



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSE AV ATT BEDÖMA SMÄRTA PÅ PATIENTER I LIVETS SLUTSKEDE

– En intervjustudie på en onkologisk avdelning i
västra Sverige

Nina Kronaas

Moa Karlin Josefsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Patricia Olaya Contreras
Examinator:	Helena Dahlberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett stort tack för ett gott samarbete till avdelningschefen och sektionsledande sjuksköterska på den onkologiska avdelning vi utfört vår intervjustudie på. Även ett stort tack till de sjuksköterskor som deltog i vår intervju och gav oss förtroendet att ta del av deras upplevelser. Vi vill även tacka vår handledare Patricia Olaya Contreras för hennes kontinuerliga feedback och stöd genom hela arbetet. Ett stort tack riktas även till de lärare från institutionen för Vårdvetenskap och hälsa som genom flertalet workshops gav oss möjligheter till reflektion och tips kring vårt arbete.

Titel (svensk)	Sjuksköterskans upplevelse av att bedöma smärta på patienter i livets slutskede i västra Sverige
Titel (engelsk)	Nurse's experience of assessing pain on patients in the end of life in west Sweden
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Författare:	Nina Kronaas Moa Karlin Josefsson
Handledare:	Patricia Olaya Contreras
Examinator:	Helena Dahlberg

Sammanfattning:

Bakgrund: Att bedöma smärta på patienter i livets slutskede har en central del i vårdandet och det krävs både kunskap och erfarenhet av sjuksköterskan men även empati, lyhördhet och kommunikation är viktiga delar för att smärtbedömningen ska fungera optimalt. Situationen är dock inte helt enkel för sjuksköterskan och smärtbedömning är en komplex del vid vårdandet av patienter i livets slutskede. **Syfte:** Syftet med vår studie är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bedöma smärta hos patienter i livets slutskede på en onkologisk avdelning i västra Sverige. **Metod:** För att besvara vårt syfte användes två olika kvalitativa metoder. Den ena metoden var en kvalitativ gruppintervju och den andra metoden utgick från ett formulär med öppna frågor som skickades ut till sjuksköterskor verksamma på avdelningen. Frågorna som ställdes var öppna och berörde samma område som intervjun. **Resultat:** Analysen resulterade i tre teman: *Komplexiteten av att bedöma smärta under den sista levnadsveckan att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt samt otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och dokumentation.* **Slutsats:** Smärta är komplext och därför krävs det dels tydliga direktiv, och rutiner på avdelningen samt mer utbildning inom området för att skapa trygghet hos sjuksköterskor när de ska bedöma smärta hos en patient i livets slutskede.

Nyckelord: Palliativ vård, vård i livets slutskede, smärta, smärtbedömning

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Palliativ vård.....	2
Två faser av palliativ vård.....	2
Nationella riktlinjer för palliativ vård	2
Smärta i livets slutskede	4
Bedömning av smärta i livets slutskede.....	5
Dokumentation.....	6
Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter.....	6
Vårdandet.....	6
Kommunikation i vårdandet	6
Sjuksköterskans ansvar	7
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Deltagare.....	8
Datainsamling.....	9
Analys.....	9
Etiskt övervägande	11
Resultat.....	11
Komplexiteten av att bedöma smärta under den sista levnadsveckan.....	12
Brister i kommunikationen	12
Att se skillnad på symtomen smärta och ångest	13
Sjuksköterskans attityd och inställning.....	13
Att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt	13
Tidigare sjukdomshistorik och patientkännedom	14
Sjuksköterskans egen kliniska blick	14
Att använda sig av smärtskattningsinstrument	15
Att ta hjälp av andra.....	15
Otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och smärtdokumentation.....	15
Inga tydliga direktiv	15
Svårigheter med dokumentation	17
Svårigheter med dödsfallsenkäten	17

Diskussion	18
Metod.....	18
Datainsamling	18
Urval	20
Etiska aspekter	20
Analys.....	20
Resultatdiskussion	21
Komplexiteten av att bedöma smärta under sista levnadsveckan	21
Att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt	22
Otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och dokumentation.....	23
Slutsats	24
Implikationer för omvårdnad	24
Fortsatt forskning	24
Referenslista	25
Bilagor.....	29
Bilaga 1. Dödsfallsenkät.....	29
Bilaga 2. Kvalitetsindikator – spindeldiagram	36
Bilaga 3. Intervjuguide	37
Bilaga 4. Informationsblad	38
Bilaga 5. Frågeformulär.....	41

Inledning

Ungefär 90 000 människor avlider varje år i Sverige och av dessa bedöms 80% i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2019).

Palliativ vård innebär att vårdas i livets slutskede genom en omvårdnad som syftar till att lindra lidande och skapa livskvalité. En central del inom palliativ vård är att ge en helhetsvård som betyder att människan bör ses som en helhet bestående av kroppen, själen och anden (Arman & Rehnsfeldt, 2006).

När en människa närmar sig livets slutskede för det med sig olika besvär som både kan ha psykiska, fysiska, sociala och existentiella orsaker. För att öka förutsättningarna för en optimal symtomlindring krävs det en gemensam målsättning att tidigt upptäcka symtom och att tidigt förebygga dessa. Ett av de vanligaste och mest komplexa symtom som drabbar människor i livets slutskede är smärta. Smärtan innefattar ofta både psykiska och fysiska delar vilket skapar ett lidande för patienten på många olika plan, såsom sänkt livskvalitet, ångest och oro. Genom att arbeta systematiskt och kontinuerligt med smärtanalyser, smärtskattningar och behandlingar i samråd med patienten och deras närstående ökar möjligheterna till en god smärtlindring (Socialstyrelsen, 2016).

Sjuksköterskans ansvarar för vårdandet av patienter i livets slutskede, vilket innebär att åtgärder bör utföras för att lindra lidande och ge en värdighet in i döden. Att bedöma smärta på patienter i livets slut har en central del i vårdandet av patienten i livets slutskede och det krävs både kunskap och erfarenhet av sjuksköterskan men även empati, lyhördhet och kommunikation är viktiga delar för att smärtbedömningen ska fungera optimalt. Situationen är dock inte helt enkel för sjuksköterskan och smärtbedömning tycks vara en komplex del vid vårdandet av patienter i livets slutskede (Bergh, 2014).

Denna studie är ett verksamhetsförankrat examensarbete i samarbete med en onkologisk avdelning i västra Sverige. Vi författare utför studien i syfte att hjälpa avdelningen att få en fördjupad syn kring hur smärtbedömning på patienter i livets slutskede upplevs av sjuksköterskorna som arbetar på avdelningen. Det resultat som framkommer är förhoppningsvis nyttigt och relevant för all vårdpersonal som arbetar med patienter i livets slutskede.

Bakgrund

Studien utfördes i form av ett verksamhets förankrat examensarbete vilket innebar ett nära samarbete med en onkologisk slutenvårdsavdelning i västra Sverige. Avdelningen publicerade ett ämne som författarna sedan valde att skriva om. Under första mötet med avdelningschefen presenterades ett spindeldiagram som visade föregående årets resultat från det palliativa registret (se bilaga 2). Diagrammet uppnådde fina resultat på de flesta punkter men vid smärtskattning visades brister. Avdelningschefen ville därmed ha vår hjälp att undersöka vad som kan ligga till grund för detta resultat och syftet formulerades därför utefter detta grundproblem.

Palliativ vård

Enligt Nationella rådet för palliativ vård (2019) innebär palliativ vård att det inte längre finns någon bot för den livshotande sjukdom en människa lider av. Målet med den palliativa vården är att lindra symtom och skapa en livskvalité till den som vårdas i livets slutskede. Ordet *palliativ* har sitt ursprung i det latinska ordet *pallium* som betyder *manteln* och symboliserar en inlindade omsorg av patienten (Strang, 2012).

Att få palliativ vård kräver en medicinsk bedömning utav en läkare som bedömer vart i sjukdomsförloppet patienten befinner sig. Därefter utför läkaren ett brytpunktssamtal som innebär att patienten får ta del av informationen om att all behandling hädanefter bedrivs i lindrande syfte (Cancercentrum, 2019). En av de främsta orsakerna till att få palliativ vård är olika cancersjukdomar. Den palliativa vården bedrivs i Sverige på sjukhus, äldreboende, hospice eller inom hemsjukvården. Inom slutenvården bedrivs palliativ vård främst inom onkologiska verksamheter (Palliativguiden, 2010).

World Health Organization (2019) beskriver palliativ vård som en helhetsvård där syftet och målet är att upptäcka och lindra fysiska och psykiska symptom samt svåra existentiella tankar hos den drabbade. Vidare förklaras att det främsta målet inom palliativa vård är att lindra den fysiska och psykiska smärtan. Bergh (2014) förklarar att smärtan hos patienter i livets slutskede är mångdimensionell vilket innebär att den finns på olika plan hos patienten, vilket således gör smärtlindring till en central del för den palliativa vården.

Den palliativ vården grundar sig på en vårdfilosofi bestående av fyra hörnstenar; teamarbete, symtomlindring, kommunikation och närstående. Hörnstenarna symboliserar den helhetsvård som palliativ vård bör ses utifrån och där trygghet, stöd och en god kommunikation har en central roll. Symtomlindring anses vara den mest centrala hörnstenen eftersom den syftar till att upptäcka och lindra de fysiska, existentiella, andliga och sociala symptom som patienten ofta drabbas av (Palliativguiden, 2010).

Två faser av palliativ vård

Den första fasen av palliativ vård kallas för den tidiga fasen och kan pågå från det att patienten får sin diagnos till flera månader eller år framöver, det beror helt på patientens diagnos och sjukdomsförlopp. Under den tidiga fasen av palliativ vård behövs inte lika mycket resurser och åtgärder utan fokus ligger på riktade insatser för specifika symptom och eventuella stödinsatser. Efterhand blir symptomen mer intensiva för patienten vilket leder till ett större behov av sjukvård där mer insatser för symtomlindring kan erbjudas. När patienten kommer till det skedet att det krävs insatser dagligen innebär det att den sena fasen av palliativ vård är nådd. Vid denna fas krävs ofta ett professionellt vårdteam för att utföra en trygg och god palliativ vård på alla plan. När sjukdomsförloppet börjar närma sig den allra sista delen krävs det ofta att det finns personal tillgänglig dygnet runt eftersom symptomen ofta är intensiva (Palliativguiden, 2010).

Nationella riktlinjer för palliativ vård

För att säkerställa att den palliativa vården i Sverige bedrivs på en bra nivå har Socialstyrelsen (2019) framställt målnivåer för olika indikatorer inom palliativ vård som bör eftersträvas. Syftet med målnivåerna är att skapa möjligheter för hälso- och sjukvården att arbeta efter

tydliga och mätbara kvalitetsmål samt att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård utifrån Hälso- och sjukvårdslagen. De nationella målnivåerna används även för utvecklings- och förbättringsarbeten på lokal och regional nivå (Socialstyrelsen, 2017). När ett väntat dödsfall inträffar fyller sjuksköterskan i en dödsfallsenkät som berör indikatorerna för målnivåerna inom palliativ vård (se bilaga 1) (Palliativa registret, 2017). Indikatorerna och målvärdena beskrivs i Tabell 1.

Tabell 1.

Indikator	Målnivå
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	≥90%
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100%
Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	≥98%
Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan	≥98%
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	≥90%
Brytpunktssamtal	≥98%

De olika målnivåerna utgår från en indikator som berör det aktuella området. Målnivåerna uttrycks i procent och visar hur stor andel av en viss patientgrupp som borde få en viss åtgärd eller behandling. Exempelvis kan målnivån ange att 80% av patienterna med ett visst sjukdomstillstånd borde få en behandling med ett visst läkemedel.

En av socialstyrelsens största prioriteringar gällande målnivåer är smärta och smärtskattning. För att minimera smärtupplevelsen och ge en god palliativ vård bör sjuksköterskan fånga upp dessa symtom tidigt. Indikatorn och målvärdet för smärtskattning syftar till att sjuksköterskan kan fånga upp smärttillstånd som patienter själva inte uttrycker i ord. Målet är att systematiskt utföra smärtskattning på alla människor i livets slutskede för att minimera risken för medicinska komplikationer och främja livskvalité. Om det inte är möjligt att använda sig av ett strukturerat symtomskattningsinstrument då personen inte är i stånd att tala är det viktigt att man gör en klinisk bedömning. Detta för att minska risken för obehandlade symtom (Socialstyrelsen, 2016)

Det övergripande resultatet gällande smärtskattning under sista levnadsveckan visade att endast 28% av patienterna som fått palliativ vård smärtskattades i västra Götalands län, vilket är långt ifrån målvärdet som är 100% för smärtskattning (Socialstyrelsen, 2016). Möjliga felkällor enligt Socialstyrelsen (2016) kan vara att det saknas tillräcklig kunskap om hur smärtskattningsinstrument med validerade skalor ska användas på patienter som inte kan tala.

En annan orsak kan vara att det saknas gemensamma rutiner på enheter kring hur skattningen ska dokumenteras vilket gör det svårt att hitta dokumentationssystemet när man ska rapportera indikatorn.

