgodose personers rätt till medbestämmande och delaktighet i sin vård, vilket kan bidra till bättre hälsa och välbefinnande. I omvårdnadsarbetet kring personer med långvarig smärta inom sjukvården ingår även kunskapsutveckling, som bland annat KBT, och motivering i form av exempelvis fysisk aktivitet. Likaså läkemedelsadministrering och medicintekniska åtgärder hos dessa personer berörs. Vid behandling och rehabilitering av långvarig smärta tar Magnusson

och Mannheimer (2008) upp fem pelare inom smärtbehandling och omvårdnad (a.a). Dessa kan kombineras och varieras för att ge bäst effekt för olika smärtor, då ingen smärta är den andra lik (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2006). Första pelaren som beskrivs innebär att personen bör ha ökad kunskap om sitt smärttillstånd och hur det ska hanteras (Magnusson och Mannheimer, 2008). Kognitiv beteendeterapi (KBT) beskrivs som ett verktyg för att öka kunskapen hos personer med exempelvis långvarig smärta och innebär att personen ska lära sig känna igen tankar och känslor kring smärtan, för att under behandlingens gång förändra dessa. Målet med behandlingen är att personen ska skapa eller förbättra sina strategier för att kunna hantera sin smärta (Brattberg, 1995; Norrbrink & Lundeberg, 2014d; SBU, 2006) och denna behandling kan ske antingen individuellt eller i grupp (Magnusson & Mannheimer, 2008). Kommunikation, interaktion och etik är tre viktiga delar gällande omvårdnadsarbetet och behandlingen i mötet mellan klient och sjuksköterska när Kim (2010) beskriver sina omvårdnadsdomäner. Hur behandlingen utförs eller vilka råd sjuksköterskan ger påverkar personen (Birkler, 2007; Kim, 2010).

Den andra pelaren belyser fysisk aktivitet som en del av behandlingen av långvarig smärta (Magnusson & Mannheimer, 2008). Folkhälsomyndigheten (u.å) förklarar att fysisk aktivitet bidrar till bättre hälsa och även bättre livskvalitet. Inom sjuksköterskeyrket är hälsa ett viktigt begrepp att jobba efter och i klientdomänen nämns det att hälsa är en viktig och individuell egenskap (Kim, 2010). Rekommenderad fysisk aktivitet för personer med långvarig smärta är så kallad aerobisk träning i form av konditionsträning, exempelvis promenader eller cykling. Aktiviteten bör vara lätt till en början för att sedan utökas, exempelvis att promenaderna blir längre och med upptrappad gångtakt (Magnusson & Mannheimer, 2008; Norrbrink & Lundeberg, 2014b; SBU, 2006).

Den tredje pelaren riktar sig mot personernas sociala aktiviteter. Sociala aktiviteter som är glädjande och ger lycka bidrar till bättre hälsa (Kim, 2010). Magnusson och Mannheimer (2008) beskriver sociala aktiviteter som att exempelvis kunna gå ut och

handla, prata med vänner och till slut även kunna komma tillbaka till arbetslivet. Behandlingen handlar om social träning och personen kan få i uppgift att exempelvis under korta stunder gå till arbetet och hälsa på eller fika med en vän, för att sedan utöka till längre stunder för att slutligen kunna komma tillbaka till det vardagliga livet (Magnusson & Mannheimer, 2008; SBU, 2006).

Den fjärde och femte pelaren är inte inriktade på direkt omvårdnad som ges av sjuksköterskan. Den fjärde pelaren som Magnusson och Mannheimer (2008) tar upp handlar om läkemedel och hur det används i samband med långvarig smärta. Behandlingen inriktar sig på att minska smärtan och förbättra sömnen (a.a). Larsson (2013) beskriver att läkemedelsbehandling inleds med Paracetamol och NSAID-preparat för att skapa en bas mot den långvariga smärtan och för att inte utesluta inflammation, samt att detta bör göras snarast möjligt (Larsson, 2013). Vid svåra långvariga smärtor kan opioider bli aktuella, men det övervägs alltid först om det är behövligt i varje enskild individs fall beroende på vad det är personen lider av för smärta (a.a). Enligt SBU:s (2006) resultat har en kombination av Paracetamol, NSAID och svag opioid bäst verkan vid långvarig smärta.

Den femte och sista pelaren som Magnusson och Mannheimer (2008) nämner gäller fysioterapi. Fysioterapeuten jobbar med bland annat basal kroppskännedom och att hjälpa personer och komma igång med fysisk aktivitet som förklaras under den andra pelaren. Basal kroppskännedom förklaras av Magnusson och Mannheimer (2008) samt Norrbrink och Lundeberg (2014b) som fysiska övningar vilka utförs för att öka personens kroppsmidvetenhet, vilket leder till att rörelser som utförs blir mer avslappnade, samt att muskler och leder kan öka i styrka och resultera till bättre hållning (a.a).

Problematisering

De fem pelarna inom smärtbehandling kan kombineras eller användas enskilda mot långvarig smärta, vilken ses som ett osynligt handikapp och därför är mer svårbedömt och svårbehandlat än akut smärta. Långvarig smärta ger oftast inga synbara symtom till skillnad från den akuta smärtan. På grund av detta behöver sjuksköterskor ha kunskap om att långvarig smärta inte behöver synas utanpå, vilket tydliggör hur viktigt det är att lyssna på personers känslor och upplevelser för att skapa delaktighet i vården av personen. Därför behöver sjuksköterskan mer kunskapsutveckling kring hur vuxna personer erfar och upplever smärtbehandling av och vid långvarig smärta.

SYFTE

Syftet var att beskriva vuxna personers erfarenheter av smärtbehandling inom sjukvården och på smärtkliniker vid långvarig smärta.

METOD

Design

Detta är en allmän litteraturstudie som genomförts enligt Forsberg och Wengström (2015). Litteraturstudier eller litteraturöversikter görs genom att analysera studier gjorda inom ett valt ämne och sedan sammanställa detta i ett resultat för att beskriva kunskapsläget inom det specifika området (Friberg, 2017; Forsberg & Wengström, 2015).

Urval och sökvägar

Urvalet bestod av vetenskapliga originalartiklar av kvalitativ design då kvalitativ forskning syftar till att beskriva personers upplevelser och erfarenheter av sin livssituation (Segesten, 2017). Med hjälp av kvalitativ forskning kan forskaren fördjupa sin förståelse

för personens upplevelser och erfarenheter och på detta sätt också fördjupa sin förståelse för det aktuella fenomenet eller problemet (a.a). Inklusionskriterierna var artiklar skrivna på svenska eller engelska, studiedeltagare över 18 år och artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 2003-2018. Exklusionskriterierna var studier som enbart inriktat sig på personer som hade en uttalad specifik diagnos, exempelvis cancer, reumatoid artrit, fibromyalgi med flera då denna studie syftade till personer med långvarig smärta i allmänhet.

En pilotsökning genomfördes i databasen Cinahl som är en databas som behandlar omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2015). De slutliga sökningarna utfördes i Cinahl, PubMed och Medline (*Bilaga 1*) som behandlar forskning inom omvårdnad och medicin (a.a). Även manuella sökningar genomfördes för att inte missa relevanta artiklar (Forsberg & Wengström, 2015; Östlundh, 2017). Med hjälp av svensk MeSH identifierades begrepp och deras synonymer relaterade till syftet och översattes till engelska. Sökord som använts i olika former är *patient, caretaker, experience, qualitative studies, qualitative research, hospital, nursing ward, pain clinic, analgesia, chronic pain, pain management* och *pain treatment*. Sökorden kombinerades sedan med hjälp av de booleska termerna AND och OR för att antingen begränsa eller utvidga sökningarna (Forsberg & Wengström, 2015; Östlundh, 2017). Trunkering med tecknet* har använts på sökordet *analgesia* för att få med olika böjningsformer av sökordet (Östlundh, 2017). Genom databassökning hittades nio artiklar och genom manuell sökning hittades fyra artiklar. Totalt hittades 13 relevanta artiklar.

Granskning och Analys

Granskningsarbetet inleddes med en genomläsning av rubrikerna och artiklar sållades ut i förhållande till syftet (Friberg, 2017). Granskningen förlöpte därefter genom att läsa de artiklars abstract som blivit utvalda efter rubriker. Artiklars abstract ger inblick över studiens övergripande innehåll (a.a). Sammanlagt lästes 52 abstract och 13 artiklar sållades slutligen fram. De artiklar som inte togs med uteslöts på grund av att de inte

svarade på syftet, hade ett annat perspektiv eller innehöll yngre deltagare än de som skulle inkluderas i studien. De 13 artiklarna lästes igenom flera gånger först enskilt och sedan gemensamt av författarna för att skapa förståelse och sedan diskuterade författarna sinsemellan. Med hjälp av Högskolan Kristianstads granskningsmall för kvalitativa studier (Blomqvist, Orrung Wallin, & Beck, 2016) (*Bilaga 2*) kvalitetsgranskades de resterande artiklarna och detta publicerades sedan i artikelöversikterna (*Bilaga 3*).

De valda artiklarna analyserades med inspiration av Fribergs (2017) trestegsmodell för analys av text. Steg ett inleddes med att de valda artiklarnas metod och resultatdel lästes igenom och det som ansågs svara mot syftet stryktes över. Detta gjordes först enskilt och sedan gemensamt för att skapa förståelse och reflektion. Därefter numrerades artiklarna. I steg två sammanställdes det överstrukna materialet från artiklarna i ett dokument. Därefter söktes meningsbärande ord som blev en första kodning till resultatet. Artiklarnas likheter och skillnader identifierades även i detta steg. I det tredje och sista steget kategoriserades likheterna och skillnaderna som förekom i steg två till huvudkategorier och sedan subkategorier. Sandman och Kjellström (2013) nämner risken med att feltolkningar av artiklar kan ske när översättning utförs från ett språk till ett annat och artiklarna har därför översatts noggrant med hjälp av lexikon.

Etiska överväganden och undersökningens betydelse

Artiklarna som använts i resultatet har varit granskade av forskningsetisk kommitté och deltagarna i studierna har givit informerat samtycke till att delta (World Medical Association [WMA], 2017). Friberg (2017) belyser risken med selektivt urval under informationssökningsprocessen och betonar vikten av att författarna har ett kritiskt förhållningssätt för att inte stödja den egna förförståelsen. Författarnas vision var att sätta förförståelsen åt sidan för att inte påverka urvalet av artiklar eller studiens resultat. Helsingforsdeklarationen förklaras av Sandman och Kjellström (2013) och där beskrivs hur personers välmående, hälsa och engagemang bör vägas jämt med behovet om ny kunskap inom området och därefter utläsa vad som väger tyngst när de kommer till att

utföra studien eller inte (Sandman och Kjellström, 2013; Kjellström, 2017). Detta kan kopplas samman med vad som nämns i sjuksköterskans etiska kod. International Council of Nurses [ICN] (2014) belyser att sjuksköterskan ska utföra lika vård till personer och visa respekt, vara lyhörd samt att känna medkänsla mot alla personer de kommer i kontakt med i sitt yrkesutövande. De tar även upp att sjuksköterskan ska ta ansvar för sitt eget lärande och att yrkeskompetensen ska bevaras (a.a).

Studiens betydelse: Att bilda en ökad förståelse för personers erfarenheter av smärtbehandling och de tankar som kan påverka personernas vardag under behandlingens gång vid långvarig smärta. Författarna strävade efter att skapa en ökad kunskap för hur sjuksköterskor ska möta personerna när dessa behöver vård.

Förförståelse

Vår uppfattning är att personer med långvarig smärta idag inte alltid upplever den effekt de vill eller förväntas få av smärtbehandlingen som de blivit ordinerade. En annan uppfattning är att personer med långvarig smärta ofta kan känna att de inte får den hjälpen och det stöd som de behöver eller förväntar sig. Vi undrar om personerna alltid får information om alla behandlingar som finns tillgängliga, exempelvis fysisk aktivitet, KBT eller om det är läkemedel som kommer i första hand. Vi tror att omvårdnaden vid behandlingarna är av största vikt för att personen ska känna sig delaktig i sin behandling. Deras erfarenheter av smärtbehandling behöver därför tas tillvara på för att skapa förståelse och kunskapsutveckling för dessa personer, då de finns överallt inom vården.

