



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KOMPLEX OCH VÄSENTLIG KUNSKAP - SJUKSKÖTERS KANS PERSPEKTIV PÅ CANCERSMÄRTA

Emilia Zetterström och Emmelina Karlsson

Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Angela Bång
Examinator:	Sepideh Olausson
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår handledare Angela Bång för all feedback under dessa intensiva veckor. Vi hade förmånen att bli antagna till pilotprojektet som startats av Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det innefattar samarbete mellan parterna och bygger broar mellan teori och praktik genom studenters examensarbete. Syftet valdes utifrån relevant koppling till vården på avdelning 604 Palliativ vård, i samråd med vårdenhetschefer. Sjuksköterskorna och vårdenhetscheferna på avdelningen har bidragit med värdefull information, engagemang och positiv inställning till att göra vården bättre. Vi vill därför också speciellt tacka Natasha, Camilla och Tatiana för ett gott samarbete.

Titel (svensk)	Komplex och väsentlig kunskap – sjuksköterskans perspektiv på cancersmärta
Titel (engelsk)	Complex and important knowledge - the nurse's perspective on cancer pain
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2017
Författare:	Emilia Zetterström och Emmelina Karlsson
Handledare:	Angela Bång
Examinator:	Sepideh Olausson

Sammanfattning:

Bakgrund: Smärtbedömning och att hantera smärta kan ses som komplext och hör till en utav sjuksköterskans huvuduppgifter. Smärta hos cancerpatienter är oerhört vanligt och det är viktigt som sjuksköterska att kunna bemöta och behandla dessa patienter på ett optimalt sätt. *Syfte:* Syftet med studien var att identifiera sjuksköterskors uppfattningar om smärtbedömning hos vuxna personer med cancersmärta. *Metod:* En litteraturöversikt genomfördes och följande databaser användes: Cinahl, PubMed, Scopus och AMED. *Resultat:* Resultatet utformades till sju olika teman, utifrån tolv artiklar. De teman som framkom var: olikheter i definition av smärta, behandlingsalternativ och verktyg, hinder, krav, formulerade skriftliga mål, självförtroendets spegling i arbetsrollen och betydelsen av en vårdande vårdrelation. Sjuksköterskorna uppfattade ordet smärta på olika vis och svårigheter sågs i att använda smärtskattningsinstrument, att implementera icke-farmakologiska åtgärder och att välja en optimal smärtbehandling. Vissa sjuksköterskor uttryckte också att de upplevde krav på sig själva och de kunde se att självförtroendet kunde spela roll i hanteringen av smärta. Patienternas delaktighet och självhantering av smärta togs upp som en fördel, samt att en vårdande relation hade stor betydelse. *Diskussion:* Litteratur visar att nya verktyg för att bedöma smärta, att stärka den vårdande relationen och att använda sig av mer icke-farmakologiska åtgärder ses som betydande faktorer. Mer utbildning inom området ansågs också spela roll för att sjuksköterskorna skulle få en utökad förståelse. Patienternas delaktighet kan också bidra till att sjuksköterskornas krav minskar. Detta kan skapa ett gemensamt ansvar och ett gott samarbete mellan parterna, vilket underlättar smärthanteringen.

Nyckelord: pain, cancer pain, palliative care, nurse perceptions

Innehållsförteckning

Inledning	6
Bakgrund.....	6
Palliativ vård	6
Omvårdnadsstrategier.....	6
Smärta.....	7
Definition av smärta	7
Smärtfysiologi	7
Indelning av smärta	7
Cancerrelaterad smärta	8
Behandlingsstrategi	8
Patientens perspektiv.....	9
Upplevelse av smärta.....	9
Lidande	9
Delaktighet.....	10
Vårdrelationen.....	11
Sjuksköterskans perspektiv	11
Omvårdnad	11
Smärtskattning.....	11
Faktorer som kan påverka den palliativa vården	12
Problemformulering.....	12
Syfte	13
Metod	13
Litteratursökning	13
Analys.....	14
Förförståelse	14
Etiska överväganden	15
Resultat	15
Olikheter i definition av smärta.....	15
Behandlingsalternativ och verktyg.....	16
Hinder.....	17
Krav.....	17
Formulerade skriftliga mål.....	18
Självförtroendets spegling i arbetsrollen.....	18
Betydelsen av en vårdande vårdrelation.....	18

Diskussion.....	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	21
Olikheter i definition av smärta	21
Självförtroendets spegling i arbetsrollen och användandet av verktyg	21
Sjuksköterskans krav och betydelsen av patienternas empowerment	22
Behandlingsalternativen påverkar	23
Hinder	23
Formulerade skriftliga mål	23
Betydelsen av en vårdande vårdrelation och tillgängligheten till vården.....	24
Konklusion	25
Implikationer för omvårdnad	25
Fortsatt forskning	26
Referenslista.....	27
Tabeller	32
Tabell 1 - Cinahl.....	32
Tabell 2 - Scopus.....	33
Tabell 3 - PubMed.....	33
Tabell 4 - AMED.....	33
Bilagor.....	34
Bilaga 1 - Artikelöversikt.....	34

Inledning

Palliativ vård utförs främst på sjukhusavdelningar, inom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och på hospice. Cancer är en vanlig orsak till att en person är i behov av palliativ vård och en central del av den palliativa vården är symtomlindring och däribland lindring av smärta. Inom ASIH och hospice är personalen möjligen mer van vid att skatta och behandla svår smärta men även på sjukhusavdelningar behöver man vara väl förberedd på att smärtlindra patienter optimalt. Smärta är komplext och en subjektiv upplevelse, det kan bedömas på olika sätt och i litteraturen kan vi finna att smärta är en av de vanligaste orsakerna till att patienter söker vård. Trots detta är smärta ett ämne som inte får stort utrymme under sjuksköterskeutbildningen. Det är ett väldigt intressant och väsentligt ämne och vi vill därför fördjupa och utöka våra kunskaper kring det, då vi kommer bemöta detta komplexa fenomen oavsett var vi kommer arbeta i framtiden. Det krävs att sjuksköterskan har goda kunskaper i att kunna hantera smärta, hen har en oerhört väsentlig roll, därför är det högst aktuellt att undersöka mer om ämnet.

Bakgrund

Palliativ vård

Inom palliativ vård finns olika benämningar och uttryck formulerade såsom till exempel tidig och sen palliativ fas (Lindqvist & Rasmussen, 2014). I den tidiga palliativa fasen kan överlevnaden förväntas vara i flera år och målet med vården är att förlänga livet och att patienten upplever bästa möjliga kvalitet på livet. Det förekommer i den tidiga fasen att patienter får aktiv behandling i form av till exempel cytostatika vid cancersjukdom. Aktiv behandling förekommer inte i den sena fasen eftersom det inte längre anses ha någon mening. Överlevnaden förväntas också vara kortare i den sena fasen och målet med vården är fortfarande att patienten ska uppleva bästa möjliga kvalitet på livet, men med fokus på att kunna leva ett normalt liv den sista tiden (Lindqvist & Rasmussen, 2014). För att stödja sjuksköterskor har World Health Organisation (WHO, 2002) utformat riktlinjer för hur palliativ vård ska bedrivas. Palliativ vård ska kunna initieras i tidigt sjukdomsskede med aktiv behandling, symtomlindring är centralt tillsammans med att främja livskvalitet, tillgodose psykosociala och andliga aspekter, stödja patienter och närstående samt arbeta i team mellan professioner (WHO, 2002).

Omvårdnadsstrategier

Enligt WHO (2017) ska palliativ vård främja livskvaliteten hos svårt sjuka patienter, men ett stort problem är att sjukvårdspersonal inte har tillräcklig kunskap om hur vården ska bedrivas vilket i sin tur leder till att inte alla som behöver god palliativ vård får det. De belyser också att om den palliativa vården sätts in i rätt tid slipper patienten onödiga sjukhusinläggningar och minskar därför även belastningen på vården.

Som tidigare nämnts är enheter olika rustade för att bedriva god palliativ vård. Knappt tio procent av Sveriges befolkning avlider på hospice, slutenvårdsenheter som är specialiserade på palliativ vård eller inom ASIH. Övriga 90 procent avlider inom kommunal vård eller på andra sjukhusavdelningar. Inom palliativ vård finns det hjälpmedel både för att vården och dokumentationen ska bli så god som möjligt i form av en modell, de 6 S:n. De innefattar

självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, samtycke och summering (Lindqvist & Rasmussen, 2014).

Ett annat hjälpmedel för att den palliativa vården ska bli så god som möjligt är Liverpool Care Pathway (LCP) som är en vårdplan för patienter som endast har ett fåtal dagar kvar att leva. Förvirring, oro, illamående, andnöd, rosslighet och smärta är alla vanliga symtom i livets slut (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Smärta är enligt WHO (2017) ett av de mest förekommande och svåraste symtomen som förekommer inom palliativ vård.

Smärta

Definition av smärta

Bergh (2014) tar upp att smärta är den absolut vanligaste orsaken till varför människor söker sig till vården. International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärta som *“en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med faktiskt eller möjlig vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada.”* (s. 421).

Smärtfysiologi

När en vävnad skadas eller blir inflammerad måste denna information nå det centrala nervsystemet, ryggmärgen och hjärnan för att smärta ska kunna uppstå. Alla kroppens vävnader är anslutna till ryggmärgen via perifera nerver. Om känslan av en retning på kroppen uppstår, i form av en vävnadsskada betyder det alltså att informationen har nått medvetandet. Denna upplevelse består av både sensation och perception. Sensationen har ingen kategoriserad information och saknar därför mening, till skillnad från perceptionen, som består av tidigare upplevelser, kunskap och förväntningar (Haegerstam, 2008).

Alla vävnader och organ tillhandahåller någon form av känselnerver. De flesta av dessa aktiveras redan vid en relativt svag retning på kroppen, exempelvis höjning eller sänkning av temperaturen, ett lätt tryck på kroppen eller beröring. Däremot finns det andra känselnerver som reagerar först när vävnaden skadas. För att smärta ska uppstå vid denna skada måste vävnaden vara försedd med nociceptorer. Nociceptorerna finns i princip i alla vävnader i kroppen och aktiveras enbart av de starka retningarna, då när vävnaden skadas eller hotas av skada. Det kan exempelvis vara mekaniska, kemiska eller termiska retningar (Haegerstam, 2008).

Indelning av smärta

Smärta kan både uppkomma akut, men kan också te sig som ett långvarigt tillstånd. Den akuta smärtan kännetecknas som kortvarig och uppträder ofta i form av en akut vävnadsskada, exempelvis i samband med ett trauma eller operativt ingrepp. Den akuta smärtan kan ofta observeras genom kroppsliga reaktioner, som exempelvis hög puls och högt blodtryck, vidgade pupiller och/eller att huden är blek och kallsvettig. Den långvariga smärtan är däremot mer utdragen över tid, ibland till och med livslång och till skillnad från den akuta smärtan, saknas för det mesta också de kroppsliga reaktionerna. Smärta kan även delas in i fyra olika grupper som i det stora hela kan beskriva var smärtan uppkommer. De fyra olika grupperna är: nociceptiv, neurogen, idiopatisk och psykogen smärta (Bergh, 2014). Enligt Strang (2012) kan en patient med cancer uppfatta all smärta som cancerrelaterad, därför är det viktigt att upplysa dem om att även de kan drabbas av smärta av andra orsaker.

Cancerrelaterad smärta

Strang (2012) skriver att smärta kan vara det första symtomet som uppträder vid cancersjukdom. När det gäller cancerrelaterad smärta inom palliativ vård är fler än nio av tio patienter i behov av starka opioider under de sista veckorna i livet. I de flesta fall är smärtan behandlingsbar, trots det är patienterna ofta underbehandlade, vilket kan ha sin orsak i att kunskapsspridningen inte är tillräcklig. Problemet är komplext och det är därför viktigt att vårdteamet tas till vara och att målet för alla ska vara att patienten blir behandlad på bästa möjliga sätt.

Definitionen av cancersmärta är att den klassas som långvarig, det vill säga mer än tre månader och denna smärta kan påverkas av olika orsaker, därav är det viktigt att personalen ser till att försöka finna denna orsak och behandla utifrån det (Strong & Bennett, 2002). Cancersmärta skiljer sig åt på många sätt till skillnad från kronisk och icke cancerrelaterad smärta. Det skiljer sig på det sättet att lokaliseringen och karaktären av smärtan ändras sig betydligt oftare, då relaterat till sjukdom och behandling. Detta leder till att cancerpatienter kan uppleva många problem relaterat till smärta, samt att även andra symtom kan uppkomma, detta kan i sin tur leda till svårigheter i hur man ska behandla det. Cancersmärta kan delas in i tre olika typer av smärta, den vanligaste typen av smärta som cancerpatienter upplever är smärta som uppkommer när en tumör eller struktur växer eller ändras i kroppen. Den näst vanligaste typen uppkommer som biverkning av behandling, men smärta kan även förekomma som inte beror på någon av dessa orsaker (Strong & Bennett, 2002).