Smärta i livets slutskede

International Association for the Study of Pain (2018) definierar smärta som: “en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse, förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada. Strang (2012) beskriver att smärtan delas in i de fyra olika komponenterna; sensorisk, affektiv och kognitiv smärta samt psykogen smärta. Den affektiva komponenten har en koppling till ångest, nedstämdhet och tidigare känslomässiga minnen. Den kognitiva komponenten är en analys av smärtan och dess konsekvenser. Den psykogena komponenten orsakas av psykiska sjukdomar exempelvis depression. Slutligen betonar Strang (2012) vikten av att upplysa patienter med smärta i livets slutskede att smärtan kan relateras till de olika komponenterna.

Smärta är enligt Bergh (2014) en av de vanligaste orsakerna till att människor söker sig till vården idag. Smärta kan uppkomma akut men också som ett långvarigt tillstånd. Den smärta som uppkommer akut kännetecknas ofta som kortvarig och kan också observeras genom kroppsliga reaktioner. Den sortens smärta kan uppkomma av många orsaker, exempelvis trauma eller operativa ingrepp. Den långvariga smärtan är mer utdragen och saknar ofta kroppsliga reaktioner.

För de patienter med cancerrelaterad smärta som vårdas i livets slutskede är majoriteten i stort behov av starka opioider för att bli smärtlindrade. Vidare nämns att smärtan ofta är behandlingsbar men otillräcklig kunskap hos sjuksköterskorna medför att patienterna ofta är underbehandlade (Strang, 2012). Bergh (2014) förklarar att situationen kring smärthantering av patienter i livets slutskede sätter höga krav på sjuksköterskan vars uppgift är att upptäcka, bedöma och utvärdera smärtan.

Smärta har en stor betydelse när livets slutskede närmar sig eftersom döendet ofta associeras med svår smärta. De allra flesta som lider av smärta i livets slutskede går att lindra men det gäller att sjuksköterskan följer de basala principerna för symtomlindring för att utföra detta på bästa sätt. Det innebär att identifiera grundorsaken till smärtan genom en smärtanalys eller smärtbedömning (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Flertalet studier och forskningar visar på att människor som vårdas i livets slutskede sällan är skrämde för döden utan för att behöva dö med svåra smärtor (Palliativguiden, 2010).

Rasmussen och Lindqvist (2014) beskriver smärtan i livets slutskede som svår då den innehåller många olika aspekter som; sociala, fysiska, psykiska och existentiella former vilket försvårar en bedömning av smärtan. Bergh (2014) menar att smärtan kallas för “mångdimensionell” eller “total smärta” och beskriver den som en komplex del i omvårdnaden av patienter i livets slutskede. Andra studier visar också på hur den mångdimensionella smärtan är komplex eftersom det är svårt att härleda dess ursprung vilket skapar svårigheter för sjuksköterskan när det kommer till smärtanalyser och smärtbedömning (Hochberg, Perez & Borod, 2018).

Smärtbedömningen begränsas ofta av hinder i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska. Patienten som vårdas i livets slutskede är ofta medvetandesänkt och kan

därmed inte föra en verbal kommunikation. Sjuksköterskan kan då observera patienten och leta efter tecken som rynkad panna, kallsvettighet och pulsökning som ofta är tecken på att patienten lider av smärta (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Studien av Soden, Ali, Alloway, Barelay, Barker, Bird, Hall och Perkins (2013) benämner den mångdimensionella smärtan hos patienter med cancerrelaterad smärta i livets slutskede som en av de mest utmanande delarna för sjuksköterskan och ett stort behov av kunskap och träning behövs.

När en patient befinner sig i sina sista dagar i livet blir smärtan högsta prioritering för patienten och sjuksköterskan. Det är en viktig del i sjuksköterskans ansvar att se till att patienten upplever minsta möjliga smärta och det kräver en kontinuerlig diskussion med ansvarig läkare som ordinerar smärtlindrande läkemedel (Lindqvist & Rasmussen, 2014).

Bedömning av smärta i livets slutskede

Enligt ICN:s etiska kod (2019) arbetar en sjuksköterska primärt för att ge en god omvårdnad till människor som är i behov av vård. Detta bör sjuksköterskan göra med respekt, lyhördhet och medkänsla för patienten. Patienter som vårdas i livets slutskede är en skör grupp som oftast har många symtom samtidigt. Smärtan är ofta mångdimensionell och för patienten innebär det att smärtan finns överallt både psykiskt och fysiskt (Bergh, 2014). Därför är det särskilt viktigt att sjuksköterskan bemöter detta med empati och lyhördhet och inte enbart använder sig av smärtskattningsinstrument vid bedömning av smärta. Genom samtal och observationer kan man finna orsaken till smärtan vilket kan göra det enklare att lindra den (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Loyd (2012) poängterar vikten av att sjuksköterskorna som arbetar med patienter i livets slutskede besitter erfarenhet och kunskap för att på bästa sätt bedöma och lindra smärtan.

Bergh (2014) skriver att sjuksköterskan bör vidta åtgärder som uppmärksammar, identifierar och dokumenterar smärtan på ett korrekt sätt. Därför är det viktigt att använda sig av de hjälpmedel som finns för att komplettera sin egen bedömning av smärtan. Smärtskattningsinstrument är ett hjälpmedel för sjuksköterskan vid bedömning av smärtan på patienten livets slutskede.

De smärtskattningsinstrument som idag finns i vården är många och fungerar på olika sätt. En av de vanligaste smärtskattningsinstrumenten som används är *Visuell analog skala (VAS)* där patienten får skatta sin smärta på en skala från 0–10 (Vårdhandboken, 2019). Ett annat vanligt skattningsinstrument inom palliativ vård är *Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS*, vars syfte är att bedöma den subjektiva upplevelsen av ett symtom (Palliativt utvecklingscentrum, 2019). Ett tredje smärtskattningsinstrument som ofta används inom palliativ vård och demensvård är *Abbey Pain Scale, (APS)* som är ett validerat skattningsinstrument speciellt framtaget för personer med nedsatt kognitiva funktioner eller som inte kan verbalt förklara sin smärta. Skattningen utgår från sex frågor som inkluderar patientens sätt att uttrycka sig och det kroppsliga beteendet (Svenskt Demenscentrum, 2017).

För patienter som har en medvetandesänkning blir det en större utmaning att använda sig av smärtskattningsskalor (Strang, 2012). Brorson, Plymoth, Örman och Bolmsjö (2014) bekräftar detta i sin studie som berör smärtskattning av patienter med kognitiv svikt. Deras resultat visade bland annat på att sjuksköterskor upplever det svårt att upptäcka smärta hos patienter

med kognitiv svikt men desto svårare var det att bedöma graden av smärta enligt sjuksköterskorna.

Studien om smärtskattning av Hochberg, Perez och Borod (2018) visar att patienter som blir ordentligt smärtskattade med någon av de systematiska smärtskattningsinstrumenten upplever en större livskvalité och följsamhet i sin cancerbehandling.

Dokumentation

Vårdhandboken (2019) beskriver hälso- och sjukvårdsverksamheten som mycket informationsintensiv där det ofta är många inblandade i den enskilde patientens vård och där mycket information är i omlopp. Hanteringen av informationen ska vara organiserad så att den tar hänsyn till patientsäkerhet och god kvalitet. För att kunna säkerställa en god och säker vård finns det en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal. I patientjournalen beskrivs bland annat de bedömningar som gjorts, de beslut som tagits med hänsyn till patientens behandling och vård samt planering, genomförande och utvärdering. Patientjournalen ska ses som ett arbetsredskap där allt som är väsentligt för den enskildes vård finns tillgängligt för alla som är inblandade och har ansvar för de olika delarna i vården. Det är därför otroligt viktigt att använda standardiserade termer och begrepp som bidrar till att informationen är lätt att förstå och tillförlitlig. En väl skriven och genomförd patientjournal utgör grunden till utvärdering och uppföljning, vilket i sig kan förbättra vården för den enskilde patienten.

Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter

Vårdandet

Inom alla vårdrelaterade yrken framstår vårdandet likt ett centralt begrepp som präglas av ansvar och samarbete. Det är ett ansvar som innebär att genom vårdandet lindra ett lidande trots sjukdom och att ge en människa värdighet in i döden (Söderlund, 2017). Söderlund (2017) menar att vårdandet är kärnan i sjuksköterskans profession och innebär att akta, bry sig om, vårda och ansvara för patientens hälsa och lidande.

Katie Eriksson (2015) förklarar utifrån sin teori att vårdandet innebär att man genom olika former av ansning, lekande och lärande kan nå ett tillstånd av tillit och tillfredsställelse både kroppsligt och andligt. Vårdandet är i grunden något naturligt mänskligt, en kärleksgärning som vidare kan hjälpa en människa att vara en hel människa. Men det begränsas inte av att enbart fokusera på hälsa utan berör hela människans existens (Söderlund, 2017). Arman och Regnsfeldt (2006) menar att det centrala för vårdandet är att se människan som en helhet av kroppen, själen och anden, vilket är högst aktuellt inom palliativ vård.

Kommunikation i vårdandet

En förutsättning för vårdandet är en fungerande kommunikation för att förstå patientens upplevelser av hälsa och lidande (Fredriksson, 2017). Enligt Carlsson och Björk Brämberg (2014) är kommunikation ett grundläggande mänskligt behov. Sjuksköterskan har en skyldighet och ett ansvar att skapa trygghet, kontroll och delaktighet i vården för individer med kommunikationssvårigheter. En god kommunikation är grunden för en god omvårdnad. Kommunikationen mellan sjuksköterskan och individen har flera syften och kan skapa förutsättningar till en trygg och meningsfull relation. Detta kan bidra att patienten ser

sjuksköterskan som kompetent och framförallt pålitlig. Patienten får sina egna behov bekräftade av sjuksköterskan och ses som en hel människa.

Studien av Terilla, Ellington, John, Latimer, Xu, Reblin och Clayton (2018) är en av de första som undersöker positiv känslomässig kommunikation i livets slut. Deras studie bevisar att en kommunikation som präglas av en positiv attityd med glädje och energi ger mer välbefinnande för patienter i livets slutskede.

Begreppet vårdande kommunikation kan förklaras genom ett budskap eller en handling med syfte att lindra ett lidande och återuppta kommunikationen från dess ursprung för att genomföra något gemensamt. Att utöva kommunikation i klinisk praxis sker oftast genom ett samtal mellan vårdare och patient och för de patienter som inte kan tala, av olika anledningar, blir kommunikationen ett hinder (Fredriksson, 2017). Vidare menar Fredriksson (2017) att lyssnande, beröring och närvaro skapar goda förutsättningar för patientens hälsa och välbefinnande.

Sjuksköterskans ansvar

Den legitimerade sjuksköterskan ansvarar och leder omvårdnadsarbetet. Detta innebär att sjuksköterskan självständigt, i teamarbete och i ett partnerskap med patient och anhöriga ansvarar för att bedöma, diagnostisera, planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden av patienten. Att som sjuksköterska ta ansvar för omvårdnaden innebär att utföra omvårdnadsåtgärder med syfte att tillgodose patientens grundläggande behov fysiskt, psykiskt, andligt och kulturellt (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Särskilt svårt och utmanande kan detta bli när sjuksköterskan möter en patient i livets slutskede, vilket kan innefatta mycket existentiella frågor och svårbehandlade symtom (Strang, 2012).

Omvårdnaden sjuksköterskan ger utgår från bland annat Hälso- och Sjukvårdslagen. I HSL (2017:30) står det att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. I HSL (2017:30) beskrivs även att den vård som sjuksköterskan ger ska inge trygghet, kontinuitet och säkerhet för patienten samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. För att detta ska tillämpas på bästa sätt inom palliativ vård skapades de fyra hörnstenarna som sammanfattar lagens innebörd på ett djupare sätt. De sex S:en i palliativ vård står för symtomlindring, självbestämmande, sociala relationer, sammanhang och strategier, syftet med de sex S:en är att skapa trygghet och värdighet för patienten som vårdas i livets slutskede (Cancercentrum, 2019).

Problemformulering

Att vårda människor i livets slutskede upplevs komplext och utmanande för sjuksköterskor. Särskilt svårt tycks det vara under den absolut sista tiden i livet som ofta associeras med svåra smärtor hos patienten. Smärtan är oftast komplex med fysiska och psykiska symtom men även existentiella aspekter förekommer.

Det krävs mer än bara kunskap, erfarenhet och ett smärtskattningsinstrument för att sjuksköterskan ska bedöma och lindra smärtan på ett optimalt sätt när döden närmar sig. Sjuksköterskan behöver gå på djupet och föra en verbal kommunikation som innefattar

lyssnande, medkänsla och omtanke för den döende människan. Tidigare forskning visar dock på att många sjuksköterskor upplever det svårt att bedöma och tolka smärta hos patienter i livets slutskede.

Vi har utfört denna studie i ett nära samarbete med en onkologisk avdelning i västra Sverige. Avdelningens resultat från föregående årets palliativa kvalitetsregister visade på att få patienter blev smärtskattade under sin sista levnadsvecka (se metod nedan och bilaga 2). Avdelningens resultat skiljer sig inte markant med resultatet från 2016 för västra Götalands län gällande smärtskattning under sista levnadsveckan som visade att endast 28% av patienterna som fått palliativ vård smärtskattades (Socialstyrelsen, 2016). Genom att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bedöma smärta hos patienter i livets slutskede kan underliggande faktorer lyftas fram gällande bristfällig identifiering och bedömning av smärta.