RESULTAT

Resultatet har baserats på 13 kvalitativa studier utförda i Sverige, Singapore, Storbritannien, USA, Norge och Irland. Studierna är publicerade mellan 2007-2018. Diagnoserna hos deltagarna i studierna var kronisk muskelsmärta vilket kunde vara rygg,

nacke- och axelsmärta, fibromyalgi, höft- och knäsmärta, magsmärta och ansiktssmärta. Andra diagnoser som förekom var artros, diskbråck, huvudvärk samt misslyckade operationer som lett till smärta. Analysen av artiklarna har sammanställts till tre huvudkategorier och nio subkategorier. Huvudkategorierna är *Erfarenheter av möten vid smärtbehandling*, *Att hantera smärtan i vardagen*, samt *Betydelsen av förståelse kring långvarig smärta*, subkategorierna beskrivs under varje huvudkategori och i *tabell 1*.

Tabell 1. Huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori:	Erfarenheter av möten vid smärtbehandling	Att hantera smärtan i vardagen	Betydelsen av förståelse kring långvarig smärta
Subkategori:	Att bli lyssnad på	Användning av behandlingsmetoder	En ökad förståelse
	Att inte bli lyssnad på	Önskemål om förändringar i omvårdnaden	En otillräcklig förståelse
	Att hjälpa varandra och känna gemenskap	Motvilja till läkemedel	Att ta ett eget ansvar

Erfarenheter av möten vid smärtbehandling

Erfarenheter av möten vid smärtbehandling beskriver hur omvårdnadspersonalen lyssnade och visade intresse, vilket ingav tillit och det motsatta ledde till en minskad tillit och missnöje. Att sjuksköterskan visade förståelse för personernas smärttillstånd och att få prata med andra som hade samma problem, samt att kunna dela med sig av sina egna erfarenheter gjorde att personerna kände sig välkomna och hörda. Subkategorierna är *att bli lyssnad på*, *att inte bli lyssnad på*, samt *att hjälpa varandra och känna gemenskap*.

Att bli lyssnad på

Att bli lyssnad på upplevdes av personerna som att det fanns ett intresse av att höra deras historia vilket skapade tillit och förtroende i omvårdnaden (Allcock, Elkan och Williams, 2007; Franklin, Smith och Fowler, 2016; Joelsson, Bernhardsson och Larsson, 2017).

Detta kunde vara en avgörande faktor för om personerna valde att använda sig av den självhjälp eller behandling som senare erbjöds av omvårdnadspersonalen eller inte (a.a). Vidare uttrycktes en befrielse över att ha funnit vårdande och empatisk omvårdnadspersonal som lyssnade, tog sig tid och kunde hjälpa personerna att hitta ett sätt att hantera sin smärtproblematik (Joelsson et al., 2017; Nordin, Gard och Fjellman-Wiklund 2013; Pietilä Holmner, Stålnacke, Enthoven och Stenberg, 2018; Yang, Bogosian, Moss-Morris & McCracken, 2015) samt att omvårdnadspersonalen fanns tillgängliga för besök och kontakt om personerna behövde det, vilket beskrevs som en viktig faktor för välbefinnande (Nordin et al., 2013).

“We (the patients) are all individuals, there is no model that fits all; you (as health professionals) have to be very flexible in the way you meet and communicate to be able to reach each person.” - Nordin et al., 2013, p. 582

Att bli sedd som en hel människa och inte bara en sjukdom ökade känslan av delaktighet och ingav respekt (Nordin et al., 2013). Personerna beskriver erfarenheter kring möten med fysioterapeuter som ansågs mänskliga genom att de kunde visa sig sårbara och felbara (Wilson, Chaloner, Osborn och Gaunlett-Gilbert, 2017). Detta uppskattades av personerna som genomgick behandling då de kände sig hörda och sedda som hela människor till skillnad från tidigare möten med andra terapeuter som enbart kunnat visa sin stolthet med sitt arbete och inte kunnat göra fel (a.a).

“Because you think, well if she can laugh at herself, then we are alright to laugh at ourselves too...Because with physios, you think they are perfect at exercise and to do this. This and this...” - Wilson et al., 2017, p. 101

Att inte bli lyssnad på

Att inte bli lyssnad på samt att känna brist av att få vara delaktig i sin behandling ledde till en upplevelse av minskad tillit och missnöje med vården (Joelsson et al., 2017; Lethi, Fjellman-Wiklund, Stålnacke, Hammarström & Wiklund, 2016).

“Pain is so diffuse; you cannot measure it. That is the problem. If you could, I think it would be better.” - Lethi et al., 2016, p. 48

En känsla av att känna sig ignorerad och att inte bli lyssnad på av omvårdnadspersonalen beskrevs av personerna (Franklin et al., 2016). Vidare beskrevs en frustration över korta eller försenade läkarbesök, där informationen inte nått fram till personerna förrän de var på plats. Eftersom personerna ofta behövde ta hjälp av familj och närstående för att ta sig till besöken ökade frustrationen. Fortsättningsvis upplevdes det att det fanns för få uppföljningstider i samband med pågående behandling och detta gjorde att uppföljning för att se om det skett några förändringar saknades (a.a). För att bli tagen på allvar och för att bli lyssnad på förklarade kvinnorna att de bjöd in manligt sällskap till sina läkarbesök (Lethi et al., 2016). Flera personer hade erfarenhet av att kvinnor inte tas på lika stort allvar som män inom vården gällande sitt tillstånd (a.a).

En känsla beskrevs av personerna som att omvårdnadspersonalen ansett att de skulle vara nöjda eller uppskatta en behandling eller en operation oavsett resultatet (Hållstam, Stålnacke, Svendsen & Löfgren, 2015; Nordin et al., 2013). Likväl beskrevs en önskan om att någon skulle förstå och visa att de förstod smärtan personerna upplevde (Allcock et al., 2007). Att inte inse en persons lidande uppfattades som brist på empati vilket en person ansåg att omvårdnadspersonalen inte gjort i hennes fall (Yang et al., 2015).

“you can't see... pain (and) because you can't actually see it, people don't tend to believe it.” - Allcock et al., 2007, p. 252

Att hjälpa varandra och känna gemenskap

Vikten av att prata med andra i samma situation och hur det kunde hjälpa dem att finna nya strategier mot smärtan förklaras av personerna i studien (Franklin et al., 2016). Vidare beskrevs det att ett ökat lärande och beteendeförändringar framkom genom att få dela med sig av och att få höra andras sätt att hantera smärtan (Dresner, Gergen Barnett, Resnick, Laird och Gardiners, 2016). För att förstå och stötta dem beskrevs det av personerna hur viktigt de var att ha någon nära med liknande erfarenheter (Haraldseid, Dysvik & Furnes, 2014).

“...you feel that people know what you mean when you say you have not been able to get into the shower today...” - Haraldseid et al., 2014, p.16

För att skapa en god gruppatmosfär pekades gemenskap, förståelse och förtroende ut som viktiga faktorer för att kunna dela känslor och tankar (Haraldseid et al., 2014). Ett uppskattande uttrycktes av att kunna lära av andra i gruppen, och också att de fick en förståelse för hur deras eget deltagande kunde gynna andra (Dresner et al., 2016; Haraldseid et al., 2014; Hållstam et al., 2015; Joelsson et al., 2017; Pietilä Holmner et al., 2018). Att dela med sig av känslor ledde till att personerna skapade förståelse för varandra eftersom de hade upplevt liknande problem, vilket skapade en ökad gemenskap och acceptans (Dresner et al., 2016; Haraldseid et al., 2014). Liknande rädslor och erfarenheter av långvarig smärta beskrevs av personerna som den gemensamma nämnaren oavsett smärta, ålder och kön (Egan, Lennon, Power och Fullen, 2017)

“I think i got more from listening to other people’s pain than talking about my own.” - Dresner et al., 2016, p. 1186

Även negativa erfarenheter framkom och beskrevs som en rädsla för att ens egen smärta skulle påverkas av att höra andra beskriva sin smärta. Vissa personer ansåg även att de

inte hade någon nytta av att höra andras historier då de kände att de inte kunde få mer kunskap utan bara ge (Pietilä Holmner et al., 2018).

Att hantera smärtan i vardagen

Att hantera smärtan i vardagen beskriver olika copingstrategier, det vill säga sätt att hantera sin smärta, som hjälpt personerna i vardagen och även saker som kunde förbättras inom smärtbehandlingen. Majoriteten av personerna ansåg att läkemedel inte skulle ses som en första eller långvarig behandlingsmetod, utan önskade andra metoder som hjälpte i vardagslivet och som kunde öka deras livskvalitet. Subkategorierna är *användning av behandlingsmetoder, önskemål om förändringar i omvårdnaden* samt *motvilja till läkemedel*.

Användning av behandlingsmetoder

Nya copingstrategier, det vill säga sätt att hantera sin smärta, som integrerats i personernas vardag, skapade mer rutin i det dagliga livet (Egan et al., 2017; Franklin et al., 2016; Pietilä Holmner et al., 2018). För att hantera sina känslor på ett bättre sätt förklarar personerna att de tagit hjälp av copingstrategierna (Hållstam et al., 2015)

En sorts copingstrategi, terapeutiskt skrivande, beskrevs som en väldigt tuff behandlingsprocess men som gav bra resultat (Haraldseid et al., 2014). Terapeutiskt skrivande beskrevs som jobbigt då minnen och känslor kom upp till ytan. Vidare förklaras hur reflektionen av minnen och hanteringen av tankar och känslor upplevdes som smärtsamt. Personerna ansåg trots känslorna att skrivandet varit frigörande och värdefullt (Furnes & Dysviks, 2012). Skrivandet överraskade då det skapade nya insikter och gav upphov till en ökad förståelse kring att kunna hantera smärtsituationen. Fortsättningsvis förklarade personerna att den ökade förståelsen som uppdagats under skrivandet bidragit till en konfrontation av sitt tidigare tankesätt. Detta ledde till att medvetenheten kring självbehandlingen ökat (Furnes & Dysvik, 2012).

"feels good to get it down on paper, it is easier to see things, and it was easier to focus on now and the future." Furnes och Dysvik, 2012, p. 3377

Ett annat perspektiv på smärtan beskrivs genom psykologisk behandling som det som varit mest hjälpsamt för att lära sig att hantera de tankar, känslor och beteenden som kan kopplas till smärtan (Yang et al., 2015). För att bättre hantera sin smärta och de svåra känslor som kommer därtill använde personerna sig ofta av mindfulness som en teknik, exempelvis yoga och meditation (Dresner et al., 2016). Även terapeutiskt skrivande samt avslappningsteknik användes som behandlingsmetod av personer som ansåg att detta var de mest effektiva vid långvarig smärta (Haraldseid et al., 2014). Efter att ha fått fysisk aktivitet på recept (FAR) som behandlingsform upplevde många personer att de sett över sin aktivitetsnivå och nu oftare åkte och tränade (Joelsson et al., 2017). Personerna uttryckte att de helst tränade med hjälp av en sjukgymnast för att känna sig säkra på att övningarna utfördes på rätt sätt (a.a).

Önskemål om förändringar i omvårdnaden

De nya copingstrategier ansågs av personerna ha hjälpt, men borde tas upp tidigare i behandlingen (Franklin et al., 2016). Rehabiliteringsprogram som behandlingsform sågs som en bra början av personerna, men de hade önskat längre utsträckning av programmet och fortsatt stöd efter avslutning (Hållstam et al., 2015). FAR sågs som en bra behandling om man jämför med läkemedelsbehandling eller andra passiva behandlingar, men det ansågs att läkaren bör överväga om det verkligen är rätt för just personen i fråga (Joelsson et al., 2017). Information angående vad FAR är och hur det fungerar uppskattades också och ansågs kunna utvecklas, då många personer inte kommit i kontakt med detta tidigare. (a.a).