Smärta kan påverka det psykiska måendet negativt samtidigt som dåligt psykiskt mående kan orsaka mer smärta. Här kommer fördelarna med palliativt synsätt på vårdandet fram eftersom synen på smärta inom palliativ vård är bred och innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter. "Total pain" är ett begrepp som beskriver att det kan finnas flera olika orsaker till patientens lidande. Underbehandlad smärta kan orsaka hinder i det dagliga livet eftersom cancerrelaterad smärta är mycket energikrävande (Strang, 2012).

Patienter med cancer drabbas också ofta av genombrottssmärta som kan bero på att terapeutisk nivå på ett läkemedel är slut innan ny dos är administrerad. Det kan också vara rörelseutlöst, bero på inflammation, nervskada, psykologiska orsaker eller vara av okänd karaktär. Återigen är det viktigt att identifiera och behandla den bakomliggande orsaken (Strang, 2012). I en studie gjord av Webber, Davies och Cowie (2011) beskriver patienter att genombrottssmärta påverkar deras dagliga liv, en patient uttrycker att smärtan tar upp all uppmärksamhet och att hen inte kan tänka på något annat. Om genombrottssmärtan uppkommer plötsligt, upplever patienter att de tappar kontrollen över deras kroppar. Genombrottssmärtan gör också att patienterna blir nedstämda och den påminner om att de har en cancersjukdom (Webber, Davies & Cowie, 2011).

Behandlingsstrategi

WHO (2002) har utvecklat en strategi för att behandla cancersmärta i form av en steg utformad i fem steg. De första två stegen innebär att smärtstillande ska tas först och främst peroralt och efter en given tidsintervall för att terapeutisk dos av läkemedel ska vara uppnådd. Det tredje steget innefattar strategier i vilken ordning smärtstillande bör ges. Först bör icke-opioid administreras, om inte det är tillräckligt bör en opioid som behandlar mild till måttlig smärta ges, exempelvis kodein. Om inte det heller är tillräckligt för att lindra smärtan bör en opioid som behandlar måttlig till svår smärta ges, exempelvis morfän. Steg fyra innebär att om effekt fortfarande inte är uppnådd kan tilläggsbehandling vara nödvändig i form av exempelvis ångstdämpande läkemedel. Fortsättningsvis innebär steg fem att det inte finns

någon standarddos gällande opioider utan att en patient bör få den dos som är smärtlindrande för just den patienten. Vikt läggs på att smärtstillande läkemedel bör administreras regelbundet och det bör finnas skriftligt underlag för strategierna för smärtbehandlingen som både patient och närstående kan läsa (WHO, 2002). Det kan enligt Strang (2012) finnas en missuppfattning hos sjuksköterskor att opioider är farliga och att man inte ska börja med det för tidigt, detta är därför en viktig barriär att eliminera för att smärta ska kunna behandlas optimalt. En patient som är väl insatt i sin behandling har också bättre förutsättningar för att följa den, det gäller också icke-farmakologiska behandlingar (Strang, 2012).

Patientens perspektiv

Upplevelse av smärta

Att människan är unik, att människor är olika och därför också upplever olika är uttalande som Joyce Travelbee beskriver kring människosynen i sin omvårdnadsteori (Kirkevold, 1994). Smärta är en subjektiv upplevelse och alla människor upplever smärta på olika sätt (Bergh, 2014). Patienters upplevelser av cancersmärta kan beskrivas som stickningar, obehag, svidande känslor och att de kan upplevas som obeskrivliga. De lyfter även den psykiska påfrestningen som uppstår på grund av smärtan, som patienterna upplever går ut över deras vardagliga liv (Korhan, Yildirim, Uyar, Eyigör & Uslus, 2013).

Patienters upplevelser av hur personalen ska hantera deras smärta är att de vill ha en fungerande kommunikation med sjuksköterskan, vara välinformerade och att det ska finnas en strukturerad plan. Detta för att de ska få en ökad förståelse för hur de ska hantera sin smärta. Det är också viktigt för patienter att de har förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen och att de blir betrodda vilket kan uppnås genom god kommunikation. Patienterna förklarar förtroende som en känsla av trygghet och att de upplever att det bidrar till att de vill vara delaktiga i sin egen smärthantering (Boström, Sandh, Lundberg & Friberg, 2004).

Patienter kan på grund av smärta uppleva att de är beroende av exempelvis familj och vänner, då smärtan leder till att de inte kan klara sig själva. De kan också uppleva det som betydelsefullt att finna stöd i familj eller tro för att kunna upprätthålla ett slags hopp. De upplever också en fysisk nedsättning, det vill säga att de enbart kan ligga stilla i sin säng, då de inte kan röra kroppen på grund av smärtan. Psykisk påfrestning som dysterhet, olycklighet, ledsamhet och självkritik kan också förekomma. Patienter kan också uttrycka en känsla av att de befinner sig närmare döden, på grund av sin smärta (Korhan et al., 2013).

Lidande

Under normala förhållanden leder smärtimpulser till lidande, däremot finns det ett antal olika steg mellan en uppkommen vävnadsskada och lidandet. Det går inte att under alla omständigheter anta att smärta orsakar något lidande och att lidandet inte heller orsakas av smärta. Det är ibland komplicerat att förstå varifrån smärtan kommer och det är därför svårt att bedöma om smärtupplevelsen hos en människa kommer från en befintlig eller obefintlig skada (Haegerstam, 2008).

Smärta är en varningssignal för kroppen som vill tala om att någonting är fel rent biologiskt (Haegerstam, 2008). Samtidigt som Bergh (2014) beskriver att smärta också kan vara psykogen, som kan förekomma vid olika psykiska sjukdomar. Lidandet är också en varningssignal, som talar om att någonting är fel på ett psykiskt och andligt plan. Trots att det lyfts upp om och om igen trycker fortfarande den moderna människan bort de andliga och psykologiska faktorernas betydelse. Lidandet behöver dock inte bara ses som en

varningssignal, utan kan även betraktas som positiv drivkraft (Haegerstam, 2008). Uppfattningen om lidandet som negativt eller något som kan ha en mening skiljer sig enligt Wiklund Gustin (2014) mellan forskare. Enligt skönlitteraturen är det väldokumenterat att det kan uppmuntra och inspirera människan (Haegerstam, 2008). Det står i enlighet med det Kirkevold (1994) skriver, att lidandet kan bidra till en personlig utveckling. Enligt Willman (2014) upplever varje person som söker vård någon form av lidande och att det är upp till personen själv att välja hur hen ska förhålla sig till det.

Cancerpatienters upplevelser av lidande sammanfattas bland annat till kategorin det oundvikliga och undvikbara lidandet (Ellis, Cobb, O'Connor, Dunn, Irving & Lloyd-Williams, 2015). För vissa av patienterna är lidandet en helt normal del av livet och en patient ställer sig frågandes till varför personer med cancer skulle lida mer än någon annan. Patienten menar att alla människor, oavsett sjukdom utsätts för någon form av lidande överlag i livet och det är därför ingen betydlig skillnad. Det finns även de patienterna som upplever att lidandet kan lindras eller till och med undvikas och att ett starkt mentalt psyke då kan vara behjälpligt. Två andra kategorier som belyses är fysiskt och känslomässigt lidande samt lidandet som förlust (Ellis et al. 2015).

Att lida innebär inte bara att vara sjuk utan kan som tidigare nämnts också påverka en person kroppsligt och andligt vilket karaktäriserar patientens perspektiv (Wiklund Gustin, 2014). Det finns enligt litteraturen olika former av lidande som sjuksköterskan kommer i kontakt med. Sjukdomslidande som är kopplat till diagnos, symtom eller behandling, vilket sjuksköterskan ofta möter i vårdmötet. Livslidande kan vara relaterat till sjukdom, trauma eller till en längre tid av känsla av att inte bli uppmärksammas eller bekräftad. Vårdlidandet är sjuksköterskans uppgift att motverka genom att jobba för att patienter inte blir kränkta eller bortglömda, detta kan drabba även anhöriga till patienten. Sjuksköterskan ansvarar för att lindra lidande men även patienten behöver ta eget ansvar för sin situation (Wiklund Gustin, 2014).

Delaktighet

Delaktighet är en viktig del i hälsofrämjande omvårdnad (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) vad gäller delaktighet ska vården i största möjliga mån vara utformad genom samråd med patienten, patienten ska vara delaktig i den mån patienten själv vill och har möjlighet. Det kan även vara aktuellt att inkludera närstående i att vara delaktiga i vårdandet om det inte finns hinder till detta i form av sekretess eller tystnadsplikt.

En patient kan alltså vara delaktig i vården på olika sätt och i olika utsträckning, för att patienten ska kunna uttrycka sin vilja är det återigen viktigt att som sjuksköterska föra en dialog med patienten. Genom dialog kan sjuksköterskan få reda på vad patienten vill vara delaktig i när det gäller exempelvis att fatta beslut om det fortsatta vårdandet och vilka behov patienten har för att kunna vara delaktig. Kunskap, förståelse och resurser är aspekter som har visat sig spela in i hur en patient vill vara delaktig i sin vård, därför är det också viktigt att kommunikationen mellan teamet av vårdare och patient fungerar. Det leder i sin tur till att patienten ges förutsättningar till att vara med när det ska fattas beslut angående vården som bedrivs (Eldh, 2014).

Vårdrelationen

När man pratar om en vårdrelation betyder det, enligt Snellman (2014), ett möte mellan två personer, vilket inkluderar vårdaren och patienten. En vårdrelation kan både vara vårdande och icke-vårdande, vilket då kan påverka patienten på antingen ett gott eller ont sätt. Det är viktigt att vårdaren skapar relationen till att den blir vårdande och att den medför gott för patienten. Bubers relationsfilosofi (1962, 1988) lyfter betydelsen av att skapa en jag - du relation, vilken bygger på ömsesidighet, jämlikhet och acceptans. Det viktiga är att vårdaren har potential för att kunna skapa denna relation. För att det ska ske behöver vårdaren visa en personlig närvaro, vilket innebär att vårdaren ser personen framför sig som en helhet och inte bara utifrån ett medicinskt synsätt. Vårdaren bör också visa att hen har förståelse för och ett engagemang att sätta sig in i patientens problem. Det är också viktigt att lyssna på patientens berättelse, visa att hen får vara delaktig och att det kan skapas en äkta dialog mellan parterna. Vårdaren möter emellanåt svåra upplevelser i dessa möten, men det är då viktigt att komma ihåg att det är patienten som har det svårast. Vårdaren kan då finnas till för att stötta och visa att det är accepterat för patienten att få visa känslor och få tala om det som känns svårt (Snellman, 2014).

Sjuksköterskans perspektiv

Omvårdnad

Sjuksköterskans arbete präglas enligt Florin (2014) av att göra gott och föra individanpassad vård. Till sin hjälp har hen omvårdnadsprocessen att utgå ifrån för att individualisera omvårdnaden. Omvårdnadsprocessen sker utefter fem steg som kan illustreras i en cirkel men som inte nödvändigtvis måste gå hela cirkeln runt hela tiden. Det är en process som kan behöva omvärderas flera gånger. Utgångspunkten är *datainsamlingen* där relevant information om patienten samlas in, utefter det analyseras problem eller resurser som senare utformas till en *omvårdnadsdiagnos*. Därefter ska vården *planeras* och *genomföras* utifrån evidensbaserad omvårdnad och patientens önskemål. Slutligen sker en *utvärdering* av vården för att se vad den har haft för effekt på patientens hälsa. Sjuksköterskan ska utifrån ett kritiskt förhållningssätt ta ställning till om det är möjligt att ta nästa steg i processen eller om det finns punkter som behöver omvärderas (Florin, 2014).

Sjuksköterskans roll vid behandling av cancersmärta är att dels ha sin egen vårdande roll men också att samordna, eliminera barriärer, undervisa patienter och närstående samt dokumentera och utvärdera vården (Strang, 2012). En patient pratar ofta om olika saker med olika professioner och därför är teamarbetet viktigt. Det kan exempelvis förekomma att en patient underrapporterar förekomst av biverkningar vid samtal med läkare men inte med sjuksköterskan, då kan vårdteamet samordna sig för att göra behandlingen optimal (Strang, 2012).

