



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Omvårdnad (61-90), 30 hp

KANDIDATUPPSATS



Omvårdnad av patienter med smärta i palliativ
vård

Kornelia Björkqvist och Eva Svantesson

Omvårdnad 15 hp

Halmstad 2017-09-20

**Omvårdnad av patienter med smärta i
palliativ vård**
En litteraturstudie

Författare: Kornelia Björkqvist
Eva Svantesson

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Halmstad 2017-09-20

Titel	Omvårdnad av patienter med smärta i palliativ vård
Författare	Kornelia Björkqvist, Eva Svantesson
Sektion	Akademin för Hälsa och välfärd
Handledare	Eva Persson, Universitetsadjunkt, Fil. Mag.
Examinator	Barbro Boström, Universitetslektor, Med. Dr.
Tid	Vårterminen 2017
Sidantal	21
Nyckelord	Omvårdnad, palliativ vård, smärta

Sammanfattning

Palliativ vård innebär att ge en god vård till alla patienter oavsett sjukdom i livets slut. Att lindra smärta med hjälp av omvårdnad är viktigt att eftersträva i den palliativa vården och där har sjuksköterskan en viktig roll. Smärta i palliativ vård är ett vanligt symtom som kan lindras genom omvårdnadshandlingar. Syftet var att beskriva omvårdnad av patienter med smärta i palliativ vård. En innehållsanalys gjordes där två kvantitativa och sju kvalitativa vetenskapliga artiklar granskades. De nio vetenskapliga artiklar som granskades resulterade i tre kategorier; *Smärtbedömning*, *Komplementära behandlingsmetoder*, *Psykosocialt stöd*. Resultatet i studien visar att omvårdnadshandlingar som kan lindra smärta är värme och kyla, distraktion, lägesändring, avslappning och närvaro. Psykosocialt stöd ges till både patient och anhöriga genom att ge information och ha en bra kommunikation. Ett bra samarbete i teamet kring patienten är viktigt för att främja smärtlindring. Bedöma smärta kan vara svårt på grund av att vissa kategorier av patienter inte kan förmedla verbalt att de upplever smärta. När närstående misstror sjuksköterskan kan det också vara svårt att bedöma smärta. För att lindra smärta med hjälp av omvårdnadshandlingar krävs kunskap, erfarenhet och god kommunikativ förmåga. Inom ämnet finns det behov av fortsatta studier som exempelvis; hur användningen av smärtskattningsinstrument och dokumentation kan utökas i den palliativa vården.

Title	Nursing care of patients with pain in palliative care.
Author	Kornelia Björkqvist, Eva Svantesson
Department	School of Health and Welfare
Supervisor	Eva Persson, University lecturer, MScN
Examiner	Barbro Boström, Senior Lecturer, PhD
Period	Spring semester 2017
Pages	21
Key words	Nursing, Pain, Palliative care

Abstract

The definition of palliative care is to provide a diligent care to all patients no matter what disease they suffer from in the end of life. To manage pain with nursing care in palliative care is important and the nurse has a significant role. Pain in palliative care is a symptom that often occurs and can be managed through nurse interventions. The aim is to describe nursing care of patients with pain in palliative care. A content analysis was made where nine scientific articles were audited. The nine scientific articles that were audited resulted in three categories; *Pain assessment*, *Complementary treatment methods*, *Psychosocial support*. The results of this study indicated that nurse interventions can relieve pain; heat and cold, distraction, change of position, relaxation and touch. Psychosocial support is given to both patients and relatives through information and communication. Teamwork in the palliative team is important to assess and manage pain in palliative care. Pain assessment can be hard because some patients cannot verbally tell that they suffer from pain. When family members were mistrustful of the care it was hard for the nurse to assess and manage pain. In order to relieve pain with the help of nursing documents, knowledge, experience and good communication skills are required. Within the subject there is a need for further studies such as; how the use of pain assessment instruments and documentation can be expanded in palliative care.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Omvårdnad	1
Smärta och omvårdnad	2
Palliativ vård och omvårdnad.....	4
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling.....	6
Databearbetning	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	8
Smärtbedömning.....	8
Komplementära behandlingsmetoder	10
Psykosocialt stöd.....	12
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Konklusion	20
Implikation	21

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

Inledning

Smärta är ett vanligt symtom i livets slutskede och förekommer hos 50-100% av patienter med cancer och hos mer än 50% av patienter med andra sjukdomar såsom KOL, hjärtsvikt och demens (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Smärtan uppkommer på grund av behandlingen av sjukdomen eller av sjukdomen i sig (Hughes, 2012). Över 90% av alla patienter med cancer i palliativ vård använder sig av smärtlindrande mediciner och över hälften rapporterar att de har smärta. Flest patienter 36,7% upplever svår smärta och 33,3% rapporterar att de upplever medelstark smärta (Mendes, Boaventura, Castro & Mendonça, 2014). Varje år avlider 90 000 - 100 000 människor i Sverige och ungefär 70 000 - 75 000 av dessa är i behov av palliativ vård. Övergången till palliativ vård sker när patienten inte längre blir hjälpt av kurativ behandling. Vårdandet koncentreras istället på att lindra symtom så att patienten får ett bra slut på livet utan smärta, oro och andra obehagliga symtom (Socialstyrelsen, 2016).

Hörnstenarna i den palliativa vården är: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt närståendestöd. Dessa hörnstenar är viktiga för att den palliativa vården ska bli så bra som möjlig (World Health Organisation [WHO], 2008).

Sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnad vilket präglas av en humanistisk människosyn och en sjuksköterska behöver ha kunskap om människan genom hela livet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Ett av sjuksköterskans ansvarsområden är att lindra lidande (International Councils of Nurses [ICN], 2011), lindra lidande såsom till exempel smärta och oro (Doorenbos et al., 2013). Närstående får inte glömmas bort de behöver också få stöd (Doorenbos et al., 2013).

Bakgrund

Omvårdnad

Eriksson (1989) beskriver hälsa som något en människa har både fysiskt och psykiskt. Den fysiska hälsan kan beskrivas som en upplevelse av friskhet och den psykiska hälsan som en upplevelse av sundhet. En människa kan uppleva hälsa även vid fysisk och psykisk sjukdom, eller uppleva ohälsa även om det inte finns någon fysisk eller psykisk sjukdom. Hälsa är subjektiv; det är något som människan själv upplever som välbefinnande, och välbefinnande kan upplevas trots sjukdom eller hotande av död, (se figur 1). Om en människa inte upplever någon mening med livet kan ohälsa också upplevas (Eriksson, 1989).

"Bilden saknas i den elektroniska utgåvan av upphovsrättsliga skäl"

(Figur 1, Eriksson, 1989).

I omvårdnaden ska människan ses som en helhet, och en helhetssyn skall finnas gällande kropp, själ och ande (Eriksson, 2002). Vårdandet är en naturlig del av människan och kärnan i vårdandet är ömsesidigt mellan patient och vårdare där båda är delaktiga, och där de möts på ett vänskapligt professionellt plan. Eriksson (2002) beskriver vidare omvårdnad som ett ansande, lekande och ett lärande. Med ansa menas något som är välordnat, trimmat och i bra skick. I ansa är det, det kroppsliga som blir omhändertaget, som kännetecknas av omsorg, närhet, värme och beröring. Leka beskrivs som övning, skapande och prövning, och syftar till att skapa förtroende och välbefinnande. Lärandet bidrar till utveckling som mognad, självständighet och i lärandet skapas nya möjligheter, vilket hjälper människan att få tillbaka sitt oberoende. Genom ansande, lekande och lärande skapas tillfredsställelse, förtroende och belåtenhet både andligt och kroppsligt. Meningen med vårdandet är att bevara, sätta igång och stödja hela människan i hälsoprocessen (Eriksson, 2002).

Omvårdnaden ska vara personcentrerad och uttrycka respekt för patienten, och patienten ska få vara delaktig i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). För att kunna lindra patientens lidande måste lidandet bekräftas, allt lidande kan inte lindras, men att lindra det lidande som går att lindra är omvårdnad. Om vårdaren är närvarande, tillgänglig och bekräftar patientens lidande, har patienten lättare att försonas med sitt lidande och då får patienten möjlighet att uppleva sin situation på ett nytt sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Eriksson (1994) ger exempel på hur sjuksköterskan kan lindra lidande genom enkla vardagliga aktiviteter. Genom att hjälpa till med tandborstning, duscha patienten eller tvätta patientens händer, men också genom att vara där för patienten hela livet, visa medlidande med en vänlig blick eller att ta i patienten, och även samtala och skratta med patienten, kan lindra lidande (Eriksson, 1994).

Smärta och omvårdnad

Smärta definieras som en obehaglig och känslomässig upplevelse som kommer av vävnadsskada som är verklig eller hotande enligt International Association for the Study of Pain (2012). Akut smärta syftar till att varna för sjukdom eller hot mot

kroppen (Chapman, 2012a). Denna smärta kommer av en underliggande faktor och kan därför lindras när den underliggande faktorn är hittad och åtgärdad. Den akuta smärtan varar mellan några dagar till månader. Varar smärtan längre än tre månader kallas den långvarig eller kronisk. Fysisk smärta delas in i somatisk, visceral eller neuropatisk smärta och kan vara en bakgrundssmärta som upplevs dagligen. Genombrottssmärta är smärta som kommer plötsligt triggat av något patienten gör, som att bära tungt eller hosta, eller helt utan anledning. Genombrottssmärta är ofta en stark smärta men som inte varar så länge (Chapman, 2012a).

I en aktuell studie där 1000 cancerpatienter i Europa intervjuats om genombrottssmärta (Davies et al., 2013) rapporterades det att 44% upplevde genombrottssmärta som kom av en identifierbar orsak. Spontan genombrottssmärta beskrevs av 41,5% av patienterna. En kombination av spontan och identifierbar smärta rapporterades av 14,5% av patienterna. Mediananfallen av genombrottssmärta var tre per dag och mediantiden på anfallen var 10 minuter. En majoritet av patienterna upplevde genombrotten som svår smärta och en tredjedel upplevde medelsvår smärta. Av dessa var det 80% som upplevde att genombrottssmärtan hindrade dem från att utföra vardagliga aktiviteter. Det var bara runt 10% av patienterna som inte hindrades av smärtan i de vardagliga aktiviteterna. Smärtan påverkade hälsan påtagligt och det var därför viktigt att lindra smärta i omvårdnaden. Majoriteten av patienterna hade kunskap om olika åtgärder som kunde lindra smärtan. Oftast rörde det sig om olika farmakologiska metoder men det fanns också icke farmakologiska metoder som hjälpte hos ett mindre antal patienter (Davies et al., 2013).