"I tried to read a little online too about this physical activity of exercise... or on prescription and... it wasn't so good. I thought it was hard to understand." - Joelsson et al., 2017, p. 70

Personerna ansåg att läkarna endast behandlade smärtan som ett fysiskt tillstånd, men att de istället borde vara mer öppna för att prova andra behandlingsmetoder som kunde vara mer effektiva (Yang et al., 2015). Fortsättningsvis uttryckte personer som behandlats med individuella samtal hos en psykolog att gruppssamtal, fokuserade på långvarig smärta, hade kunnat vara givande om de fått höra tidigare personers lyckade erfarenheter under gruppssamtalen (Yang et al., 2015). En önskan om fortsatt behandling och utbildning samt mer kunskap om långvarig smärta beskrevs av personerna (Egan et al., 2017). Även uppdateringar i form av nyhetsbrev och uppdateringsdagar där information om ny självhjälp och ny teknologi i ämnet kunde visas upp önskades av personerna (a.a).

Gruppbehandlingar sågs som bättre än enskilda läkarbesök av en del personer, medan andra ansåg att gruppbehandling helt kunde efterträda de enskilda läkarbesöken (Dresner et al., 2016). Vidare uttryckte somliga personer att gruppbehandlingen inte var bättre än de enskilda läkarbesöken och andra tyckte att gruppbehandling inte haft någon effekt alls. Vissa personer ansåg även att gruppbehandlingen kunde användas som ett komplement till de enskilda läkarbesöken (Dresner et al., 2016).

Motvilja till läkemedel

Majoriteten av personerna uttryckte en motvilja till läkemedel som smärtbehandling (Allcock et al., 2007; Dresner et al., 2016; Egan et al., 2017; Franklin et al., 2016; Hållstam et al., 2015; Pietilä Holmner et al., 2018; Yang et al., 2015) och andra hade en önskan om att undvika läkemedel så långt det gick förutom vid akuta situationer (Yang et al., 2015).

“...but don't rely on pills, they are not the answer.” - Egan et al., 2017, p. 223

Personer som genomgått KBT-behandling såg detta som deras långtidsbehandling och ville inte längre ha behandling i form av läkemedel (Egan et al., 2017). Även en person beskrev att hennes första steg i självbehandling numera bestod av meditation som hon lärt under gruppbehandling, istället för behandling i form av läkemedel (Dresner et al., 2016).

Läkemedel som smärtbehandling sågs endast som en tillfällig lindring av smärtan, men att effekten av läkemedlen sedan stannade av och inte verkade som en långtidsbehandling (Allcock et al., 2007; Franklin et al., 2016; Pietilä Holmner et al., 2018). En del personer upplevde att läkemedel inte alls hjälpte de dagar smärtan var som värst (Franklin et al., 2016) och vissa ansåg att läkemedel gjorde mer skada än nytta (Allcock et al., 2007). Att inta för mycket läkemedel samt hur biverkningar påverkade dem skapade en rädsla hos personerna (Yang et al., 2015). Flera var även kritiska till sina husläkare, då de ansåg att de bara skrev ut smärtstillande läkemedel istället för att boka in läkarbesök och detta uppfattades som ett sätt att stöta bort personerna (Allcock et al., 2007; Lethi et al., 2016).

Betydelsen av förståelse kring långvarig smärta

Betydelsen av förståelse kring långvarig smärta beskriver begränsningar på grund av informationsbrist angående smärtproblematik, behandlingar och vilka konsekvenser deras tillstånd kunde leda till. Att få den information man kände att man behövde ledde till att personerna kunde lära känna sin egen smärta och vad som kunde hjälpa just dem, samt att personerna kunde börja ta ett eget ansvar över sin situation. Subkategorierna är *en ökad förståelse, en otillräcklig förståelse* samt *att ta ett eget ansvar*.

En ökad förståelse

Sambandet mellan tankar, känslor och beteenden ökade personernas insikt kring långvarig smärta samt deras förmåga att hantera den (Furnes & Dysvik, 2012). Personerna beskrev hur viktigt det var att jobba med sina egna tankar och känslor genom att erkänna och bearbeta sina inre upplevelser av fysisk rehabilitering (Wilson et al., 2017). Att ha en

ökad förståelse kring sin långvariga smärta och speciellt vad som triggar igång den beskrevs av personer som utgången av behandlingen (Dresner et al., 2016; Pietilä Holmner et al., 2018). Förståelse kring processen av behandling och rehabilitering samt konsekvenserna av personernas tillstånd uppstod först efter att de själva gjort efterforskningar eller genomgått smärtbehandling (Franklin et al., 2016).

“it hadn't really been explained, I didn't understand my condition, I had no idea how to tackle it or any insight into if it's going to get worse, if it's going to get bad, or what I can do and the course has completely changed that. I understand what my body's doing now, which I didn't before, so I understand like how it's going to behave if I do like certain things. . . and that was just Oh my god, so that is what's going on”. - Franklin et al., 2016, p. 1938

Relationen mellan vårdpersonal och personerna med långvarig smärta ansågs vara en viktig faktor kring förståelsen av emotionella och fysiska svårigheter samt hur man skulle komma över dessa (Pietilä Holmner et al., 2018; Wilson et al., 2017).

En otillräcklig förståelse

Ovisshet hos personerna angående sitt tillstånd väckte en tanke om att inte kunna bli behandlad eller botad (Allcock et al., 2007) men också känslan av att inte kunna ta egna beslut (Nordin et al., 2013). Personerna beskriver hur kunskapsläget mellan olika personer och deras tillstånd varierar stort och att de önskade att alla skulle erhålla samma information, exempelvis en grund om människans anatomi (Franklin et al., 2016). Vidare beskriver personerna en avsaknad av information kring sitt tillstånd, de behandlingsförslag och konsekvenser tillståndet medförde (Franklin et al., 2016; Nordin et al., 2013; Pietilä Holmner et al., 2018). Vissa hade även upplevt situationer där omvårdnadspersonalen inte haft de kunskaper som förväntats vilket lett till minskad medverkan av personerna (Nordin et al., 2013).

Informationsbrist gällande sitt tillstånd upplevdes som en begränsning, vilket ledde till frustration då vissa vårdinsatser tog lång tid på sig med att finna diagnos eller att sätta in behandling (Yang et al., 2015). Att få remiss till en specialistklinik inom rehabilitering av långvarig smärta kunde ses både som en väg ut för personerna, men också som en sista utväg för omvårdnadspersonalen när personerna inte svarade på behandlingen som testats (Lethi et al., 2016). På grund av okunskap kring vad behandlingen faktiskt gick ut på, hur och när det skulle användas samt hur de kunde hjälpa just dem, hade personer svårt att ta till sig psykologisk behandling samt FAR som erbjöds av specialistkliniker (Yang et al., 2015); Joelsson et al., 2017). De andra personerna som hade förståelse för psykologisk behandling sedan tidigare var mer öppna för att prova denna typ av behandling (Yang et al., 2015). En person redogjorde för ett möte med en ortopedläkare som sagt:

“...this pain management is not for you it’s for people with unsound mind.” - Yang et al., 2015, p. 1294

Att ta ett eget ansvar

Personerna uppfattade att en del av omvårdnadspersonalen försökte uppmuntra till eget ansvar gentemot deras smärttillstånd (Yang et al., 2015). Personerna uttryckte att det var av stor vikt att ha en ökad förståelse till deras egen attityd kring smärtan (Furnes & Dysviks, 2012; Pietilä Holmner et al., 2018). Vidare förklaras det hur sambandet mellan smärta och personens attityd ledde till ett eget ansvarstagande och ett annorlunda liv med högre meningsfullhet och ökad livskvalité (Egan et al., 2017; Hållstam et al., 2015; Pietilä Holmner et al., 2018). Ett exempel på ansvarstagande var att börja använda sig av nya copingstrategier, socialisera sig och att genomföra någon form av fysisk aktivitet (Hållstam et al., 2015). Trots att fysisk aktivitet visat sig vara bra mot smärtan ansåg flera att det var svårt att hitta motivation till detta (Joelsson et al., 2017).

“...I have just as much pain lying here in bed and crying as i do if i get up and take my children to the park.” - Hållstam et al., 2015, p. 245

DISKUSSION

Metoddiskussion

I metoddiskussionen kommer metodens styrkor och svagheter att diskuteras utifrån Shentons (2004) beskrivning av de fyra trovärdighetsbegreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet.

Shenton (2004) beskriver att tillförlitligheten ökar om studien svarar på det den är avsedd för. Enligt Shenton (2004) är det en fördel om forskare är bekanta med ämnet de ska undersöka och i denna litteraturstudie genomfördes i det första skedet en pilotsökning i databasen Cinahl som tillhandahåller omvårdnadsforskning. Sökningen visade att det fanns bra med material att tillgå. I den slutgiltiga sökningen gjordes sökningarna i Cinahl, Pubmed och Medline som alla tillhandahåller forskning med inriktning på medicin och omvårdnad. Författarna hade även tidigare erfarenhet av att använda dessa och fick dessutom utbildning i dessa databaser av Högskolan Kristianstad. Även manuella sökningar genomfördes som komplement till databassökningarna. Dessa faktorer skulle alla kunna styrka tillförlitligheten men relevanta artiklar kan ha missats då inte alla databaser har använts. Även manuella sökningar genomfördes som komplement till databassökningarna för att inte missa relevanta artiklar. Fyra artiklar återfanns vilket kan visa på att något sökord missats under databassökningarna och detta kan ha sänkt tillförlitligheten.

Sökorden som användes i de olika sökningarna var nyckelbegrepp från syftet. Begreppen översattes noggrant med hjälp av svensk MeSH. Sökorden som användes visade sig vara väl använda inom det valda området och gav bra resultat i sökningarna som gjordes. En svårighet var att orden *erfarenhet* och *upplevelse* på engelska översätts till ett och samma ord, *experience*, och författarna har så noggrant som möjligt försökt tolka innebörden i varje artikel men det kan ha skett misstolkningar och detta kan ha sänkt tillförlitligheten. Ordet pain återkommer flertalet gånger i sökblocken och kan därför ha tagit ut varandra

och ha resulterat i färre sökträffar. Urvalet av artiklarna som valdes ut svarade väl mot syftet men det fanns även andra artiklar som sållades bort på grund av att deltagarna var av yngre ålder än de som skulle inkluderas samt att vissa artiklar hade ett annat perspektiv än det som söktes i denna studie. Detta kan ha sänkt tillförlitligheten då relevanta artiklar valts bort på grund av dessa kriterier. Artiklarna som inkluderades var gjorda mellan år 2007-2018 som ligger i nära nutid samt en av artiklarna var återkommande i flera databaser och detta kan stärka tillförlitligheten. Begränsningar gjordes i sökningar i Medline. Sökningarna i Cinahl och Pubmed resulterade i färre sökträffar och författarna valde därför att inte begränsa något mer. Författarna har trots det granskat artiklarna utefter inklusion- och exklusionskriterierna.

Litteraturstudiens resultat innehåller kategorier som speglar personers erfarenheter av smärtbehandling vid långvarig smärta och anses därför svara på syftet. Varje kategori innehåller text som reflekterar till kategoribenämningen. Alla subkategorier innehåller citat och 12 av 13 artiklar finns representerade. Pietilä Holmner et al. (2018) artikel saknas det citat från då författarna inte ansett att de varit relevanta till de resultat som redovisats i litteraturstudien. Citaten har använts för att förtydliga personernas erfarenheter och göra texten mer trovärdig och mer levande, vilket kan stärka tillförlitligheten.

Under hela arbetets gång har litteraturstudien granskats av kurskamrater, handledare och examinator. Kommentarer och vägledning har hörts av författarna och lett till förbättring och att nya tankegångar har väckts. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på antingen engelska eller svenska. Att exkludera övriga språk kan ha lett till att relevant resultat gått förlorat vilket kan ha sänkt tillförlitligheten. Trots goda kunskaper i engelska hos författarna och att lexikon har använts vid översättning av artiklarna kan inte misstolkningar uteslutas helt, och detta sänker tillförlitligheten. Exklusionskriterierna som var artiklar inriktade på enbart en specifik diagnos uteslöts från vårt resultat. Författarna har dock använt sig av artiklar där flera olika diagnoser förekommit hos

personerna som deltagit i studierna då dessa ansågs ge en generell bild av långvarig smärta.