Syfte

Syftet med vår studie är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bedöma smärta hos patienter i livets slutskede på en onkologisk avdelning i västra Sverige.

Metod

För att samla in data till denna studie användes två olika kvalitativa metoder. Den ena metoden var en kvalitativ intervju vilket Kristensson (2014) menar är lämpligt när man vill studera ett fenomen genom människors upplevelser. En gruppintervju utfördes med tre sjuksköterskor som var verksamma på den onkologiska avdelningen. Den andra metoden utgick från ett formulär med öppna frågor som skickades ut till sjuksköterskor verksamma på avdelningen. Frågorna som ställdes var öppna och berörde samma område som intervjun (se bilaga 3). Båda tillvägagångssätten hade en induktiv ansats vilket Kristensson (2014) menar är lämpligt när man vill studera ett fenomen genom människors upplevelser.

Deltagare

Studien utfördes i form av ett verksamhetsförankrat examensarbete på en onkologisk avdelning i västra Sverige. I urvalet för de öppna frågorna som skickades ut som ett komplement inkluderades alla sjuksköterskor som var verksamma på avdelningen. Totalt deltog sju sjuksköterskor i åldrarna 24–55 år, samtliga sjuksköterskor hade mellan ett till sex års erfarenhet av arbete i vården samt fyra veckor till fem års arbete på den aktuella avdelningen. Sjuksköterskorna på den onkologiska verksamheten som inkluderades i intervjustudien valdes genom ett bekvämlighetsurval med hjälp av enhetschefen. Inklusionskriterierna för deltagandet i intervjun innefattade sjuksköterskor verksamma på den aktuella avdelningen som gav samtycke att ingå i studien. All annan personal exkluderades för att behålla studiens fokus på sjuksköterskans upplevelse. Totalt deltog tre sjuksköterskor i gruppintervjun och på intervjudagen var en av sjuksköterskorna sjuk och en annan kunde inte delta på grund av stressig arbetssituation vilket resulterade i att två andra sjuksköterskor på avdelningen deltog. Trost (2010) menar att vid en gruppintervju bör det ingå maximalt fem personer. Intervjun utfördes i ett grupprum i nära anslutning till den verksamhet

sjuusköterskorna arbetade. De tre deltagarna i gruppintervjun var kvinnor i åldrarna 24–36 år, samtliga sjuusköterskor hade mellan ett till sex års erfarenhet av arbete i vården samt fyra veckor till två års arbete på den aktuella avdelningen. Ingen av sjuusköterskorna hade någon specialistutbildning inom onkologi eller palliativ vård.

Datainsamling

För att besvara syftet med studien utformades en gruppintervju med semistrukturerade öppna frågor vilket gav möjlighet att få utförliga upplevelser, känslor och erfarenhet (Kristensson, 2014). Intervjugruppen bestod av tre legitimerade sjuusköterskor verksamma på den aktuella avdelningen. En gruppintervju är en intervjuform där flera personer intervjuas samtidigt med en eller två ledare. En gruppintervju ger stort utrymme för interaktion i gruppen vilket kan ge varje enskild individ en större insikt i dennes åsikter och bevekelsegrunder (Trost, 2010). Innan intervjun skickades ett informationsblad ut till deltagarna där syftet med intervjun och tillvägagångssättet beskrevs samt information kring deltagande och tystnadsplikt (se bilaga 4).

Danielsson (2017) menar att det är viktigt att skapa struktur och följsamhet i sin intervju vilket kan göras genom en intervjuguide. Därför utformades en intervjuguide där de sju semistrukturerade öppna frågorna skrevs ner. Intervjun hölls i ett slutet rum i nära anslutning till avdelningen. Innan intervjun startade gavs en kort inledning och presentation av intervjuledare och syftet med studien.

Den inledande frågan i intervjun var *“Hur tar ni reda på om en patient i livets slutskede har smärta.”*. Resterande frågor var; *Kan ni berätta hur ni gör en smärtbedömning när patienten inte kan kommunicera? Hur uppfattar ni ett smärtgenombrott? Hur skiljer ni på ångest och smärta? Kan ni berätta hur det känns att göra en smärtbedömning på någon ni vet ska dö snart? Hur tolkar ni resultatet från spindeldiagrammet? När ni har gjort en smärtbedömning, när dokumenterar ni denna då?*

Den semistrukturerade modellen på intervjun gav även möjligheten att ställa följdfrågor som *“hur kände ni då?”* och *“hur upplevde ni det?”* (Kristensson, 2014). Intervjun varade i 45 minuter och spelades in elektroniskt via två ljudupptagare och intervjuledarna turades om att ställa frågor och anteckna. Som komplementär datainsamling utformades ett anonymt frågeformulär med öppna frågor som delades ut till resterande sjuusköterskor på avdelningen. (se bilaga 5). De öppna frågorna var liknande de frågor som ingick i intervjun. Sjuusköterskorna fick en vecka på sig att besvara frågorna.

Analys

Både intervjun och frågeformulären analyserades genom en induktiv kvalitativ innehållsanalys (Kristensson, 2014). En sådan analys gör det möjligt att hitta likheter, skillnader och mönster i texten som sedan ska landa i ett antal olika teman (Kristensson, 2014). Däremot blev frågeformulärens analys inte lika ingående eftersom de svar vi fick tillbaka inte var tillräckligt innehållsrika.

Analysen av intervjun skedde genom ordagrann transkribering av båda författarna och lästes under upprepade gånger för att skapa en helhetsbild (Kristensson, 2014). Innehållsanalysen innefattar sex olika steg och innan man påbörjar dessa är det viktigt att ställa om fokus, från

individnivå till att se textens helhet, samtidigt som studiens syfte hela tiden är i fokus (Kristensson, 2014).

Kristensson (2014) har sammanfattat Graneheim och Lundmans (2004) analysprocess i sex steg. Det första steget börjar med att författarna läser igenom intervjutexten och frågeformulären var för sig. Att det görs individuellt bjuder in till diskussion och där författarnas egna tankar om det övergripande intrycket kan diskuteras och skrivas ner, så kallat forskartrianglering. I det andra steget tas meningsbärande enheter ut ur texten som kan relateras till syftet, detta gör författarna tillsammans. I det tredje steget sker kodningen som sammanfattar de meningsbärande enheterna i ett eller några ord och här kan de delas upp i flera koder. Under detta steg görs även kondensering av de meningsbärande enheterna som betyder att texten kortas ner. Det tredje steget görs individuellt för att sedan återkoppla tillsammans och jämföra varandras koder, detta gjordes tillsammans med handledare. I det fjärde steget läser författarna tillsammans igenom alla koder och kategoriserar dem i gemensamma nämnare. De koder som liknar varandra skapar gemensamt en kategori, en så kallad rubrik eller benämning som kan sammanfatta koderna. Under analysens gång skapades otroligt många olika kategorier vars koder inte alls hörde samman. Men när författarna gett koderna en paus kunde de med nya ögon se att de flätades ihop, därmed skapades färre kategorier. I det femte steget läses kategorier, koder och texten igenom individuellt för att återigen se helheten för att sedan diskuteras. Kristensson (2014) kallar detta för den latent fasen. Här diskuterar författarna den egentliga meningen bakom varje kategori. Är det en kategori eller en underkategori? Författarna analyserar, tolkar och sorterar vilket skapar en ny högre nivå av texten. I det sjätte och sista steget läser författarna igenom allt material inklusive intervjutexten och frågeformulären. Intervjun och frågeformulären jämförs med de olika kategorierna och underkategorier som uppkommit. Syftet med detta är att författarna ska finna den övergripande meningen eller betydelsen för kategorierna som kan sammanfattas i huvudkategorier eller olika teman, se tabell 2.

Tabell 2.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subtema	Tema
Vi har ingen... eller ingen av oss har fått till oss att så här ska det vara här. Inte vad jag vet...	... ingen av oss har fått till oss att så här ska det vara här. Inte vad jag vet...	Fått för lite information om rutiner	Inga tydliga direktiv	Otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och smärtdokumentation
Det är inte optimalt att dokumentera	Det är inte optimalt att dokumentera	Medveten handling	Sjuksköterskans attityd och inställning	Komplexiteten av att bedöma smärta

smärtskattning varje dag. Men jag vet inte.	smärtskattning varje dag. Men jag vet inte.			under sista levnadsveckan
Sen tycker jag ibland när man blandar... eller man ser inte skillnaden mellan smärta och oron... Man kanske ger smärtstillande istället när de är orolig	Man ser inte skillnaden mellan smärta och oron.	Svårt att se skillnad mellan symtom	Att se skillnad på symtomen ångest och smärta	Komplexitet av att bedöma smärta under sista levnadsveckan
Observera patienter faktiskt, patientens ansikte visar mycket för att ofta dem kanske är inte med när det är i sista veckan.	Observera patienter, patientens ansikte visar mycket för ofta de inte är med i sista veckan.	Ansiktsuttryck & kroppsspråk	Sjuksköterskans egen kliniska blick	Att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt

Etiskt övervägande

Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) krävs alltid ett samtycke, information och konfidentsintervall när en studie utförs. Kravet på samtycke uppfylldes genom att studien var ett samarbete med den verksamma avdelningen där verksamhetschefen gett sitt tillåtande. De tillfrågade sjuksköterskorna inför intervjun fick även ge sitt muntliga samtycke till att delta i studien. Det öppna frågeformuläret var frivilligt och anonymt. Kravet på information (SFS 2003:460) uppfylldes genom att deltagarna fick skriftlig information via mejl dagen innan intervjun samt även en upprepning av syftet precis innan start. De fick även möjlighet att ställa frågor inför, under och efter intervjun. Genom att respektera integritet gavs information ut om hur innehållet skulle hanteras, avidentifieras och förvaras. Därmed uppfylls kraven för konfidentialitet (SFS 2003:460).

Resultat

Resultatet från gruppintervjun och frågeformulären sammanföll i tre olika teman; Komplexiteten av att bedöma smärta under den sista levnadsveckan, att använda sig av

resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt och otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och smärtdokumentation och redovisas i tabell 3. Alla teman innehöll flera olika subteman som besvarar vårt syfte om sjuksköterskans upplevelser av bedömning av smärta i livets slutskede. Det mesta av resultatet kommer från gruppintervjun, men de öppna frågor som besvarades av 7 sjuksköterskor via ett frågeformulär vävs även in i resultatet.

Tabell 3.

Komplexiteten av att bedöma smärta under den sista levnadsveckan	Att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt	Otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och smärtdokumentation
Brister i kommunikationen	Tidigare sjukdomshistorik och patientkänedom	Inga tydliga direktiv
Att se skillnad på symtomen smärta och ångest	Sjuksköterskans egen kliniska blick	Svårigheter med dokumentation
Sjuksköterskans attityd och inställning	Att använda sig av smärtskattningsinstrument	Svårigheter med dödsfallsenkäten
	Att ta hjälp av andra	

Komplexiteten av att bedöma smärta under den sista levnadsveckan

Resultatet visar att smärta är ett generellt komplext begrepp, särskilt på patienter i livets slutskede. Komplexiteten skapar ofta en osäkerhet hos sjuksköterskan då viljan av att ge en god omvårdnad för patienterna i livets slutskede är stor men svår att genomföra.

Svårigheterna kring bedömning av smärta upplevdes främst kopplas till svårigheterna att kommunicera med patienterna i livets slutskede, som då ofta led av någon form av medvetandesänkning. Brister i kommunikationen förde även med sig andra svårigheter som att se skillnad på olika symtom.

Brister i kommunikationen

Att kommunicera med en patient i livets slutskede upplevdes som en stor svårighet av samtliga sjuksköterskor som deltog under gruppintervju. Detta på grund av den medvetandesänkning som ofta drabbar människor i livets slutskede och uppstår av sjukdomsförloppet och medicineringen. Detta upplevdes som en stor begränsning för sjuksköterskorna vid en smärtbedömning eftersom patienten då inte kan kommunicera verbalt med sjuksköterskan. Smärtan kan inte beskrivas eller styrkas av någon uppskattning av intensitet från patienten själv. Smärtan blir en tolkningsfråga av sjuksköterskan vilket kan ställa till problem om olika sjuksköterskor bedömer smärtan. En av sjuksköterskorna berättade under gruppintervjun;

“Men det är ju svårt att bedöma överlag en döende patient som inte kan kommunicera med varandra och mellan oss.” Deltagare 2

Vidare utvecklade en av sjuksköterskorna att en icke fungerande kommunikation gör det omöjligt att utföra en korrekt smärtbedömning med ett smärtskattningsinstrument som tex. VAS eftersom patienten är oförmögen att skatta sin smärta. Att använda VAS på patienter i

livets slutskede var enligt sjuksköterskorna vanligt förekommande men även en stor svårighet. Svårigheter att i efterhand dokumentera smärtan uppstod även efter användning av ett smärtskattningsinstrument som kräver att patienten inte kan kommunicera.