Det finns sex olika dimensioner av smärta att ta hänsyn till för att kunna lindra smärtan (McGuire, 1992). De sex dimensionerna är fysisk-, sensorisk-, affektiv-, kognitiv-, sociokulturell-, och beteendesmärta. Att bedöma smärta är viktigt för att sedan kunna välja rätt behandling. När rätt dimension av smärta är analyserad så kan rätt metod att lindra smärtan väljas. Den fysiologiska dimensionen innebär smärtans ursprung, alltså var, när och hur det gör ont (McGuire, 1992). Den sensoriska dimensionen beskriver hur patienten känner att det gör ont, vilken kvalitet, intensitet och vilket mönster smärtan har. Den affektiva dimensionen handlar om hur patienten mår, vilket humör patienten är på, vilken känsla av välbefinnande patienten har. Om patienten har oro, ångest eller depression kan detta påverka smärtan. Den kognitiva dimensionen handlar om smärtans mening, patientens attityder och tro påverkar smärtan. Beteende-dimensionen beskriver hur smärtan visar sig i patientens kommunikation, smärtbeteende, smärtlindring och sömn. Den sociokulturella dimensionen talar om hur patienten uppfattar smärta utifrån sin kulturella bakgrund, familj, arbete, miljö och sociala influenser. Dessa sex dimensioner är svåra att särskilja på grund av att de påverkar varandra och alla dimensionerna finns alltid med, dock i olika utsträckning. Attityder och andra uppfattningar om smärta påverkar hur patienten uppfattar smärta och hur patienten agerar vid smärta (McGuire, 1992).

Att smärtdimensionerna är sammanlänkade kan ses genom att smärtan har inverkan på vad patienten fysiskt klarar av att göra i sitt dagliga liv (Hackett, Godfrey & Bennett, 2016). Ibland är smärtan så känsloladdad att den kan göra det svårt för patienten att söka hjälp. Smärtan påverkar även humöret och att inte kunna påverka sin smärta kan ge en känsla av att förlora kontrollen. En del patienter använder sig av icke farmakologiska metoder som inte lindrar smärtan helt men ger en känsla av att kunna göra något åt smärtan, en känsla av kontroll. Smärta som förvärras eller förändras kan av patienten tolkas som att en obotlig sjukdom har spridit sig och att livet går mot sitt slut (Hackett et al., 2016).

Smärta är subjektiv; om patienten säger sig uppleva smärta så är den verklig och existerar för patienten. Varje gång patienten har ont tolkas smärtan känslomässigt i hjärnan och hur den tolkas beror på tidigare erfarenheter och förväntningar. Oro och ångest förstärker smärtan medan en lugn och trygg miljö minskar smärtan (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). När behandling ska väljas är det alltid fråga om att väga gynnsamma effekter mot biverkningar. En grundläggande etisk princip är autonomiprincipen. Autonomiprincipen innebär att patient och sjuksköterska i samråd ska diskutera analys och behandling. Patienten ska värdera vilken smärta eller andra symtom som är acceptabla för patienten själv och har därmed rätt att avstå från behandling, som exempelvis smärtlindring (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Om smärtan inte lindras kan patienten gå in i en depression eller uppleva ångest, mycket på grund av att patientens självständighet minskar (Hughes, 2012). Smärta bör bedömas och utvärderas hela tiden för att en bra smärtlindring ska kunna ges. Smärta kan vara svårt för patienten att beskriva och då är smärtskattningsinstrument ett bra hjälpmedel där patienten får hjälp att beskriva sin smärta (Hughes, 2012). Smärta bör bedömas kontinuerligt med hjälp av validerade smärtskattningsinstrument och dokumenteras så att en utvärdering kan göras (Chapman, 2012b). Även smärtekänsligheten bör bedömas då smärtan ökar om patienten är trött, ångestfull eller har sovit dåligt (Chapman, 2012b).

Palliativ vård och omvårdnad

Ordet palliativ kommer från latinets ”pallium” som betyder kappa, och verbet ”att palliate” som betyder att lindra/mildra (Pastrana, Junger, Ostgathe, Elsner & Radbruch, 2008).

Palliativ vård är den vård som ges, när det inte längre går att bota sjukdom (WHO, 2008). Den palliativa vården tillämpas på olika sätt beroende på hur långt patientens sjukdom är framskriden. I den tidiga fasen av palliativ vård kan målet vara att verka livsförlängande men när vården övergår till sen palliativ vård eller omvårdnad i livets slut är målet helt inriktat på att främja livskvalitet och att lindra patientens lidande (Socialstyrelsen, 2013), och vad som är livskvalitet skall utgå från varje enskild

patient (Pastrana et al., 2008). Palliativ vård innebär att lindra fysisk, psykisk, social och existentiellt lidande för patienter i livets slutskede och ge närstående det stöd de behöver (WHO, 2008), och för att lindra lidande är bedömning och kontroll av patientens symtom viktigt (Pastrana et al., 2008). Humanistisk omvårdnad innebär att vårda med respekt och förståelse med helhetssyn på människan där de närstående ingår, och att människan är unik och betydelsefull (Wu & Volker, 2012). Ett palliativt förhållningssätt innebär ett förhållningssätt där människan ses ur ett helhetsperspektiv och där patienten ska stödjas för att kunna leva med värdighet och välbefinnande till livets slut (WHO, 2008). Helhetssynen på förhållningssättet går helt i linje med Erikssons (2002) omvårdnadsteori.

Palliativ vård vilar på fyra hörnstenar; symtomlindring, teamarbete, närståendestöd och kommunikation/relation. Symtomlindring innebär att lindra fysiska, psykiska och existentiella symtom som minskar livskvaliteten för patienten samt att förebygga lidande när det är möjligt. Syftet med symtomlindring är varken att påskynda eller fördröja döden. Ett gott teamarbete mellan de olika professioner som vårdar patienten krävs för att den palliativa vården ska fungera på bästa sätt, och att alla inom teamet har samma mål med den vård som ges (WHO, 2008). I ett sådant team kan professioner som läkare, sjuksköterska, präst, socialarbetare med flera ingå (Kelley & Morrison, 2015). Närståendestödet riktar sig till både patient och dennes närstående, och det är nödvändigt att patient och närstående ses som en enhet när palliativ vård bedrivs. Närstående ska få stöd både praktiskt och genom samtal, och genom stödet känna sig tryggare och därmed kunna hjälpa den sjuka patienten. Kommunikation och relation är viktig i den palliativa vården; fungerar inte kommunikationen och relationen mellan patienten och de olika professionerna påverkar detta även den övriga vården negativt (WHO, 2008).

Empati, närhet, kunskap och helhet står för värdegrunden i palliativ vård och att ”göra gott” är en grundläggande etisk princip (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). Vid vård i livets slut kan patienten uppleva en förlorad värdighet då de kan känna av en förlust av identiteten när kroppsliga funktioner slutar att fungera. Omvårdnad i livets slut är mångfacetterad och syftar till att främja värdighet och respekt. Det innebär till exempel att tillgodose de grundläggande behoven av välbefinnande, hjälp med mat och dryck, vara lyhörd för patientens önskningsar, hjälp med hygien och munvård. Brister i omvårdnaden kan få betydande negativa konsekvenser för den döende patienten och dess närstående. När sjuksköterskan har ett professionellt arbetssätt och är uppmärksam och lyhörd på om patienten behöver stöd och hjälp känner sig patienten respekterad (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016).

Problemformulering

Sjuksköterskan möter många patienter med olika sjukdomar som befinner sig i ett palliativt skede. Många av dessa patienter i palliativt skede upplever smärta. I den palliativa vården är målet att lindra lidande. Smärta är ett lidande för patienten och då

sjuusköterskan har ansvar för omvårdnaden ska hen lindra lidande och behöver därför ha kunskap i ämnet.

Syfte

Syftet var att beskriva omvårdnaden av patienter med smärta i palliativ vård.

Metod

Metoden var en litteraturstudie av vetenskapliga artiklar (Friberg, 2012).

Datainsamling

Först gjordes en osystematisk sökning på palliativ vård och smärta i de tre olika databaserna, Cinahl, Pubmed och Psycinfo för att få en bild av den forskning som fanns och för att välja vilka sökord som svarade till syftet. Sökorden *Palliativ vård* (*Palliative care*), *Smärta* (*Pain*) och *Omvårdnad* (*Nurs**) valdes. Trunkering användes på ordet *Nurs** för att inkludera alla former av ordet i sökningen. Detaljerad sökordsöversikt finns i tabell 1 (bilaga A).

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapliga originalartiklar publicerade 2011-2017, för att få in aktuell forskning och dessa artiklar skulle ha abstrakt tillgängligt. Ytterligare inklusionskriterium var att artiklarna skulle vara på engelska. Exklusionskriterier var artiklar som handlade om barn, sedering, farmakologi, intensivvård och utbildning.

Därefter påbörjades den systematiska sökningen. Databaserna Cinahl, Psycinfo och Pubmed valdes då deras innehåll är omvårdnadsforskning (Karlsson, 2012). Först gjordes en sökning i Cinahl där sökordet *Palliative care* söktes som Major Subject Heading sökordet *Pain* och *Nurs** söktes som fritext. En andra sökning gjordes i Cinahl då sökordet *Palliative care* och sökordet *Pain* söktes med Major Subject Heading i denna sökning uteslöts *Nurs** då Cinahl är speciellt inriktad på omvårdnadsforskning. Därefter fortsatte sökningen i Pubmed där sökordet *Palliative care* och *Pain* söktes med MeSH medan *Nurs** söktes som fritext. Sökningarna avslutas i Psycinfo där sökordet *Palliative care* och *Pain* söktes med Major Subject (MJSUB) även här söktes *Nurs** med fritext. Samma sökningar gjordes i alla databaser men i tabellen redovisas enbart de som gav resultat. Detaljerad sökhistorik återfinns i tabell 2 (bilaga B).