Verifierbarhet beskrivs av Shenton (2004) som att tillvägagångssättet bör vara tillräckligt detaljerat för att någon annan forskare ska kunna göra om studien. Litteraturstudiens verifierbarhet stärks då urval, inklusion- och exklusionskriterier finns väl beskrivna. Vidare finns alla sökningar bifogade och är väl beskrivna i sökschemat som förklarar sökblock, begränsningar samt booleska termer.

De 13 artiklar som slutligen sållats fram kvalitetsgranskades med hjälp av en granskningsmall för kvalitativa studier som erhållits från Högskolan Kristianstad (Blomqvist et al., 2016) och finns bifogad i litteraturstudien. Kvalitetsgranskningen överfördes i artikelöversikter och ger läsaren en bättre förståelse för varje artikel. Att bifoga både granskningsmallen och artikelöversikterna kan stärka verifierbarheten då det visar på en uppriktighet och ger läsaren en inblick i hela arbetet. Analysprocessen som användes var Fribergs (2017) trestegsmodell vilket underlättar följsamheten för läsaren. Analysen och granskningen av artiklarna genomfördes i det första steget enskilt av författarna och sedan diskuterade författarna tillsammans sina fynd. Detta kan ha ökat verifierbarheten då författarna först skapat en egen förståelse som sedan diskuterats tillsammans. Alla artiklar som använts i litteraturstudien var godkända från etiska kommittéer vilket stärker verifierbarheten. Analysprocessen förklaras inte med hjälp av någon tabell eller figur och detta kan ses som en lägre verifierbarhet.

Pålitlighet förklaras av Shenton (2004) som att författarna inte låtit sin förförståelse eller tidigare erfarenheter påverka resultatet. Författarnas förförståelse skrevs ner innan någon av sökningarna påbörjades och har tagits i beaktning under hela arbetets gång. Författarna förvånades över resultatet som framkom över deltagarnas motvilja till att använda smärtstillande läkemedel som behandlingsform. Detta kan stärka litteraturstudiens

pålitlighet. Båda författarna deltog under hela processen av granskning och analys av alla artiklar och även detta kan ha stärkt pålitligheten.

Franklin et al. (2016) artikel presenteras mer i litteraturstudiens resultat än övriga artiklar på grund av att deras syfte liknade litteraturstudiens. Ingen av artiklarnas författare har presenterat sin förförståelse och därför är det svårt att veta om det finns artiklar i resultatet som inte stödjer författarnas förförståelse. Litteraturstudiens författare har ändå valt att använda sig av artiklarna men det kan ha sänkt pålitligheten.

Överförbarhet förklaras av Shenton (2004) som att resultatet från en studies population kan överföras till en annan. Överförbarheten vid kvalitativa studier har ofta en smal överförbarhet då de inriktar sig på en liten del av populationen eller kontexten (Shenton, 2004). Litteraturstudiens resultat innehåller artiklar från Sverige, Norge, Singapore, Storbritannien, USA och Irland med en majoritet av artiklar från norden. Resultatet anses därför mer överförbart till nordiska länder. Att överföra resultatet på populationer i länder utanför norden måste därför göras med försiktighet. Artiklarna från studiens resultat beskriver inte någon kontext i sina metodavsnitt och det sänker överförbarheten. I artiklarna som finns med i litteraturstudiens resultat tas kön, ålder och diagnoser upp i metodavsnitten och detta höjer överförbarheten. Alla deltagarna i studierna var över 18 år och resultatet kan därför inte överföras till personer under 18 år. Artiklarnas deltagare led av en rad olika diagnoser och resultatet skulle därför kunna överföras till personer med kronisk smärta över lag.

Abstraktionsnivån på huvudkategorierna anses ligga lågt då de är riktade mot syftet och inte kan överföras till studier som inte behandlar långvarig smärta. Subkategorierna håller en lite högre nivå då de skulle kunna överföras till studier som behandlar andra områden än långvarig smärta. Textinnehållet i resultatet håller en låg abstraktionsnivå då den utformats för att svara på syftet.

Litteraturstudien anses svara på det den var avsedd för. Tillvägagångssättet anses vara väl beskrivet så att någon annan skulle kunna göra om studien med ett liknande resultat. Författarna har begrundat sin förförståelse och anser att den inte påverkat utgången av resultatet. Överförbarheten anses smal då kvalitativa studier endast används vid forskning av mindre populationer eller kontexter. Författarna ser överförbarhet till personer över 18 år med generell långvarig smärta i nordiska länder. Litteraturstudien bedöms därmed hålla en relativt hög kvalitet.

Resultatdiskussion

Fynden som diskuteras nedan beskriver om personerna känner sig sedda och hörda av omvårdnadspersonalen, hur viktigt personerna tycker det är att få dela med sig av tankar och känslor kring sitt tillstånd samt hur personerna sätter sig emot läkemedel som behandlingsmetod. Omvårdnadsteorier, förbättringsförslag och samhällsfrågor tas även dessa upp i relation till fynden.

Att inte bli lyssnad på/att bli lyssnad på

Att omvårdnadspersonalen visar empati och intresse samt bryr sig om personernas historia om sin långvariga smärta vid besöken leder till att personen känner sig hörd och sedd som en hel person och inte bara sin sjukdom. Samtidigt visar litteraturstudien att personer med långvarig smärta inte alltid blir bemötta på detta sätt. Ett centralt fynd visade att omvårdnadspersonalen ignorerade personerna och valde att inte höra deras historia vilket ledde till en minskad delaktighet och tillit till vården. Samtidigt beskrev flera personer också positiva erfarenheter av omvårdnadspersonal de mött som verkligen tagit sig tid till att lyssna och förstå deras känslor och berättelser, och att detta i slutändan givit ett bättre underlag för att kunna bli botade under behandlingens gång. Grunden för den personcentrerade vården ligger i att sjuksköterskan ser till personens hela existens och sätter sig in i dennes situation (Fransson Sellgren, 2014). Sjuksköterskans dialog med personen gör att hon skapar en bild av personens liv och därefter kan se till personens

bästa i omvårdnadsåtgärderna hon lägger fram. Målet är att genom dialog göra personen delaktig genom att informera och även lära av personen. Detta kan kräva att sjukvården måste vara mer flexibel för att kunna släppa in personens önsknings i vårdplanen. Fransson Sellgren (2014) menar att all kommunikation som sker mellan sjuksköterskan och personen ska vara respektfull och det är sjuksköterskans ansvar att värna om personens autonomi under alla omständigheter. I en studie som gjorts med deltagare som lider av psykisk ohälsa beskrev dessa personer att de ofta känt sig osynliga och att de inte vågat ta kontakt med omvårdnadspersonalen på avdelningen de besökt på grund av rädsla för att bli bemött på ett otrevligt sätt (Molin, Graneheim & Lindgren, 2016). Flera hade också upplevt att omvårdnadspersonalen inte ville svara på deras frågor och ignorerade dem när de försökte ta kontakt med personalen (a.a). En annan uppfattning fanns hos personer som varit inskrivna på en intensivvårdsavdelning samt genomgått operationer (akut smärta) (Buszewicz, Pistrang, Cape och Martins, 2006; Moen & Nåden, 2015). Deras beskrivning av omvårdnadspersonalen var att de lyssnade så fort personerna hade frågor eller om de behövde något och de kände att deras individuella behov tillgodosågs vilket skapade en trygghet (a.a). Många ansåg att ett förtroende bara kunde skapas om omvårdnadspersonalen och personerna lärde känna varandra och att det var personalens uppgift att upprätta en första kontakt för detta (Molin et al., 2016). Vid långvarig smärta är personcentrerad vård ett viktigt redskap i sjuksköterskans omvårdnad. Personcentrerad vård ger sjuksköterskan en bättre inblick i personens livsvärld för att sedan kunna ge bästa behandlingsalternativ.

Fyndet som gjorts i litteraturstudien beskriver omvårdnadspersonal som inte ser eller lyssnar på personerna de vårdar. Vad är anledningen till att personerna behandlas på det sättet? Magnusson och Mannheimers (2008) första pelare beskriver hur personers ökade kunskap bidrar till att deras smärttillstånd kan hanteras på ett bättre sätt. Sjuksköterskan behöver finnas som stöd och hjälp för personen och behöver då också ha kunskap om smärttillståndet hon ska hjälpa personen att hantera (a.a). En ökad kunskap hos omvårdnadspersonalen och speciellt sjuksköterskan kan alltså förbättra omvårdnaden för personer med långvarig smärta så de känner sig sedda och hörda på individnivå. Samtidigt

enligt Barfield och Rydberg (2009) är hög arbetsbelastning en bidragande faktor till att man saknar tid för att sitta ner med personerna och se dem som individer samt att lyssna på deras historia. Detta skapar stress hos omvårdnadspersonalen som fått fler personer att vårda på grund av den underbemanning som råder, och detta leder tillbaka till den höga arbetsbelastningen. För att förbättra vården behövs det mer personal och en ökad kunskap för långvarig smärta.

Att hjälpa varandra och känna gemenskap

Att ta lärdom av andra personer i samma situation som en själv och dela med sig av tankar och känslor kring sitt tillstånd bringar gemenskap. Samtidigt visar studien att många personer känner en rädsla för att höra andras erfarenheter kring smärta och att det ska påverka dem negativt. Ett centralt fynd i litteraturstudien var att personer beskrev ett uppskattande och en ökad förståelse av att träffa andra personer som befann sig i samma situation som de själva och att de kunde prata om tankar och känslor kring sin långvariga smärta, samt hur man skulle hantera smärtan. Samtidigt fanns det motsatser där personerna ansåg att de inte hade ut något av att lyssna på andra personer prata om sina erfarenheter av långvarig smärta, då de kände att de bara kunde ge kunskap och inte hade något mer att lära. I linje med litteraturstudiens resultat beskrev personer som genomgått gruppbehandling för depression och ångest glädjen av att träffa andra personer som var i samma situation som en själv och att få höra deras historier (Newbold, Hardy & Byng, 2013). Vidare förklaras det hur personerna delar med sig av sina problem och hur de hanterar dessa, vilket ledde till en ökad gemenskap bland deltagarna då de kände sig hörda och sedda (a.a) och detta finns beskrivet i pelare tre som belyser sociala aktiviteter och hur viktiga de är vid behandling av långvarig smärta (Magnusson och Mannheimer, 2008). Fortsättningsvis beskrevs en lättnad bland personer som genomgått KBT-behandling mot ätstörningar över att de inte var de enda som led av en sjukdom eller ett problem. De förklarade att gruppbehandlingen varit väldigt givande och att de skapat vänner för livet och att de numera kämpar mot problemen tillsammans i sina dagliga liv (Laberg, Törnkvist & Andersson, 2001). Samtidigt förklarar en kvinna att hon hade

önskat någon att prata med under sin strålbehandling mot cancer. Hon ansåg att det hade varit bra om vården samlat flera personer med samma problem för att kunna prata om sina situationer och hur de på olika sätt hanterar just sina problem (Goldsworthy, Tuke & Latour, 2016). Även negativa åsikter angående gruppbehandling återfanns och personerna beskrev hur negativiteten från de personer som inte lärt sig att hantera sina egna problem påverkade övriga gruppmedlemmar (Laberg et al., 2001). Vidare beskrivs det även hur personer som inte var nöjda med upplägget av behandlingen ofta avbröt de andra gruppmedlemmarna när de försökte dela med sig av sina erfarenheter (Newbold et al., 2013). Kim (2004) beskriver i sin omgivningsdomän att en persons mentala och psykiska hälsa är beroende av flera faktorer. Hon belyser speciellt personens sociala omgivning och känslan av att ha någon i sitt liv att anförtro sig åt. Kim (2004) anser att en persons hälsa är beroende av sociala faktorer och att hälsa kan uppnås om sociala interaktioner arrangeras av exempelvis sjukvården. Att organisera behandling i grupp och att då placera personer med liknande diagnoser tillsammans kan alltså göra att dessa personer uppnår en bättre hälsa av att interagera med varandra och de kan uppnå en ny gemenskap med varandra.