Att se skillnad på symtomen smärta och ångest

En stark känsla av osäkerhet kring smärtbedömning framkom under intervjun och förklarades bero på svårigheterna att skilja på smärta och ångest eftersom de är såpass lika symtommässigt. Alla sjuksköterskorna var överens om att symtomen liknar varandra så pass mycket att man med enkelhet kan blanda ihop dem. Det förhindrar därmed att utföra en korrekt smärtbedömning eftersom man inte vet om patientens smärta beror på fysiska orsaker eller ångest och oro. Denna svårighet förklarades även försvåra möjligheten att ge en korrekt smärtlindring. En av sjuksköterskan berättade under intervjun att vid situationer likt ovan brukar hon testa sig fram med läkemedel för att se reaktionen på patienten för att sedan utvärdera om det är smärta eller ångest patienten lider av.

“Men jag brukar... jag tänker att när jag ger smärtlindring och de hjälper inte alls efter halvtimme det kanske ska vara oro då jag ger mot oro först och vi får se om patienten reagerar eller om de inte visar någon effekt då är de svårt att bedöma vilken är vilken.”

Deltagare 1

Det framkom även under intervjun att patienterna ofta har en generellt hög tolerans för smärta på den aktuella avdelningen, vilket således försvårar bedömningen av smärta.

Sjuksköterskans attityd och inställning

Under hela gruppintervjun framkom en stark känsla hos deltagarna att vilja göra det bästa för patienter i livets slutskede. Att utföra en smärtbedömning ansågs som en viktig del för sjuksköterskorna för att kunna ge patienten en värdig död utan ett lidande. Situationen beskrivs som oerhört viktig och speciell.

“... man vill ju verkligen göra det bästa av det sista. För det känns ju väldigt... viktigt just i den stunden skulle... skulle jag säga. Mm... det är speciellt.” Deltagare 3

Viljan av att göra patienten smärtfri i livets slutskede beskrivs som stark och medför att sjuksköterskorna är mer generösa med läkemedel i livets slutskede jämfört mot andra patienter.

“Jag brukar ge faktiskt, för jag vet det är bättre patienten lider inte sista veckan än att lida bara för att jag ska vara lite snål.” Deltagare 1

Att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt

Resultatet visar att den verbala kommunikationen upplevs vara en av de viktigaste faktorerna för att utföra en korrekt smärtbedömning. Men det framkommer även att den verbala kommunikationen oftast är begränsad vilket innebär att sjuksköterskan då måste hitta andra metoder för att underlätta smärtbedömningen.

Tidigare sjukdomshistorik och patientkännedom

En viktig del i bedömningen av smärta förklarades vara patientkännedom. Många patienter beskrivs vara kända sedan innan då dem ofta skrivs in och ut under sjukdomsförloppet. Det innebär således att värdefull information som kan vara behjälplig i en komplicerad smärtbedömning finns tillgänglig.

“Men totalt hjälper det mycket om vi känner patienten, och följer patienten hela vägen.”
Deltagare 1

Tidigare dokumentation var enligt uppgift tillgänglig i Melior, smärtplaner och läkemedelsmoduler. Genom den information kan man enligt sjuksköterskorna finna vad som tidigare fungerat för att lindra smärtan hos patienten. Finns det ingen tidigare dokumentation kring patientens smärta blir därför situationen komplicerad, speciellt om det förekommer verbala hinder i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska.

Sjuksköterskans egen kliniska blick

Om tidigare dokumentation saknas eller är otillräcklig kan sjuksköterskorna istället använda sig av sin egen kliniska blick för att observera patienten. Genom att kontrollera vitala parametrar i kombination med observation av patientens kroppsspråk, ansiktsuttryck och röster kan man utföra en någorlunda god smärtbedömning.

Att kontrollera puls och blodtryck kan också hjälpa vid en smärtbedömning, förklarade sjuksköterskorna. Alla sjuksköterskor nämnde att de i första hand använde sig av sin kliniska blick för att identifiera smärtan hos patienten, men att det kan vara svårt.

“Men det är ju svårt... men man kan ju ändå se på vissa med grymtningar och grimaser och sånt.” Deltagare 3

“Som jag sa... observera ansikte, kroppsläge om hon kan reagera någonting eller bara säger ja och nej eller blinka ögonen bara något kroppsspråk...” Deltagare 1

En sjuksköterska beskrev att “plockigheten” det vill säga oron eller smärtan i kroppen kan visa sig genom att patienten kan ta sig för där de har ont eller plocka med något som ligger nära, exempelvis en filt. Kroppsspråket hos patienten kan visa olika tecken på ett genombrott av smärtan och detta endast något man kan identifiera med sin egen kliniska blick som sjuksköterska.

“...de är plockiga, kanske tar sig för där de har ont eller jag tycker de blir mer... ja vet inte men det syns tycker jag... väldigt lätt på en patient om den har ett smärtgenombrott. Det börjar liksom taggas upp med smärta. Om de har varit väldigt lugna innan framförallt och sen börjar de liksom att ta sig någonstans för där de har ont eller ansiktsgrimaserar... DET tycker jag blir tydligt.” Deltagare 2

Att använda sig av smärtskattningsinstrument

Som ett komplement till den kliniska blicken använde alla sjuksköterskor i intervjun någon form av smärtskattningsinstrument för att bedöma smärtan på patienterna. De vanligaste skattningsinstrument som nämndes var VAS och Abbey Pain Scale. Alla sjuksköterskor upplevde däremot att VAS var svårt eftersom den kräver att patienten kan kommunicera, vilket de ofta inte gör under den sista levnadsveckan. Två av sjuksköterskorna uppgav att dom istället använde sig av Abbey Pain Scale som är ett skattningsinstrument som istället enbart fokuserar på att läsa av ansiktsuttryck och kroppsspråk hos patienten.

“Genom att samtala med patient, följa upp med skattning/skatta genom abbey pain scale om patienten ej kan kommunicera verbalt.” Frågeformulär 4

Att ta hjälp av andra

Sjuksköterskorna berättade att de ofta tar hjälp av patientens anhöriga för att få ut viktig information om de inte känner patienten sen innan och ifall dom har svårt att föra en verbal kommunikation. Alla var överens om att anhörigas roll under en smärtbedömning var oerhört viktigt för att få ut rätt information och därmed kunna utföra en korrekt smärtbedömning.

“... och sen, man lyssnar på anhöriga som sitter hela tiden med dom och vet vad dom känner kanske.” Deltagare 1

Sjuksköterskorna nämnde även att annan vårdpersonal som undersköterskor, erfarna sjuksköterskor och läkare har en väldigt värdefull roll eftersom de ofta besitter ytterligare kunskap om patienten och då kan de bedöma och uppskatta med mer precision patientens behov. De arbetar ofta nära patienten och har en tydlig bild av hur smärtan kan te sig, symtom och reaktioner. Det kan vara till stor hjälp när man exempelvis har svårt att skilja på symtomen smärta eller ångest.

“Ibland undersköterskorna säger till oss om det är Det eller Det (ångest eller smärta).”
Deltagare 1

Otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och smärtdokumentation

Resultatet visar att bedöma smärta hos patienter kräver tydliga riktlinjer och rutiner kring genomförandet. Resultatet visar tydligt att det inte finns tillräckliga rutiner för att sjuksköterskorna ska kunna utföra en smärtbedömning på optimalt sätt. Rutinerna och riktlinjerna visade sig ha en avgörande roll för sjuksköterskornas kontinuitet i arbetet vid smärtbedömning.

Inga tydliga direktiv

Brister på tydliga rutiner och riktlinjer gällande smärtbedömning och dokumentation upplevdes försvåra smärtbedömningen mycket. Förtydligande av rutiner på avdelningen gällande smärtbedömning och dokumentation ansågs vara viktigt för att kunna utföra

bedömningen korrekt. Sjuksköterskorna exemplifierade detta genom att förklara att om det inte finns några "måsten" på avdelningen, kring exempelvis smärtbedömning, så utförs det inte. Rutiner och riktlinjer att gå efter är alltså av största vikt för en korrekt smärtbedömning. Detta berör även dokumentation av smärtan då det är vanligt att smärta dokumenteras på olika ställen, vilket kan skapa förvirring bland personalen. Sjuksköterskorna var enade kring att de smärtskattar sina patienter men dem dokumenterar det inte i alltid, vilket delvis beror på att det inte finns några riktlinjer eller rutiner kring detta. Sjuksköterskorna berättade att när det saknas rutiner så görs en smärtbedömning och dokumentation på ett eget vis vilket kan innebära olika tillvägagångssätt bland sjuksköterskorna

"Ja, alltså jag tror man gör det ganska så där i sitt vardagliga arbete utan att inte alltid tänka på det. Men det här med att skriva ner. Nej jag gör inte heller det. Just när det inte finns någon riktig tydlig rubrik vi ska skriv det under. Då går det av bara farten. Vi kollar av liksom och gör det på vårt eget sätt. Sen smärtlindrar vi och sen ja..." Deltagare 2

Sjuksköterskorna nämnde att det saknas rutiner för när och hur en smärtbedömning ska utföras och framförallt hur, när och av vem som ska dokumentera. Bristen på rutiner skapar en känsla av osäkerhet hos sjuksköterskorna. Flertalet gånger under intervjun påpekade sjuksköterskorna att de inte visste hur de skulle dokumentera smärtan i Melior. En av sjuksköterskorna menade att det finns för många ställen att dokumentera smärtan på, då blir det ännu svårare att skapa en kontinuitet när alla gör olika. En sjuksköterska menade att det skulle behövas en erfaren sjuksköterska som hade ansvar över rutiner kring smärtbedömning på avdelningen.

"Alltså det vanligaste som jag sett i alla fall är att den öppnas men sen att den kanske inte fylls på... Det skrivs liksom på olika ställen..." Deltagare 3

"Jag tror vi behöver ha en genomgång av någon som kanske kan eller en annan avdelning som har bättre resultat. Eller att det kommer en ny...För jag tror inte det funkar att bara säga att vi ska bli bättre. För vi vet ju inte hur vi ska bli bättre? Inte jag i alla fall! Om det inte finns något såhär, här ska vi skriva, eller så här ska vi bedöma" Deltagare 2

På den aktuella avdelningen vårdas inte enbart patienter i livets slutskede utan även patienter med kurativ vård. En sjuksköterska uttryckte att det är tidskrävande att göra en smärtbedömning eftersom det tar tid att identifiera symtomen och utvärdera smärtlindringseffekter. Detta är svårt eftersom det finns andra patienter på avdelningen som behöver vård och det finns inte tillräckligt med tid.

"Ja men då måste vi hela tiden se och vi kan ju inte sitta där hela tiden och vara med dom på det sättet, man har ju andra patienter..." Deltagare 2

Sjuksköterskorna upplevde att det förekommer en oenighet på avdelningen om hur, var och när man bör dokumentera smärtan på patienten i livets slutskede. Ett moment som upplevdes försvåra och komplicera smärtbedömningen var dokumentationen kring smärta. En sjuksköterska menade att det inte kändes relevant att dokumentera smärtan på patienter i livets slutskede varje dag eftersom det är allt för tidskrävande. Vidare utvecklade sjuksköterskan att hon istället föredrog att rapportera över muntligt till nästa sjuksköterska.

“Sen tror jag vi resonerar lite olika eller vad jag har fått till mig. När ska jag dokumentera i den här smärtplanen då? När det är något avvikande!? Eller hela tiden? Eller är det när något är bra eller... det är väldigt såhär... inte likadant. Och då blir det svårt att veta själv hur man ska göra. Så är de! Det är lite oklart.” Deltagare 3

Svårigheter med dokumentation

Att medvetet välja bort att dokumentera smärtskattningen eller smärtbedömningen hade sjuksköterskorna flera förklaringar till. Sjuksköterskorna uttryckte att tidsbristen ofta gjorde att de själva blev tvungna att prioritera sina arbetsuppgifter.

“Nej men just när vi har mycket och när vi har mycket annat att dokumentera så skjuter man det lite åt sidan och fokuserar på att göra patienten nöjd. Alltså med läkemedel eller andra sätt. Sen hamnar ju dokumentationen lite efter. Men det är ju synd när det inte syns att vi inte gör något!” Deltagare 2

En genomgående känsla var att sjuksköterskorna medvetet valde att prioritera bort dokumentationen och istället prioritera tiden med patienten som är desto mer värdefull. Osäkerheten som skapas när smärtan är komplex och svår att få ner i skrift gör det till ett medvetet val att istället rapportera muntligt, för att det inte ska missförstås i textform. En annan sjuksköterska förklarar att man ofta inte vet hur det ska dokumenteras vilket gör att man glömmar bort det och istället rapporterar muntligt. Då kan värdefull information falla bort under vägen utvecklar sjuksköterskan.

“Blir man osäker tror jag man inte skriver alls. Då blir det liksom hur ska det dokumenteras och så glömmar man bort det och så jaa... Då tar man det muntligt och sen kanske det försvinner lite längs med vägen...” Deltagare 2

Sjuksköterskorna berättar att de upplever att många använder sina egna ord och tolkningar när de dokumenterar vilket försvårar för nästkommande sjuksköterska som ska gå in och läsa om patientens smärta i Melior. Detta kan enligt sjuksköterskorna leda till att patientens smärta blir en tolkningsfråga sjuksköterskor emellan. Istället för konkreta uttryck eller ord som kommit direkt från patienten själv blir det som står i Melior sjuksköterskans tolkning av patientens smärta.