I sökningen användes de booleska sökoperatorerna AND och NOT för att smalna av sökningen och för att exkludera icke relevanta artiklar (Friberg, 2012). Dubletter hittades i alla sökningar efter den första men artiklarna inkluderades där de först hittades, tabell 2 (bilaga B).

Den systematiska sökningen började i Cinahl där två sökningar gjordes. Denna sökning genererade 165 träffar. Samtliga titlar lästes och då kunde 128 artiklar uteslutas då de inte överensstämde med syftet. Abstrakt lästes på kvarvarande 37 artiklar och av dessa valdes 18 artiklar för vidare läsning och granskning. Slutligen valdes sju artiklar ut att ingå i resultatet då de verkade motsvara syftet. I andra sökningen fanns det fem dubletter. Nästa sökning gjordes i Pubmed där sökningen genererade 41 träffar. Samtliga titlar lästes och då kunde 34 artiklar uteslutas de inte överensstämde med syftet. Abstrakt lästes på kvarvarande sju artiklar och av dessa valdes två artiklar för vidare läsning och granskning. Slutligen valdes en av dessa artiklar ut att ingå i resultatet då den verkade motsvara syftet. I denna sökning hittades fyra dubletter. Den fjärde och avslutande sökningen gjordes i Psycinfo. Denna sökning genererade 84 titlar som alla lästes då kunde 63 artiklar uteslutas då de inte överensstämde med syftet. Abstrakt lästes på kvarvarande 21 artiklar och av dessa valdes en artikel ut för vidare läsning och granskning. Slutligen valdes denna artikel ut att ingå i resultatet då den verkade motsvara syftet. I denna sökning fanns det fyra dubletter. Tabell 2, (bilaga B).

De inkluderade nio utvalda artiklarna granskades enligt Carlsson & Einmans (2003) kvalitetsmall för kvalitativa och kvantitativa studier. I mallen graderades artiklarna utifrån fastställda kriterier såsom syfte, bakgrund, etiska övervägande och resultat via ett poängsystem. Poängen räknades om i procent och det motsvarade grad I-III där Grad I motsvarar hög vetenskaplig kvalitet, Grad II motsvarar medel vetenskaplig kvalitet och Grad III motsvarar låg vetenskaplig kvalitet (Carlsson & Einman, 2003). Samtliga artiklar höll grad I och grad II och kunde därmed inkluderas i resultatet.

Databearbetning

Databearbetningen gjordes systematiskt. Först skapades en överblick genom att granska och sammanställa artiklarnas resultat. Därefter analyserades artiklarna, först enskilt och sedan tillsammans. Detta för att kunna diskutera och se mönster i artiklarnas resultat (Friberg, 2012). Därefter gjordes artikelöversikter, för att strukturera materialet, tabell 3 (bilaga C). Analys med induktiv ansats enligt Henricsson (2012) användes. Innehåll som svarade mot litteraturstudiens syfte togs fram ur resultatet i artiklarna och diskuterades och jämfördes med syftet. I innehållet jämfördes likheter och skillnader som grupperades och kategorier framträdde. Dessa kategorier omprövades flera gånger. Resultatets likheter och skillnader gick igenom ännu en gång. Från artiklarnas helhet till de uttagna delarna och sen tillbaka till artiklarna igen. Databearbetningen resulterade i tre kategorier som svarade mot syftet att beskriva omvårdnad av patienter med smärta i palliativ vård. De tre kategorierna blev slutligen: *Smärtbedömning*, *Komplementära behandlingsmetoder* och *Psykosocialt stöd*.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden handlar om att värna om värdet och rättigheter hos människan. Grunden för ett vetenskapligt arbete är att ta till sig ny kunskap för att få en ökad förståelse om ett visst område och därigenom bidra till att utveckla samhället (Kjellström, 2012). Forskningsetiska övervägande görs för att hindra att människor utsätts för risk. I forskningen är respekten för människor viktig. Det finns två lagar som styr forskningen och dessa är: *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2003) och *Personuppgiftslagen* (1998:204). Dessa lagar ser till att människor skyddas och att forskningen visar respekt för människovärdet. Inom den medicinska forskningen är Helsingforsdeklarationen (2008) mest känd där deltagarnas hälsa och intresse vägs mot att få fram ny forskning. Forskningen ska granskas av oberoende personer för att se om den är etiskt försvarbar. Helsingforsdeklarationen (2008) behandlar informerat samtycke, deltagarna ska delges information om vad studien handlar om samt information om medverkan och deltagaren ska kunna välja om de vill delta eller inte (Kjellström, 2012).

Av resultatartiklarna är samtliga etiskt granskade av olika etiska kommittéer. Samtliga deltagare är tillfrågade om de vill delta i studierna och har givit skriftligt medgivande till detta.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån de tre kategorierna: Smärtbedömning, Komplementära behandlingsmetoder och Psykosocialt stöd.

Smärtbedömning

I denna kategori presenteras resultatet som visar vikten av individuell smärtbedömning och hur bedömningen av smärta kan se ut i den palliativa vården.

Sjuksköterskorna ansåg att smärtbedömningar var en viktig del i den palliativa omvårdnaden (Boyd, Merkh, Rutledge & Randall, 2011; Brorson, Plymoth, Örmon & Bolmsjö, 2014; Nakano, Sato, Katayama & Mityashita, 2013; Soden et al., 2010; Wilson, Griffiths, Ewing, Connolly & Grande, 2014). Att vara lyhörd för hur patienten uppfattar smärta kunde ge sjuksköterskorna tips på vilken behandling som skulle sättas in. Sjuksköterskorna bedömde smärtan genom att lyssna och samtala med patienten som beskrev sin upplevelse av smärta. Sjuksköterskorna upplevde att när vården blev individuellt anpassad utifrån deras bedömning om smärtan var av fysisk, psykosocial eller psykisk natur kunde smärta lindras (Nakano et al., 2013). Sjuksköterskorna beskrev att deras strategi för att bedöma smärta var att bedöma patientens fysiska status och samtidigt bedöma psykisk status, genom att titta efter nedstämdhet, oro och depression (Nakano et al., 2013). Demenssjuksköterskorna använde sig av Doloplus 2, som är ett instrument för att bedöma smärta. Kunskap om patientens livshistoria hjälpte också till att bedöma och lindra smärta genom att

sjuksköterskorna då kunde ge omvårdnad efter önskingar och behov (Brorson et al., 2014). Patienterna som intervjuades hade en förväntning på att sjuksköterskan skulle bedöma smärta för att identifiera smärtan då de annars kände sig övergivna och bortglömda (Pathmawati et al., 2015). Patienterna upplevde att smärtan gjorde dem ledsna och uppgivna då smärtan kom fort och höll i sig länge och detta gjorde att de förlorade hoppet och meningen med livet. Smärtan var så svår att det gjorde patienten deprimerad och patienten kände sig hjälplös och utan hopp om inte sjuksköterskorna bedömde deras smärta (Pathmawati et al., 2015). Sjuksköterskorna och läkarna upplevde att sjuksköterskans bedömning av smärtan i sig var det som gjorde att patienten kunde få dagar av välbehag i livets slut, något som sjuksköterskorna upplevde att patienterna tyckte var viktigt (Nakano et al., 2013). Närstående som vårdade den sjuke ansåg att sjuksköterskan behövdes som hjälp i den palliativa omvårdnaden då de närstående själva skulle bedöma var patientens smärta kom ifrån samt hur länge smärtan höll i sig (Mehta, Cohen, Ezer, Carnevale & Ducharme, 2011). De behövde sjuksköterskans stöd och kompetens för att kunna bedöma patientens smärtfrekvens och typ av smärta samt kvaliteten på smärtan. För att kunna bedöma smärtan behövde närstående information som var adekvat och det upptäcktes också att det var lättare för närstående som hade erfarenhet av smärtbedömning att göra rätt bedömning. Erfarenheten kom av lång tid som vårdare eller av tidigare yrkeserfarenhet. När närstående kunde adekvat bedöma smärta var deras beskrivning av smärtan viktig information för sjuksköterskan som sedan förmedlade informationen vidare till teamet (Mehta et al., 2011).

Ett teamarbete där alla samarbetade för patientens bästa ansågs vara god palliativ vård (Brorson et al., 2014; Soden et al., 2010). Ett bra samarbete i teamet, som bestod av läkare, sjuksköterska och vårdpersonal, sågs som en förutsättning för att bedöma och utvärdera smärta. Sjuksköterskorna ansåg att viktigast var att teamet hade en god kommunikation och dokumentation. Det var främst sjuksköterskorna som använde sig av en holistisk bedömning av smärtan där smärta och oro sågs som en helhet (Soden et al., 2010). Sjuksköterskorna som träffade patienten varje dag tyckte sig kunna upplysa läkaren om vilken smärta patienten hade och vilken smärtlindring som fungerade bäst. Det var viktigt att alla i teamet litade på varandra och arbetade efter samma mål (Brorson et al., 2014). Sjuksköterskorna såg sig ha en nyckelroll i samspelet mellan läkaren, patient och närstående. De såg sig själva som patientens advokat och såg till att patienten var smärtbedömd och smärtan kunde lindras i möjligaste mån (Soden et al., 2010).

Det lyftes fram av sjuksköterskor att de behövde kunskap och erfarenhet för att kunna bedöma smärta korrekt (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014; Soden et al., 2010). Även närstående (Mehta et al., 2014) och patienter (Pathmawathi et al., 2015) ansåg att det var viktigt att sjuksköterskan hade kunskap om palliativ vård, och om smärta och smärtlindring och att detta var en förutsättning för att kunna bedöma smärta i den palliativa vården. Sjuksköterskans erfarenhet av palliativ vård var viktig för att kunna

ge en så god omvårdnad som möjligt där patienten upplever smärtfrihet (Boyd et al., 2011). Sjuksköterskorna som arbetade med dementa patienter ansåg att deras kunskap och erfarenhet var tillräcklig för att bedöma patientens smärta och meddela läkaren om att det var dags att öka smärtlindringen. De var dock rädda att icke erfarna sjuksköterskor skulle tycka detta var svårare (Brorson et al., 2014). Sjuksköterskorna på demensavdelningen ansåg att kunskapen om vård i livets slut samt om smärtlindring var bristande på deras enhet och menade att det vara bra att ta hjälp utifrån av experter på detta område (Brorson et al., 2014). För sjuksköterskor med utbildning och erfarenhet av palliativ vård var det lättare att diskutera prognos och hospicevård med patient och närstående. Denna kommunikation ledde till att smärtan lättare kunde bedömas då det blev ett öppnare klimat och sjuksköterska och patient kom varandra närmare (Boyd et al., 2011).