Smärtskattning

Bergh (2014) skriver att bedöma och mäta smärta hos patienter är en utav sjuksköterskans huvuduppgifter där även bemötandet har en avgörande betydelse för en senare lyckad smärtbehandling. Lindqvist och Rasmussen (2014) tar upp att sjuksköterskan dels ska identifiera och analysera, men också följa upp och utvärdera symtom över tid. För att kunna bedöma smärta optimalt finns det olika instrument och frågeformulär. Två utav de vanligaste hjälpmedlen för patientskattning är Visuellt Analog Skala (VAS) och Numeric Rating Scale

(NRS). Dessa skalor innebär att patienten själv får smärtskatta på skalorna mellan 0 - 10, där 0 är ingen smärta alls och 10 är värsta tänkbara smärta. En vanlig skala som är utmärkande inom den palliativa vården är Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Denna skala utgår från nio symtom som skattas enligt VAS och ett tionde symtom som patienten själv får välja. Förutom dessa instrument, är den viktigaste och mest betydelsefulla bedömningen att utöva ett samtal med patienten (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Sjuksköterskan får då en ökad och bättre förståelse utifrån patientens besvär och problem. Det är då viktigt att sjuksköterskan tänker på att ge utrymme för patientens berättelse innan hen kommer med sin egen expertiskunskap. Dessa ovannämnda metoder kan kombineras för att på bästa sätt kunna smärtbedöma patienten. Sjuksköterskan kan då lättare bilda sig en uppfattning av situationen (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Lindqvist och Rasmussen (2014) hävdar att sjuksköterskan kan lindra smärta hos de flesta patienterna i livets slutskede och att det är viktigt att ta reda på grundorsaken till smärtan genom smärtbedömning. Med det menar de att det är av betydelse att som sjuksköterska ta hänsyn till att det kan finnas en eller flera faktorer som påverkar denna smärta. Smärta kan dels uppkomma från patientens grundsjukdom, biverkningar av dess eventuella behandling, nytillkomna eller tidigare sjukdomar. Det är också viktigt att inkludera den psykiska och emotionella smärtan som kan uppstå hos dessa patienter.

Om en sjuksköterska i sitt bemötande antyder sig till att inte tro på patientens upplevelse av smärta anses det att sjuksköterskan har kunskapsbrist (Bergh, 2014). Om sjuksköterskan inte heller kan bemöta patienten på ett värdigt sätt blir det svårare att upprätthålla en god kontakt vilket också kan försvåra en framtida god behandling. Därför är kunskaper kring ett gott bemötande lika viktigt som att ha kunskaper om hur en smärtbedömning går till utifrån skalor (Bergh, 2014).

Faktorer som kan påverka den palliativa vården

Gagnon och Duggleby (2014) finner genom sin litteraturöversikt att sjuksköterskor kan uppleva vård i livets slutskede som svårt. En utmaning finns på arbetsplatser där både patienter i behov av palliativ vård och patienter med kurativ behandling vårdas. Det finns då inte tillräckligt med tid för att samtala med patienter i behov av palliativ vård och etablera en bra relation. Även vid de tillfällen det finns tid kan bristande möjligheter till att samtala privat eller om andliga problem utgöra ett hinder för att bästa möjliga vård ska kunna bedrivas. För att inte påverkas för mycket emotionellt ses det som viktigt att balansera nivån av hängivenhet och obundenhet i vårdandet. En lugn och smärtfri död anses vara det optimala även fast det kan vara svårt, detta kan orsaka en känsla av frustration bland personalen. Även vid tillfällen där teamet inte är överens om behandlingar kan sjuksköterskan känna sig frustrerad, det kan vara om hen upplever att den behandling som ges inte har någon mening. Sjuksköterskor upplever också att klinisk erfarenhet är en viktig del i att känna sig trygg med vårdandet av patienter i behov av palliativ vård.

Problemformulering

Att smärta är komplext är något som har uppmärksamats i kliniskt arbete och sjuksköterskor ställer sig undrandes till om de monitorerar den tillräckligt. Tidigare forskning bekräftar att smärta hos cancerpatienter är underbehandlat, smärta identifieras inte på ett optimalt sätt och många lider därför helt i onödan. Sjuksköterskans utmaning blir att individualisera bedömningen och behandlingen av smärta. Sjuksköterskan behöver därför all kunskap hen kan få för att kunna hantera patienternas smärta optimalt och minska lidandet. Detta är viktigt

men också en utmaning där klinisk erfarenhet är värdefull men den teoretiska grunden också är ett viktigt redskap. Litteratur visar att patienten underrapporterar smärta, samt att sjuksköterskan undanhåller information för patienten relaterat till bedömningen av hens smärta. Sjuksköterskor kan också ha olika uppfattningar om hur patientens lidande lindras på ett optimalt sätt. Detta kan vara ett problem då vården ska vara likvärdig och tillgänglig för alla och därför anses det högst relevant att undersöka vilka uppfattningar sjuksköterskor har om smärtbedömning.

Syfte

Att identifiera sjuksköterskors uppfattningar om smärtbedömning hos vuxna personer inom palliativ vård med cancersmärta.

Metod

Enligt Fribergs (2012a) rekommendation är metoden utformad utefter rubrikerna "Litteratursökning" och "Analys". Även förförståelse och etiska överväganden är inkluderade som egna kategorier i metoden.

Litteratursökning

Segesten (2012a) skriver att den mest relevanta metoden för att undersöka ett område, både utifrån kvalitativa och kvantitativa aspekter är litteraturöversikt, därav har den metoden valts. Metoden ansågs också bäst lämpad för tillgången av tid för examensarbetet. Databaserna som valts var Cinahl, PubMed och Scopus eftersom att koppling till omvårdnad och medicin fanns (Karlsson, 2012). Även AMED har använts då den inriktar sig på palliativ vård (Karlsson, 2012).

Relevanta sökord som har använts är pain, cancer pain, palliative, palliative care, nurse*, perception, perceptions, nurse perceptions, nurse attitudes, nurses' attitude, attitude of health personnel, professional och qualitative. Friberg (2012a) menar att den mest relevanta kombinationen för att finna artiklar som besvarade syftet ska nämnas och det var i detta fall pain och palliative care. Samtliga sökord har använts i alla databaserna. Karlsson (2012) tar upp två relevanta system, svensk MeSH och Cinahl Headings, vilka har använts som hjälpmedel för att ta fram relevanta sökord till studiens artikelsökning. Till en början genomfördes sökningen utifrån en bred aspekt för att finna vad som hade forskats inom området. Sökord kombinerades sedan till för att smalna av mot syftet, slutligen gjordes en bredare sökning för att säkerställa att inga relevanta artiklar missats.

Friberg (2012a) skriver att inklusionskriterier, exklusionskriterier och begränsningar är väsentliga delar att beskriva i tillvägagångssättet i artikelsökningen. Genom samarbetet med avdelning 604 inriktades sökningen på att artiklarna skulle inkludera sjuksköterskor som arbetade inom palliativ vård och cancersmärta var huvudämnet som undersöktes. Även artiklar där övrig hälso- och sjukvårdspersonal medverkade inkluderades, men då valdes endast sjuksköterskornas uttalanden ut till denna studies resultat. I sökningarna där palliativ vård var ett inkluderingskrav fanns inte signifikant mängd artiklar och därför inkluderades artiklar endast inriktade på cancersmärta i studien, detta var inte önskvärt men nödvändigt för att uppnå signifikant mängd artiklar. Därav inkluderades fyra artiklar som inte har inriktning till palliativ vård.

På samtliga sökningar gjordes begränsning i form av peer reviewed och publiceringsdatum tidigast 2007 för att få fram den mest aktuella forskningen. I fem av sökningarna gjordes begränsningen till engelskspråkiga artiklar, i de andra sökningarna valdes artiklar publicerade på andra språk än engelska bort under granskningen på grund av okunskap i det publicerade språket. Studier gjorda där sjuksköterskor vårdar demenssjuka patienter exkluderades då bedömningen av smärta i den patientgruppen inte är likvärdig med bedömning av smärta hos patienter utan demenssjukdom. Även artiklar som endast fokuserade på smärta och barn valdes bort då de inte vårdas på likvärdig vårdavdelning och vården därmed inte är densamma som på vuxna. Artiklarna har granskats enligt Röda Korsets högskolas granskningsmall för vetenskapliga artiklar (Röda Korsets högskola, u.å). Totalt inkluderades tolv artiklar i studien, där hälften var kvalitativa och hälften var kvantitativa. Valda artiklar redovisas i Tabell 1-4.

Analys

Litteraturstudien utgick ifrån olika steg, en identifiering av ämnet, datainsamling, granskning av artiklarna utifrån ett kritiskt förhållningssätt, samt en mer djupgående analys av de utvalda artiklarna. Artiklarnas syfte och resultat var av stor vikt i sökandet av artiklar, kopplingen till att denna studies syfte skulle kunna besvaras var väsentligt. Efter kritisk granskning av kvalitet och innehåll kunde tolv artiklar väljas ut som ansågs vara av relevans för studien. Granskning gjordes, som nämnt ovan, med hjälp av Röda Korsets högskolas granskningsmall. En mer djupgående granskning gjordes sedan av artiklarnas helhet. En tredjedel av valda artiklar ansågs vara av hög kvalitet och resterande av god kvalitet.

Analys av valda artiklars resultat identifierades först i teman i respektive artikel för att sedan enligt Fribergs (2012b) rekommendation kunna identifiera likheter och skillnader mellan artiklarna. Därefter analyserades gemensamma teman i de olika artiklarna och nya teman skapades. Ytterligare analys av resultatet gjordes för att säkerställa att innehållet belyste samma sak under relevant rubrik (Friberg, 2012b). Under sammanställning av temana var strävan att skapa så få antal teman som möjligt, för att kunna förtydliga temanas och därmed denna studies resultats verkliga innebörd. Att namnge de olika temana skulle spegla och ha en koppling till syftet. Totalt kunde sju teman redovisas utifrån artiklarnas resultat. Artikelöversikt över valda artiklar redovisas i Bilaga 1.

Förförståelse

Priebe och Landström (2012) skriver att tidigare erfarenheter inverkar på forskare, varför det är viktigt att reflektera över sin egen förförståelse. Att smärta är ett komplicerat område var en uppfattning hos författarna sedan tidigare, både via kunskaper från utbildningen men också erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning. Detta kan möjligen ha påverkat vilka artiklar som inkluderats i studien. Artiklar som redovisar barriärer inom cancersmärta kanske fångade författarnas intresse i urvalsprocessen mer än artiklar som enbart belyser positiva uppfattningar hos sjuksköterskor. För att minska risken för att författarnas förförståelse skulle påverka resultatet, exkluderades inga resultat från valda artiklarna, oavsett om sjuksköterskornas uppfattningar var positiva eller negativa.

Etiska överväganden

Av de 12 utvalda artiklarna hade nio stycken etiskt godkännande, två av artiklarna hade det inte, men det ansågs inte nödvändigt eftersom alla sjuksköterskor lämnade informerat samtycke och ingen patientdata analyserades. I en artikel benämns inte något alls om etiska överväganden. Då detta är en litteraturöversikt har etiskt tillstånd för genomförande av studien inte varit väsentlig.

Resultat

Vid granskning av resultatet i valda artiklar hittades sju teman utifrån sjuksköterskors uppfattningar avseende cancersmärta. Dessa teman förtydligas i Figur 1. Då inkluderade artiklar är publicerade på engelska är de noggrant översatta vid genomgång av innehållet. En term som benämns i några artiklar är ”background pain” vilket har översatts till bakgrundssmärta och innefattar den smärta som patienter upplever över tid till skillnad från genombrottssmärta som kommer mer plötsligt.

Figur 1. Teman



Olikheter i definition av smärta

I Garcia, Whitehead och Winters (2015) kvalitativa studie intervjuades sjuksköterskor om deras uppfattningar kring smärthantering. Sjuksköterskornas uppfattningar om cancersmärta i stort var att det sågs som ett komplext område, problematiskt att behandla och olikheter fanns mellan patienter. Liknande resultat hittades i en kvalitativ studie gjord av Soden, Ali, Alloway, Barclay, Perkins och Barker (2010) som undersökte sjuksköterskors hantering och bedömning av genombrottssmärta hos patienter med cancer. Sjuksköterskorna ansåg det inte vara självklart vad genombrottssmärta innebär, någon trodde att det var när bakgrundssmärtan

inte var välbehandlad och en annan när smärtan som annars kunde behandlas på ett visst sätt ändå ökade. Genombrottssmärta ansågs också ofta vara kopplad till ångest. Svårigheter sågs också i studien som Fitch, McAndrew och Burlein-Hall (2013a) genomförde, där ungefär en tredjedel av sjuksköterskorna var osäkra på hur ofta genombrottssmärta förekom. Bland de som var osäkra fanns mestadels sjuksköterskor med mer än 20 års erfarenhet. En större andel av sjuksköterskorna ansåg att patienter hade bakgrundssmärta mesta delen av tiden. Många var osäkra på hur lång tid det tog för genombrottssmärta att nå sin peak och hur länge det kunde vara. Bhatia, Gibbins, Forbes och Reid (2014) fann i sin kvalitativa studie att det även kunde finnas olikheter i användandet av termer för hantering av smärta som exempelvis smärtskontroll och smärthantering samt att målen kunde vara att patienten skulle vara smärtfri eller att smärtan inte skulle påverka det dagliga livet. Det fanns ingen klar bild över hur smärta skulle hanteras och vad smärtskontroll var (Bhatia et al., 2014).