Svårigheter med dödsfallsenkäten

Att sammanfatta och dokumentera i dödsfallsenkäten efter att patienten avlidit var något som två av de tre sjuksköterskorna som deltog i intervjun tidigare utfört. De uttryckte att det var tidskrävande och kunde ofta vara svårt och komplicerat. Exempelvis frågorna kring om patienten blivit helt eller delvis smärt- och ångestlindrad kunde upplevas problematiska.

“Kan de inte kommunicera med oss, alltså jag tycker ju det är svårt att sätta helt då. Mmm, det är lite sådär att de (frågorna) är väldigt breda alltså. Men det är ju svårt att bedöma överlag en döende patient som inte kan kommunicera med varandra och mellan oss. Vi vet ju inte vad de hör och känner, egentligen. Sen kan man ju läsa av dem, men just det där med helt ångestlindrad det är ju, aaa, den tycker jag är svår.” Deltagare 2

“Jaa... Luddiga... Och ja, svåra att svara på. Och framförallt om man inte känner patienten eller haft den kanske bara de sista dagarna. Då är det jättesvårt.” Deltagare 2

Vid diskussion kring dödsfallsenkäten framkom en känsla av osäkerhet eftersom det ofta finns för lite dokumentation i Melior om smärta under den sista levnadsveckan för patienten. Vid dokumentation av smärta i dödsfallsenkäten tyckte samtliga två sjuksköterskor att frågorna kring smärta var oklara och därmed svåra att fylla i. En orsak till detta ansågs vara bristen på tidigare dokumentation i Melior kring smärtbedömning. En sjuksköterska nämner att det måste finnas dokumenterat i Melior att man utfört smärtskattning för att sjuksköterskan som fyller i dödsfallsenkäten ska kunna överföra det till enkäten. Finns det inte något dokumenterat så får sjuksköterskan fylla i att patienten inte blivit smärtskattad sista veckan, vilket patienten egentligen kanske blivit men den som utfört skattningen har inte dokumenterat det och det betyder enligt registret att skattningen ej gjorts.

“Ja, eller just svåra att fylla i tycker jag. För det blir ju mycket delvis på dem sista jag fyllt i. Och illamående, det vet vi ju knappt. är det inte en kontaktbar patient då är det ju... Ja dem är ju lite luriga...” Deltagare 2

Diskussion

Metod

Möjligheten att utföra ett verksamhets förankrat arbete förde med sig många positiva upplevelser och erfarenheter för oss som sjuksköterskestudenter. Vi har en förhoppning om att vår studie kommer till ännu större nytta jämfört med ett traditionellt examensarbete. Det kändes meningsfullt att utföra en studie som skulle ge avdelningen ett djupare perspektiv som en alternativ lösning på ett problem som väger tungt i vårdandet av patienter i livets slutskede.

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bedöma smärta i livets slutskede och därför valdes en kvalitativ metod vilket Trost (2010) menar är fördelaktigt när man söker information baserat på människors levda erfarenheter. Den kvalitativa metoden gav oss möjlighet att utföra en gruppintervju där sjuksköterskorna öppet berättade om deras upplevelser, erfarenheter och syn på problemet. Ett frågeformulär med öppna frågor besvarades även, vilket gav oss komplementär information om sjuksköterskans syn på problemet.

Datainsamling

För att besvara syftet söktes sjuksköterskans upplevelser av bedömning av smärta och därför valde vi att utföra en intervjustudie med semistrukturerade frågor. Genom en intervju kan sjuksköterskan berätta mer ingående och fritt kring de valda frågorna. Valet av intervjustudie kunde även kopplas till en vilja att få ett mer lokalt resultat till avdelningen där studien utfördes. Gruppintervjun visade sig generera omfattande och innehållsrik information och vi upplevde att deltagarna gav varandra större insikt i frågorna och diskuterade med varandra precis som Trost (2010) beskrev som en fördel med gruppintervjuer. Värdefull information som annars kanske skulle missats vid enskilda intervjuer framkom. Det finns självklart nackdelar med valet av gruppintervju, deltagarna kan prata i munnen på varandra vilket kan

skapa svårigheter vid transkriberingen, vem som säger vad och dynamiken i gruppen kan vara negativ vilket kan bidra till att alla inte vågar uttrycka sin åsikt (Trost, 2010). Vi upplevde inte något av detta under intervjun, alla pratade fritt trots att det inte alltid höll med varandra om allt.

Trost (2010) beskriver olika former av intervjuer varav en gruppintervju ofta genererar ett djup i intervjun eftersom deltagarna ofta ger varandra en större insikt. Därför valdes en gruppintervju med tre sjuksköterskor till studien. Tidsbristen inför studien hade även en avgörande påverkan på valet av intervjuform då en gruppintervju tar mindre tid (Trost, 2010). Det förekom tveksamheter innan gruppintervjun, ifall tillräcklig information och djup skulle framkomma då få sjuksköterskor var tillgängliga för att delta samt vår egen oerfarenhet av att intervjuas. Därför valdes även en annan komplementär metod till gruppintervjun, denna metod bestod av att samla in berättande information genom formulär med öppna frågor. Frågeformuläret skickades ut till alla sjuksköterskor på avdelningen och var frivilliga att svara på. Frågorna var öppna och berörde samma frågor som stod i intervjuguiden. Däremot insåg vi i efterhand att informationen från gruppintervjun var tillräckligt djup att svaren från frågeformuläret blev överflödiga och svarsfrekvensen var låg. Patel och Davidsson (2003) menar att det är viktigt att utforma kvalitativa frågeformulär med få frågor för att inte den som svarar ska bli uttråkad. En möjlig anledning till att vi inte fick in så många svar kan ha varit att vi använt oss av för många frågor.

En viktig aspekt som Kvale och Brinkman (2014) nämner är vikten av erfarenheten att intervjuas människor. En oerfaren intervjuledare genererar sämre kvalitet på intervjun. Eftersom vi tidigare aldrig utfört intervjuer så anser vi att kvalitén blev försämrade och det upplevdes svårt att inte styra intervjun för mycket. Däremot så övades intervjun ett antal gånger innan intervjutillfället och vi förberedde oss väl genom en intervjuguide vilket Trost (2010) förklarar är till stor hjälp för att skapa struktur i intervjun. Vid eftertanke insågs att resultatet hade kunnat få en ännu bredare utformning om mer tid lagts på intervjuguiden och utformningen av intervjufrågorna. En styrka är däremot att frågorna i intervjuguiden formulerades semistrukturerade vilket gav oss möjlighet att ställa följdfrågor (Trost, 2010). Därmed upplevde vi att vi fick in nya aspekter på den information som gavs av informanterna.

Trots vår bristande erfarenhet av att intervjuas fann vi en trygghet i att vara två stycken som tillsammans intervjuades. Trost (2010) poängterar att det är fördelaktigt att vara två intervjuare för att uppnå en trygghet i intervjun och en annan förståelse. Risken för att värdefull information faller bort minskar även. Däremot nämner Kvale och Brinkman (2009) att en asymmetrisk maktrelation kan förekomma när två stycken leder intervjun. Det kan leda till att informanterna kan känna sig i underläge vilket kan leda till att de hindras att tala fritt. Detta var däremot inget vi märkte vilket kan relateras till att vi utförde en gruppintervju och informanterna kände sig trygga med varandra.

Trygghet är av största vikt vid en intervjustudie och Trost (2010) förklarar att miljön har en stor påverkan på detta. En styrka ansågs vara att intervjun hölls i ett enskild rum på avdelningen där informanterna kände sig trygga. Däremot kan en svaghet ses i att rummet hade insyn vilket kan leda till bristande uppmärksamhet hos informanterna (Trost, 2010). Användandet av diktafon kan även ha en negativ inverkan då informanterna kan känna sig obekväma (Trost, 2010). Detta märkte vi inte av under vår intervju och kan återigen spegla sig i att vi utförde en gruppintervju och att informanterna kände sig trygga i varandra.

Urval

Kristensson (2014) förklarar att en gruppintervju bör innehålla max fem deltagare för att det annars lätt kan sväva iväg under intervjun. Det kan även bli svårt för intervjuaren att hålla isär vem som sagt vad. Gruppintervjun planerades från start ha fyra sjuksköterskor men vid intervjutillfället var en sjuk så det blev enbart tre stycken. Detta upplevdes dock inte som något negativt för studien utan tillräcklig information kom fram under intervjun.

Inklusionskriterierna för att delta i gruppintervjun begränsades till enbart sjuksköterskor på den aktuella avdelningen. Urvalet bestämdes genom ett bekvämlighetsurval av avdelningschefen vilket i efterhand diskuterades som en nackdel för studien. Polit och Beck (2006) menar att ett bekvämlighetsurval kan medföra att inte de mest informationsrika informanterna kommer med i urvalet. Däremot föll sig urvalet inte som bestämt väl vid intervjutillfället eftersom en av sjuksköterskorna inte kunde delta och en annan var sjuk vilket medförde att två andra sjuksköterskor fick en spontan förfrågan om deltagande. Detta anses vara en styrka för studien då urvalet då innehöll en god spridning på ålder och erfarenhet.

Etiska aspekter

Trost (2010) tar upp andra problem som en gruppintervju kan medföra där bland annat etiska aspekter har en stor roll. Vidare förklaras att ett etiskt problem med gruppintervjuer är att upprätthålla konfidentialiteten. Innan gruppintervjun startade gavs information om samtycke och tystnadsplikt ut men vi författare kan inte garantera att information läcker ut mellan deltagarna efteråt. Detta anses vara en svaghet i studien.

Analys

Vid analysen av resultatet från gruppintervjun och de öppna frågorna användes en kvalitativ innehållsanalys. Kristensson (2014) beskriver en kvalitativ innehållsanalys som ett strukturerat arbetssätt med syfte att hitta likheter, skillnader och mönster i texten. Valet att använda denna typ av analys grundar sig på att vi är nybörjare och strukturen genom analysen var enkel att följa. Kristensson (2014) skriver att det är fördelaktigt för nybörjare att utgå den kvalitativa innehållsanalysen. Vi kände en trygghet i att följa analysens alla olika steg och strukturen gav oss möjligheten att röra oss mellan djupet och ytan i textens innehåll. De olika stegen för innehållsanalysen som Kristensson (2014) beskriver utgår från Granheim och Lundmans studie men är formulerad på ett mer strukturerat sätt. Transkriberingen av intervjun utfördes ordagrant utan att ta bort upprepningar, pauser och andra uttryck vilket Kristensson (2014) menar är ett måste för att inte missa känslouttryck.

Transkriberingen upplevdes tidskrävande och stundvis svår när exempelvis deltagarna pratade snabbt eller lågt. Efter transkriberingen påbörjades innehållsanalysens första steg som enligt Kristensson (2014) är att läsa igenom samtliga transkriberade intervjuer och frågeformulär var för sig för att skapa en känsla av texten. Detta utfördes enskilt med syftet i bakgrunden samtidigt som vi skrev ner kommentarer till intervjuerna och frågeformulären som sedan diskuterades. Eftersom vi utfört en gruppintervju var det förmodligen inte lika mångfattande material som skulle bearbetas vilket kan ses som en fördel då vi kunde ägna mer tid åt vår analys. Efter genomläsningen och gemensam diskussion började vi plocka ut meningsbärande enheter och koder vilket Kristensson (2014) beskriver likt en kondenserande process av texten. I denna fasen menar Kristensson (2014) att det är viktigt att radera allt som inte kan kopplas till syftet. Vi fann däremot inte mycket som behövde raderas från vår gruppintervju. Efter att vi skapat koder så granskades dessa för att hitta likheter och skillnader och de koder som hade likheter sammanfattades därefter i ett tema. Hela innehållsanalysen förutom

transkriberingen genomfördes tillsammans av båda författarna vilket vi upplevde som en stor trygghet. Polit och Beck (2006) påpekar även fördelen med att vara två deltagare i dataanalysen då det minskar risken för felaktiga tolkningar av innehållet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bedöma smärta i livets slutskede. Följande fynd kommer att diskuteras nedan; *Komplexiteten av att bedöma smärta under den sista levnadsveckan, att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt och otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och dokumentation.*

Komplexiteten av att bedöma smärta under sista levnadsveckan

I resultatet framkommer det att smärta är ett komplext begrepp med inslag av både fysisk och psykisk smärta och symtomen kan vara svåra att skilja på. Särskilt svårt upplevdes det vara att skilja på ångest och smärta vilket kan försvåra en smärtbedömning. Bergh (2014) bekräftar att smärta kan upplevas på olika sätt eftersom den är mångdimensionell. Den mångdimensionella smärtan kan förklara varför sjuksköterskorna upplever det komplext att bedöma smärta på patienter i livets slutskede. Även Hochberg, Perez och Borod (2018) bekräftar den komplexa situationen i sin studie där det framkommer att den mångdimensionella smärtan för med sig svårigheter för sjuksköterskan vid bedömning av smärta, eftersom det är svårt att skilja på de olika symtomen hos patienter i livets slutskede.