Det framkom att sjuksköterskorna ansåg att det ibland kunde vara svårt att bedöma smärta (Brorson et al., 2014; Soden et al., 2010; Wilson et al., 2014). En av svårigheterna berodde på att det ibland upplevdes som svårt att fråga hur mycket smärta patienten hade eftersom sjuksköterskan var orolig att detta skulle göra patienten påmind om sin svåra situation. Därför avstod några från att fråga (Soden et al., 2010). Sjuksköterskorna hade kunskap om flera olika smärtskattningsskalor men problemet ansågs vara att skalorna tog tid och inte alltid ansågs relevanta. Det fanns därmed inget systematiskt sätt att mäta genombrottsmärta på enligt sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna menade att många patienter ansåg att det var svårt att sätta ett nummer på smärtan (Soden et al., 2010). Smärtbedömning upplevdes även vara svårt när patient och närstående inte hade fullt förtroende för sjuksköterskan. När närstående upplevde att sjuksköterskan skyndade på döden blev det svårt för sjuksköterskan att bedöma patientens smärta då information undanhölls (Wilson et al., 2014). Närståendes förnekelse av patientens palliativa tillstånd kunde då leda till att framtida behandling var svår att diskutera och detta ledde till att den palliativa vården och smärtbedömning försenades (Boyd et al., 2011; Wilson et al., 2014). Sjuksköterskorna ansåg vidare att det var svårt att bedöma smärta genom verbal kommunikation hos de dementa patienterna. Sjuksköterskan behövde istället upptäcka och tolka patientens signaler på smärta såsom att patientens initiativförmåga sänktes eller att patienten rörde sig annorlunda (Brorson et al., 2014).

Komplementära behandlingsmetoder

I denna kategori presenteras resultatet som visar olika komplementära behandlingsmetoder som sjuksköterskor kan använda för att lindra smärta i omvårdnaden. De metoder som sågs i resultatet var värme och kyla, Transkutan Elektrisk Nervstimulering (TENS), musik, massage, beröring, distraktion, avslappning, meditation, bön och lägesändring.

Värme belystes som smärtlindrande metod i fyra artiklar (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014; Mehta et al., 2011; Soden et al., 2010) och i flera fall kombinerades det med kyla (Boyd et al., 2011; Mehta et al., 2011). Det var vanligare att använda värme och kyla som smärtlindring av onkologsjuksköterskor (76%) än av sjuksköterskor på medicin/kirurgavdelning (35%) (Boyd et al., 2011). När sjuksköterskor från olika palliativa avdelningar intervjuades kom det fram att de använde sig av komplementära metoder för att lindra smärta, i första hand av värmedynor och om det inte hjälpte så använde de sig av andra metoder som TENS, avslappningsmetoder, musik och massage (Soden et al., 2010). Sjuksköterskorna på demensavdelningen använde värmedynor eftersom de upptäckte att den indirekta smärtlindringen gjorde patienterna lugnare (Brorson et al., 2014). Närstående som vårdar patienten smärtlindrade också med värme eller kyla. Varma kompresser eller ett varmt bad användes till exempel då patienten led av höftsmärta efter ett fall. Värmekuddar användes av en närståendevårdare för att lindra all smärta eftersom hennes tidigare erfarenhet var att det hade lindrat hennes egen smärta (Mehta et al., 2011).

I en artikel användes TENS av sjuksköterskan för att lindra smärta som ett andrahandsalternativ då förstahandsalternativet värme inte hjälpte (Soden et al., 2010).

Musik i smärtlindrande syfte behandlades i fyra artiklar (Nakano et al., 2013; Soden et al., 2010; Gutgsell et al., 2013; Brorson et al., 2014). Med hjälp av en musikerapeut som spelade ett instrument medan patient och vårdpersonal på palliativa vårdavdelningar sjöng favoritsånger ihop bedömdes att patientens smärta lindrades och patienten kunde uppleva ett välbehag i livets slutskede (Nakano et al., 2013). Även sjuksköterskor på demensavdelningar använde sig av musik för att lindra smärta med gott resultat (Brorson et al., 2014). När två grupper av patienter studerades, fick den ena gruppen musikterapi medan den andra gruppen behandlades med vila och avslappning (Gutgsell et al., 2013). Båda grupperna fick utföra före- och eftertest i vilka de använde sig av olika skalor för att bedöma sin smärta. Båda grupperna hade förbättrat sina resultat i eftertestet då de skattade sin smärta lägre men i gruppen som erhållit musikterapi hade störst förbättring skett. Vid eftertestet där en verbal skala (Function Pain Scale) användes för att mäta smärta var det dock bara gruppen som fått musikterapi som uppvisade mindre smärta (Gutgsell et al., 2013).

Olika sorters massage ansågs lindra smärta (Brorson et al., 2014; Boyd et al., 2011; Mehta et al., 2011; Nakano et al., 2013). Sjuksköterskorna på palliativa vårdavdelningar använde sig av flera olika slags massage som ansiktsmassage, lymfmassage och handmassage samt aromamassage i smärtbehandlingen (Nakano et al., 2013). De menade också att sjuksköterskans beröring av patienten i sig var smärtlindrande (Nakano et al., 2013). I den palliativa smärtbehandlingen av dementa patienter gav sjuksköterskorna patienterna massage vilket fungerade bra då patientens välbefinnande ökade (Brorson et al., 2014). Även närstående som vårdade använde

massage som smärtlindrande metod, någon använde sig av ryggmassage då patienten hade ryggsmärta (Mehta et al., 2011). Sjuksköterskor, varav 66% var specialistsjuksköterskor i palliativ vård, tyckte det var värt att använda sig av massage eftersom deras erfarenhet var att detta fungerade för att lindra smärta i vissa fall men inte i alla (Soden et al., 2010). Det sågs en skillnad i användandet av massage relaterat till vårdens inriktning, det var 76% av onkologsjuksköterskorna och bara 39% av de som arbetade på medicin/kirurgavdelning som använde sig av massage i smärtlindrande syfte (Boyd et al., 2011).

Distraction av patienten för att uppnå smärtlindring var något som belystes (Boyd et al., 2011; Mehta et al., 2011; Nakano et al., 2013; Pathmawathi et al., 2015). Närstående som vårdade använde sig av distraction, genom att de tittade på fotografier och pratade om dessa för att patienten skulle glömma bort smärtan (Mehta et al., 2011). En individuell vård bedrevs genom att använda bilder relaterade till patientens intressen, gamla minnen och hobbies för att genom samtal kring dessa distrahera patientens smärta (Nakano et al., 2013). Andra sjuksköterskor använde visualisering för att distrahera patienten från smärtan (Boyd et al., 2011). Vissa patienter använde sig av dataspel och religiösa ritualer som copingstrategi för att glömma smärtan (Pathmawathi et al., 2015).

Smärtlindring genom avslappning beskrevs i fem av artiklarna (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014; Pathmawathi et al., 2015; Soden et al., 2010; Gutgsell et al., 2013). Det var vanligare att onkologsjuksköterskorna använde avslappning, 86 % av dem använde det jämfört med 32% av medicin/kirurgsjuksköterskorna (Boyd et al., 2011). För att klara av smärtan använde sig även patienterna själva av avslappning (Pathmawathi et al., 2015). De farmakologiska metoderna ansågs också av sjuksköterskorna på demensavdelningen bli mer effektiva om patienten var avslappnad (Brorson et al., 2014). En artikel tog upp att meditation och bön kunde lindra smärta genom att lugna patienten (Pathmawathi et al., 2015). Närstående som vårdade patienten i hemmet ansåg att lägesändring av patienten lindrade smärta, förutom att det minskade risken för att trycksår uppstod eller förvärrades. Lägesändringar kunde även lindra patientens nervsmärta (Mehta et al., 2011).

Psykosocialt stöd

I denna kategori presenteras resultatet som visar hur det psykosociala stödet i omvårdnaden kan bidra till smärtlindring, främst genom god kommunikation. God kommunikation beskrivs som trygghetsskapande kommunikation samt en relation mellan patient och sjuksköterska som skapas både verbalt och icke-verbalt.

Sjuksköterskorna ansåg att de kunde bidra med psykosocialt stöd genom god kommunikation med patienterna för att lindra smärta i den palliativa vården (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014; Mehta et al., 2011; Mehta et al., 2014; Nakano et al., 2013; Pathmawathi et al., 2015; Soden et al., 2010; Wilson et al., 2014).

Sjuksköterskor och närstående ansåg att en trygghetsskapande kommunikation, som att bemöta alla patienter individuellt, gjorde att patienten kände sig säker och litade på sjuksköterskan och det ledde till att smärtan lindrades (Brorson et al., 2014; Mehta et al., 2014). Både onkologsjuksköterskorna och medicin/kirurgsjuksköterskorna uttalade att de lyssnade aktivt på patienten för att lindra smärta. De bekräftade patientens upplevelser och känslor för att stödja patienten och detta stöd var i sig smärtlindrande (Boyd et al., 2011). Sjuksköterskor uppgav att ett samtal med patienten, där sjuksköterskan lyssnade på patienten livshistoria, i sig kunde lindra smärtan (Nakano et al., 2013). Sjuksköterskan arbetade målmedvetet för att skapa en god kommunikation med patienten och med dess anhöriga. Fokus lades inte bara på att lyssna utan också på att förklara och detta gjorde att en relation byggdes upp vilket ansågs leda till effektivare smärtlindring (Boyd et al., 2011; Nakano et al., 2013; Pathmawathi et al., 2015; Soden et al., 2010). Närstående som vårdade men även patienter belyste vikten av att sjuksköterskor alltid gav tydlig information då det ledde till att de upplevde att de hade kontroll och de kände sig tryggare med vården och detta gjorde att smärtan kunde lindras (Mehta et al., 2011; Mehta et al., 2014; Pathmawathi et al., 2015).