Behandlingsalternativ och verktyg

Systematisk bedömning av smärta och användande av smärtskattningsinstrument ansågs vara tidskrävande och inte alltid relevant (Soden et al., 2010; Bhatia et al., 2014). Enligt Fitch et al. (2013a) använde en tredjedel av sjuksköterskorna inte smärtskattningsinstrument trots att de som använde det hade högre grad av självförtroende i hantering av genombrottssmärta. Sjuksköterskorna uppfattade också att patienter i vissa fall hade svårt att använda sig av skalorna för att skatta sin smärta (Soden et al., 2010; Bhatia et al., 2014). Sjuksköterskor kunde istället fråga patienten om ett visst preparat brukar fungera (Bhatia et al., 2014).

Andra svårigheter enligt Soden et al. (2010) angående att bedöma en patients smärta kunde vara att sjuksköterskan inte ville fråga om smärta för att det kunde få patienten att tro att sjukdomen är värre om hen upplever mer smärta än tidigare. Till skillnad från det fann Hughes, Closs, Flemming och Bennett (2014) i sin studie att sjuksköterskors åsikter gällande att patienterna själva skulle hantera och bedöma sin smärta att det var önskvärt och uppnåeligt. Men de fick också fram åsikten att det kunde vara problematiskt. Det som oroade sjuksköterskorna var om patienten inte skulle ha förmågan eller ha en begränsad kunskap för att kunna självhantera sin smärta, som i sin tur då kan leda till ofullständig smärtlindring (Hughes et al., 2014).

Phillips, Lovell, Luckett, Agar, Green och Davidson (2015) lyfte från deras kvantitativa studie att en vanlig barriär för sjuksköterskorna i deras smärthantering var svårigheter i att försöka implementera icke-farmakologiska åtgärder. Till skillnad från det skriver Soden et al. (2010) att det var vanligt att använda icke-farmakologiska metoder som värme, TENS och avslappningsövningar för att hantera smärtan. Det fanns kunskap hos sjuksköterskor om bredden i behandling men ofta saknades struktur och patienten fick önska behandlingsmetod efter sina erfarenheter. Det ansågs ibland bidra till en placeboeffekt att de själva fick vara delaktiga i val av behandling. En del sjuksköterskor upplevde också att det var svårt att hantera smärtan med nya preparat (Soden et al., 2010). Andra svårigheter relaterat till administrering av läkemedel identifieras (Fitch, McAndrew & Burlein-Hall, 2013b). Svårigheter i administreringen vad det gällde genombrottssmärta ansågs relaterat till sväljsvårigheter, behov av assistent vid administrering, munsår och torr mun. Följsamhet i behandling var oftast bra men kunde försvåras på grund av att smärtan inte var svår nog, mediciner inte gav tillräcklig effekt eller verkade långsamt, kostnader och att medicin verkar längre än genombrottssmärta i sig (Fitch et al., 2013b).

Hinder

Sjuksköterskor upplevde enligt Phillips et al. (2015) att de inte alltid kunde smärtlindra patienter optimalt på grund av patienternas avstånd till vården. Andra orsaker som också påverkade sjuksköterskors hantering av smärta var ekonomiska orsaker och brist på mediciner (Seyedfatemi, Borimnejad, Mardani Hamooleh, & Tahmasebi, 2014). Bristen på mediciner var en tänkbar orsak till att sjuksköterskorna försökte lindra smärtan genom icke-farmakologiska metoder. Detta påverkade i sin tur också att patienterna oroade sig för att bli utskrivna. De upplevde att de behövde vara kvar på sjukhus för att de skulle kunna ha en möjlighet till att få opioider regelbundet (Seyedfatemi et al., 2014).

När det gällde symtom och smärtbehandling saknades det förståelse bland sjuksköterskor, det fanns åsikter om att sjukdomens utveckling inte påverkar strategier i smärtbehandling (Ly Thuy, Yates, & Osborne, 2014). Det fanns även åsikter att smärtstillande läkemedel orsakar beroende och att det är problematiskt (Al Khalaileh, & Al Qadire, 2012; Ly Thuy et al., 2014). Att förmågan att upptäcka nytillkommen smärta minskade och att effekten av läkemedlen skulle minska vid upprepad administrering var också vanliga åsikter (Al Khalaileh et al., 2012).

Ett annat hinder som sågs hos sjuksköterskorna i studien gjord av Phillips et al. (2015) var att behöva övertyga patienterna till medicinerings när patienterna själva inte ville ta emot preparatet. Detta kunde bero på att patienter är rädda för biverkningar eller beroendutveckling (Garcia et al., 2015; Fitch et al., 2013b). Det kunde också finnas motstånd från kollegor till förskrivning och administrering av vissa läkemedel. Kollegorna kunde ha otillräcklig kunskap och exempelvis var rädda för att vissa narkotika-preparat var för starka för patienterna (Phillips et al., 2015).

Ungefär en tredjedel av sjuksköterskorna i studien Fitch et al. (2013a) genomförde ansåg att det var svårt att skilja mellan genombrottsmärtan och bibehållen terapeutisk nivå av behandling av bakgrundssmärtan. Begränsat med utbildning angående smärtbedömning, smärtfarmakologi och smärtlindring var en barriär som sjuksköterskorna uttryckte och de var öppna och villiga till att få lära sig mer (Garcia et al., 2015).

Krav

Sjuksköterskorna uttryckte att de hade höga förväntningar på sig själva och att de kände att de alltid vill prestera sitt bästa (Garcia et al., 2015). Det ansågs också att det var viktigt att ha en holistisk syn vid bedömningen av smärtan för att få hela bilden klar (Soden et al., 2010).

I en kvantitativ studie studerades både läkares och sjuksköterskors uppfattningar om smärthantering. Resultat delger där att varje gång som sjuksköterskorna gick runt till patienterna bedömde de deras smärta tre gånger oftare än vad läkarna gjorde. Det framkom också att sjuksköterskorna kontrollerade allt som rör smärtbedömningen oftare och en större andel sjuksköterskor var noggrannare med att dokumentera smärtbedömningen än läkarna (Jho, Kim, Kong, Kim, Choi, Nam, . . . Park, 2014).

Garcia et al. (2015) fann att sjuksköterskorna ofta uttryckte frustration och maktlöshet när det gällde smärthantering. En faktor som påverkade var att de upplevde att det inte fanns tillräckligt med tid (Garcia et al., 2015; Fitch et al., 2013b; Jho et al., 2014). Det tas också upp att sjuksköterskorna var väl medvetna om att icke-farmakologiska åtgärder har betydelse, men att krävande arbetsmiljöer hindrade till att utföra dessa åtgärder (Garcia et al., 2015).

Formulerade skriftliga mål

Sjuksköterskor ansåg enligt Bhatia et al. (2014) att målet med smärthantering var att kunna bevara funktion, finna orsak till smärta, förklara för patienten vad sjuksköterskor ville uppnå, formulera en plan, se till att patienten fick bra nattsömn och kunna hantera tilltagande smärta effektivt. Alla hade det inte som mål att göra patienten smärtfri, men de som hade det som mål var däremot ense om att det inte alltid gick att genomföra. Sjuksköterskor pratade inte alltid med patienterna om vilka mål de hade utan fick fram den informationen under samtal om annat, de kunde anta att patienterna ville bli av med smärtan eller att smärtan inte skulle påverka patienterna för mycket. Samtidigt fann Soden et al. (2010) att en del sjuksköterskor upplevde att det inom vårdteamet fanns en uppfattning om att det är bättre att patienterna har genombrottssmärta än att de ges för stora doser smärtstillande. Det fanns uppfattningar om att den palliativa vården hade ändrat riktning på senare tid från maximal komfort-minimal inverkan, till användande av flera olika preparat till att behandla smärta. Detta istället för att försöka optimera behandlingen av färre preparat. Sjuksköterskor satte inte upp ouppnåeliga mål med patienter för att de inte skulle riskera att de blev besvikna om målet inte uppnåddes (Bhatia et al., 2014). De kunde däremot ha ett högre mål uppsatt för sig själva i deras hantering av patienters smärta (Bhatia et al., 2014). Sjuksköterskor ansåg också att smärta ibland kunde vara svårt att kontrollera och att det var grundläggande att teamet arbetade tillsammans och hade en plan för att hantera patientens smärta (Soden et al., 2010).

Självförtroendets spegling i arbetsrollen

En del sjuksköterskor upplevde att de hade ett gott självförtroende när det gällde bedömning av smärta och att det inte var några problem. De kunde även se sig själva som patienternas advokater gentemot fruar eller läkare samtidigt som det fanns patienter som inte rapporterade symtom till sjuksköterskan utan istället till anhöriga (Soden et al., 2010).

I den studie som Fitch et al. (2013b) genomförde framkom det att de sjuksköterskor som ansåg sig vara antingen måttligt eller extremt säkra på att ge råd till patienter angående genombrottssmärta var mer benägna att ha diskussioner om smärthantering med alla patienter. Av de som diskuterade genombrottssmärta med alla patienter ansåg fler att de trodde att patienter var nöjda med behandlingen än de som bara diskuterade det med några patienter. 62% av sjuksköterskorna ansåg sig vara måttligt eller extremt säkra i att ge råd till patienter angående genombrottssmärta. Vid identifiering av vad som skulle öka självförtroendet i patientundervisning avseende genombrottssmärta fann forskarna att hjälpmedel i patientundervisning var önskvärt (Fitch et al., 2013b). Sjuksköterskorna önskade också mer utbildning för att upprätthålla kunskaper inom smärthantering (Fitch et al., 2013b; Phillips et al., 2015).

Betydelsen av en vårdande vårdrelation

Ärlig och pålitlig relation mellan sjuksköterskor och patienter var viktigt för majoriteten av deltagarna i studien som Bhatia et al. (2014) genomförde. Detta ansågs viktigt för att inte patienten skulle känna sig sviken om smärtan inte minskade i den utsträckning behandlingen var avsedd att göra. Det fanns också en uppfattning bland sjuksköterskorna att det inte var någon brådska att hantera smärtan och att de inte endast ville komma med tabletter utan de ville försöka bygga upp en relation med patienten. Personcentrering och partnerskap identifierades som viktigt och det fanns en vilja att stärka patienten i sin smärthantering. Att

smärtan var hanterbar ansågs också vara mer viktigt än att smärtan blev optimalt behandlad (Bhatia et al., 2014). Hughes et al. (2014) lyfter också detta, att patienterna själva skulle hantera sin smärta och fick fram att sjuksköterskor var positiva till det, varpå de menade att patienternas autonomi därigenom kunde öka. Patienterna kunde då få mer kontroll över sin egen kropp och de blev inte lika beroende av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna tog upp att det kändes orättvist att diskutera patienternas smärtproblematik utan patienternas egna synpunkter. Patienterna känner sin egen kropp bäst och därför upplevde sjuksköterskorna att det skulle underlätta om patienterna blev mer delaktiga. Sjuksköterskorna lyfte att det skulle bli lättare att kunna diskutera med patienten och få ett bättre samarbete genom patientens delaktighet, för att då till exempelvis kunna ta fram relevanta smärtlindringsmetoder (Hughes et al., 2014).

Seyedfatemi et al. (2014) lyfte att det för sjuksköterskan handlar om att se till den fysiska smärtan men också psykologisk empowerment. Den fysiska smärtan kunde dels lindras genom medicinering, men det var också viktigt att se till dem mentala aspekterna (Seyedfatemi et al., 2014; Garcia et al., 2015). Enligt Seyedfatemi et al. (2014) kom vikten av kommunikation till uttryck, sjuksköterskorna upplevde att genom att ha en dialog med patienterna kunde det leda till lindring av deras fysiska smärta. Cordeiro, Beuter, Roso och Kruse (2013) framhävde också de enkla omvårdnadsåtgärderna som betydande såsom dialog med patienten, finnas till för att lyssna samt närhet. Vård av hygien och näring var också viktiga åtgärder (Cordeiro et al., 2013). Att skapa en god relation och kommunikation med patienterna sågs som alternativ till att patienterna inte skulle behöva mer medicinering (Seyedfatemi et al., 2014; Bhatia et al., 2014). Jho et al. (2014) beskrev också att sjuksköterskorna uttryckte att en otillräcklig kommunikation med patienten försvårar bedömningen av smärta och att patienten ofta underrapporterade smärta. Samtidigt ansåg sjuksköterskorna att innebörden av medicineringen var självklar, eftersom den också innebar en stor lättnad för patienterna (Seyedfatemi et al., 2014; Cordeiro et al., 2013). En annan aspekt som sjuksköterskorna tog upp var att försöka reducera patienternas stress och oro som en åtgärd. Att kunna förstå patienternas aggressivitet gentemot deras smärta och att vara en god lyssnare ansågs som väsentligt (Seyedfatemi et al., 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Litteraturöversikten anses ha kunnat svara på syftet och var relevant vad det gällde den avsatta tiden för examensarbetet. Kvalitativ metod kanske hade varit mer lämplig för att finna uppfattningar hos sjuksköterskor och också relevant då avdelning 604 fanns knuten till examensarbetet och intervjuer möjligen kunde ha genomförts med sjuksköterskorna där. Dock ansågs tiden som en för stor begränsning för att genomföra en kvalitativ metod, därför valdes istället en litteraturöversikt.