Soden, Ali, Alloway, Barelay, Barker, Bird, Hall och Perkins (2013) styrker också resultat då de menar att den mångdimensionella smärtan inom cancersjukvård och palliativ vård en av de mest utmanande delarna för sjuksköterskan.

I studien framkommer att bristande kommunikation är ett av de största hindren vid bedömning av smärta hos patienter i livets slutskede. Vid livets slutskede drabbas man ofta av medvetandesänkning vilket ofta genererar kommunikationsbrister mellan patient och vårdare (Lindqvist och Rasmussen, 2014). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2019) beskrivs att sjuksköterskans uppdrag innebär att upptäcka tecken på smärta så tidigt som möjligt för att minska lidandet. Vidare utvecklas att sjuksköterskan bör genomföra detta genom en god kommunikation, observation och lyhörddhet. En central del av resultatet i vår studie visar att det finns en stor vilja hos sjuksköterskorna att ge den bästa möjliga omvårdnad för patienten i livets slutskede. Det beskrivs som oerhört viktigt att patienten inte ska behöva lida i livets slutskede. Detta visar på att sjuksköterskorna har som målsättning att arbeta utifrån både ICN:s etiska kod (2019) och den palliativa vårdfilosofin där den mest centrala hörnstenen berör vikten av att upptäcka och lindra symptom vid existentiella, andliga och sociala problem (palliativguiden, 2010). Komplexiteten i denna situation uppstår när det finns en vilja att ge en god omvårdnad men förutsättningarna begränsar sjuksköterskorna, speciellt ses den bristande kommunikation som en begränsning.

Det framkommer även i resultatet av vår studie att tidsbristen har en stor påverkande faktor på smärtbedömningen av patienter i livets slutskede eftersom sjuksköterskorna inte enbart vårdar patienter i ett sent palliativt skede. En studie av Gagnom och Duggleby (2013) visade att sjuksköterskor som arbetade på en akutvårdsavdelning ställs inför svåra utmaningar och oftast hade dem inte tid att samtala och ge den palliativa vård som krävs för patienter i livets slutskede. Studien visade även att sjuksköterskorna hade en stark vilja att kunna ge en god omvårdnad i livets slutskede. Ovanstående fynd kan kopplas till resultatet i vår studie då

vården på en onkologisk avdelning inte enbart bedriver palliativ vård utan patienter vårdas även kurativt. Eftersom patienter i palliativt skede kräver mer resurser och generellt är tidskrävande kan detta ses som ett samband med sjuksköterskornas upplevelser och känslor av att inte kunna ge rätt vård i livets slutskede.

Ett annat viktigt fynd som visar på att bedömning av smärta är komplext var en känsla av okunskap. Ett stort behov av ytterligare kunskap av smärtbedömning, smärtskattningsinstrument och dokumentation av smärta fanns. En studie av Loyd (2012) tar upp vikten av en god kunskap och erfarenhet vid vård av patienter i livets slutskede. Detta ansågs enligt studien vara speciellt viktigt vid hantering av smärta hos patienterna. I vår studie beskrev sjuksköterskorna att många på avdelningen är nyexaminerade eller har arbetat inom palliativ vård en kort period. De upplevde att det fanns ett behov av en erfaren sjuksköterska som kunde bidra på olika sätt vid smärtbedömning. Studien av Loyd (2012) och resultatet av vår studie visar på att betydelsen av erfarenhet och kunskap är oerhört viktig.

Resultatet av vår studie visar på att det ansvar som kommer med att bedöma smärtan på patienter i livets slutskede är tungt. Söderlund (2017) förklarar att ansvar och samarbete är en del av grunden i vårdandet. Det är sjuksköterskans ansvar att lindra lidandet och ge människa en värdighet in i döden. Det fanns starka inslag av att sjuksköterskorna upplevde detta ansvar som tungt men meningsfullt. Det tunga ansvaret kan förklaras genom situationen av att vårda en människa i livets slutskede. Det för med sig känslor och tankar hos sjuksköterskan. Det är generellt känt att människor som vårdas i livets slutskede sällan är skrämde för döden utan för att behöva dö med svåra smärtor (Palliativguiden, 2010). Detta påstående sätter följaktligen höga krav på sjuksköterskan att uppfylla patientens önskan att bli smärtfri och därmed blir smärtbedömningen ett tungt ansvar att bära. Återigen kan detta kopplas till studien av Loyd (2012) där det förtydligar vikten av kunskap och erfarenhet i sådana svåra situationer.

Att använda sig av resurser när patienten inte kan kommunicera verbalt

En övergripande känsla av osäkerhet infann sig hos alla sjuksköterskor vid bedömning av smärta hos patienter i livets slutskede. Osäkerheten kunde förankras till olika aspekter men generellt upplevde sjuksköterskorna svårigheter att bedöma smärtan hos patienten med medvetandesänkning i livets slutskede, eftersom de då inte kan föra en verbal kommunikation.

Sjuksköterskornas känslor bekräftas av Fredriksson (2017) som menar att hinder i kommunikationen uppstår om en patient av olika anledningar inte kan tala. Vidare betonas att kommunikationen är en förutsättning för en god omvårdnad. Dessa resonemang kan förklara sjuksköterskans osäkerhet då de har en vilja av att ge bästa möjliga omvårdnad för patienten i livets slutskede men brister i kommunikationen hindrar dem. Även socialstyrelsen (2016) tar upp problematiken kring en korrekt smärtbedömning med smärtskattningsinstrument för patienter med kognitiv medvetandesänkning i livets slutskede. Vidare nämner Socialstyrelsen (2016) att en möjlig felkälla till detta kan vara att det saknas tillräckligt med kunskap om vilka smärtskattningsskalor som fungerar bäst på dessa patienter.

Sjuksköterskorna beskriver att de använder sin kliniska blick vid bedömning av smärta som ett komplement när det brister i kommunikationen. Genom att lyssna, känna och observera ansiktsuttryck och kroppsspråk menar de att värdefull information kan fångas upp som är avgörande för att bedöma smärta hos patienter i livets slutskede. Fredriksson (2017) betonar också att lyssnande, beröring och närvaro är oerhört viktigt för patientens välbefinnande.

I denna studie framkommer att en stor fördel vid bedömning av smärta är att känna patienten sedan innan då det oftast finns tidigare smärtplaner och dokumentation kring patientens smärta. Patienter som vårdas på en onkologisk avdelning är oftast inte ineliggande konstant utan kan ibland skrivas in och ut flera gånger under sin sjukdomsperiod och behandling. Detta innebär att patienterna ofta är kända av personalen vilket sjuksköterskorna beskriver som en fördel.

Bergh (2014) betonar vikten av att ta hjälp, sjuksköterskan bör vidta åtgärder som uppmärksammar, identifierar och dokumenterar smärtan på ett korrekt. Därför är det viktigt att använda sig av de hjälpmedel som finns för att komplettera sin egen bedömning av smärtan. Smärtskattningsinstrument är ett hjälpmedel för sjuksköterskan för att bedöma vilken nivå av smärta patienten har.

Otillräckliga rutiner vid smärtbedömning och dokumentation

Det skapas en känsla hos sjuksköterskorna av att vara otrygg i sin yrkesroll när det inte finns tydliga riktlinjer och arbetsrutiner kring bedömning av smärta. Det visar i vårt resultat att det förekommer en stark känsla av att det saknas tydliga direktiv om vad som gäller vid smärtbedömning och dokumentation av smärta. Socialstyrelsen (2016) menar att avsaknaden av gemensamma rutiner kring bedömning av smärta på enheter medför svårigheter. Detta anses även vara en stor felkälla till varför målnivåerna inte alltid uppnås vid indikatorn för smärtskattning.

Resultatet av vår studie visar på att mycket av arbetsuppgifterna som sjuksköterskan utför går per automatik och intervjun möjliggjorde en reflektion kring detta sjuksköterskorna emellan. Deltagarna uttryckte att när det inte fanns tydliga direktiv eller anvisningar gällande exempelvis dokumentation av smärtbedömning så görs det heller inte, trots att det borde vara en självklarhet. Att det finns för många potentiella platser där bedömningen kan skrivas, det är oklart vem som ska göra bedömningen och hur man ska dokumentera, är potentiella anledningar till varför avdelningen är långt ifrån Socialstyrelsens (2016) uppsatta målvärde.

Det upplevs att det saknas en gedigen erfarenhet och kunskap om att bedöma smärtan på patienter i livets slut. Sjuksköterskorna uttryckte en önskan om en erfaren sjuksköterska som har ett övergripande ansvar och kunskap att dela med sig av. Det som kan försvåra detta är att det är en relativt nyöppnad avdelningen, det finns ännu inga sjuksköterskor som arbetat under en längre tid på avdelningen. Det kan också kopplas till att avdelningen inte enbart bedriver vård i livets slutskede, kanske uppstår det en osäkerhet när man vårdar patienter kurativt samtidigt som man vårdar patienter i palliativt skede. Detta menar Gagnom och Duggleby (2013) i sin studie vara en orsak till brister i omvårdnaden av patienter i livets slutskede.

Under intervjun uttryckte de två sjuksköterskorna som tidigare fyllt i dödsfallsenkäten att det var tidskrävande och svårt att besvara frågorna på ett korrekt sätt, främst gällande frågorna kring oro och smärta. Det var dels på grund av att frågorna var svåra att besvara samt en osäkerhet i sin yrkesroll att vara säker på att patienten blivit helt smärtlindrad, det är något som endast patienten kan besvara. Svårigheterna kunde även relateras till ofullständig dokumentation i Melior som skapar en osäkerhet hos sjuksköterskorna. Socialstyrelsen (2017) indikerar att det ofta saknas en enhetsgemensam dokumentation av skattningen och detta skapar i sig en möjlig felkälla till felaktiga resultat då det försvårar inrapporteringen till det palliativa registret.

Slutsats

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bedöma smärta hos patienter i livets slutskede. Ett genomgående konstaterande är att smärta är ett komplext fenomen som kräver många insatser av sjuksköterskan, såsom erfarenhet och stöd från verksamheten för att kunna ge patienten i livets slutskede en smärtfri, fridfull och lugn sista tid i livet. Den komplexa smärtan räknas som mångdimensionell och finns både på fysiska, psykiska och existentiella plan vilket försvårar bedömningen för sjuksköterskan. Det fungerar inte att enbart använda sig av ett validerat smärtskattningsinstrument för att bedöma smärtan utan sjuksköterskans kliniska blick är oerhört viktig, speciellt eftersom patienterna ofta har en medvetandesänkning vilket påverkar kommunikationen. Ansvarväger tungt på sjuksköterskan och avsaknaden av kunskap, erfarenhet och tydliga riktlinjer är det största hindret för att lyckas med att bedöma smärta på patienter i livets slutskede.

Implikationer för omvårdnad

Målet med denna studie var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att bedöma smärta på patienter i livets slutskede. Resultatet berör den lokala onkologiska avdelning där studien utförts men anses även vara överförbar till andra avdelningar som bedriver palliativ vård. Resultatet visar på komplexiteten av att bedöma smärta relaterat delvis till kommunikationssvårigheter vilket säkerligen även berör andra avdelningar. Resultatet betonar även vikten av kunskap och erfarenhet vid bedömning av smärta hos patienter i livets slutskede. Detta anses gälla generellt för alla sjuksköterskor som möter patienter i livets slutskede. Vårt resultat visar på att det finns förbättringsområden på den kliniska verksamheten där studien är utförd, förbättringen rör tydligare rutiner kring bedömning av smärta., kontinuerlig utbildning och gruppdiskussioner alternativt reflektioner i form av gruppstöd.

Sjuksköterskor och all annan vårdpersonal, oavsett vilken avdelning man arbetar på, möter ständigt patienter som kan uppleva smärta på olika sätt och det är otroligt viktigt att ha kunskap om komplexiteten med fenomenet samt vilka verktyg som finns som hjälpmedel och ha tydliga riktlinjer på sin arbetsplats för att skapa en trygghet i sin yrkesroll. Resultatet i denna studie belyser olika aspekter som påverkar sjuksköterskans trygghet i smärtbedömningen. Genom denna studie kan sjuksköterskor ta med resultatet i sitt arbete och skapa möjligheter att utföra smärtbedömningar med minskad osäkerhet, ökad kontinuitet i arbetsuppgifter och rutiner på sin arbetsplats.

Fortsatt forskning

Då denna studie endast baseras på erfarenheter från de tre sjuksköterskorna som ställde upp i intervjun och de som svarade på de öppna frågorna anser författarna att det finns behov av ytterligare forskning för att fördjupa kunskapen inom området. Författarna anser att det även varit intressant att få ta del av forskning relaterat till ämnet ur ett närståendeperspektiv samt forskning där patienter är inkluderade i framtagningen av nya smärtskattningsverktyg. För att fördjupa och generalisera kunskapen ytterligare kunde även annan vårdpersonal som arbetar med patienten inkluderas i studien, speciellt med tanke på att sjuksköterskorna i intervjun uttryckte betydelsen av all annan vårdpersonals erfarenhet av patientens smärta.