För att patienten ska känna sig bekväm och kunna leva ett så normalt liv som möjligt ansåg sjuksköterskorna att det var en viktig faktor att stödja patienten i det vardagliga livet (Nakano et al., 2013). För att uppmuntra patienten använde sig sjuksköterskorna av en positiv attityd och humor vilket ledde till att patientens smärta kunde lindras (Nakano et al., 2013). När patienten blev bemött med tålmod och ett gott humör ledde det till att patienten blev mindre stressad och kände sig mindre obekvämt vilket gjorde att upplevelsen av smärtan också minskade (Pathmawathi et al., 2015). I demensvården ansåg sjuksköterskorna att bara genom att vara närvarande vid patientens sida och hålla patientens hand, ökade patientens välbefinnande och det minskade även patientens ångest och oro vilket ledde till att patienten upplevde mindre smärta (Brorson et al., 2014). Även närstående använde sig av närvaro för att smärtlindra patienten genom att prata med patienten samt beröra patienten och bara finnas där (Mehta et al., 2011). Att ge smärtlindring trots vetskapen om att det kunde förkorta patientens liv var också något som sjuksköterskorna belyste som betydelsefullt i sin strävan att stödja patienten (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014). Vissa sjuksköterskor upplevde ångest över att de indirekt genom att de gav smärtlindring möjligtvis kunde vara orsak till att patienten dog tidigare än väntat (Brorson et al., 2014).

Sjuksköterskorna ansåg att stödja patienten i det vardagliga livet var en viktig faktor för att patienten skulle kunna leva ett så normalt liv som möjligt och känna sig

bekvämt (Nakano et al., 2013). För att känna livskvalitet var det viktigt att patienten fick göra det patienten själv ville, i så stor utsträckning som möjligt, som exempelvis äta den mat patienten önskade. Denna känsla av normalitet bidrog till att lindra smärta enligt sjuksköterskors utsagor (Nakano et al., 2013).

Närståendestödet lyftes fram som viktigt även för smärtlindringen i den palliativa vården (Brorson et al., 2014; Mehta et al., 2011; Mehta et al., 2014).

Att stödja närstående i den palliativa vården kunde göras genom att uppmuntra dem till att besöka patienten i den mån patienten orkade vilket kunde hjälpa till att lindra smärtan för patienten (Brorson et al., 2014). Sjuksköterskan skulle kunna svara på de närståendes frågor, lyssna på deras förslag angående omvårdnaden och möta deras behov. Att stötta närstående när de kände sig uppgivna var viktigt för att de skulle orka och kunna ge den smärtlindring som behövdes (Mehta et al., 2011; Mehta et al., 2014). Enligt närstående var sjuksköterskans uppgift i smärtlindringen att ge dem den information de behövde för att kunna vårda patienten i hemmet (Mehta et al., 2014). När närstående upplevde att de stod utan hjälp och när de kände att det var svårt att se någon man älskar ha smärta var det av betydelse att sjuksköterskan var närvarande och tillgänglig för både patient och närstående (Mehta et al., 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens trovärdighet ökar då de tre databaserna som användes i sökandet har fokus på omvårdningsforskning (Forsberg & Wengström, 2015). Detta visar på sökningens trovärdighet.

För att stärka studiens trovärdighet användes trunkering* vid sökning av ordet *omvårdnad*. Med hjälp av ordets alla böjningsformer kunde man då få fram en utökad sökning på begreppet (Forsberg & Wengström, 2015).

Sökorden utgick från syftet för att hitta relevanta artiklar. Sökningarna i de tre databaserna genererade ett högt antal dubletter och det höga antalet kan tyda på att sökorden var relevanta till syftet och att sökstrategin var relevant eftersom det resulterade i liknande artiklar. Detta visar på en trovärdighet på sökningen.

Trunkering (*) användes vid sökningen på ordet omvårdnad för att få fram ordets alla böjningsformer för en utökad sökning för att stärka studiens trovärdighet (Forsberg & Wengström, 2015). De booleska operatorerna AND och NOT användes för att begränsa sökningen i databassökningen så att relevanta artiklar kunde hittas och för att få en systematik i sökresultatet (Östlundh, 2012). Publiceringsåren begränsades till 2011-2017 för att få fram aktuell forskning (Wallengren & Henricson, 2012). Det som skulle kunna minska resultatets trovärdighet var att inte alla artiklar lästes då de

sållades undan på grund av att deras abstrakt tydde på att artikeln saknade relevans för studien. Relevant resultat skulle på så sätt ha kunnat missas (Henricson, 2012).

Att tillämpa urvalskriterier och även att redogöra för inklusionskriterier och exklusionskriterier gjordes för att öka studiens bekräftelsebarhet (Wallengren & Henricson, 2012). Ett inklusionskriterium var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska då flest antal vetenskapliga artiklar är skrivna på engelska och det var det språk som skribenterna behärskade. Dock kan missuppfattningar ha skett även om betydelsen av oklarheter diskuterades noggrant (Östlundh, 2012). Att artiklarna skulle ha tillgängliga abstrakt valdes som begränsning för att de skulle vara grundade på vetenskaplig kvalitet och öka studiens trovärdighet. Detta kan dock vara en svaghet i studien på grund av att nya artiklar eventuellt inte hade tillgängliga abstrakt vid tidpunkten när de publicerades och därmed kan relevanta artiklar ha missats (Östlundh, 2012).

Resultatet sammanställdes av författarna gemensamt vilket gjordes i en strävan efter att ge resultatet och dess innebörd en större trovärdighet (Wallengren & Henricson, 2012).

De utvalda nio artiklarna granskades utifrån Carlssons & Einmans (2003) granskningsmall för kvalitetsbedömning. Fem av artiklarna höll grad I och resterande fyra artiklar höll grad II. De artiklar som bedömdes som grad II saknade i de flesta fall beskrivet bortfall men detta var inte av betydelse för studien och därför inkluderades även dessa artiklar. Detta tyder på tillräckligt god vetenskaplig kvalitet och att studien därmed får en hög trovärdighet (Henricson, 2012). Alla artiklarna var etiskt granskade. En tydlig metodbeskrivning och ett tydligt resultat framkom i de flesta artiklarna. Av de nio artiklar som granskades var två artiklar gjorda med kvantitativ metod och resterande sju var gjorda med kvalitativ metod. Då syftet var att beskriva omvårdnad av patienter med smärta i palliativ vård ansågs det rimligt att majoriteten av artiklarna var kvalitativa.

De nio artiklarna i resultatet var gjorda i Europa, Asien, USA och Kanada och representerar västerländsk sjukvård. Detta gör att de är överförbara på svensk sjukvård då omvårdnad av patienter med smärta i palliativ vård utförs på ett liknande sätt. Genusskillnader kunde inte ses i resultatet.

Två av resultatartiklarna hade samma huvudförfattare och detta kan ses som både en styrka och en svaghet. En svaghet då författarna kan ha fokuserat på sin egen forskning och därmed påverkat föregående studies resultat och en styrka då författarnas kunskap i ämnet förmodligen var god.

Föreliggande litteraturstudies trovärdighet ökar också av att den egna förförståelsen om ämnet togs upp till diskussion och därmed minskar också risken för att egna åsikter påverkar litteraturstudien (Kjellström, 2012).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva omvårdnaden av patienter med smärta i palliativ vård.

I resultatet lyftes smärtbedömning fram som viktigt av sjuksköterskor (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014; Nakano et al., 2013; Soden et al., 2010; Wilson et al., 2014), patienter (Pathmawathi et al., 2015) och närstående (Metha et al., 2011). Andra belyser att smärtbedömning görs för att få fram orsaker och faktorer som utlöser smärta, samt typ av smärta, för att hitta rätt behandling (Chapman, 2012b; McGuire, 1992). Smärtlindring påbörjades efter smärtbedömning för att sedan kunna utvärdera behandlingens effekt (Chapman, 2012b), utifrån patientens upplevelser (McGuire, 1992). Smärtan måste identifieras, analyseras och behandlas i den palliativa vården (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Palliativ vård utgår från en helhetssyn på patienten (Eriksson, 2002). De sex dimensionerna av smärta skulle kunna vara en hjälp för sjuksköterskan i helhetsbedömningen av patientens smärtsituation genom att visa på vilka olika sorters smärta patienten kan uppleva (McGuire, 1992). I resultatet framkom att sjuksköterskor behöver kunskap och erfarenhet för att kunna göra en korrekt smärtbedömning (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014; Soden et al., 2010) och det innebär att det är svårare för sjuksköterskor med mindre erfarenhet att göra en adekvat smärtbedömning även om de har den teoretiska kunskapen.

I andra studier visar det att sjuksköterskorna ansåg att de behövde mer kunskap om palliativ vård, symtomlindring, kommunikation samt om stöd till patient och närstående (Reimer-Kirkham, Sawatzky, Roberts, Cochrane & Stajduhar, 2016). Sjuksköterskor anser att de behöver kunskap för att bli skickliga i kommunikation. De upplever att det var svårt att föra en kommunikation om existentiella frågor utan kunskap och tillräcklig erfarenhet (Strang, Ekberg-Jansson, Strang & Larsson, 2013). Även patienter vill ha en sjuksköterska som har kunskap om smärtlindring (Rustøen, Gaardsrud, Leegaard & Wahl, 2009). Bedömningen av smärta är viktigt för att sedan kunna behandla smärtan på rätt sätt (McGuire, 1992). I resultatet framkom det att sjuksköterskorna bedömde smärta genom att samtala och lyssna på patienten som då beskrev sin smärta för sjuksköterskan (Nakano et al., 2013) och sjuksköterskan upplevde det svårare att bedöma smärta då den verbala kommunikationen sviktade och sjuksköterskan observerade istället patientens beteende. Även i denna studie efterfrågades erfarenheter och kunskap för smärtbedömning (Brorson et al., 2014). Sjuksköterskorna i resultatet upplevde att skattningsskalorna för smärta tog tid och inte alltid var relevanta. De upplevde även att många patienter hade svårt att sätta ett nummer på deras smärta (Soden et al., 2010). Bedömningsinstrument kan ge struktur

som hjälper sjuksköterskan, särskilt de mindre erfarna (Socialstyrelsen, 2016). Smärtbedömning ska göras i livets slut enligt palliativregistret (Palliativregistret, 2015) och Abbey pain scale (Palliativregistret, 2011) är ett exempel på bedömningsinstrument som innehåller observationer av till exempelvis patientens rörelsemönster och ansiktsuttryck och kan användas när den verbala kommunikationen sviktar (Palliativregistret, 2011). Skattningsskalor och bedömningsinstrument används inte alltid då den enskilde sjuksköterskan inte alltid har tid eller anser dem icke relevanta, trots att evidensbaserade bedömningar efterfrågas. Dokumentation och skattningsskalor är evidensbaserat och finns med i riktlinjer/vårdprogram som ska vara till hjälp för bedömningen av patientens smärta, och som då eventuellt får en bättre smärtlindring.