Litteraturstudiens fynd belyser betydelsen av gruppbehandling av olika typer och att personerna uppskattat detta för att kunna dela med sig av sina tankar, samt att kunna höra andras tankar angående de problem som kan uppstå under sjukdomstiden. Magnusson och Mannheimers (2008) tredje pelare nämner vikten av social träning för personer som lider av långvarig smärta för att kunna ta sig tillbaka till vardagen och känna att de orkar komma utanför ytterdörren för att till exempel åka och handla. Som förbättringsförslag anses att gruppbehandlingen bör utvecklas och vara en av de behandlingsformer som används som ett första alternativ vid långvarig smärta för att personerna ska få en chans att prata med andra som lider av samma problem, men även för att komma ut bland folk och minska isoleringen.

Motvilja till läkemedel

En rädsla för överdos, biverkningar samt att smärtan inte ska lindras gör att personer med långvarig smärta inte ser läkemedel som en långtidsbehandling. Litteraturstudiens resultat visade att det fanns en stor motvilja till att använda läkemedel som behandlingsform och många ansåg att det bara var en tillfällig lösning på smärtproblematiken. Majoriteten upplevde att läkemedel skrevs ut alldeles för lätt och utan dialog mellan personerna och läkarna vilket sågs som ett sätt att undvika besök till mottagningen. Rädslan för överdos, biverkningar och att smärtan inte ska kunna lindras har även visat sig hos personer med cancersjukdomar (Rhee, Kim & Kim, 2012). Dessa personer uttryckte dessutom en stor rädsla över att bli beroende av sina smärtstillande läkemedel och många hade också en rädsla för injektioner (a.a). Samtidigt beskrivs en önskan om att använda smärtstillande läkemedel hos personer som genomgått operationer (akut smärta) och deras missnöje visade sig när de fick vänta längre än nödvändigt på att få sina läkemedel av omvårdnadspersonalen (Woldehaimanot, Eshetie & Kerie, 2014). Den personcentrerade vården syftar till att ge personer tillträde och en röst i sin vård- och behandlingsplan (Fransson Sellgren, 2014). Sjuksköterskan kan genom att lära känna personen och dennes livsvärld få tillträde till information om personens rädslor och önskningar genom dialog och kommunikation (Birkler, 2007; Fransson Sellgren, 2014). Kunskapen som personen besitter om sitt eget tillstånd beskrivs av Fransson Sellgren (2014) som mycket värdefull och bör därför tas tillvara på. Att personen och sjukvården arbetar tillsammans är den personcentrerade vårdens främsta mål. Magnusson och Mannheimers (2008) fjärde pelare belyser smärtbehandlingens inriktning på just läkemedel och hur det bäst bör användas vid långvarig smärta. Pelaren skiljer sig mot vad personerna med långvarig smärta vill ha ut av sin smärtbehandling och detta visar att sjuksköterskans personcentrerade arbetssätt är av yttersta vikt för att kunna möta dessa personer på ett individuellt plan.

Läkemedel bör vara ett sista alternativ när det gäller smärtbehandling. Till personer med långvarig smärta kan det därför vara bättre att exempelvis skriva ut FAR istället för att skriva ut smärtstillande läkemedel. Enligt Folkhälsomyndigheten (2013) bör fysisk aktivitet användas som en behandlingsmetod och hälso- och sjukvårdspersonal bör därför

uppmuntra personer till fysisk aktivitet genom att använda sig av FAR eller en fysioterapeut. I andra och femte pelaren förklaras fysisk aktivitet och fysioterapi (Magnusson och Mannheimer, 2008). Vid långvarig smärta är fysisk aktivitet ett bra hjälpmedel och promenader eller cykling kan vara en bra början för att komma igång. Att använda sig av en fysioterapeut för att få hjälp med träningen är också vanligt. Då börjar de oftast med basal kroppskänedom för att öka personens kroppskänedom (a.a). Ur ett långtidsperspektiv leder detta till bättre folkhälsa. Ökad fysisk aktivitet och minskade mängder av utskrivna smärtstillande läkemedel kan ur ett samhällsperspektiv leda till att personer inte fastnar i ett läkemedelsberoende. Enligt LäkeMedelsverket (2017) bör starkare smärtstillande läkemedel, exempelvis opioider (narkotika), vara ett sista alternativ för att undvika beroende hos personer med långvarig smärta. Läkemedel bör inte heller användas som en enskild behandling, utan gärna användas multimodalt, det vill säga ihop med psykologiska insatser och fysisk aktivitet av något slag. Enligt Missbruksutredningen (2011) kostar narkotikamissbruket det svenska samhället cirka 24 miljarder kronor varje år och 26 % av dessa kostnader skapas i sjukvården. Om kostnaderna för missbruk kan minskas genom att vårdpersonal ser över utskriften av starka läkemedel till personer kan pengarna gå till andra nödvändiga saker. Till exempel för att öka bemanningen inom sjukvården för att undvika tidsbrist och då också skapa ett bättre underlag för sjuksköterskans arbete för den personcentrerade vården (Fransson Sellgren, 2014). Pengarna kan även gå till forskning inom långvarig smärta, för att öka kunskapen gällande detta tillstånd. Personer med vårdbehov kan då bli sedda och hörda på individnivå och få bättre behandling som är planerad efter just deras behov.

Alla personer ska ha rätt att fatta egna autonoma beslut, det betyder att man har rätt att vara med och bestämma hur ens vård ska se ut och vilken behandling man ska genomgå (Sandman & Kjellström, 2013). Informerat samtycke är ett annat sätt att ge personen rätten att själv fatta beslut i sin vårdplan genom att personen först får all den information den behöver och sedan fattar ett beslut baserat på just den personens värderingar och önsningar. I Patientlagen (2014:821) finns det bestämmelser från riksdagen om att alla har rätt att få information om sitt hälsotillstånd och de behandlingar som finns att tillgå

och man har rätt att välja vilken behandling man vill ha. Sandman och Kjellström (2013) och Patientlagen (2014:821) säger alltså att personer med långvarig smärta har rätt att välja om de vill ha smärtstillande läkemedel som behandling eller inte. Litteraturstudiens fynd belyser således att många upplevt att de inte ens blivit tillfrågade vilken behandling de velat ha utan de har bara fått läkemedel utskrivet utan att ha träffat läkare och då också utan att ha fått diskutera hur just de velat ha sin behandling.

Slutsats

Utifrån författarnas syfte undersöktes personers erfarenheter av smärtbehandling. Litteraturstudiens resultat belyser vikten av att omvårdnadspersonalen lyssnar på personernas historia samt låter dem vara delaktiga i val av behandling. Ett stort fynd visar att majoriteten av dessa personer vill undvika läkemedel och att detta bör vara en behandling som kommer i andra hand. En önskan finns om att utvidga gruppbehandling ännu mer och föra in detta som ett förstahandsval av behandling vid långvarig smärta.

Ytterligare forskning behövs angående långvarig smärta, hur den yttrar sig och hur den ska behandlas, för att sjuksköterskan ska få en ökad kunskap och kunna möta dessa personer på ett personcentrerat sätt. Vidare forskning behövs också kring betydelsen av läkemedel vid långvarig smärta och personers upplevelser av läkemedelsbehandling vid långvarig smärta.

REFERENSER

*Artiklar representerade i resultat.

*Allock, N., Elkan, R., & Williams, J. (2007). Patients referred to a pain management clinic: beliefs, expectations and priorities. *Journal of advanced nursing*, 60(3), 248-256. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04400.x

Barfield, R., & Rydberg, N. (2009). Stress och fatigue hos vårdpersonal - hur påverkas vårdare och patienter? (Examensarbete, Växjö Universitet, Växjö). Hämtad från <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:291212/FULLTEXT01.pdf>

Barnombudsmannen. (2015). Viktiga åldersgränser i Sverige. Hämtad 2018-02-20 från <https://www.barnombudsmannen.se/for-dig-under-18/aldersgranser/>

Bergh, I. (2014). Smärta. I A.K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 421-446). Lund: Studentlitteratur AB.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Blomqvist, K., Orrung Wallin, A., & Beck, I. (2016). *HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber.

Buszewicz, M., Pistrang, N., Cape, J., & Martin, J. (2006). Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 56(528), 496-503. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1872059/>

Capio S:t Görans Sjukhus. (2017). Smärtkliniken. Hämtad 2018-02-03 från <https://capiostgoran.se/Om-oss/Om-oss/Verksamheter/Smartkliniken/>

*Dresner, D., Gergen Barnett, K., Resnick, K., Laird, L. D., & Gardiner, P. (2016). Listening to Their Words: A Qualitative Analysis of Integrative Medicine Group Visits in an Urban Underserved Medical Setting. *Pain Medicine*, 17(6), 1183-1191. doi: 10.1093/pm/pnw030

*Egan, A., Lennon, O., Power, C. K., & Fullen, B. M. (2017). "I've actually changed how i live"- Patients' long-term perceptions of a cognitive behavioral pain management program. *Pain Medicine*, 18(2), 220-227. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hkr.se/10.1093/pm/pnw148>

Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Ekstrand, M. (2010). *Tro det eller ej - En undersökning av argument utifrån religiös erfarenhet*. (Examensarbete, Höskolan Kristianstad, Kristianstad). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:331504/FULLTEXT01.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Fysisk aktivitet*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/>

Folkhälsomyndigheten. (u.å). *Fysisk aktivitet och hälsa*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/far/inledning/fysisk-aktivitet-och-halsa/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

*Franklin, Z. C., Smith, N. C., & Fowler, N. E. (2016). A qualitative investigation of factors that matter to individuals in the pain management process. *Disability and rehabilitation*, 38(19), 1934-1942. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hkr.se/10.3109/09638288.2015.1107782>

Fransson Sellgren, S. (2014) Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Reds.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s. 253-278). Lund Studentlitteratur

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

*Furnes, B., & Dysvik, E. (2012). Therapeutic writing and chronic pain: experiences of therapeutic writing in a cognitive behavioural programme for people with chronic pain. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23/24), 3372-3381. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04268.x

Goldsworthy, S. D., Tuke, K., & Latour, J. M. (2016). A focus group consultation round exploring patient experiences of comfort during radiotherapy for head and neck cancer. *Journal of Radiotherapy in Practice*, 15(2), 143-149. doi: 10.1017/S1460396916000066

*Haraldseid, C., Dysvik, E., & Furnes, B. (2014). The experience of loss in patients suffering from chronic pain attending a pain management group based on cognitive-behavioral therapy. *Pain management nursing*, 15(1), 12-21. Doi: 10.1016/j.pmn.2012.04.004

*Hållstam, A., Stålnacke, B. M., Svenson, C., & Löfgren, M. (2015). "Change is possible": Patients' experience of a multimodal chronic pain rehabilitation programme. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(3), 242-248. Doi: 10.2340/16501977-1926

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

International Council of Nurses (ICN). (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2018-02-06 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Jacovides, M. (2010). Experiences as complex events. *The Southern journal of philosophy*, 48(2), 141-159. doi: 10.1111/j.2041-6962.2010.01010.x

Jakobsson, U. (2007). Introduktion. I U. Jakobsson (Red.), *Långvarig smärta* (s.15-22). Lund: Studentlitteratur AB.

*Joelsson, M., Bernhardsson, S., & Larsson, M. E. H. (2017). Patients with chronic pain may need extra support when prescribed physical activity in primary care: a qualitative

study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 64-74. doi: 10.1080/02813432.2017.1288815

Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3. ed.). New York: Springer Pub. Co.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Laberg, S., Törnkvist, Å., & Andersson, G. (2001). Experience of Patients in Cognitive Behavioural Group Therapy: a Qualitative Study of Eating Disorders. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(4), 161-178. doi: 10.1080/028457101753363357

Larsson, O. (2013). Smärta. I N. Grefberg (Red.), *Medicinboken* (5. uppl., s. 659-670). Stockholm: Liber.