Referenslista

- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006) *Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdandet*. Stockholm: Liber
- Bergh, I. (2014). Smärta. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 421–444). Lund: Studentlitteratur.
- Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K. & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315–323.
- Carlsson, E. & Björk Brämberg, E. (2014) Kommunikationssvårigheter. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 447–477). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017) Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s.143–152.) Lund: Studentlitteratur.
- De Castro, C. C., Pereira, A. K. da S., & Bastos, B. R. (2018). Implementation of the Evaluation of Pain as the Fifth Vital Sign. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(11), 3009–3014. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.5205/1981-8963-v12i11a236994p3009-3014-2018>
- Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation. I L.W.Gustin., & I. Bergbom (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 415–424). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), pp.105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gagnon, J., & Duggleby, W. (2013). The provision of end-of-life care by medical-surgical nurses working in acute care: a literature review. *Palliative Support Care*, 19(11) 528–534.
- Hochberg, U., Perez, J., & Borod, M. (2018) New Frontier: cancer pain management clinical fellowship. *Supportive care in cancer*, 26(7) 2453–2457.
- HSL 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm:Utbildningsdepartementet.
- International Association for the Study of Pain (2018) *IASP Terminology*. Hämtad 2019-05-13 från:<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2017). Hämtad 2019-03-03 från:
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Kristensson, J. (2014) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik-för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Loyd, H. (2012) Assessment and management of pain in older patients receiving palliative care. *Nursing Older People*, 24(6), 23–29.
- Lindqvist, O., & H. Rasmussen, B. (2014). Omvårdnad i livets slutskede. I. A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (s.757–791). Lund: Studentlitteratur.
- Målnivåer för palliativ vård. (2017). Hämtad 2019-03-10 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/malnovaerskaforbattravardenilivetssslutskede>
- Nationella rådet för palliativ vård. (2019). *Vad är palliativ vård?* Hämtad 2019-03-03 från:
<https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-varld/>
- Palliativguiden. (2010). Hämtad 2019-03-03 från: <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Palliativguiden-2010-sid-1-18.pdf>
- Palliativt utvecklingscentrum. (2019). Hämtad 2019-03-03 från:
<https://palliativutvecklingscentrum.se/skattningsinstrument/esas-r/>
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer
- Regionala Cancercentrum. (2019) *Att hålla brytpunktssamtal*. Hämtad 2019-03-18 från:
<https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/palliativ-varld/brytpunktssamtal/>
- Regionala Cancercentrum. (2019) *Att arbeta strukturerat med palliativ vård*. Hämtad 2019-03-20 från:
<https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/palliativ-varld/vardprogram/gallande-varldprogram/11.-att-arbeta-strukturerat-med-palliativ-varld#11.1-de-6-sn>
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartement
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

- Socialstyrelsen. (2016). Palliativ vård i livets slutskede. Indikatorer och underlag för bedömningar. Hämtad 2019-07-03 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20417/2016-12-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Palliativ vård*. Hämtad 2019-03-03 från: <https://www.socialstyrelsen.se/palliativvard>
- Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L., & Perkins, P. (2013). How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(11) 528–534.
- Strang, P. (2012) *Cancerrelaterad smärta - onkologiska och palliativa aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Strang, P. (2012). *Palliativ vård inom äldreomsorgen*. Lund: Vårdförlaget.
- Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2019-03-11 från: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>
- Svenskt demenscentrum (2017). Hämtad 2019-03-11 från: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/Abbey-Pain-Scale/>
- Söderlund, M. (2017). Vårdande. I. L. W. Gustin., & I. Bergbom (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 295–306). Lund: Studentlitteratur.
- Terilla, AL., John, L., Latimer, KK, Xu, S., Reblin, J., & Clayton, M. (2018) Positive emotion communication: fostering well-being at end of life. *Patient education & counseling*, 101(4),631–638.<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.018>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Üstündâg, S. & Demir Zencirci, A. (2015) Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2(1):17–25.
- Vårdhandboken (2019) *Smärtskattningssinstrument*. Hämtad 2019-03-14 från: <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningssinstrument/>
- Vårdhandboken (2019) Patientjournalen. Hämtad 2019-05-13 från: <https://www.vardhandboken.se/Uppsala-lan/arbetsatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/dokumentation/patientjournal/>

World Health Organization (2019) *Palliative Care*. Hämtad 2019-03-03 från:
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/policy/palliative-care>

Bilagor

Bilaga 1. Dödsfallsenkät



OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2018 01 01

Fylls i av ansvarig läkare eller sjuksköterska – gärna efter samråd i arbetslaget.

Förtydligande till frågorna hittar du genom att klicka på ⓘ - symbolen i den digitala dödsfallsenkäten efter inloggning.

1. Enhetsnamn _____ (fylls i automatiskt i den digitala enkäten)

2. Personnummer på den avlidne personen (12 siffror) _____

ⓘ Här anges den avlidna personens personnummer med 12 siffror inklusive sekelsiffran t.ex. 19121212-1212.

3. För- och efternamn på den avlidne personen _____

4. Dödsdatum (åååå-mm-dd) _____ Klockslag (tt:mm) _____

ⓘ Här anges det datum och klockslag då personen avled med åtta siffror inklusive sekelsiffran t.ex. 2011-01-01.

5a. Datum (åååå-mm-dd) då personen skrevs in på den enhet där dödsfallet inträffade

(för hemsjukvård, ange datumet då den aktiva hemsjukvården inleddes) _____

ⓘ Här anges det datum då personen skrevs in, eller för kommunala boendeformer flyttade in, på enheten med åtta siffror inklusive sekelsiffran t.ex. 2010-09-08. För hemsjukvård anges det datum då den aktiva hemsjukvården inleddes t.ex. fr.o.m det datum då den individuella vårdplanen upprättades.

5b. Inskriften ifrån:

ⓘ Välj den av nedanstående vårdplatser som bäst beskriver var den avlidne skrevs in från.

"Särskilt boende/vård- och omsorgsboende" avser särskilt boende dvs ett fast boende oavsett om det sker i kommunal eller privat regi.

"Korttidsplats" avser alla former av tillfälliga avlastningsplatser/växelvårdsplatser oavsett om det sker i kommunal eller privat regi

"Sjukhusavdelning (ej specialiserad palliativ slutenvård)" avser alla slutenvårdsplatser på ett sjukhus inklusive allvårdsavdelningar, intagningsavdelningar, samvårdsavdelningar och liknande som drivs av en ordinarie sjukhusspecialitet dvs som INTE är specialiserad på palliativ vård.

"Specialiserad palliativ slutenvård" avser enheter, såväl friliggande som på sjukhus eller andra vårdinrättningar, där majoriteten av personalen har någon form av specialiserad utbildning i palliativ vård.

"Eget hem, med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård" avser vård som efter individuell vårdplanering bedrivs i patientens ordinära boende eller motsvarande där han/hon vistas. Vården utförs huvudsakligen av personal där majoriteten av personalen har någon form av specialiserad utbildning i palliativ vård.

"Eget hem, med stöd av allmän hemsjukvård" avser vård som efter individuell vårdplanering bedrivs i patientens ordinära boende eller motsvarande där han/hon vistas. Vården utförs huvudsakligen av ordinarie hemsjukvårdspersonal, ev med stöd av rådgivningsteam utan eget vårdgivaransvar.

"Eget hem, med stöd av daglig kontakt med hemtjänst". Det är de personerna som endast har hemtjänst och ej är inskriven i hemsjukvård.

"Eget hem utan stöd". De personer som inte har några hjälpinsatser.

"Annan" skall användas endast om inget av ovanstående passar in.

- särskilt boende / vård- och omsorgsboende
- korttidsplats

Svenska Palliativregistret, www.palliativ.se, info@palliativ.se, 0480-41 80 40 Södra Långgatan 2, 392 32 Kalmar



OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2018 01 01


- sjukhusavdelning (ej specialiserad palliativ slutenvård)
- specialiserad palliativ slutenvård
- eget hem, med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård
- eget hem, med stöd av allmän hemsjukvård
- eget hem, med stöd av daglig kontakt med hemtjänst
- eget hem, utan stöd
- annan, nämligen _____

6. Dödsplatsen beskrivs bäst som:

 Här anges personens dödsplats.

- särskilt boende / vård- och omsorgsboende
- korttidsplats
- sjukhusavdelning (ej specialiserad palliativ slutenvård)
- specialiserad palliativ slutenvård
- eget hem, med stöd av specialiserad palliativ hemsjukvård
- eget hem, med stöd av allmän hemsjukvård
- eget hem, med stöd av daglig kontakt med hemtjänst
- eget hem, utan stöd
- annan, nämligen _____

7. Grundtillstånd som ledde till döden (fler än ett svarsalternativ är möjligt):


 Här anges det eller de grundtillstånd som ledde till döden. Använd så ofta det går en huvudorsak.

- cancersjukdom
- hjärt- / kärlsjukdom
- lungsjukdom
- demens
- stroke
- annan neurologisk sjukdom
- diabetes
- tillstånd efter fraktur
- multisjuklighet
- infektion
- övrigt, nämligen _____

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2018 01 01


8. Var dödsfallet väntat utifrån sjukdomshistorien?

 I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, om dödsfallet utifrån personens sjukdomshistoria var väntat (oundvikligt inom överskådlig framtid). JA = Dödsfallet var utifrån sjukdomshistorien väntat. NEJ = Dödsfallet var utifrån sjukdomshistorien inte väntat. VET EJ = Det är oklart om dödsfallet utifrån sjukdomshistorien var väntat.

ja nej vet ej


Om svaret är JA eller VET EJ, besvara samtliga följande frågor. Om svaret är NEJ, besvara endast fråga 13, 15, 17, 27 – 29.

9. Hur lång tid innan dödsfallet förlorade personen förmågan att uttrycka sin vilja och delta i beslut om den medicinska vårdens innehåll?

 I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, när i förloppet personen förlorade förmågan att uttrycka sin vilja och delta i beslut om den medicinska vårdens innehåll. BIBEHÅLLEN FÖRMÅGA TILL LIVETS SLUT = Personen bibehöll sin förmåga till livets slut. TIMME/TIMMAR = Personen förlorade sin förmåga en till tjugofyra timmar innan dödsfallet, DAG/DAGAR = Personen förlorade sin förmåga en till sju dagar innan dödsfallet, VECKA/VECKOR = Personen förlorade sin förmåga en till fyra veckor innan dödsfallet, MÅNAD ELLER MER = Personen förlorade sin förmåga en till tolv månader innan dödsfallet, ALDRIG VARIT BESLUTSKAPABEL = Personen har aldrig varit beslutskapabel, VET EJ = Det är oklart om eller när personen förlorade sin förmåga.


bibehållen förmåga till livets slut timme/timmar dag/dagar
 vecka/veckor månad eller mer aldrig varit beslutskapabel vet ej

10 a. Finns det i den medicinska journalen ett av ansvarig läkare dokumenterat beslut om att behandlingen/vården övergår till palliativ vård i livets slutskede?

 Den här frågan gäller endast den ansvariga läkarens bedömning av huruvida det är dags att inrikta den fortsatta behandlingen på palliativ vård i livets slutskede. Bedömningen skall vara dokumenterad i den medicinska journalen antingen i form av en klassifikationskod t ex ICD-10-kod Z51.5 Palliativ vård eller tydligt framgå i journaltexten under passande, sökbar rubrik (t ex Bedömning, Fortsatt planering osv). Det dokumenterade beslutet bör finnas beskrivet i omvårdnadsdokumentationen när omvårdnadspersonalen själva inte har tillgång till den medicinska journalen

ja i fri text ja som klassifikationskod nej vet ej

10 b. Fick personen ett eller flera s.k. brytpunktssamtal, alltså ett individuellt anpassat och i den medicinska journalen dokumenterat informerande läkarsamtal om att han/hon befann sig i livets slutskede och att vården var inriktad på livskvalitet och symtomlindring?

 Vid dödsfallet kontrolleras den avlidnes medicinska journal. JA = Det är dokumenterat i den medicinska journalen att personen fått ett individuellt anpassat informerande läkarsamtal att personen var i livets slutskede och att vårdens inriktning var livskvalitet och symtomlindring. NEJ = Det är inte dokumenterat i den medicinska journalen att personen fått ett individuellt anpassat informerande läkarsamtal att personen var i livets slutskede

Svenska Palliativregistret, www.palliativ.se, info@palliativ.se, 0480-41 80 40 Södra Långgatan 2, 392 32 Kalmar



OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2018 01 01

närstående har inte erbjudits ett efterlevandesamtal 1-2 månader efter personens dödsfall. VET EJ = Det är oklart om personens närstående har erbjudits ett efterlevandesamtal 1-2 månader efter personens dödsfall.

ja nej vet ej

18. Hade personen dropp/sondtillförsel av vätska eller näring under det sista dygnet i livet?

I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, om personen hade dropp/sondtillförsel av vätska eller näring under det sista dygnet i livet (= sista 24 timmarna). JA = Personen hade dropp/sondtillförsel av vätska eller näring under det sista dygnet i livet. NEJ = Personen hade inte dropp/sondtillförsel av vätska eller näring under det sista dygnet i livet. VET EJ = Det är oklart om personen hade dropp/sondtillförsel av vätska eller näring under det sista dygnet i livet.

ja nej vet ej

19. Förekom genombrott av något av följande symtom (19 a – f) vid något tillfälle hos personen under den sista veckan i livet?