En god kommunikation är en av palliativa vårdens hörnstenar (WHO, 2008) och den lyftes fram i resultatet i flera artiklar både som en grund för korrekt smärtbedömning (Brorson et al., 2014; Mehta et al., 2011; Mehta et al., 2014; Nakano et al., 2013; Soden et al., 2010) och som smärtlindrande i sig (Nakano et al., 2013). Den smärtlindrande effekten av en god relation visar hur framträdande de affektiva och kognitiva smärtdimensionerna är enligt McGuire (1992). Detta stärker också betydelsen av helhetssyn i en god omvårdnadsrelation i sjuksköterskans strävan att hjälpa patienten uppnå bästa möjliga hälsa trots livshotande sjukdom (Eriksson, 1989). I resultatet framkom det också fram att kommunikationen i sig kan lindra smärta (Boyd et al., 2011; Mehta et al., 2011; Mehta et al., 2014; Nakano et al., 2013; Pathmawathi et al., 2015; Soden et al., 2010; Wilson et al., 2014). Kommunikation handlar om att använda både ord och tystnad. Att lyssna in när patienten vill prata och om vad är viktigt. Att bara vara närvarande kunde räcka för att patienten skulle uppleva trygghet och få ett lugn (Strang et al., 2013). En relation mellan sjuksköterska och patient och även närstående gjorde det lättare att ta upp svåra ämnen i samtalet. När sjuksköterskan lyssnade aktivt på patienten kunde sjuksköterskan känna in när ämnet palliativ vård i livets slut kunde tas upp. I mötet med patienten där en relation utvecklades kunde patienten lita på sjuksköterskan och då verkligen ta in vad som kommuniceras (Reimer-Kirkham et al., 2016). Kommunikation kan vara svårt och det tar tid och den tiden finns tyvärr inte alltid. En stilla stressfri kommunikation kan vara det som gör att vården blir personcentrerad och patienten får den vård som behövs för att uppleva en god död (Reimer-Kirkham et al., 2016). Även patienter tar upp att en kommunikation med sjuksköterskan kan få dem att glömma smärtan för en stund (Rustøen et al., 2009).

I resultatet ses också att sjuksköterskan ansåg att smärtlindring var den viktigaste uppgiften i den palliativa vården (Boyd et al., 2011) och bästa möjliga livskvalitet är målet med palliativ vård (WHO, 2008). I resultatet belyses vikten av tydlig information då detta gjorde att patienten blev tryggare med vården och smärta kunde lindras (Mehta et al., 2011; Mehta et al., 2014; Pathmawathi et al., 2015). Även patienter belyser att när de får rätt information av sjuksköterskan och när

sjuksköterskan delar information med patienten lindras smärta och oro (Rustøen et al., 2009). Andra aktuella studier visar att patienter i palliativ vård värderar högst att bli respekterade, får sanningsenlig information om sitt fysiska tillstånd och att de kan ta egna beslut (Bužgová, Hajnová, Sikorvá, & Jaršová, 2014). Rätt information om prognos och om det palliativa skedet är viktigt för patienten för att kunna uppleva frid (Best, Butow & Olver, 2014). Patienterna upplevde att deras sociala behov hanterades genom att de fick stöd från sjuksköterskan. De upplevde också att deras psykologiska behoven var svårare för sjuksköterskan att möta som till exempel att få kännedom om sjukdomen (Bužgová et al., 2014). När sjuksköterskan har ett professionellt arbetssätt och är uppmärksam på om patienten behöver stöd och hjälp blir patienten respekterad (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Patienten och sjuksköterskan ska i samråd diskutera patientens behandling och då ska patienten värdera smärtan och symtom som ska behandlas (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). För att patienten ska kunna fatta rätt beslut om behandling av sin smärta måste patienten också ha all information och stöd från sjuksköterskan.

Resultatet visar att smärta kan lindras med komplementära metoder som musik (Nakano et al., 2013; Soden et al., 2010; Gutsell et al., 2013; Brorson et al., 2014) och även distraktion vilket användes i omvårdnaden för att uppnå smärtlindring (Boyd et al., 2011; Nakano et al., 2013). Det är sedan tidigare känt och rekommenderat att kombinationen av icke farmakologiska metoder och farmakologiska metoder leder till en optimal smärtdkontroll. Distraktion som att läsa, lägga pussel, lyssna på musik, lindra patientens smärta (Chapman, 2012b).

Resultatet visade att smärta kunde lindras genom beröring och närvaro (Brorson et al., 2014; Nakano et al., 2013). Även patienter belyste att kramar och att sjuksköterskan tar sig tid att hålla patientens hand är något som lindrar smärta. Att sjuksköterskan är närvarande och ser att smärtan är på väg och stannar hos patienten var en förväntning patienten hade på sjuksköterskan (Rustøen et al., 2009).

Resultatet visade på en ytterligare aspekt av trycksårsprefylax; den smärtlindrande (Mehta et al., 2011) vilket även framhålls i omvårdnaden av cancersjuka patienter (Chapman, 2012b). Daglig inspektion och dokumentation av huden samt lägesändringar är viktigt för att förhindra och undvika försämring av trycksår och smärta. Trycksårsprefylax är prioriterat i det dagliga patientsäkerhetsarbetet som Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2015), informerar om och att detta även kan vara smärtlindrande innebär ytterligare ett skäl för att sjuksköterskan ska prioritera detta område. I den palliativa vården är livskvalitet det överordnade målet för den sjuka (Regional cancercentrum i samverkan, 2016).

Resultatet visade att sjuksköterskan främjade kommunikationen mellan patient och dess närstående (Boyd et al., 2011; Nakano et al., 2013; Pathmawathi et al., 2015; Soden et al., 2010). I resultatet framkommer det att sjuksköterskan ibland såg sig som

patientens advokat (Soden et al., 2010). Eriksson (1994) menar att sjuksköterskan genom att lyssna på patientens erfarenhet av smärta kan bidra till att en relation byggs upp. Relationen kan hjälpa patienten att slappna av och minskar oron så att patienten kan bli smärtlindrad. Sjuksköterskan kan bli patientens advokat i hälsoteamet (Chapman, 2012b). Redan vid det första mötet är det viktigt att sjuksköterskan är aktivt engagerad i patienten och spenderar tid hos patienten, för att det fortsatta samspelet ska bli bra (Stajduhar, Thorne, McGuinness, & Kim-Sing, 2010). Tidsbrist kan påverka vilken relation och kommunikation sjuksköterskan, patienten och dess närstående får. Tiden som sjuksköterskan lägger vid första mötet sparar tid på sikt. McGuire (1992) beskriver att en nära relation mellan sjuksköterskan och patienten gör det lättare att bedöma smärtan, som till exempel vad som lindrar smärtan men även vad som förvärrar smärtan hos patienten (McGuire, 1992). Det är mycket viktigt att sjuksköterskan ges möjlighet att skapa en god relation till patienten för att kunna ge så optimal smärtlindring som möjligt.

I resultatet framkommer att sjuksköterskan ska stödja närstående och uppmuntra till att de besöker patienten i den mån patienten orkar, eftersom närståendes besök verkade smärtlindrande för patienten (Brorson et al., 2014). Den sociokulturella dimensionen av smärta som McGuire (1992) beskriver, kan till exempel vara närståendestöd, då närstående och patient ses som en enhet. Stödja närstående är även en av de fyra hörnstenarna i palliativ vård (WHO, 2008). En fungerande kommunikation och relation med både patient och dess närstående är grundläggande för palliativ vård och nödvändig för att vården inte ska påverkas negativt (WHO, 2008). Annan forskning visar att sjuksköterskan kände att hen skulle stödja patient och anhörig i samtal om smärta och lidande (Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sorlie, 2015). Att bara finnas till för patienten och närstående att dela lidandet var viktigare än att försöka lösa lidandet (Tornøe et al., 2015). Även Eriksson (1994) betonar att sjuksköterskan ska lindra lidande. Ytterligare forskning visar att det är viktigt att sjuksköterskor uppmuntrar till att patient och närstående träffas för att göra upp familjeangelägenheter, säga farväl, visa på den kärlek de känner för patienten, visa tacksamhet för patientens liv och därmed få till stånd smärtlindring och en god värdig död (Doorenbos et al., 2013).

I resultatet ses att distriktssköterskorna upplevde att det kan vara svårt med kommunikation och information när närstående och patient förnekar sjukdom och sjukdomsförlopp. Förnekelse i familjen ledde också till att den planerade smärtlindringen inte kunde utföras optimalt (Wilson et al., 2014). Om anhöriga eller patient inte vill inse den svåra situation som patienten befinner sig i blir det svårt för sjuksköterskan att ha ett palliativt förhållningssätt (Reimer- Kirkham et al., 2016). Än mer problematiskt är det om sjuksköterskan är oerfaren eller blir stressad av de närståendes rädsla. När vården går över till palliativ vård är det en av sjuksköterskans uppgifter att informera om vad palliativ vård innebär så att de närstående inte blir

rädda som det beskrivs i resultatet (Soden et al., 2010). Sjuksköterskorna ville ju prioritera smärtlindring i alla lägen (Soden et al., 2010) så det kan uppstå etiska dilemman här. I resultatet ses att erfarenheter och kunskap behövdes för att adekvat bedöma patientens smärta (Boyd et al., 2011; Brorson et al., 2014; Soden et al., 2010). Med tillräcklig kunskap och ett starkt team eller kollegialt stöd kunde även den mer oerfarna sjuksköterskan ges möjlighet att utföra adekvat smärtlindring (Soden et al., 2010). Multiprofessionella team är en grund för palliativ vård. Ett sådant team bestående av sjuksköterska, läkare, kurator och dietist arbetar för att möta patienters sociala, fysiska, psykiska och existentiella behov. I teamet samarbetar olika yrkesgrupper gemensamt kring en patient (Socialstyrelsen, 2013). Det är viktigt att de som vårdar arbetar multiprofessionellt för att bedöma och behandla smärta. Sjuksköterskan förser läkaren med ett bedömningsunderlag för att kunna välja smärtlindringsåtgärder och att utvärdera dessa åtgärder. När patienten vårdas i hemmet är det ibland närstående som bedömer smärtan och då är deras beskrivning av patientens smärta viktig information för sjuksköterskan (McGuire, 1992). Det är bara när ett multiprofessionellt team arbetar kring patienten i palliativ vård i livets slut som bästa möjliga vård kan ges till patienten (Reimer-Kirkham et al., 2016).