* Lethi, A., Fjellman-Wiklund, A., Stålnacke, B.M., Hammarström, A., & Wiklund, M. (2016). Walking down 'Via Dolorosa' from primary health care to the specialty pain clinic - patient and professional perceptions of inequity in rehabilitation of chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 45-53. doi: 10.1111/scs.12312

Läkemedelsverket. (2017). *Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos vuxna och barn - behandlingsrekommendation*. (Information från läkemedelsverket 3). Hämtad från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Information_fran_lakemedelsverket_nr_3_2017_behandlingsrekommendation.pdf

Magnusson, S. & Mannheimer, C. (2008). *Långvarig smärta: Behandling och rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur AB.

Malmquist, J., Qvarsell, R., & Isacson, S-O. (u.å). Hälso- och sjukvård. I *NE.se*. Hämtad från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rd>

Moen, E. K., & Nåden, D. (2015). Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive and critical care nursing*, 31(5), 285-293. doi: 10.1016/j.iccn.2015.03.003

Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care-patients' perspectives. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 29897-29911. doi: 10.3402/qhw.v11.29897

Newbold, A., Hardy, G., & Byng, R. (2013). Staff and patient experience of improving access to psychological therapy group interventions for anxiety and depression. *Journal of Mental Health*, 22(5), 456-464. doi: 10.3109/09638237.2013.815333

*Nordin, C., Gard, G., & Fjellman-Wiklund, A. (2013). Being in an exchange process: experiences of patient participation i multimodal pain rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(6), 580-586. doi: 10.2340/16501977-1136

Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2014a). Akut och Långvarig smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2. uppl., s.79-94) Lund: Studentlitteratur AB.

Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2014b). Komplementära medicinska behandlingsmetoder. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2. uppl., s.101-124) Lund: Studentlitteratur AB.

Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2014c). Om smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2. uppl., s.11-14) Lund: Studentlitteratur AB.

Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2014d). Psykologiska behandlingsmetoder. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2.uppl., s.125-126) Lund: Studentlitteratur AB.

Patientlagen (2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

*Pietilä Holmner, E., Stålnacke, B-M., Enthoven, P., & Stenberg, G. (2018). “The acceptance” of living with chronic pain - an ongoing process: a qualitative study of patient experiences of multimodal rehabilitation in primary care. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(1), 73-79. doi: 10.2340/16501977-2286

Rhee, Y. O., Kim, E., & Kim, B. (2012). Assessment of pain and analgesic use in african american cancer patients: Factors related to adherence to analgesics. *Journal of Immigrant and Minority Health, 14*(6), 1045-1051. doi: 10.1007/s10903-012-9582-x

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2007). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. (I. Bolinder-Palm, K. Grönwall & K. Olsson, Övers. 2. uppl.). Stockholm: Liber AB.

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

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 105-117). Lund: Studentlitteratur.

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information, 22*(2), 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201

Sjukhus. (u.å). I *NE.se*. Hämtad från <https://www-ne-se.ezproxy.hkr.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/sjukhus>

Smärtkliniken Eques Indolor. (u.å). Vårt arbetssätt. Hämtad 2018-02-03 från <http://www.smartkliniken.eu/om-oss/v%C3%A5rt-arbetss%C3%A4tt-3332306>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: en systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport 177/1). Hämtad från

http://www.sbu.se/contentassets/81ea041f1bc2441aa09868a4f29d3f1a/smarta_fulltext.pdf

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2016) *Personcentrerad vård*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

The Lancet. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 390(10091), 231-266. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

Vania Apkarian, A., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2008). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87(2), 82-97. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2008.09.018>

*Wilson, S., Chaloner, N., Osborn, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2017). Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process. *Physiotherapy*, 103(1), 98-105. doi: 10.1016/j.physio.2015.11.005

Woldehaimanot, T. E., Eshetie, T. C., & Kerie M. W. (2014). Postoperative pain management among surgically treated patients in an Ethiopian hospital. *Public library of science*, 9(7), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0102835

World Medical Association. (2017). *WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

*Yang, S-Y., Bogosian, A., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M. (2015). Mixed experiences and perceptions of psychological treatment for chronic pain in Singapore: Skepticism, ambivalence, satisfaction, and potential. *Pain medicine*, *16*(7), 1290-1300. Doi: 10.1111/pme.12745

Östlund, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1, Sökschema

Datum	Databas	Söknings nr	Sökord och boolesk operator (AND, OR, NOT)	Begränsningar/databasfilter	Typ av sökning (t.ex. MESH-term, abstract, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Relevanta artiklar
2018 01 22	Cinahl	1	“Patients” OR Patients OR Caretaker		Headings Fritext	1498636		
		2	“Qualitative Studies” OR Experience OR “Qualitative Research” OR “Qualitative Study” OR “Qualitative Research Methods” OR “Qualitative Research Study”		Headings Fritext	306619		
		3	“Pain Management” OR ”Pain Management” OR ”Pain Relief” OR ”Pain Therapy” OR ”Pain Treatment” OR ”Pain		Headings Fritext	82882		

			Reduction” OR ”Pain Control” OR Analgesi*					
		4	“Chronic Pain” OR “Chronic Pain”		Headings Fritext	23171		
		5	“Hospitals” OR “Pain Clinic” OR Hospital OR “Nursing Ward” OR “Medical Clinic” OR “Medical Care”		Headings Headings Fritext	369690		
		6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5			109	20	5
2018 02 21	Medline	7	“Patients” OR Patients OR Caretaker		Headings Fritext	4975694		
		8	“Qualitative Studies” OR Experience OR “Qualitative Research” OR “Qualitative Study”		Headings Fritext	612464		

			OR “Qualitative Research Methods” OR “Qualitative Research Study”					
		9	“Pain Management” OR ”Pain Management” OR ”Pain Relief” OR ”Pain Therapy” OR ”Pain Treatment” OR ”Pain Reduction” OR ”Pain Control” OR Analgesi*		Headings Fritext	222786		
		10	“Chronic Pain” OR “Chronic Pain”		Headings Fritext	34691		
		11	“Hospitals” OR “Pain Clinic” OR Hospital OR “Nursing Ward” OR “Medical Clinic” OR “Medical Care”		Headings Headings Fritext	3944540		

		12	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	2003-2018 all adults 19+		145	24	4
2018 02 21	PubMed	1	“Hospitals” OR “Pain Clinics”		Headings			
		2	“Chronic Pain”		Headings	250699		
		3	Experience		Fritext	9394		
		4	S1 AND S2 AND S3			566449		
						21	4	1*

* Artiklar återfanns i tidigare sökningar.

Bilaga 2, HKR:s granskningsmall

HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier

1. Författare, titel, land och publiceringsår	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka var författarna? Vad får vi veta om dem? b. Vad var titeln på artikeln? Vilka tankar ger titeln om vad studien kommer att handla om? c. I vilket land genomfördes studien? d. Vilket år publicerades artikeln? 	
2. Syfte (Aim)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vad var syftet med studien - översatt till svenska? b. Vilka centrala begrepp finns i syftet? 	
3. Bakgrund (Background/Introduction)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Finns de centrala begreppen i syftet definierade i bakgrunden? b. Finns det en problematisering tidigt i bakgrunden? En problematisering är ett stycke där forskarna ger sina motiv till varför denna studie behövs. c. Finns tidigare forskning inom området beskriven? Vad handlar denna forskning om? Någon forskning som saknas? d. Finns det en teori, modell eller något centralt begrepp i bakgrunden? Vilken/vilket? e. Kan du tänka dig någon teori/modell/centralt begrepp som hade passat att ta med i bakgrunden? 	
4. Metoden – Urval och datainsamling (Sample and Datacollection)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilken typ av urval användes? Använd det vetenskapliga begreppet. b. Hur många personer ingick i studien? c. Hur många tillfrågades/hur stort var bortfallet? 	

<ul style="list-style-type: none"> d. Hur såg urvalet ut? Antal, kön, ålder osv. e. I vilket kontext (sammanhang, miljö) genomfördes studien? f. Vilka var inklusions- respektive exklusionskriterierna? g. Vilken slags datainsamling användes? Använd det vetenskapliga begreppet. 	
5. Metoden – Genomförande och analys (Procedure and Analysis)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vem rekryterade deltagarna? b. Var skedde datainsamlingen? Hur gick forskarna rent praktiskt tillväga vid datainsamlingen? Tidsaspekter? Utskrifter? c. Vilka frågor ställdes? d. Vilket slags kvalitativ analys användes? Vetenskapligt begrepp. e. Vem/vilka genomförde analysen? f. Redovisas forskarnas förståelse? g. Hur gick analysen till? h. Vilka etiska överväganden gjordes? Fanns forskningsetiskt tillstånd? 	
6. Fynd (Findings)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka var de övergripande resultaten (kategorier & subkategorier alt. teman & subteman)? 	
7. Diskussion (Discussion/ Comprehensive interpretation)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka fynd väljer forskarna att fokusera i sin diskussion? b. Vilken ny forskning/vilka nya teorier för forskarna in i diskussionen? 	
8. Slutsats och kliniska implikationer (Conclusion, clinical implications)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Vilka slutsatser drar forskarna? b. Vilka kliniska tillämpningar av fynden föreslås? c. Vilken ytterligare forskning föreslås? 	
9. Kvalitet (Se Shenton, 2004)	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">a. Hur bedömer du studiens tillförlitlighet ^{a)} (Credibility)?b. Hur bedömer du studiens verifierbarhet ^{c)} (Dependability)?c. Hur bedömer du studiens pålitlighet ^{d)} (Confirmability)?d. Hur bedömer du studiens överförbarhet ^{b)} (Transferability)? | |
|--|--|

^{a)} En kvalitativ studies tillförlitlighet bestäms framför allt av om studien svarar på syftet, om citaten som redovisas antyder att intervjuerna blivit djupa dvs. verkligen speglar deltagarnas upplevelser samt av urvalet.

^{b)} En kvalitativ studies verifierbarhet bestäms framför allt av om metoden (intervjuerna, genomförandet, analysen) är beskriven på ett sätt som gör att det skulle gå att göra om studien.

^{c)} En kvalitativ studies pålitlighet bestäms framför allt av om fler än en person har deltagit i analysen, om forskarna har beskrivit sin förförståelse, om de visar att de inte bara har sett det de trodde och hoppades att de skulle finna samt av vilken relation det finns mellan forskarna och deltagarna.

^{d)} En kvalitativ studies överförbarhet bestäms framför allt av urvalet, om sammanhanget där studien genomfördes (kontexten) är väl beskrivet och av kategorierna/temanans abstraktionsnivå.