Det är viktigt att reflektera över studiens validitet (Gunnarsson & Billhult, 2012). Validiteten, alltså att studien mäter det den är avsedd att göra stärks genom att författarna kontinuerligt har lagt vikt vid att svara på syftet, även tillgången till handledare anses stärka validiteten. Trots att en kvalitativ metod kanske kunde ha givit andra resultat, så har sjuksköterskor varit deltagare i varje artikel vilket motsvarar urvalet och stärker därför också studiens validitet. I de artiklar där övrig omvårdnadspersonal varit inkluderade har endast resultat analyserats och inkluderats där det tydligt framkommit att det är en sjuksköterska som

delgivit informationen eller om resultatet enligt forskarna var gemensamt mellan alla professioner. För att säkerställa reliabiliteten ska författarna enligt Gunnarsson och Billhult (2012) reflektera över om denna studie går att replikera. Eftersom sökningar är redovisade och analysen är gjord av två personer (författarna) så anses att liknande resultat skulle uppkomma om någon annan gjorde sökningarna. Diskussion har förts mellan författarna vad resultatet har för innehåll och därefter har teman konstruerats genom analys av det innehållet. En styrka i denna studie är att metodreferens har använts genomgående i arbetet. En svaghet kan vara att författarna är noviser i analysen.

Sökprocessen upplevdes flyta på till en början, dock blev inriktningen på palliativ vård som ett utav sökorden en begränsning och antalet artiklar upplevdes som för få. Justeringar av sökord gjorde att antalet artiklar kändes mer lämpligt. Detta innebär att fyra artiklar är inkluderade i studien som inte har inriktningen på palliativ vård vilket kan ses som en svaghet. Trots det anses att det har varit möjligt att besvara syftet eftersom många patienter med cancer och däribland patienter med cancersmärta är i behov av palliativ vård. Möjligheten finns att alla inkluderade artiklar kunde varit inriktade på palliativ vård om begränsningen att artiklarna skulle vara publicerade inom tio år tagits bort. Trots det ansågs begränsningen relevant för att studiens resultat skulle spegla den senaste forskningen. Även att avdelning 604 skulle kunna ta del av den senaste publicerade forskningen ansågs relevant. Bristen på artiklar publicerade inom tio år kan också bero på att smärtskattning inom palliativ vård redan anses som självklar och därför inte är i största fokus bland ny forskning.

Totalt av alla artiklarna som nämnt ovan, var hälften kvalitativa och hälften kvantitativa. Diskussion har förts om att resultatet kanske kan ha sett annorlunda ut om kvalitativa artiklar enbart hade valts, för att få fram mer utförliga uttalande om sjuksköterskornas uppfattningar, till skillnad från kvantitativa. Segesten (2012b) skriver att resultat av kvantitativ forskning kan fastställa om en handling är bättre än en annan vilket kan innebära att det är en styrka för denna studie att även kvantitativa artiklar är inkluderade. Friberg (2012c) skriver att all forskning har ett värde och att värdet ökar om resultatet från olika studier sammanställs, vilket innefattar denna studie. Alla världsdelar utom Afrika finns representerade i studierna vilket gör att resultatet har en bredd. Valda artiklar representerar främst Europa och Asien, trots det anses det inte att det finns möjlighet att applicera resultatet på alla länders sjukvård på grund av eventuella kulturella skillnader. Om endast artiklar från Europa inkluderats i studien hade applicerbarheten kanske varit mer möjlig på exempelvis svensk sjukvård.

Genom att artiklarna har lästs igenom ett flertal gånger har en helhetsuppfattning av resultatens innehåll skapats. Analys av innehållet har resulterat i sju teman som var dominerande innehåll i flertalet artiklar, det ansågs därför inte vara svårt att formuleratemanas rubriker. Friberg (2012b) skriver att analysen av resultaten i valda artiklar pendlar mellan artiklarnas helhet, delar av artiklarna och slutligen skapas en ny helhet. Analysen i denna studie har genomförts på detta sätt genom att gemensamma teman mellan artiklarna har framtagits och analyserats av författarna. Sju teman kan anses som ett för stort antal teman, trots det gjordes bedömningen att det visade på en bredd av resultatet. Däremot anses inte att resultatet kan generaliseras på alla sjuksköterskor eller för den delen patienter, eftersom vald metod inte är systematisk litteraturöversikt och därför kan vi inte säkerställa att alla resultat är identifierade.

I en litteraturöversikt är det viktigt att beakta etiska aspekter och reflektera över varför forskning inom ett ämne är av värde (Kjellström, 2012). Litteratursökningen visar att mer forskning behövs och därför anses också denna litteraturöversikt ha ett värde, inte minst genom samarbetet med avdelning 604 som kommer ta del av resultatet för att eventuellt kunna genomföra förändringar. En svaghet med studien ansågs först vara att en artikel är

inkluderad som inte har etiskt godkännande. Efterforskning gjordes på tidskriftens hemsida om artiklar publiceras utan etiskt godkännande, men information om detta kunde inte hittas. Redaktören på tidskriften kunde emellertid via mailkonversation bekräfta att alla artiklar som publiceras har etiskt godkännande. Trots att litteraturstudier i sig inte kräver etiskt godkännande anses det inte att några etiska värden står på spel eftersom alla inkluderade artiklar har någon form av etiskt godkännande. Dock anses att det etiska resonemanget i framförallt tre utav artiklarna kunde varit tydligare, då det hade underlättat processen där etiskt övervägande av denna studie gjordes. En djupare etisk diskussion hade varit aktuell om inte alla artiklar hade haft etiskt godkännande.

Resultatdiskussion

Resultatet belyser sjuksköterskors uppfattningar om smärtbedömning utifrån olika infallsvinklar. Det framkommer både positiva och negativa uppfattningar, dock dominerar de negativa infallsvinklarna i flertalet av temana. De huvudfynd som kan ses från resultatet är att en vårdande vårdrelation har betydelse i mötet med en patient som har smärta. Ett gott bemötande ska även kombineras med att sjuksköterskan också har god utbildning och besitter tillräckliga kunskaper, vilket också ses som ett huvudfynd. Sjuksköterskornas olika definitioner av vad smärta faktiskt är och vilka olika typer som finns ses också som en betydande faktor i hanteringen av smärta.

Olikheter i definition av smärta

Då det finns variation i begreppsförklaring av smärta finns risken att patienter är underbehandlade utan avsikt från hälso- och sjukvårdspersonalen. Uppfattningar både gällande närvaro eller frånvaro samt typ av smärta kunde variera vilket kan tyda på att patienter kan drabbas av personalens meningsskiljaktigheter eller okunskap. Dock upplevs det att patienten inte ska behöva lida på grund av att begrepp inte är konkreta och att kunskap hos personal inte är optimal. Det lidande som vårdpersonalen kan förebygga eller undvika bör inte förekomma. Detta lidande kan annars definieras som sjukdomslidande. Ökat sjukdomslidande är negativt för främst patienten men också för sjuksköterskan då det leder till att hen behöver stötta patienten mer än om patienten inte upplevt ett större sjukdomslidande.

Självförtroendets spegling i arbetsrollen och användandet av verktyg

Idag finns det flera olika typer av mätinstrument för att kunna bedöma smärta hos en patient, vilka är, som nämnts tidigare, relevanta beroende på patientens tillstånd. Sjuksköterskorna presenterade att smärtskattningsskalorna sågs som tidskrävande, inte alltid helt lämpliga och att en del patienter hade svårt att förstå dem. Detta överensstämmer med det Hawthorn och Redmond (1998) skriver, att exempelvis VAS kan vara komplicerad för vissa patienter och att det därför krävs en mer noggrann förklaring för patienten. De menar, precis som sjuksköterskorna i denna litteraturöversikt, att fördelarna med att använda skalan försvinner, då det tar extra tid med att förklara innebörden av den. Detta gör att diskussion förs om att utvecklingen av nya verktyg verkligen kan ses som relevant, då denna studies resultat visar att problemen kvarstår. Det anses också väsentligt utifrån den viktiga aspekt som lyfts ett flertal gånger i studien att smärta är ett vanligt symtom som många människor lider av. Hawthorn och Redmond (1998) lyfter ett användbart instrument för just cancersmärta. Det är ett instrument med schematiska bilder av människokroppen, denna metod gynnar

dokumentationen av smärtans lokalisation och utbredning. Detta ses som angeläget för cancerpatienter, då smärtan kan upplevas på flera ställen i kroppen. Dessa bilder fylls i av antingen personal eller patient. Detta instrument anses intressant då det sannolikt kan gynna patientens delaktighet, förståelse och kunskap, samt underlätta sjuksköterskans bedömning. Utifrån stöd i övrig litteratur och denna studies resultat ses att bedömning av smärta är svårt. Det kan därför vara väsentligt att se till olika typer av instrument vid bedömningen av smärta. Sjuksköterskorna kan behöva variera sitt sätt i att bedöma smärta, genom att individualisera bedömningen, utifrån vilken person hen bemöter. Detta kan knytas an till att sjuksköterskans arbetssätt men också erfarenhet och självförtroende kan ha en betydande roll. Resultatet visar att vissa sjuksköterskor hade ett gott självförtroende vad det gällde bedömningen av smärta, vilket hade positiva konsekvenser. Däremot kan självförtroende också kanske ses som en nackdel. En sjuksköterska med ett gott självförtroende och många års erfarenhet kan lätt fastna i gamla, tidigare arbetssätt som har fungerat väl. Trots att kunskapen inom omvårdnad enligt Jakobsson Ung och Lützén (2014) utvecklas genom forskning och att yrkesprofessioner har ansvar att framföra den senaste kunskapen finns det alltså risk att äldre sjuksköterskor kan påverka utvecklingen i yrkesprofessionen negativt.

Sjuksköterskans krav och betydelsen av patienternas empowerment

Sjuksköterskornas krav på sig själva kan tydas från artiklarna, vilket tros vara ett vanligt fenomen överlag inom vården. Samtidigt belyses patienters delaktighet inom vården, vilken förstärks mer och mer i dagens praktik. Ekman, Norberg och Swedberg (2015) belyser vikten av att skapa ett partnerskap. Det är både personalen och patienten som ska få vara delaktiga. Patienten delar med sig av sin berättelse, som då är egna erfarenheter och upplevelser och personalen berättar utifrån sin professionella expertis. Denna respekt och tillit för varandra i vårdmötet kan i sin tur stärka den vårdande relation, som också lyfts som en betydande faktor vad det gäller smärthantering (Ekman, Norberg & Swedberg, 2015).

Dessa två teman kan sannolikt kopplas samman för om patienterna blir mer delaktiga och betrodda kan mer ansvar läggas över på dem och det blir ett mer delat ansvar och samarbete, vilket i sin tur kanske kan sänka sjuksköterskornas krav.

För att utveckla och förbättra dessa två teman kan ett intressant inslag vara att använda sig av nya verktyg. Lind, Karlsson och Fridlund (2007) diskuterar hanteringen av att patienterna själva ska föra smärtdagböcker. Olika yrkesprofessioner intervjuades och det fanns blandade åsikter gällande det. Det framkom dels låga förväntningar på patienternas förmåga att använda sig av denna smärtbedömningsmetod. Men vårdgivarna upplevde ändå positiva resultat, en ökad medvetenhet kring smärta och positiv påverkan på patienten kunde ses. Det visade sig också bli ett ökat deltagande i vården för patienten och en ökad säkerhet. Genom förbättrade smärtbedömningar sågs även en positiv förändring vad det gäller smärtbehandling (Lind et al., 2007). Diskussion har därför förts om nya verktyg kan vara en tänkbar åtgärd för en förbättring i smärthanteringen. Samtidigt lyfter Tse, Wong, Ng, Lee, Chong och Leung (2012) att utbildning och utökade kunskaper för patienterna också kan underlätta smärthanteringen. Det intressanta är att patienters smärta då kan reduceras genom att de får en ökad förståelse kring sin smärta och deras barriärer kan minska mot exempelvis starka tabletter att ta mot smärtan. För att återigen då knyta an till temana, kan sannolikt patienterna uppleva sig välinformerade och mer införstådda i sin smärta, de kan då bli mer delaktiga, varpå sjuksköterskornas krav på sig själva kan minska och hanteringen av smärta ses mer okomplicerat.