Konklusion

Genom att rätt bedöma smärta och sedan använda omvårdnadshandlingar för att lindra smärta och även vara ett psykosocialt stöd för patient och närstående kan patienten få ett gott slut och en värdig död.

Korrekt smärtbedömning är grundläggande för att kunna hitta rätt smärtlindring. Till det krävs både kunskaper, erfarenheter och god kommunikativ förmåga. Sjuksköterskan ska prioritera smärtlindring och i kombination med farmakologisk smärtbehandling använda olika icke-farmakologiska metoder som till exempel värme och kyla, distraktion, lägesändring, avslappning och närvaro. Det psykosociala stödet är viktigt och kommunikationen i omvårdnaden är grundläggande för att stödja patient och närstående vilket även främjar en god smärtlindring. Ytterligare en viktig faktor för att främja smärtlindring är ett bra samarbete i teamet runt patienten.

Implikation

Resultatet i denna litteraturstudie kan bidra till en bättre förståelse för hur sjuksköterskan kan bedriva omvårdnad av patienter med smärta i palliativ vård. Lindra smärta kan upplevas som en svårighet för många sjuksköterskor, främst de nyutbildade, så utbildning om smärtlindring och hur sjuksköterskan använder sig av smärtskattningsskalor behövs bland de blivande sjuksköterskorna och de redan nu verksamma. Det finns behov av utbildning som sprider forskningsresultat och medvetandegör sjuksköterskor om deras möjlighet att använda icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder i den palliativa vården. För att sjuksköterskan ska kunna bedöma palliativa patienters smärta och kunna lindra smärtan med hjälp av olika omvårdnadshandlingar är det angeläget med fördjupad kunskap avseende detta. Det ses som betydelsefullt att det genomförs fler studier som undersöker hur användningen av smärtskattningsskalor och dokumentation kan komma att utökas av sjuksköterskor inom palliativ vård.

Referenser

- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2014). The doctor's role in helping dying patients with cancer achieve peace: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(9), 1139-1145. doi: 10.1177/0269216314536455
- *Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D, N., & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology nursing forum*, 38(3), 229-239. doi:10.1188/11.ONF.E229-E239
- *Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the end of life: Nurses' experiences regarding End-Of-Life pain relief in patients with dementia. *Pain management nursing*, 14(1), 315-323. doi: 10.1016/j.pmn.2012.10.00510
- Bužgová, R., Hajnová, E., Sikorvá, L., & Jaršová, D. (2014). Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti-cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, 23(5), 685-694. doi:10.1111/ecc.12181
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad—ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö högskola.
- Chapman, S. (2012a). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*, 26(47), 42-46.
- Chapman, S. (2012b). Cancer pain part 2: assessment and management. *Nursing Standard*, 26(48), 44-49.
- Davies, A., Bucanan, A., Zeppetella, G., Porta-Sales, J., Likar, R., Weismayr, W., Slama, O., Korhonen, T., Filbet, M., Poulain, P., Mystakidou, K., Ardavanis, A., O'Brien, T., Wilkinson, P., Caraceni, A., Zucco, F., Zuurmond, W., Andersen, S., Damkier, A., Vejlgård, T., Nauck, F., Radbruch, L., Sjolund, K-F., & Stenberg, M. (2013). Breakthrough Cancer Pain: An Observational Study of 1000 European Oncology Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(5), 619-628. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.12.009
- Doorenbos, A. Z., Juntasopeepun, P., Eaton, L. H., Rue, T., Hong, E., & Coenen, A. (2013). Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. *J Transcult Nurs*. 24(4), 1-14. doi: 10.1177/1043659613493439.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé* (2. uppl.). Göteborg: Graphic System AB.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber utbildning.

- Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé* (8. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur AB.
- Friberg, F. (2012). *Dags för Uppsats* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Gutgsell, K, J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P, A., McLaughlin, B., Harris, M., Mecklenburg, J., & Wiencek, C. (2013). Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), 822-831. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05008
- Hackett, J., Godfrey, M., & Bennett, I, M. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*, 30(8), 711-719. doi:10.1177/0269216316628407
- Helsingforsdeklarationen (2008). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research involving Human Subjects. www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/
- Hughes, L. D. (2012). Assessment and management of pain in older patients receiving palliative care: Nurses need to be able to understand and manage different types of pain in a co-ordinated manner to ease discomfort at the end of life, says Lloyd Hughes. *Nursing older people*, 24(6), 23-29.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.53-66). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur AB.
- International Association of the Study of Pain. (2012). *Paindefinition*. Hämtad 14 april, 2017, från International Association of the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>
- International Councils of Nurses. (2011). *Code of Ethics for Nurses*. Hämtad 27 januari, 2017, från ICN, <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>

- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.96-113). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur AB.
- McGuire, D. B. (1992). Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of pain and symptom management*, 7(5), 312-319.
- *Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F, A., & Ducharme, F. (2011). Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), 37-45. doi: 10.1188/11,ONF.E37-E45
- *Mehta, A., Chan, L, S., & Cohen, R. (2014). Flying Blind: Sources of Distress for Family Caregivers of Palliative Cancer Patients Managing Pain at Home. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(1), 94-111. doi: 10.1080/07347332.2013.856057
- Mendes, T. R., Boaventura, R. P., Castro, M. C., & Mendonça, M. A. O. (2014). Occurrence of pain in cancer patients in palliative care. *Acta Paul Enferm*, 27(4), 356-61. doi: 10.1590/1982-0194201400059
- *Nakano, K., Sato, K., Katayama, H., & Mityashita, M. (2013). Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses. *Palliative and Supportive Care*, 11(5), 405-413. doi:10.1017/S1478951512000442
- Palliativregistret. (2011). *Abbey Pain scale*. Hämtad 20 april, 2017, från Palliativregistret, <http://media.palliativ.se/2015/08/AbbeyPalliativ2011Sve1.pdf>
- Palliativregistret. (2015). *Dödsfallsenkät*. Hämtad 28 april, 2017, från Palliativregistret, http://media.palliativ.se/2016/11/Dödsfallsenkät20151001_pub.pdf
- *Pathmawathi, S., Beng, T, S., Mei Li, L., Rosli, R., Sharwend, S., Kavitha, R, R., & Christopher, B,C, M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 16(4), 552-560. doi:10.1016/j.pmn.2014.10.002

- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition—key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 222-232.
doi:10.1177/0269216308089803
- Regionala Cancercentrum i samverkan. (2016). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad 14 februari, 2017, från Cancercentrum, <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardprogram/kommande-vardprogram/2016/remissrunda-2/nvp-palliativ-var-d-i-livets-slutskederr2.1.pdf>
- Reimer-Kirkham, S., Sawatzky, R., Roberts, D., Cochrane., & Stajduhar, K. (2016). 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *Journal of Clinical Nursing*, (25), 2189-2199. doi: 10.1111/jocn.13256
- Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M., & Wahl, A. K. (2009). Nursing pain management—a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. *Pain Management Nursing*, 10(1), 48-55.
doi:10.1016/j.pmn.2008.09.003
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet. Från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19980204.htm>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Från <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20030460.HTM>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Trycksår*. Hämtad 30 april, 2017, från Sveriges kommuner och Landsting, <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/trycksar.html>
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 28 april 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer - Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden*. Hämtad 14 februari, 2017, från Socialstyrelsen, <http://socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-3>
- *Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P., & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care

inpatient units? A multicentre study. *Palliative Medicine*, 24(3), 294-298. doi: 10.1177/0269216309355918

- Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of clinical nursing*, 19(13-14), 2039-2047. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x
- Strang, S., Ekberg-Jansson, A., Strang, P., & Larsson, L-O. (2013). Palliative care in COPD- web survey in Sweden highlights the current situation for a vulnerable group of patients. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 118, 181-186. doi:10.3109/03009734.2013.801059
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad: Reviderad 2016*. Hämtad 30 mars, 2017, från Svensk sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 22 april, 2017, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Tornøe, K, A., Danbolt, L, J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying- a phenomenological hermeneutical study. *BioMed Central Nursing*, 14(62), 1-12. doi:10.1186/s12912-015-0114-6
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2014). A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer. *Cancer Nursing*, 37(4), 310-315. doi:10.1097/NCC.0b013e31829a9a56
- World Health Organization. (2008). *WHO definition of Palliative Care*. Hämtad 28 januari, 2017, från World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Wu, H-L., & Volker, D-L. (2012). Humanistic nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 471-479.
doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s. 57-79). Lund:

Studentlitteratur AB.