Bilaga 3, Artikelöversikter

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Allcock, N., Elkan, R. & Williams, J. Patients referred to a pain management clinic: beliefs, expectations and priorities. Storbritannien, 2007.	Syftet var att undersöka smärtförväntningar och känslor hos personer som upplever långvarig smärta när de blir remitterade till en smärtklinik, deras uppfattning om kliniken och förbättringar av livssituationen.	Bekvämlighetsurval. 18 deltagare totalt. 9 kvinnor och 9 män i åldrarna 27-76 år. Inklusionskriterierna var personer med långvarig smärta som pågått i flera år. Fokusgrupper.	Forskarna skickade ut brev till de nyligen remitterade personerna på smärtkliniken. Personerna svarade om de ville delta. Var fokusgrupperna ägde rum framkommer inte i studien. Fokusgrupperna varade i 1,5-2 timmar och var bandinspelade. De som håll i fokusgrupperna var personer som inte kände patienterna eller smärtkliniken. Grounded theory. Etiskt godkänd.	Deltagarnas tankar om smärta och deras emotionella svar på just smärtan förklaras, även hur deltagarna förväntar sig att smärtkliniken ska vara samt hur deltagarnas prioriteringar av förbättringsarbete förklaras av dem själva.	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på studiens syfte. Låg: Exklusionskriterier, internt- eller externt bortfalls beskrivs inte i studien. Verifierbarhet: Hög: Fokusgruppsfrågorna finns beskrivna i bilaga längst bak, öppna frågor. Låg: Analysen beskrivs inte så väl i metoden. Framgår ej vem som genomfört analysen. Pålitlighet: Låg: Ingen förförståelse finns beskriven. Hög: Bra urval. Överförbarhet: Låg: Kontexten beskrivs inte så väl i studien.
Dresner, D., Gergen Barnett, K., Resnick, K., Laird, L.D. & Gardiner, P. Listening to Their Words: A Qualitative Analysis of Intergrative Medicine Group Visits in an Urban Underserved Medical Setting. USA, 2016.	Syftet var att från patienters perspektiv undersöka både hur och varför integrativa medicinska grupp besöks modellen är eller inte är ett effektivt kliniskt verktyg för behandling av långvariga tillstånd, inklusive långvarig smärta.	Konsekutivt urval. 19 deltagare totalt. 13 kvinnor och 6 män. Medelålder var 53,1år. Inklusionskriterier var att de skulle lida av långvarigsmärta, ha gått på minst ett gruppbesök och vara klara med 8-veckors programmet, IMGV. Individuella intervjuer.	56 deltagare kontaktades av forskarna till studien, 19 valde delta, och fick vid intervjun skriva på medgivande. Intervjuerna varade i 25-50min och var bandinspelade samt transkriberade. Två av forskarna samlande in data och detta utfördes på sjukhuset. Tematisk analys. En av forskarna samt tre assistenter genomförde analysen Etiskt godkänd.	Resultatet visade att de blivit en hel del förändringar hos personer med långvarig smärta som genomgått gruppbehandlingen. Även de olika tillstånd som kan tänkas påverka smärtnivåerna, bland annat ångest och träning, har påverkats.	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på studien syfte. Pilotintervju genomförd. Låg: Beskriver inte exklusionskriterier, internt- eller externt bortfall. Verifierbarhet: Hög: Analysen beskrivs väl. Låg: Intervjufrågorna finns inte beskrivna i studien, inte heller bifogade. Pålitlighet: Låg: Förförståelsen finns inte beskriven i studien. Överförbarhet: Hög: Kontexten förklaras i studien.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Egan, A., Lennon, O., Power, C. K., & Fullen, B. M. ”I’ve actually changed how I live”- Patients’ long-term perceptions of a cognitive behavioral pain management program Irland, 2017	Syftet var att fastställa vad patienters uppfattningar om KBT smärtbehandlings programmet, och vilka strategier som lärts under programmet som patienterna fortsatt använt sig av efter avslutad behandling.	Randomiserat urval. 16 deltagare totalt. 12 kvinnor och 4 män. Medelåldern var 54,29 år. Inklusionskriterier beskrivs ej. Externt bortfall 4. En hade glömt bort, en var sjuk och två fick forskarna inte kontakt med. 4 olika fokusgrupper.	Deltagarna hade gett sitt samtycke om att kontaktas angående deltagande i fokusgrupp i en annan studie. Totalt 102 personer. En dator valde slumpmässigt ut 20 personer som kontaktades. Samtalen spelades in och transkriberades. Samtalen varade mellan 18.22-25.31 min. Kvalitativ innehållsanalys. Två av forskarna genomförde analysen. Etiskt godkänd.	Deltagarna använde trots tiden som gått efter avslutad behandling fortfarande de strategier de lärt sig under programmet. En stor andel av deltagarna använde mindre mediciner. Många deltagare uttryckte att de hade ett nytt tankesätt angående sin smärta och flera talade nu om smärtan i en saklig ton. Många ansåg dock att det behövdes mer utveckling av uppföljningen och att det som erbjöds inte räckte.	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på syftet. Låg: Inga inklusion- eller exklusionskriterier finns beskrivna. Verifierbarhet: Hög: Analysen är väl beskriven och frågorna som ställts finns beskrivna och var öppna. Pålitlighet: Låg: Förförståelse ej beskriven. Hög: Väl valt urval och positivt med randomiserat urval. Överförbarhet: Hög: Kan göras om med deltagare som genomgått liknande behandling och med liknande kontext.
Franklin, Z. C., Smith, N. C., & Fowler, N. E. A qualitative investigation of factors that matters to individuals in the pain management process England, 2016	Syftet var att identifiera vilka nyckelfaktorer som har påverkat individens erfarenheter i deras behandling av långvarig smärta.	Konsekutivt urval. 8 deltagare totalt. 6 kvinnor och 2 män. Medelåldern var 53,8 år. Inklusionskriterier var att man var 18 år eller äldre, hade haft långvarig smärta i mer än 3 månader och hade remitterats till sjukhus för smärterapi. Semi-strukturerade intervjuer antingen i person eller över telefon.	Deltagarna rekryterades från två sjukhus genom brevutskick. 15 brev skickades ut totalt under en 3 månaders period. De som svarade kontaktades via telefon för att bokas in för intervju. Intervjuerna varade ca 45 min, spelades in och transkriberades. Kvalitativ innehållsanalys. Analysen genomfördes av två av forskarna. Etiskt godkänd.	Deltagarna uttryckte att morgnar var värst med smärtan och att det kunde ta olika lång tid att göra sig färdig. Därför var det svårt att planera dagarna. Relationen med personalen var en viktig faktor och mycket handlade om hur personalen bemötte personerna. Deltagarna tyckte det var viktigt att veta hur behandlingen skulle gå till och vad nästa steg skulle handla om.	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på syftet. Låg: Inga exklusionskriterier eller internt och externt bortfall finns beskrivna. Verifierbarhet: Låg: Inga frågor finns beskrivna. Hög: Analysen är väl beskriven. Pålitlighet: Låg: Ingen förförståelse finns beskriven. Hög: Urvalet är relevant för studien. Överförbarhet: Hög: Kan göras om med samma typ av deltagare. Låg: Ingen kontextbeskrivning.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Haraldseid, C., Dysvik, E., & Furnes, B. The experience of loss in patients suffering from chronic pain attending a pain management group based on cognitive- behavioral therapy Norge, 2014	Syftet var att undersöka vilka fenomen i patienterna med långvarig smärtas liv som kunde beskrivas som upplevelser av förlust, och om en KBT baserad grupp terapi kunde hjälpa dessa personer i sin process av denna förlust.	Icke-slumpmässigt urval. 6 deltagare totalt. 3 kvinnor och 3 män. 32-55 år (medelålder 43 år). Inklusionskriterier var att man skulle ha genomgått behandlingen på 8 veckor, genomfört uppföljning efter 6 månader och vara villig att ge informerat samtycke till studien. Semi-strukturerade intervjuer.	Deltagarna rekryterades genom en annan studie och alla deltagarna var med i en smärtbehandlingsgrupp och hade deltagit i ett rehabiliteringsprogram. Rekryteringen gjordes i saamråd med ledarna för behandlingsgruppernasom också inledde kontakten angående studien. Intervjuerna varade 40-60 min, spelades in och transkriberades. Tematisk analysmetod. Etiskt godkänd.	Förlusten av arbetet var stor och flera ansåg att de blivit tvingade att sluta pga för mycket sjukskrivningar. Förlusten av inkomst gjorde också att det sociala livet blev lidande. Flera nämnde problem med koncentrationen och korttidsminnet och att de pga detta lättare blev irriterade eller arga och då också förlorade en del av sig själva. Gruppbehandlingen sågs som positiv och skapade en ny gemenskap där man mötte andra med liknande problem som en själv. Man kunde vara öppen och få support av andra.	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på syftet. Låg: Inga exklusionskriterier beskrivna. Verifierbarhet: Hög: Analysen är väl beskriven. Låg: Frågorna som ställts beskrivs ej och man vet inte vem som genomfört analysen. Pålitlighet: Låg: Förförståelse ej beskriven. Hög: Väl valt urval för studien. Överförbarhet: Hög: Kan göras om med deltagare som genomgått liknande behandling. Låg: Kontexten finns ej beskriven.
Hållstam, A., Stålnacke, B. M., Svensson, C., & Löfgren, M. "Change is possible": Patients experience of multimodal chronic pain rehabilitation programme Sverige, 2015	Syftet var att undersöka hur patienter upplever aktivitet, deltagande och livskvalité ett år efter starten av multimodal rehabilitering på smärtklinik och vilken effekt detta har haft på deras förmåga att klara av det dagliga livet.	Strategiskt urval. 14 deltagare totalt. 13 kvinnor och 1 man. Medelåldern var 46 år. Inklusionskriterier var deltagande i MMR under det föregående året, deltagande i en enkät och förstå och tala svenska. Exklusionskriterier var att man led av svår sjukdom. Externt bortfall var 2 som inte var intresserade. Semi-strukturerade individuella intervjuer.	Deltagarna tillfrågades att delta om de mötte inklusionskriterierna. 16 tillfrågades totalt. Deltagarna valde plats för intervjuerna och dessa varade mellan 32- 68 min (medellängd 50 min). Intervjuerna spelades in och transkriberades. Induktiv innehållsanalys. Analysen genomfördes av två av forskarna. Etiskt godkänd.	Deltagarna beskrev att de funnit en ny styrka i förståelsen över att de kunde ta kontroll över sitt liv och även över sin smärta. Resultatet visade att viktiga faktorer för deltagarna var att bli sedd som en person med äkta smärta och att bli trodd, att ha stöd från sina nära och även från vårdpersonalen, samt att de hittat en balans i livet som nu inte begränsades av smärtan som det gjort tidigare.	Tillförlitlighet: Hög: Inklusion- och exklusionskriterier samt externt bortfall finns beskrivna. Medel: Resultatet innehåller mer än vad som svarar på syftet. Verifierbarhet: Hög: Analysen och intervjufrågorna är väl beskriven. Pålitlighet: Låg: Ingen förförståelse finns beskriven. Hög: Urvalet är relevant för studien. Överförbarhet: Hög: Kan göras om med deltagare som genomgått liknande behandling och med liknande kontext.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Joelsson, M., Bernhardtsson, S., & Larsson, M. E. H. Patients with chronic pain may need extra support when prescribed physical activity in primary care: a qualitative study Sverige, 2017	Syftet var att beskriva upplevelserna av och tankarna om att få recept på fysisk aktivitet hos personer med kronisk muskuloskeletal smärta.	Strategiskt - och bekvämlighetsurval. 15 deltagare totalt. 12 kvinnor och 3 män. Medelåldern var 58,4 år. Inklusionskriterier var långvarig smärta i mer än 3 månader och att man fått recept på fysisk aktivitet. Exklusionskriterier var om man hade tolkbehov. Externt bortfall 3 som inte dök upp på intervjun. Semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor.	Forskarna fick tillstånd och sökte igenom journaler från 3 olika kliniker för deltagare som matchade kriterierna. 30 brev skickades sedan ut angående medverkan med information om studien. Intervjuerna varade mellan 35-40 min, spelades in och transkriberades. Kvalitativ innehållsanalys. Alla 3 forskarna genomförde analysen. Etiskt godkänd.	Deltagarna ansåg att fysisk aktivitet på recept (FAR) var bra men att vårdpersonalen skulle ha bättre utredningar om personerna innan de skrev ut FAR för att bättre förstå deras nuvarande situation. Flera beskrev att de redan var fysiskt aktiva och tyckte FAR var onödigt och visade på okunskap om deras hälsotillstånd hos vårdpersonalen.	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på syftet. Inklusion- och exklusionskriterier och externt bortfall är beskrivna. Verifierbarhet: Hög: Analysen är väl beskriven. Öppna frågor användes och huvudfrågan finns beskriven. Låg: Beskriva ej var intervjuerna ägt rum. Pålitlighet: Hög: Flera deltog i analysen. Låg: Förförståelsen finns inte beskriven. Överförbarhet: Kan överföras till personer med långvarig smärta som fått fysisk aktivitet på recept. Låg: Kontexten finns inte beskriven.