Behandlingsalternativen påverkar

Taylor, Allsop, Bekker, Bennett och Bewick (2017) undersöker implementeringen av ett webbaserat instrument som gör den rådgivande vården av smärta mer tillgänglig för patienten. På samma sätt som det kan finnas svårigheter i att implementera icke-farmakologiska åtgärder i vården på grund av okunskap kan det också finnas olika uppfattning om nya redskap kommer förbättra vården och vem som har ansvar för hur den nya informationen ska hanteras (Taylor et al., 2017). Taylor et al. (2017) kommer fram till att teamarbetet är viktigt för att bedömningen av smärta ska bli optimal, vilket också bekräftar denna studies resultat. Inom palliativ vård är det redan självklart att teamet ska arbeta tillsammans och andra arbetsplatser arbetar också utefter principen att det är viktigt. Det kan hända att det inte alltid når ut till den kliniska vården utan stannar vid att vara en tanke och ett mål. Kanske bör det anses lika viktigt på alla instanser för att bättre kunna ta tillvara på kompetensen som finns inom teamet för att också optimera behandlingen.

Hälso- och sjukvårdspersonal anser att det förekommer att patienter underrapporterar smärta (Taylor et al., 2017; Xue, Schulman-Green, Czaplinski, Harris, & McCorkles, 2007). Enligt Xue et al. (2007) förekommer även överrapportering av smärta, de flesta av de som ansåg att patienter kunde överrapportera smärta var läkare vilket kan innebära att sjuksköterskor inte misstror patienter i det avseendet i samma utsträckning som läkare. Kanske beror skillnaderna på att det patientnära arbetet skiljer sig mellan professionerna, kanske beror det på okunskap.

Hinder

I studien framkom att det kan vara problematiskt att smärtstillande läkemedel orsakar beroende. Detta i motsats till den studie Xue et al. (2007) genomförde, där de flesta av hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg att de inte var oroad för beroende av morfinpreparat. De ansåg också att patienter alltid ska erhålla den smärtlindring de behöver oavsett när de behöver den. Den personal som i studien ansåg att det fanns en beroendeproblematik i hantering av cancersmärta hade utbildning på grundnivå och de som inte såg att det fanns ett problem enligt Xue et al. (2007) hade antingen specialistutbildning inom onkologi, var farmaceuter eller läkare. Detta pekar mot att utbildning är viktigt för att förstå hanteringen av smärtan hos patienter med cancer. De flesta i studien Xue et al. (2007) genomförde ansåg att de endast hade god utbildning i smärthantering och endast ett fåtal ansåg att deras utbildning var utmärkt. Då smärta är en vanlig orsak till att patienter söker vård kan detta resultat visa att utbildningen på både grund- och avancerad nivå är otillräcklig. Kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal påverkar bedömning av smärta och enligt Lee, Liaw, Chin och Wu (2016) bör det finnas rutiner avseende utbildning, dokumentation och feedback för att stärka sjuksköterskors empowerment i smärthantering. Smärta kan också bedömas av personal i hela teamet, det skulle minska arbetsbördan för sjuksköterskor vilket ansågs vara en barriär både i denna studie och den som Lee et al. (2016) genomförde.

Formulerade skriftliga mål

Mål får vården kan se olika ut men utformas med fördel med hjälp av omvårdnadsprocessen. Att det i denna studie fanns resultat som visar att sjuksköterskor inte frågar eller informerar patienter om målen som finns med behandlingen anses gå emot de riktlinjer som finns. Enligt Florin (2014) ska omvårdnadsprocessen hjälpa till för att omvårdnaden ska kunna individualiseras och en del i omvårdnadsprocessen är att skapa en omvårdnadsplan. En del i formuleringen av planen är sedan att sätta upp mål och då innebär det också mål som

patienten själv vill uppnå. Detta kanske ses mer som en riktlinje än ett krav eftersom inte alla patienter i vården har möjlighet att kommunicera angående sin vård. Dock hade alla patienter som sjuksköterskorna vårdade i denna studie möjlighet till att kommunicera utan hinder. I studien framkom både att sjuksköterskor inte alltid frågar patienter om deras smärta och att inte alla sjuksköterskor har som mål att patienter ska vara smärtfria. Det hade varit intressant att veta om det är samma individer som faller under båda resultaten. Detta framkommer inte i resultaten eller diskussionerna som författarna för, vilket upplevs som synd och hade varit intressant att veta. Om det är samma sjuksköterskor skulle det innebära att patienter inte erhåller tillräckligt smärtlindring helt mot sin vilja. Förhoppningen är att detta inte existerar, utan att patienterna på ett eller annat sätt var inkluderade i sin behandling

Betydelsen av en vårdande vårdrelation och tillgängligheten till vården

I Sverige finns tillgång till god medicinering, behandlingar och sjukhus och detta ses som en självklarhet, till skillnad från en del andra länder. Det framkom att sjuksköterskor i Iran inte alltid har tillgång till medicinering. Detta kan i vissa fall utgöra ett hinder, samtidigt har det förts diskussion om att det även kan ses som en fördel. Dessa sjuksköterskor kan överväga att mer se till icke-farmakologiska åtgärder innan medicinering. Detta kan skilja sig i hur andra sjuksköterskor agerar som kanske tar till medicinering snabbare utan att reflektera, för att tillgången finns. Icke-farmakologiska åtgärder är också en tillgång som benämns i studien, det är ofta relativt enkla omvårdnadsåtgärder som kan ha lika stor verkan som medicinering men som ofta glöms bort. En god relation är också viktigt att se till att skapa i alla vårdmöten, oavsett om det handlar om smärta eller inte. Parallellt kan dras till det Kirkevold (1994) beskriver utifrån Travelbees teori att det viktiga i relationen är att tillgodose individens och familjens omvårdnadsbehov. Relationen är en process och det är sjuksköterskans ansvar att den skapas och sedan upprätthålls. Dock kan inte sjuksköterskan klara detta på egen hand, utan relationen måste vara ömsesidig (Kirkevold, 1994). Att den vårdande relationen är av betydelse ses hos sjuksköterskorna i studien, men också hos patienterna (Snellman, 2014). Snellman (2014) lyfter just att patienternas uppfattningar är att vårdrelationen är av betydelse, deras önskan är att vårdaren känns "äkta", att sjuksköterskan visar att hen har tid, samt att hen har en vilja att föra en dialog med patienten. I studiens resultat framkom det att kommunikationen har en positiv inverkan på patienten, dels att det kunde lindra patientens fysiska smärta men också att medicinering inte behövde användas på samma sätt. Att ha empati, vara närvarande och vara trovärdig var egenskaper som framhövdes som viktiga hos sjuksköterskorna enligt patienterna i Rustøen, Gaardsrud, Leegaard och Wahls (2009) studie. Lindring av smärta sågs när sjuksköterskor gav kramar eller höll patienternas händer. Det ansågs också viktigt, som smärtlindring, precis som Snellman (2014) tar upp, att sjuksköterskan visade att hen hade tid, lyssnade och visade omtanke kring patientens smärta. En patient uttryckte rentav att om hen fick prata om smärtan med sjuksköterskan, försvann smärtan för en liten stund. Diskussion kring detta har därför varit att kommunikationen är ett stort smärtverktyg i sig, både vad det gäller bedömning och behandling av smärta, vilket sjuksköterskan inte ska glömma bort. I denna studie finns resultat som tros kunna visa att medicinering, icke-farmakologiska åtgärder och bemötande kan ha lika stor betydelse när det gäller hantering av smärta. Detta är såklart beroende av den givna situationen. Det anses viktigt att lyfta att sjuksköterskor kan sträva efter att arbeta utifrån dessa arbetssätt.

Konklusion

Att smärta är ett komplext fenomen kan konstateras från denna studie, samtidigt som flera möjligheter till förbättring har belysts. Erfarenhet visade sig inte alltid göra sjuksköterskan mer säker i sin bedömning av smärta vilket innebär att kontinuerlig utveckling i yrkesrollen är viktig. En annan slutsats kopplad till yrkesrollen är att det finns oklarheter och variationer av vad smärta är, vilket kan grunda sig i att begreppsförklaringen är olika. Om sjuksköterskorna inte är överens om vad smärta faktiskt är, kan det sannolikt ha påverkan på hur den fortsatta bedömningen läggs upp. Fler slutsatser som kan dras när det gäller smärthantering är att det finns flera aktörer som har betydelse och att teamarbetet är viktigt. Det vill säga att sjuksköterskan inte är ensam i sin bedömning. Det handlar också om läkaren, patienten men också övriga kollegors roll. Resultatet visar att läkaren har stor betydelse främst när det gäller val av medicinering och patientens delaktighet, upplevelser och erfarenheter är absolut väsentligt. När det kommer till kollegorna kan det både handla om en positiv och negativ påverkan på bedömningen av smärta, då kunskap i behandling varierar mellan professioner och individer. Mer konkreta hjälpmedel, i form av skalor behöver inte alltid vara ändamålsenliga och detta kan i sin tur påverka sjuksköterskans beslut i val av metod. Det som kan konstateras är att sjuksköterskan behöver vara öppen och kreativ för att ta fram den mest passande metoden för just den specifika individen, detta gäller också om patienten inte har god tillgänglighet till vården.

Implikationer för omvårdnad

På varje plats där hälso- och sjukvård bedrivs bör det finnas tydliga definitioner på vad smärta är, det underlättar arbetet för sjuksköterskan men är också till fördel för patienten. Sjuksköterskan och patienten ska bidra med olika erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, därför anses det aktuellt att föra in mer självhantering i vården. Det vill säga att patienten får mer ansvar i att bedöma sin egen smärta, med sjuksköterskan vid sin sida. Om patienten ska ses som en tillgång i smärtbedömningen, behöver det finnas förutsättningar för att hen ska kunna bedöma sin smärta på ett optimalt sätt. Det kan också vara av betydelse att uppdatering sker av smärtinstrumenten och att nya verktyg kan implementeras som följer med utvecklingen i patienternas självhantering. Utifrån denna utveckling inom verktyg anses det också väsentligt att sjuksköterskan ska få kontinuerlig utbildning. Utbildningen skulle kunna utformas som föreläsningar, eller att en ansvarig sjuksköterska inom smärta håller i workshops på arbetsplatsen, som ett lärotillfälle med möjlighet till diskussion. Från samtliga artiklar har resultatet visat att sjuksköterskors kunskaper inte är tillräckliga. Därför anses det även aktuellt med mer utbildning inom smärta redan i grundutbildningen som sjuksköterska. Nedan redovisas förslag på implikationerna i punktform.

1. Tydliga definitioner på vad smärta är och olika typer av smärta
2. Ökad självhantering inom smärtbedömning
3. Uppdatering av smärtinstrument
4. Kontinuerlig utbildning för utökade kunskaper inom smärthantering
5. Mer utbildning redan på grundnivå

Sammanfattningsvis anses resultatet kunna vara till fördel för avdelningar där personalen anser sig behöva mer kunskap i vad som påverkar hantering av cancersmärta. Detta kan innefatta patienters delaktighet, målformuleringar och vårdande relationer.

Fortsatt forskning

Utifrån denna litteraturöversikt ser vi ett behov av fortsatt forskning inom palliativ vård då vi inte hittade tillräckligt med artiklar kopplat till smärthantering. Trots att smärtbedömning gällande patienter inom palliativ vård ses som självklar utvecklas nya arbetssätt. Det kan då underlätta för sjuksköterskor som kan ta del av uppdaterad information och kunskap kring att bedöma smärta hos denna patientgrupp. Även forskning där patienter är inkluderade i framtagningen av nya smärtskattningsverktyg ses som önskvärt. Det var inga av våra studier som var utförda i något Afrikanskt land, därför anses det också intressant om forskningen kunde utvecklas genom deras perspektiv också.

Referenslista

- Al Khalailah, M., & Al Qadire, M. (2012). Barriers to cancer pain management: Jordanian nurses' perspectives. *International Journal Of Palliative Nursing*, 18(11), 535-540. doi: 10.12968/ijpn.2012.18.11.535
- Bergh, I. (2014). Smärta. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 421-444). Lund: Studentlitteratur.
- Bhatia, R., Gibbins, J., Forbes, K., & Reid, C. (2014). "We all talk about it as though we're thinking about the same thing." Healthcare professionals' goals in the management of pain due to advanced cancer: a qualitative study. *Supportive Care In Cancer*, 22(8), 2067-2073. doi:10.1007/s00520-014-2191-6
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal Of Advanced Nursing*, 45(4), 410-419. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x
- Cordeiro, F. R., Beuter, M., Roso, C. C., & Kruse, M. H. L. (2013). Pain and the dying process: nurses' perspectives using the creative and sensible method. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 12(1), 1. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se>
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2015). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 69-96). Stockholm: Liber.
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 485-501). Lund: Studentlitteratur.
- Ellis, J., Cobb, M., O'Connor, T., Dunn, L., Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2015). The meaning of suffering in patients with advanced progressive cancer. *Chronic Illness*, 11(3), 198-209. doi:10.1177/1742395314565720
- Fitch, M. I., McAndrew, A., & Burlein-Hall, S. (2013a). A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique*, 23(2), 85-99. doi: 10.5737/1181912x2328591
- Fitch, M. I., McAndrew, A., & Burlein-Hall, S. (2013b). A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the management of breakthrough pain in cancer (BTPc). *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique*, 23(1), 28-43. doi: 10.5737/1181912x2312834
- Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg, & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 47-75). Lund: Studentlitteratur.