*Resultatartikel

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl	Pubmed	Psycinfo
Palliativ vård	1, Palliative care (Exact Major Subject Heading) 2, Palliative care (Word in Major Subject Heading)	Palliative care (MeSH)	Palliative care (Major Subject)
Smärta	1, Pain (fritext) 2, Pain (Word in Major Subject Heading)	Pain (MeSH)	Pain (Major Subject)
Omvårdnad	1, Nurs* (fritext) 2, -	Nurs* (fritext)	,Nurs* (fritext)

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
5/3	Cinahl	“Palliative care” AND Pain AND Nurs* NOT Pediatric NOT Pharmacology Inklusionskriterier: 2011-2017 Research Abstract available English	84	22	11	6
5/3	Cinahl	“Palliative care” AND “Pain” NOT Pediatric NOT Pharmacology Inklusionskriterier: 2011-2017 Research Abstract available English	81	15	7 (5*)	1 (5*)
5/3	Pubmed	“Palliative care” AND “Pain” AND Nurs* NOT Pediatric NOT Pharmacology Inklusionskriterier: 2011-2017 English Abstract available	41	7	2 (4*)	1 (4*)
5/3	Psycinfo	“Palliative care” AND “Pain” AND Nurs* NOT Pharmacology NOT pediatric Inklusionskriterier: 2011- 2017, Peer reviewed	84	21	1 (4*)	1 (4*)

(* betyder dubletter)

Tabell 3: Artikelöversikt**Artikel 1**

Referens	Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D, N., & Randall, V. (2011). Nurses´ Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. <i>Oncology nursing forum</i> , 38(3), 229-239.
Land Databas	USA Cinahl
Syfte	Att få reda på sjuksköterskornas attityder till vård i livetsslut och deras erfarenheter av palliativ vård, samt hur de diskuterar hospice och utför palliativ vård.
Metod: Design	Kvantitativ Observationsstudie
Urval	N=31 slumpmässigt urval
Datainsamling	Enkät med öppna och slutna frågor.
Dataanalys	Beskrivande statistik
Bortfall	53% som inte svarade på enkäten.
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Omvårdnadsåtgärder i palliativ vård: Lyssna aktivt, se till att patienten är smärfri, therapeutic touch, supportive counselling, avslappning, varma och kalla kompresser, aromaterapi och Guided imagery. • Att ge smärtlindring i alla lägen även med vetskap om att det kan förkorta patientens liv.
Vetenskaplig kvalitet	85% Grad 1 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 2

Referens	Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the end of life: Nurses' experiences regarding End-Of-Life pain relief in patients with dementia. <i>Pain management nursing</i> , 14(1), 315-323.
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Att beskriva sjuksköterskornas erfarenhet av att smärtlindra dementa patienter i den palliativa vården.
Metod: Design	Kvalitativ studie.
Urval	N=7 Strategiskt urval
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor
Dataanalys	Innehållsanalys
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Huvudmålet för omvårdnad i livets slut av dementa är att lindra smärta. • En sjuksköterska måste kunna observera och tolka alla patienters signaler på smärta som till exempel ändrat beteende, rör sig annorlunda, men detta kräver erfarenhet. • Det är viktigt att kunna patientens historia för att kunna avleda smärtan. • Samarbete mellan professionerna är viktigt för att kunna smärtlindra dementa patienter i livets slut. Sjuksköterskan har lättare än läkaren att avläsa smärta då hen träffar patienten oftare. • Farmakologiska metoder mer effektiva om patienten är avslappnad och detta kan ske genom icke farmakologiska metoder. • De ger förslag på olika sorters icke farmakologisk smärtlindring, närvaro, beröring, massage, musik, värmedynor.
Vetenskaplig kvalitet	79% Grad 2 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 3

Referens	Gutgsell, K, J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P, A., McLaughlin, B., Harris, M., Mecklenburg, J. & Wiencek, C. (2013). Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 45(5), 822-831.
Land Databas	USA Cinahl
Syfte	Att bestämma hur effektivt musikterapi kan lindra smärta i palliativ vård.
Metod: Design	Kvantitativ Randomiserad kontrollerad studie.
Urval	N=200 strategiskt urval
Datainsamling	Två grupper, en musikterapi-grupp och en grupp med vila avslappning. Före och efter studier på patienter med hjälp av NRS skala, FLACC skalan och en Function Pain Scale.
Dataanalys	Statistisk Analys
Bortfall	2%
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Studien visade att musikterapi minskade patienternas smärta. • Båda grupperna hade förbättrat sitt resultat i efterstudien då de skattade sin smärta lägre. Men i Musikterapi-gruppen var det störst skillnad. • På Function Pain Scale var det bara gruppen som fått musikterapi som hade förbättrat sitt resultat och upplevde mindre smärta.
Vetenskaplig kvalitet	91% Grad 1 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 4

Referens	Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F. A. & Ducharme, F. (2011). Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 38(1), 37-45.
Land Databas	Canada Cinahl
Syfte	Att beskriva olika sorters smärta som patienter som vårdas hemma upplever samt hur deras närståendevårdare bedömer dem och vad de då gör.
Metod: Design	Kvalitativ Grounded Theory enligt Corbin
Urval	N=24 Strategiskt urval
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer
Dataanalys	Öppen, axial och selektiv kodning.
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterskan var en viktig resurs för närståendevårdare då de var olika bra på att bedöma smärta och att veta vad de skulle välja för behandling. • Finns flera olika förslag på icke farmakologiska metoder för att lindra smärta: Distraction, Massage, Närvaro, Värme; värmekudde, varm kompress, varmt bad och Kyla.
Vetenskaplig kvalitet	81% Grad 1 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 5

Referens	Mehta, A., Chan, L, S. & Cohen, R. (2014). Flying Blind: Sources of Distress for Family Caregivers of Palliative Cancer Patients Managing Pain at Home. <i>Journal of Psychosocial Oncology</i> , 32(1), 94-111.
Land Databas	Canada Cinahl
Syfte	Att belysa svårigheter upplevda av närståendevårdare som lindrar smärta hemma och diskutera kliniska implikationer.
Metod: Design	Kvalitativ Grounded Theory enligt Corbin.
Urval	N= 24 Strategiskt urval
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer.
Dataanalys	Öppen, axial selektiv kodning.
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterskan var till stor hjälp för närståendevårdare som upplevde svårigheter som att det var ett överväldigande ansvar att ha hand om patientens smärta genom att ge information och stöd. • När närstående upplevde att de stod utan hjälp och när de kände att det var svårt att se någon man älskar ha smärta var det av betydelse att sjuksköterskan var närvarande och tillgänglig för både patient och närstående. • Sjuksköterskan kan finnas till när närståendevårdare upplever att att de står utan hjälp och när de upplever att det är svårt att se någon man älskar ha smärta.
Vetenskaplig kvalitet	78% Grad 2 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 6

Referens	Nakano, K., Sato, K., Katayama, H. & Mityashita, M. (2013). Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses. <i>Palliative and Supportive Care</i> , 11(5), 405-413.
Land Databas	Japan Pubmed
Syfte	Att identifiera, från läkare och sjuksköterskeperspektiv, en vård strategi som ger cancer patienterna dagar av välbehag i livets slut.
Metod: Design	Kvalitativ
Urval	N= 45 deltagare 23 sjuksköterskor och 22 läkare. Strategiskt urval
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer.
Dataanalys	Innehållsanalys
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Att bedöma och lindra smärta är viktigt för att få dagar av välbehag i livets slut. • Att använda sig av humor och en positiv attityd är del av smärtbehandlingen. • Att vården blir individuellt anpassad kan lindra smärta. • Att lindra fysisk psykisk och psykosocial smärta. • Icke farmakologiska metoder: Musik, Massage, Aromaterapi, kunskap om patientens hobbies och intressen, Beröring, Kommuniera med foton.
Vetenskaplig kvalitet	83% Grad 1 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 7

Referens	Pathmawathi, S., Beng, T, S., Mei Li, L., Rosli, R., Sharwend, S., Kavitha, R, R. & Christopher, B,C, M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. <i>Pain Management Nursing</i> , 16(4), 552-560.
Land Databas	Malaysia Psycinfo
Syfte	Att utforska erfarenheter hos Malaysias patienter i palliativ vård av smärtgenombrott och deras tankar och förväntningar på smärtlindring.
Metod: Design	Kvalitativ En beskrivande tolkande design.
Urval	N= 21 strategiskt urval
Datainsamling	Intervjuer och data från journaler.
Dataanalys	Konstant jämförande analys
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Smärtlindring är viktigt då patienterna upplevde att smärtan gjorde att de kände sig ledsna och uppgivna, de kunde inte utföra saker i deras dagliga liv. Smärtan har gjort att de förlorat meningen med livet. • Personalens attityd påverkade smärtan. • Patienterna upplevde att dålig information och kommunikation av sjuksköterskan ledde till att patienten inte blev smärtlindrad. • Patienterna upplevde att sjuksköterskan inte gjorde någon smärtbedömning. • Deltagarna använde sig av olika copingstrategier för att lindra smärta som Religiösa ritualer och Dataspel. • Avslappning bön och meditation användes också för att lindra smärta.
Vetenskaplig kvalitet	93% Grad 1 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 8

Referens	Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P., & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study. <i>Palliative Medicine</i> , 24(3), 294-298.
Land Databas	England Pubmed
Syfte	Att förstå hur sjuksköterskor i sjukhusets palliativa vård arbetar för att bedöma och lindra smärtgenombrott.
Metod: Design	Kvalitativ Beskrivande metod
Urval	N= 15 strategiskt urval
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer
Dataanalys	Tematisk analys
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterskan var patientens advokat mellan anhöriga och de övriga i det medicinska teamet. • Det var främst sjuksköterskorna som använde sig av en holistisk bedömning av smärtan där smärta och oro sågs som en helhet. • Viktigt med ett bra teamarbete med god kommunikation och dokumentation. • Använde sig av olika icke farmakologiska metoder som Värmedyna, TENS, Avslappning, Musik, Aromaterapi, Massage.
Vetenskaplig kvalitet	73% Grad 2 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Artikel 9

Referens	Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2014). A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer. <i>Cancer Nursing</i> , 37(4), 310-315.
Land Databas	England Cinahl
Syfte	Att utforska Distriktssjuksköterskans erfarenhet av att stötta patienten inom familjen.
Metod: Design	Kvalitativ metod
Urval	N=40 strategiskt urval
Datainsamling	Två fokusgrupper.
Dataanalys	Tematisk innehållsanalys
Bortfall	Ej angivet
Slutsats	<ul style="list-style-type: none"> • Svårt för Distriktssköterskan att hjälpa familjer där de brottades med att acceptera diagnosen och i vissa fall där de levde i förnekelse. Detta gjorde att fokus drogs bort från patienten och att framtida behandling var svårt att diskutera och därför tog längre tid att starta. • Svårt för Distriktssköterskan att smärtlindra när anhöriga missförstod smärtlindringen. • Svårt för Distriktssköterskan att ge information om palliativ vård när anhöriga skyddade patienten genom att ge fel information
Vetenskaplig kvalitet	73% Grad 2 Enligt Carlsson & Eiman (2003).

Eva Svantesson

Kornelia Björkqvist



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se