Lehti, A., Fjellman-Wiklund, A., Stålnacke, B-M., Hammarström, A. & Wiklund, M. Walking down 'Via Dolorosa' from primary health care to the specialty pain clinic – patient and professional perceptions of inequity in rehabilitation of chronic pain. Sverige, 2017.	Syftet var att analysera patienters och yrkesverksammas uppfattningar om rättvisa och orättvisa i vården och rehabiliteringen hos patienter med långvarig smärta i relation till rättvisa och könsperspektiv, vilken sträcker sig mellan primärvårdens utvärdering till bedömning på en smärtherehabiliteringsklinik .	Strategiskt - och bekvämlighetsurval. 10 st svensktalande patienter med långvarig smärta valdes ut på kliniken, 10 st allmänläkare och 30 st av olika professioner på kliniken. Inklusionskriterier beskrivs ej. Individuella intervjuer och fokusgrupper.	Deltagarna tillfrågades av forskarna i studien. De kontaktades sedan av en forskningsassistent via telefon. Intervjuerna ägde rum på sjukhuset eller i primärvården och varade i 30-60min. Intervjuerna och fokusgrupperna var bandinspelade och transkriberade. Forskarassistenten håll i datainsamlingen av intervjuerna, och forskarna genomförde datainsamlingen till fokusgrupperna. Grounded theory. Tre av forskarna genomförde analysen. Etiskt godkänd.	Huvudkategorin ”Gå ner längs vågen av smärta och lidande” förklarar patienternas väg mellan primärvård och specialistvård. Övriga kategorier tar upp hur förutfattade meningar kring smärta kunde leda till sämre vård och rehabilitering.	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på studiens syfte Låg: Fanns inga inklusion- eller exklusionskriterier, externt- eller internt bortfall. Verifierbarhet: Hög: Analysen är väl beskriven. Låg: Endast fyra intervjufrågor tas upp i texten, saknar resten. Framkommer inte var fokusgrupperna håller till eller hur länge de varade. Pålitlighet: Hög: Flera har deltagit i analysen, även fört diskussioner efter. Bra urval. Låg: Förförståelse finns inte beskriven. Överförbarhet: Låg: Kontexten är inte väl beskriven, går inte att överföra resultatet.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Nordin, C., Gard, G., & Fjellman-Wiklund, A.</p> <p>Being in an exchange process: Experiences of patient participation in multimodal pain rehabilitation.</p> <p>Sverige, 2013.</p>	<p>Syftet var att undersöka patienternas erfarenheter av delaktighet i deras multimodala rehabilitering inom primärvården.</p>	<p>Icke-slumpmässigt urval. 17 deltagare totalt. 14 kvinnor och 3 män. Medelåldern var 46 år.</p> <p>Inklusionskriterier var 18-63 år, deltagit i multimodal rehabilitering 2-3 ggr/v i 6-8 veckor och varit i kontakt med minst 3 olika personer inom vården från olika personalgrupper.</p> <p>Individuella intervjuer.</p>	<p>Deltagare valdes ut utifrån inklusionskriterierna om de deltagit på just det centret. 24 brev skickades ut totalt.</p> <p>Intervjuerna genomfördes på ett sjukhus i norra Sverige och varade mellan 50-80 min. Varje intervju spelades in och transkriberades.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys, alla forskarna deltog i analysen.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>	<p>Kategorierna beskriver deltagarnas sammanfattning av patientdeltagande i sin multiprofessionella smärtehabilitering.</p> <p>Kategorierna beskriver även en utbytesprocess mellan deltagarna och vårdpersonalen med fokus på tankar, känslor och kunskap.</p>	<p>Tillförlitlighet: Låg: Exklusionskriterier, internt- och externt bortfall beskrivs inte i studien. Hög: Studiens resultat svarar till syftet. Pilotstudie genomförd.</p> <p>Verifierbarhet: Hög: Analysen finns väl beskriven i studien. Låg: Inga intervjufrågor tas upp i studien.</p> <p>Pålitlighet: Låg: Förförståelse finns inte beskriven i studien. Hög: Alla forskare deltog i analysprocessen.</p> <p>Överförbarhet: Hög: Resultatet kan överföras till deltagare som genomgått likande behandlingsmetod. Låg: Kontexten beskrivs inte i studien.</p>
<p>Pietilä Holmner, E., Stålnacke, B.M., Enthoven, P., & Stenberg, G.</p> <p>”The acceptance” of living with chronic pain – an ongoing process: a qualitative study of patient experiences of multimodal rehabilitation in primary care.</p> <p>Sverige, 2018.</p>	<p>Syftet var att undersöka patienters upplevelser av att delta i primärvårdens multimodala rehabilitering.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 12 deltagare totalt. 7 kvinnor och 5 män i åldrarna 29-63 år.</p> <p>Inklusionskriterierna var 18-65 år, invalidiserande långvarig smärta, vill göra livsförändring, ingen annan sjukdom samt att vara sjukskrivna eller att komma bli det.</p> <p>Externt bortfall var 1 person av 13 på grund av sjukdom.</p> <p>Individuella intervjuer.</p>	<p>De skickades ut intresseanmälningar till rehabkoordinaterna på 12 olika vårdinrättningar om personer som kunde tänkas ställa upp, svar kom tillbaka från 7 ställen.</p> <p>Forskarna återkopplade till deltagarna om plats, vilket var antingen hemma, på vårdcentralen, eller någon annanstans. Intervjuerna varade i 27-88min, spelades in och transkriberades. Genomfördes av två av forskarna.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys, tre av forskarna genomförde analysen.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>	<p>Deltagarna beskrev att få uppleva gemenskap med andra som kan dela med sig av sina kunskaper kring långvarig smärta var hjälpsamt när de kom till acceptansprocessen. Kön, ålder, plats eller hur länge smärtan pågått hade ingen betydelse som sågs i mönster när analysen genomfördes.</p>	<p>Tillförlitlighet: Låg: Fanns inga exklusionskriterier eller interna bortfall beskrivna. Hög: Resultatet svarar på studiens syfte.</p> <p>Verifierbarhet: Hög: Analysen finns väl beskriven i studien, samt vem som genomfört den. Låg: Endast en intervjufråga tas upp i studien.</p> <p>Pålitlighet: Låg: Förförståelse finns inte beskriven i studien. Hög: Alla forskare var med i analysprocessen och förde även diskussion kring materialet som samlats in. Bra urval.</p> <p>Överförbarhet: Hög: Studien skulle kunna göras om och få liknade resultat som denna studie med likande behandlingsmetod. Låg: Kontexten beskrivs inte.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Wilson, S., Chaloner, N., Osbron. M., & Gauntlett-Gilbert, J.</p> <p>Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process.</p> <p>Storbritannien, 2016.</p>	<p>Syftet var att undersöka patienters uppfattning om, och upplevelser av, psykologisk informerad sjukgymnastik.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 8 deltagare totalt. 6 kvinnor och 2 män. Medelåldern var 37år.</p> <p>Inklusionskriterierna var att ha smärta (inte orsakas av cancer), ha fått behandling på smärtklinik och provat sjukgymnastik tidigare. Exklusionskriterierna var personer som pratade dålig engelska och ej fått tillräckligt med behandling.</p> <p>Individuella intervjuer.</p>	<p>Deltagare kontaktades via telefon och fick sedan information hemskickat. Intervjuerna ägde rum på smärtkliniken i samband med uppföljningstid om detta passade deltagaren. Intervjuerna varade i en timme och transkriberades. Genomfördes av en forskare som inte behandlade deltagaren.</p> <p>Interpretativ fenomenologisk analys (IPA), två av forskarna genomförde analysen.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>	<p>Deltagarna beskrev olika upplevelser av behandlingen och skillnader som uppkom i relationen med terapeuterna, och önskar ett mer individuellt fokus.</p>	<p>Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar väl till syftet. Inklusions- och exklusionskriterier beskrivs. Låg: Externt och internt bortfall beskrivs inte.</p> <p>Verifierbarhet: Låg: intervjufrågorna finns inte beskrivna, och analysen förklaras inte ordentligt.</p> <p>Pålitlighet: Låg: Ingen förståelse finns beskriven. Hög: Bra och relevant urval till studien.</p> <p>Överförbarhet: Låg: Kontexten finns inte beskriven. Hög: Kan överföras till liknande deltagare.</p>
<p>Yang, S-Y., Bogosian, A., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M.</p> <p>Mixed experiences and perceptions of psychological treatment for chronic pain in Singapore: Skepticism, ambivalence, satisfaction and potential</p> <p>Singapore, 2015</p>	<p>Syftet var att undersöka vilka barriärer som finns av psykologisk behandling av långvarig smärta samt vilka behandlingserfarenheter och förväntningar som finns, och vilka faktorer som kan förbättra upptagningen av psykologisk behandling i grupper med långvarig smärta.</p>	<p>Strategiskt urval. 15 deltagare totalt. 12 kvinnor och 3 män.</p> <p>Inklusionskriterier var långvarig smärta i mer än 3 månader, engelsktalande, 21-65 år, medborgare i Singapore och kapabel att slutföra intervjun utan svårighet. Exklusionskriterier var kognitiv svikt eller psykisk sjukdom som försvårade intervjun.</p> <p>Semi-strukturerade intervjuer.</p>	<p>Deltagarna tillfrågades att delta efter en rutinkontroll. Rekryteringen genomfördes av en av forskarna och annan personal från smärteamet. Intervjuerna genomfördes på smärtkliniken och intervjuaren förde reflektiv dagbok över sina observationer under samtals gång. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuerna varade mellan 15-40 min (medellängd 27,5 min).</p> <p>Tematisk analysmetod med inslag av Grounded theory. Två av forskarna genomförde analysen.</p> <p>Etiskt godkänd.</p>	<p>Deltagarna uttryckte att det viktigaste under behandlingen var att läkaren visade empati och lyssnade på dem. Flera deltagare hade svårt att se hur psykologisk behandling kunde hjälpa mot fysisk smärta men de som hade haft kontakt med detta tidigare var öppna för att prova. Deltagarna medgav att behandlingen gav perspektiv och ett nytt sätt att hantera sina tankar, känslor och beteende som relaterades till smärtan.</p>	<p>Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar på syftet. Inklusions- och exklusionskriterier var väl beskrivna.</p> <p>Verifierbarhet: Hög: Frågorna och analysen är väl beskrivna.</p> <p>Pålitlighet: Låg: Ingen förståelse finns beskriven. Hög: Urvalet är brett och relevant för studien.</p> <p>Överförbarhet: Hög: Kan överföras till personer med långvarig smärta som både har och inte har genomgått psykologisk behandling i Singapore. Hög/Låg: Kontext beskriven över regionen men inte över den specifika studien.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Intervention	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Furnes, B. & Dysvik, E. Therapeutic writing and chronic pain: experiences of therapeutic writing in a cognitive behavioural programme for people with chronic pain. Norge, 2012.	Syftet var att undersöka patienters erfarenheter av terapeutiskt skrivande i ett behandlingsprogram för långvarig smärta.	Konsekutivt urval. 34 deltagare totalt. 24 kvinnor och 10 män. Medelåldern var 49 år. Inklusionskriterierna var att deltagarna: skulle vara mellan 18-67 år, haft långvarig smärta i minst 6 månader, ha genomgått medicinsk undersökning och ha motivation till att genomgå aktiv rehabilitering. Gruppsamtal och insamling av skrivna rapporter.	Interventionen bestod av en 8-veckors KBT-baserad gruppbehandling med inriktning på långvarig smärta. Programmet innehåll fysik aktivitet, dialog med vårdpersonal, samt utbildning om läxan som innebär terapeutiskt skrivande.	En av terapeuterna informerade deltagarna vid en klinisk intervju med denne. Datainsamlingen skedde genom skrivna rapporter som lämnades in till rehabiliteringskliniken. Vem som utfört datainsamlingen framkommer inte i studien. Fenomenologisk - hermeneutisk analys. Etiskt godkänd.	Tre teman visas i resultatet. "Ökad förståelse av långvarig smärta som en mångsidig erfarenhet." "Nya insikter i behandling av långvariga smärtsituationer." "Olika uppträdande leder till olika erfarenheter med terapeutiskt skrivande."	Tillförlitlighet: Hög: Resultatet svarar till studiens syfte. Låg: Beskriver inte exklusionskriterier, internt- eller externt bortfall. Verifierbarhet: Hög: Analysen väl beskriven enligt 3 steg. Frågorna beskrivna i texten, var öppna frågor, bra! Låg: Framkommer ej vem som genomfört analysen. Vet inte heller vem som genomfört datainsamlingen. Pålitlighet: Låg: Ingen förståelse finns beskriven. Hög: Bra urval. Överförbarhet: Låg: Kontexten beskrivs inte i studien.