- Friberg, F. (2012a). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 81-94). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012c). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132) Lund: Studentlitteratur.
- Gagnon, J., & Duggleby, W. (2014). The provision of end-of-life care by medical-surgical nurses working in acute care: A literature review. *Palliative and Supportive Care*, 12(5), 393-408. doi: 10.1017/S1478951513000965
- Garcia, A., Whitehead, D., & Winter, H. S. (2015). Oncology nurses' perception of cancer pain: A qualitative exploratory study. *Nursing Praxis in New Zealand*, 31(1), 27-33. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se>
- Gunnarsson, R., & Billhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 151-159) Lund: Studentlitteratur.
- Haegerstam, G. (2008). *Smärta - ett mångfacetterat problem*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta - bedömning och behandling*. (K. Larsson Wentz, Övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 361-382). Lund: Studentlitteratur.
- Hughes, N. D., Closs, S. J., Flemming, K., & Bennett, M. I. (2016). Supporting self-management of pain by patients with advanced cancer: views of palliative care professionals. *Supportive Care In Cancer*, 24(12), 5049-5057. doi:10.1007/s00520-016-3372-2
- Jakobsson Ung, E. & Lützén, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I A. Ehrenberg, & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 27-44). Lund: Studentlitteratur.
- Jho, H. J., Kim, Y., Kong, K. A., Kim, D. H., Choi, J. Y., Nam, E. J., ... Park, E. J. (2014). Knowledge, Practices, and Perceived Barriers Regarding Cancer Pain Management Among Physicians and Nurses In Korea: A Nationwide Multicenter Survey. *PLoS ONE*, 9(8), E105900. doi: 10.1371/journal.pone.0105900

- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 69-90) Lund: Studentlitteratur.
- Korhan, E. A., Yildirim, Y., Uyar, M., Eyigör, C., & Uslu, R. (2013). Examination of Pain Experiences of Cancer Patients in Western Turkey. *Holistic Nursing Practice*, 27(6), 358-365. doi:10.1097/HNP.0b013e3182a72b76
- Lee, J. R., Liaw, K., Chin, S. M., & Wu, H. Y. (2016). Improving Breakthrough Pain Assessment in a Residential Hospice. *Singapore Nursing Journal*, 43(3), 11-15. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se>
- Lind, L., Karlsson, D., & Fridlund, B. (2007). Digital pens and pain diaries in palliative home health care: Professional caregivers' experiences. *Medical Informatics & The Internet In Medicine*, 32(4), 287-296. doi: 10.1080/14639230701785381
- Lindqvist, O., & Rasmussen, B. H. (2014). Omvårdnad i livets slutskede. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 757-791). Lund: Studentlitteratur.
- Nguyen, L.T., Yates, P., & Osborne, Y. (2014). Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *International Journal Of Palliative Nursing*, 20(9), 448-456. doi:10.12968/ijpn.2014.20.9.448
- Phillips, J. L., Lovell, M., Lockett, T., Agar, M., Green, A., & Davidson, P. (2015). Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective. *Collegian*, 22(1), 33-41. doi: 10.1016/j.colegn.2013.11.002
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur
- Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M., & Wahl, A. (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
- Röda Korsets högskola. (u.å). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2017-10-24, från http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf

- Segesten, K. (2012a). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-109). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 111-119) Lund: Studentlitteratur.
- Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh, M. M., & Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 69-74. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.2.69
- SFS 2014:821 *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet
- 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
- Strang, P. (2012). *Cancerrelaterad smärta - Onkologiska och palliativa aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Strong, J., & Bennett, S. (2002). Cancer pain. In J. Strong, A. M. Unruh, A. Wright, & G. David Baxter (Ed.), *Pain – A Textbook for Therapists* (s. 411-423). London: Churchill Livingstone.
- Taylor, S., Allsop, M. J., Bekker, H. L., Bennett, M. I., & Bewick, B. M. (2017). Identifying professionals' needs in integrating electronic pain monitoring in community palliative care services: An interview study. *Palliative Medicine*, 31(7), 661-670. doi: 10.1177/0269216316677470
- Tse, M. M. Y., Wong, A. C. F., Ng, H. N., Lee, H. Y., Chong, M. H., & Leung, W. Y. (2012). The effect of a pain management program on patients with cancer pain. *Cancer Nursing*, 35(6), 438-446. doi:10.1097/NCC.0b013e3182360730
- Vallerand, A. H., Anthony, M., & Saunders, M. M. (2005). Home care nurses' perceptions of control over cancer pain. *Home Healthcare Nurse*, 23(10), 647-652. <http://ovidsp.tx.ovid.com.ezproxy.ub.gu.se>
- Webber, K., Davies, A., Cowie, M., Webber, K., Davies, A. N., & Cowie, M. R. (2011). Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. *Supportive Care In Cancer*, 19(12), 2041-2046. doi:10.1007/s00520-010-1062-z
- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 269-292). Lund: Studentlitteratur.

- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 37-50). Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. Geneve: World Health Organisation.
- WHO. (2017). Palliative Care. Hämtad 2017-10-05, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
- Xue, Y., Schulman-Green, D., Czaplinski, C., Harris, D., & McCorkle, R. (2007). Pain attitudes and knowledge among RNs, pharmacists, and physicians on an inpatient oncology service. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 687-95. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se>

Tabeller

Tabell 1 - Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
17/10 - 2017	pain AND palliative care AND nurse perceptions	Peer reviewed, 2007-2017, English	91	2	2	Seyedfatemi et al. (2014)
17/10 - 2017	pain AND palliative care AND professional	Peer reviewed, 2007-2017, English	195	3	3	Hughes et al. (2016)
17/10 - 2017	palliative care AND nurse* AND cancer pain	Peer reviewed, 2007-2017	82	20	20	Al Khalaileh et al. (2012) Cordeiro et al. (2013)
20/10 - 2017	attitude of health personnel AND cancer pain	Peer reviewed, 2007-2017	22	2	1	Bhatia et al. (2014)
23/10 - 2017	pain AND nurse attitudes AND qualitative	Peer reviewed, 2007-2017, English	85	3	3	Garcia et al. (2015)
24/10 - 2017	perceptions AND cancer pain	Peer reviewed, 2007-2017	108	7	6	Fitch et al. (2013a) Fitch et al. (2013b)

Tabell 2 - Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
20/10 - 2017	nurses' attitude AND palliative AND pain	2007-2017, article, English	53	4	2	Soden et al. (2010)

Tabell 3 - PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
18/10 - 2017	palliative care AND pain AND nurse perceptions	English	67	5	5	Jho et al. (2014) Phillips et al. (2015)

Tabell 4 - AMED

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
18/10 - 2017	palliative care AND pain AND perception		34	5	5	Ly Thuy et al. (2014)

Bilagor

Bilaga 1 - Artikelöversikt

Titel: Barriers to cancer pain management: Jordanian nurses' perspectives

Författare: Al Khalaileh et al. (2012)

Tidskrift: International Journal Of Palliative Nursing

Land: Jordanien

Syfte: Att utforska barriärer i smärthantering avseende cancersmärta utifrån Jordanska sjuksköterskors perspektiv.

Metod: Kvantitativ metod, beskrivande tvärsnittsstudie. Frågeformulär med likertsskala frågor och svarsalternativ (0-5). Studien hade etiskt godkännande och det var frivilligt att delta samt lämna studien när som helst. Frågeformuläret är validerat och reliabelt men studien resonerar inte om egen validitet eller reliabilitet.

Urval: Strategiskt urval av sjuksköterskor från tre olika sjukhus i Jordanien. 150 sjuksköterskor på de onkologiska avdelningarna blev tillfrågade och 96 stycken valde att svara på frågeformulären.

Resultat: Barriärer i smärthantering identifierades i flera kategorier. Mest signifikanta barriären ansågs vara en tro på beroendutveckling av smärtstillande mediciner. Sjuksköterskorna saknade den kunskap som krävdes för att hantera cancersmärta på ett adekvat sätt, de hade negativa attityder mot cancersmärta och trodde att smärtstillande läkemedel är mer skadliga än vad som är fördelaktigt för patienterna. Dessa resultat lyfter fram behovet av utbildningskurser för sjuksköterskor för att minska barriärerna och förbättra smärtlindring.

Styrkor och svagheter: Kort men bra, lätt att utläsa resultat i tabellerna. Negativt att författarna inte diskuterar studiens validitet eller reliabilitet.

Kvalité: Medel

Titel: 'We all talk about it as though we're thinking about the same thing.' Healthcare professionals' goals in the management of pain due to advanced cancer: a qualitative study

Författare: Bhatia et al. (2014)

Tidskrift: Supportive Care In Cancer

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka synen och erfarenheterna hos sjukvårdspersonal för att se vad de avser att uppnå i hanteringen av smärta hos patienter med avancerad cancer.

Metod: Kvalitativ metod, intervjuer med öppna frågor. Tematisk analys gjord av två i forskningsteamet. Etiskt godkänd.

Urval: Medvetet urval för att få med olika professioner i studien som onkologer, läkare specialiserade inom palliativ vård och sjuksköterskor med specialistutbildning inom palliativ vård.

Resultat: Fyra teman framträdde vid analys av intervjuerna. Mål med smärthantering, bedömning av effekt av smärthantering, hantering av förväntningar och skapandet av relationer.

Styrkor och svagheter: Bra med mycket narrativ text, de diskuterar generaliserbarhet och överförbarhet. Negativt att författarna inte nämner deras förförståelse, dock påpekar de att forskaren som genomfört intervjuerna var läkare och kunde påverkat deltagarna till att vara mindre öppna och att vilja söka bekräftelse.

Kvalité: Hög

Titel: Pain and the dying process: nurses' perspectives using the creative and sensible method.

Författare: Cordeiro et al. (2013)

Tidskrift: Online Brazilian Journal of Nursing

Land: Brasilien

Syfte: Att beskriva möjligheterna till en god omvårdnad för cancersjuka patienter, utifrån sjuksköterskors perspektiv.

Metod: En beskrivande och utforskande studie, där kvalitativ metod användes. En metod kallad "Almanac" användes. Först blev deltagarna placerade tillsammans runt ett bord, en frågeställning skrevs upp, för att alla skulle kunna ta del av den och varje deltagare fick skriftligen svara på frågan individuellt på ett papper. Alla fick sedan presentera sina synpunkter muntligt och tillsammans fick de debattera utifrån frågeställningen. Allt detta skedde inom en specifik tidsram och gruppdiskussionen avslutades i samtycke med alla deltagande. Gruppdiskussionen spelades in, samt fotograferades, i samtycke med deltagarna. Etiskt godkännande och frivillighet i studien fanns.

Urval: Strategiskt urval, fem sjuksköterskor valdes ut som hade arbetat inom cancervården i mer än två år.

Resultat: Användningen av läkemedelsbehandling för att lindra smärtsymtom var den viktigaste åtgärden. Deltagarna noterade också ångest, som ett specifikt symtom kopplat till döden, särskilt då i form av andningsbehov. Syrgas framkom då som en relevant omvårdnadsåtgärd för att lindra detta symtom. Men sjuksköterskorna framhävde också de enkla omvårdnadsåtgärderna som betydande, såsom dialog med patienten, finnas till för att lyssna, samt närhet. Vård av hygien och näring var också viktiga åtgärder.

Styrkor och svagheter: Kortfattad artikel med ett betydande ämne, med ett väldigt intressant val av metod. Dock en liten svaghet för att resultatet inte är strukturerat i teman och det var ett få antal deltagande i studien, vilket kan begränsa resultatet. Det diskuteras inte heller om validitet och reliabilitet.

Kvalité: Medel

Titel: A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer

Författare: Fitch et al. (2013a)

Tidskrift: Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique

Land: Kanada

Syfte: Att undersöka Kanadensiska onkologisjuksköterskors perspektiv gällande igenkännande av genombrottssmärta vid cancer, använda metoder för identifiering och bedömning samt början genombrottssmärta vid cancer orsakar patienter.

Metod: Kvantitativ metod, frågeformulär online. Tvärsnittsstudie på sjukhus i Kanada. Ej etiskt godkänd men deltagarna lämnade informerat samtycke och ingen patientdata är publicerad i studien.

Urval: Strategiskt urval utefter maillista men urvalet ansågs representera landet i stort. Tre inklusionskriterier ansågs bidra till det relativt höga bortfallet.

Resultat: 50% av sjuksköterskorna ansåg att patienter upplevde genombrottssmärta minst två gånger per dag och 37% va osäkra på hur ofta det förekom. Bland de som var osäkra fanns mestadels sjuksköterskor med mer än 20 års erfarenhet. 86,1% ansåg att patienter hade bakgrundssmärta mesta delen av tiden. Enligt sjuksköterskorna hade genombrottssmärta signifikant påverkan på patienternas livskvalitet och orsakade hinder i deras dagliga

aktiviteter. En tredjedel av sjuksköterskorna använde inte smärtskattningsinstrument men de som använde det hade högre grad av självförtroende i hantering av genombrottssmärta.

Styrkor och svagheter: Diskuterar inte reliabilitet och validitet, inga statistiska analyser har gjorts men deskriptiv data är lätt att förstå och är relevant.

Kvalité: Medel

Titel: A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the management of breakthrough pain in cancer (BTPc).

Författare: Fitch et al. (2013b)

Tidskrift: Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique

Land: Kanada

Syfte: Att samla information från Kanadensiska onkologisjuksköterskor om farmakologisk hantering av genombrottssmärta vid cancer inklusive deras uppfattning om patienternas tillfredsställelse av behandlingen.

Metod: Kvantitativ metod, frågeformulär online. Tvärsnittsstudie på sjukhus i Kanada. Ej etiskt godkänd men deltagarna lämnade informerat samtycke och ingen patientdata är publicerad i studien.

Urval: Strategiskt urval utefter maillista men urvalet ansågs representera landet i stort. Tre inklusionskriterier ansågs bidra till det relativt höga bortfallet.

Resultat: 26,5% såg ingen skillnad i smärta mellan tumörlokalisering men 50% ansåg det vanligast med smärta hos patienter med lungtumörer. Behandling av genombrottssmärta och bakgrundssmärta ansågs likna varandra och skedde oftast per os men bakgrundssmärta behandlades ofta med fentanylplåster. Svårigheter i administrering identifierades, följsamhet i behandling var oftast bra men det fanns hinder även där. 72,2% ansåg sig tro att patienter inte var nöjda med sin behandling av genombrottssmärta. Dialog med patienter varierade i omfattning. Identifiering av vad som skulle öka självförtroendet i patientundervisning avseende genombrottssmärta.

Styrkor och svagheter: Diskuterar inte reliabilitet och validitet, inga statistiska analyser har gjorts men deskriptiv data är lätt att förstå och är relevant.

Kvalité: Medel

Titel: Oncology nurses' perception of cancer pain: A qualitative exploratory study

Författare: Garcia et al. (2015)

Tidskrift: Nursing Praxis in New Zealand

Land: Nya Zeeland

Syfte: Undersöka sjuksköterskors uppfattningar om cancersjuka patienters smärta

Metod: Kvalitativ, beskrivande och utforskande studie utfördes, individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes. Etiskt godkännande och frivillighet fanns med.

Urval: Strategiskt urval, fem sjuksköterskor valdes ut som var specialiserade inom kemoterapi - behandling för cancersjuka patienter och som i genomsnitt hade tio års arbetserfarenheter.

Resultat: Analysen resulterade i sex olika teman. Betydelse och tolkning av cancersmärta, förväntningar, frustration och sanningen, att hantera smärta, underrapporterad smärta, psykologiska aspekter och träning och utbildning.

Styrkor och svagheter: En väldigt lättläst och väl utförd artikel där många av de tänkbara delarna som en artikel ska innehålla fanns med. En svaghet, som författarna själva tar upp som en begränsning var att det var få antal deltagare inkluderade och att de arbetade på

samma avdelning. Resultaten kan därför inte generaliseras på andra sjuksköterskor inom cancervården i New Zealand.

Kvalité: Hög

Titel: Supporting self-management of pain by patients with advanced cancer: views of palliative care professionals

Författare: Hughes et al. (2014)

Tidskrift: Support Care Cancer

Land: Storbritannien

Syfte: Att fastställa hälso- och sjukvårdspersonalens synpunkter inom den palliativa vården till att cancerpatienter ska hantera sin egen smärta.

Metod: Kvalitativ metod, intervjuer i fokusgrupper. Studien hade etiskt godkännande.

Urval: Olika yrkeskategorier som arbetade inom den specialiserade palliativa vården, 17 stycken valde att delta, varav 11 stycken var sjuksköterskor.

Resultat: Sammantaget togs det fram tre centrala begrepp angående självhantering: önskvärt, uppnåeligt och ibland problematiskt. Överlag uttryckte personalen positiva attityder till att stärka patienternas självhantering av smärta och de föreslog själva att det kunde ses som personcentrerad vård. Men de var även medvetna om att det också fanns utmaningar att stå inför.

Styrkor och svagheter: Lättläst artikel och intressant ämne. Författarna diskuterar dock inte speciellt mycket om vilka begränsningar som fanns med studien och inte heller vilken vidare forskning som kan tänkas behövas. De diskuterar däremot hur detta kan tänkas införas i praktiken, vilket ses som ett plus.

Kvalité: Medel

Titel: Knowledge, practices, and perceived barriers regarding cancer pain management among physicians and nurses in Korea: a nationwide multicenter survey

Författare: Jho et al. (2014)

Tidskrift: PLOS One

Land: Korea

Syfte: Att utvärdera vad det finns för kunskaper, praxis och upplevda hinder/barriärer för cancerbehandling av läkare och sjuksköterskor i Korea.

Metod: Kvantitativ metod, frågeformulär som undersökte både kunskaper, praxis och upplevda hinder med smärthantering. Beskrivande analys användes för att sammanfatta deltagarnas egenskaper och svar på frågor som rörde praxis, kunskaper och upplevda hinder. Etiskt godkännande fanns, deltagarna fick skriftligen skriva på ett dokument för deltagande.

Urval: Läkare och sjuksköterskor som var inblandade i vård av cancerpatienter var berättigade till deltagande. Forskningskoordinatören kontaktade berättigade deltagare på deltagande sjukhus och skickade därefter frågeformulären. 335 stycken frågeformulär skickades ut, men 2 stycken exkluderas, totalt 333 frågeformulär användes till resultatet – 149 läkare och 284 sjuksköterskor.

Resultat: Det fanns skillnader mellan läkare och sjuksköterskor i kunskap och praxis för smärtlindring av cancer. Sjuksköterskor var duktiga på att smärtbedöma och dokumentera regelbundet. Begränsat med tid och kunskap sågs hos både läkarna och sjuksköterskorna. Men sjuksköterskorna uttryckte också specifikt att det handlade om en otillräcklig kommunikation med patienten och att patienten ofta underrapporterade smärta som två stora barriärer. En effektiv utbildningsstrategi för smärtlindring av cancer behövs för att förbättra vårdpersonalens kunskaper och kliniska metoder.

Styrkor och svagheter: En relativt lättläst artikel, med tabeller som var lätta att tyda. Något kort bakgrund, diskussion förs inte om validitet och reliabilitet. Författarna har relevanta synpunkter om begränsningarna för studien. Resultatet är väldigt specificerat på skillnaderna mellan de olika yrkeskategorierna, därav kan endast en liten del användas till vårt syfte.

Kvalité: Medel

Titel: Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam

Författare: Ly Thuy et al. (2014)

Tidskrift: International Journal of Palliative Nursing

Land: Vietnam

Syfte: Att undersöka kunskap, attityder och självupplevd kunskap inom palliativ vård hos sjuksköterskor på onkologiska avdelningar i Hanoi, Vietnam.

Metod: Kvantitativ metod, beskrivande tvärsnittsstudie. Tre olika formulär för de tre olika inriktningarna på ämnet med numeriska svarsalternativ eller svarsalternativ ja/nej/vet inte som klassades numeriskt. Studien hade etiskt godkännande och det var frivilligt att delta.

Urval: Strategiskt urval men alla sjuksköterskor på de tre utvalda sjukhusen blev tillfrågade under arbetstid, frivilligheten gjorde att ca 70% deltog vilket var 251 stycken, mestadels kvinnor.

Resultat: När det gäller symtom och smärtbehandling saknades det förståelse bland studiedeltagarna. De trodde att beroende av smärtstillande läkemedel var ett stort problem gällande behandling av cancersmärta och att sjukdomens utveckling inte påverkar strategier i smärtbehandling.

Styrkor och svagheter: Validitet och reliabilitet diskuteras inte av författarna och det är endast en liten del av resultatet som går att använda i denna studie eftersom svaren inte är redovisade individuellt utan endast i grupp. Relativt högt deltagarantal.

Kvalité: Medel

Titel: Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective.

Författare: Phillips et al. (2015)

Tidskrift: Collegian

Land: Australien

Syfte: Att identifiera hinder och faktorer för bedömning och hantering av cancersmärtproblematik hos vuxna, utifrån australiensiska sjuksköterskors perspektiv, som arbetar i kommunen.

Metod: Kvantitativ metod genomfördes, via frågeformulär online.

Urval: Slumpmässigt urval, deltagarna rekryterades via e-post. Det skickades ut till olika organisationer inom cancervården. Denna rekryteringsstrategi var utformad för att söka synpunkter från motiverade kliniker som ansågs vara bäst lämpade att vilja driva detta arbete framåt. 62 stycken sjuksköterskor deltog – 29 % av det totala (n=208)

Resultat: Viktiga barriärer för effektiv smärtlindring var: svårigheter att få tillgång till icke-farmakologiska ingrepp (89%), bristande samordning (89%) och effekten av avståndet på möjligheten att få tillgång till smärtrelaterade tjänster för patienter (86 %).

Två öppna frågor fanns med i frågeformuläret. De två huvudteman som uppstod från den öppna frågan om hinder för att genomföra smärtriktlinjer (n = 23) var: att "övertyga andra om opiater" och "suboptimal smärtlindringskunskap". Hälften (54%) indikerade att mer utbildning skulle förbättra bedömningen och hanteringen av cancersmärtproblematik.

Teman som genererades av den öppna frågan till faktorer som kunde underlätta för att genomföra smärtriktlinjer (n = 21) var kopplade till att behöva: "byggkapacitet" och "samverkan med andra".

Styrkor och svagheter: Intressant artikel, dock en aning för lång och lite rörig att läsa. Många delar i resultatet att gå igenom, etiskt godkännande saknas och validitet och reliabilitet diskuteras inte. En begränsning var det få antalet deltagare i studien.

Kvalité: Medel

Titel: Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain.

Författare: Seyedfatemi et al. (2014)

Tidskrift: International Journal of Palliative Nursing

Land: Iran

Syfte: Att identifiera sjuksköterskors uppfattningar av den palliativa vården för patienter med cancersmärta.

Metod: Kvalitativ studie, där konventionell innehållsanalys genomfördes. Halvstrukturerade individuella intervjuer genomfördes. En intervjuhandledning användes och intervjuerna ljudinspelades. Studien hade etiskt godkännande, det var frivilligt deltagande och deltagarna kunde när som helst under studien dra sig ur.

Urval: 15 stycken sjuksköterskor som arbetade på canceravdelningar, från 3 olika sjukhus, varav de var specialiserade på behandling av cancerpatienter i Teheran, Iran.

Resultat: Två huvudteman togs fram, hantering av fysisk smärta och psykologisk empowerment. Att hantera fysisk smärta hade två underkategorier, det var dels att kunna hantera den mentala biten men också smärtlindring, i form av droger. Vikten av kommunikation kom till uttryck, reducering av stress/oro, samt att medicineringen i sig också var en stor lättnad för patienterna.

Styrkor och svagheter: En välstrukturerad artikel, där alla delar finns med och är välbeskrivna. Den är lätt att tyda och resultaten känns trovärdiga och relevanta.

Kvalité: Hög

Titel: How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study.

Författare: Soden et al. (2010)

Tidskrift: Palliative Medicine

Land: Storbritannien

Syfte: Att utöka förståelsen för hur sjuksköterskor inom slutenvården på palliativa avdelningar bedömer och hanterar genombrottssmärta.

Metod: Kvalitativ metod, bandinspelade och transkriberade semistrukturerade intervjuer på fem olika specialistavdelningar inom palliativ vård. Tematisk analys som först diskuterades mellan två intervjuare och sedan i hela forskningsteamet. Studien hade etiskt godkännande.

Urval: Delvis strategiskt urval. Alla över 18 och som hade jobbat i minst sex månader inom palliativ vård blev tillfrågade men utefter hur systemet ser ut i Storbritannien fanns krav att minst två av de som inkluderades skulle ha en viss erfarenhet (Band 5 eller Band 6). 15 sjuksköterskor deltog frivilligt i studien.

Resultat: Fyra teman framträdde under granskning av intervjuerna, definition av genombrottssmärta, bedömning av genombrottssmärta, hantering av genombrottssmärta och attityder/teamwork.

Styrkor och svagheter: Lättidentifierade teman och narrativ text, författarna diskuterar inte förståelse, trovärdighet eller överförbarhet men har varit noga med att inte deltagarna skulle känna intervjuerna och därmed minska risken för bias.

Kvalité: Hög