I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, om angivet genombrott av symtom förekom hos personen vid något tillfälle under den sista veckan i livet. JA = Angivet genombrott av symtom förekom, oavsett intensitet, vid något tillfälle under den sista veckan i livet. NEJ = Angivet symtom förekom inte vid något tillfälle under den sista veckan i livet. VET EJ = Det är oklart om angivet symtom förekom vid något tillfälle under den sista veckan i livet. Vid förekomst av angivet symtom bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, i vilken grad angivet symtom kunde lindras. HELT = Symtomlindringen hade full effekt. DELVIS = Symtomlindringen hade viss effekt. INTE ALLS = Symtomlindringen hade ingen effekt

19 a. Smärta ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 19 b.

smärtan lindrades: helt delvis inte alls

19 b. Rosslighet ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 19 c.

rossligheten lindrades: helt delvis inte alls

19 c. Illamående ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 19 d.

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2018 01 01

illamåendet lindrades: helt delvis inte alls

19 d. Ångest ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 19 e.

ångesten lindrades: helt delvis inte alls

19 e. Andnöd ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 19 f.

andnöden lindrades: helt delvis inte alls

19 f. Förvirring ja nej vet ej

Om svaret är JA, besvara följdfrågan.

Om svaret är NEJ eller VET EJ, fortsätt med fråga 20.

förvirringen lindrades: helt delvis inte alls

20. Skattades personens smärta vid något dokumenterat tillfälle under den sista veckan i livet med VAS, NRS eller något annat smärtskattningsinstrument?

i Vid dödsfallet kontrolleras den avlidnes medicinska journal eller omvårdnadsjournal. JA = Det är dokumenterat i journalhandling att personens smärta vid något tillfälle under sista levnadsveckan skattats med VAS, NRS eller annat smärtskattningsinstrument. NEJ = Det är inte dokumenterat i journalhandling att personens smärta vid något tillfälle under sista levnadsveckan skattats med VAS, NRS eller annat smärtskattningsinstrument. VET EJ = Det är oklart om det är dokumenterat i journalhandling att patientens smärta vid något tillfälle under sista levnadsveckan skattats med VAS, NRS eller annat smärtskattningsinstrument

ja nej vet ej

21. Hade personen svår smärta vid något tillfälle under den sista veckan i livet (t.ex. VAS/NRS > 6 eller svår smärta enligt något annat smärtskattningsinstrument)?

i I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, om personen vid något tillfälle under den sista veckan i livet hade svår smärta (t.ex. VAS/NRS > 6 eller svår smärta enligt något annat validerat instrument). JA = Personen hade svår smärta vid något tillfälle under den sista veckan i livet. NEJ = Personen hade inte svår smärta vid något tillfälle under den sista veckan i livet. VET EJ = Det är oklart om personen hade svår smärta vid något tillfälle under den sista veckan i livet.

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2018 01 01

ja nej vet ej

22. Skattades personens övriga symtom vid något dokumenterat tillfälle under den sista veckan i livet med VAS, NRS eller något annat symtomskattningsinstrument?

I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, om personens övriga symtom vid något tillfälle under sista veckan i livet skattats med VAS, NRS eller annat symtomskattningsinstrument. JA = Personens symtom har vid något tillfälle under sista veckan i livet skattats med VAS, NRS eller annat symtomskattningsinstrument. NEJ = Personens symtom har inte vid något tillfälle under sista veckan i livet skattats med VAS, NRS eller annat symtomskattningsinstrument. VET EJ = Det är oklart om personens symtom vid något tillfälle under sista veckan i livet har skattats med VAS, NRS eller annat symtomskattningsinstrument.

ja nej vet ej

23. Fanns det en individuell ordination av läkemedel i injektionsform vid behov på läkemedelslistan innan dödsfallet?

Vid dödsfallet kontrolleras den avlidnes läkemedelslista i patientjournalen. JA = Vid behovsordination av läkemedel i injektionsform mot angivet symtom är infört i patientens läkemedelslista innan dödsfallet. NEJ = Vid behovsordination av läkemedel i injektionsform mot angivet symtom är inte infört i patientens läkemedelslista innan dödsfallet. VET EJ = Det är oklart om vid behovsordination av läkemedel i injektionsform mot angivet symtom är infört i läkemedelslistan innan dödsfallet.

opioid mot smärta ja nej vet ej

läkemedel mot rosslighet ja nej vet ej

läkemedel mot illamående ja nej vet ej

läkemedel mot ångest ja nej vet ej

24. Hur lång tid innan dödsfallet undersökte personen av en läkare senast?

I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, hur lång tid innan dödsfallet som den senaste läkarundersökningen genomfördes. DAG/DAGAR = Den senaste läkarundersökningen av personen genomfördes inom sju dagar innan dödsfallet. VECKA/VECKOR = Den senaste läkarundersökningen av personen genomfördes en till fyra veckor innan dödsfallet. MÅNAD ELLER MER = Den senaste läkarundersökningen av personen genomfördes en månad eller mer innan dödsfallet. VET EJ = Det är oklart hur lång tid innan dödsfallet som den senaste läkarundersökningen genomfördes.

dag/dagar vecka/veckor månad eller mer vet ej

25. Konsulterades kompetens utanför teamet/avdelningen för personens symtomlindring under den sista veckan i livet? (fler än ett svarsalternativ är möjligt)

Svenska Palliativregistret, www.palliativ.se, info@palliativ.se, 0480-41 80 40 Södra Långgatan 2, 392 32 Kalmar

OBS: All inrapportering görs digitalt efter inloggning via www.palliativ.se

Dödsfallsenkät fr o m 2018 01 01

I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, om kompetens utanför teamet konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet. JA, SMÄRTENHET = Smärtenhet konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet. JA, PALLIATIVT TEAM = Palliativt team konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet. JA, ANNAN SJUKHUSENHET = Annan sjukhusenhet t.ex. strålbehandlingsenhet konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet. JA, PARAMEDICINARE = Paramedicinare t.ex. arbetsterapeut eller sjukgymnast konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet. JA, ANDLIG FÖRETRÄDARE = Andlig företrädare t.ex. diakonissa eller präst konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet. NEJ = Ingen kompetens utanför teamet konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet. VET EJ = Det är oklart om kompetens utanför teamet konsulterades för personens symtomlindring under den sista veckan i livet.

- ja, smärtenhet ja, palliativt team ja, annan sjukhusenhet
- ja, paramedicinare ja, andlig företrädare nej vet ej

26. Hur nöjda är ni i arbetslaget med den vård ni gav personen under den sista veckan i livet?

I samband med dödsfallet bedöms, utifrån vårdpersonalens kännedom och med stöd av befintlig dokumentation, hur nöjda arbetslaget var med den vård som gavs personen under den sista veckan i livet. Gradering 1-5. 1 = Arbetslaget var inte alls nöjda med den vård som gavs personen under den sista veckan i livet. 5 = Arbetslaget var helt och hållet nöjda med den vård som gavs personen under den sista veckan i livet.

- 1 = inte alls 2 3 4 5 = helt och hållet

27. Datum (åååå-mm-dd) för besvarandet av frågorna _____

28. Enkäten är besvarad av:

Här anges hur enkäten besvarats. ENSKILD MEDARBETARE = Enkätens uppgifter bygger på information från enskild medarbetare. FLER I ARBETSGRUPPEN GEMENSAMT = Enkätens uppgifter bygger på information från fler i arbetsgruppen t.ex. efter diskussion på teamkonferens eller rondtillfälle

- enskild medarbetare fler i arbetsgruppen gemensamt

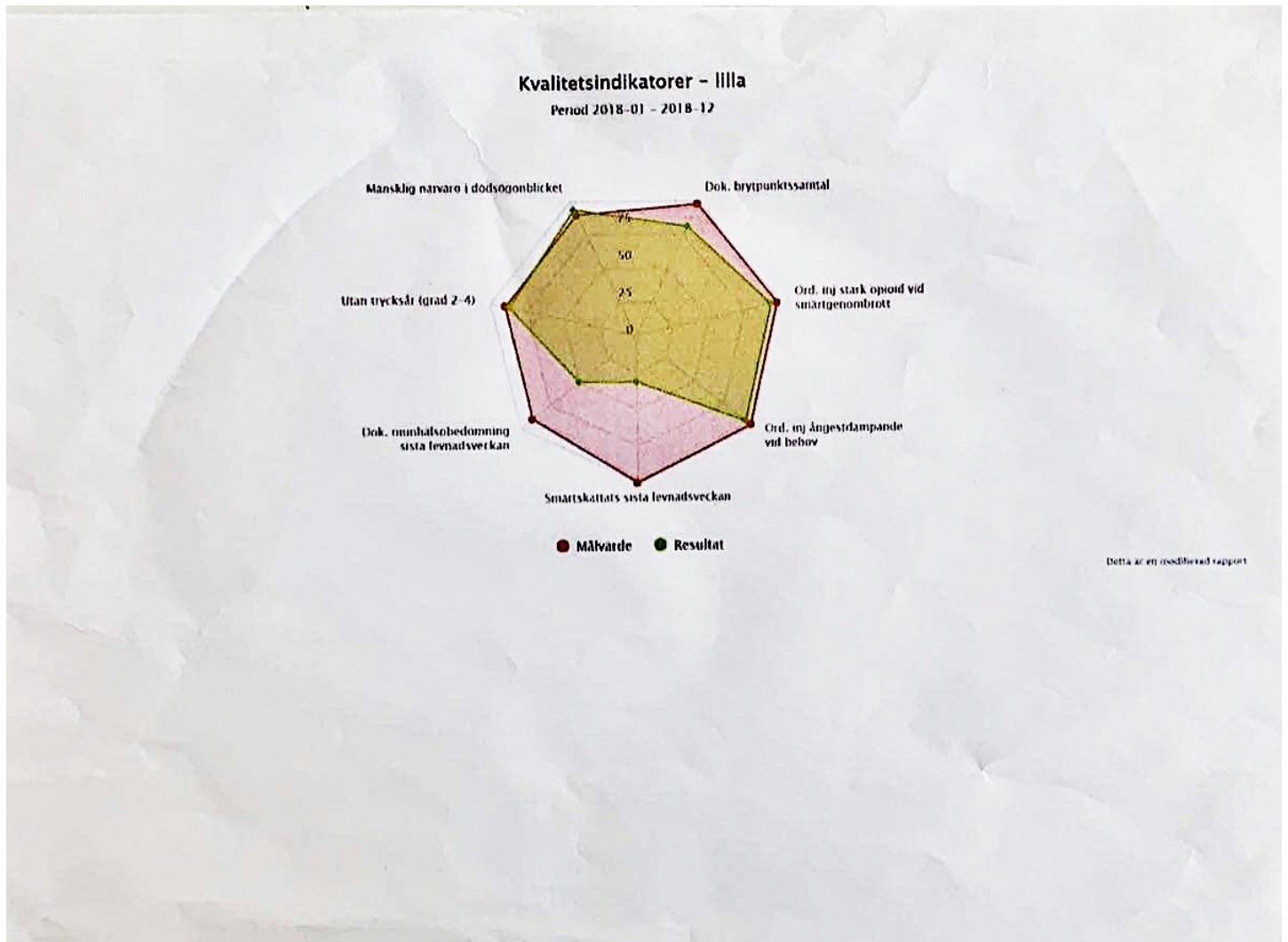
29. Ansvarig uppgiftslämnare (namn) _____

Här anges namn och yrkestillhörighet på den person som registrerar enkäten.

- läkare sjuksköterska annan personalgrupp

e-postadress _____

Bilaga 2. Kvalitetsindikator – spindeldiagram



Bilaga 3. Intervjuguide

Öppna frågor:

1. Hur tar ni reda på om en patient i livets slutskede har smärta
2. Kan ni berätta hur ni gör en smärtbedömning när patienten inte kan kommunicera?
3. Hur uppfattar ni ett smärtgenombrott? Hur skiljer ni på ångest och smärta?
4. Kan ni berätta hur det känns att göra en smärtbedömning på någon ni vet ska dö snart?
5. Hur tolkar ni resultatet från spindeldiagrammet?
6. När ni har gjort en smärtbedömning, när dokumenterar ni denna då?

Följdfrågor:

- Hur kände ni då?
- Hur upplevde ni det?

Bilaga 4. Informationsblad



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Forskningspersonsinformation

Vi heter Nina Kronaas och Moa Karlin Josefsson och vi är sjuksköterskestudenter vid Göteborgs Universitet. Vi kommer att göra ett verksamhetsförankrat examensarbete på Din avdelning. Vi kommer i vår uppsats belysa hur Ni som sjuksköterskor bedömer smärta hos patienter i deras sista levnadsvecka.

Vi tillfrågar Dig om Du vill delta i vår studie därför att Du är sjuksköterska verksam på avdelning 52, område 5.

Bakgrund och syfte

Sjuksköterskan har en central roll kring identifiering av smärta och ansvarar för att på ett lämpligt sätt bedöma smärtan för att kunna ge effektiv behandling. Forskning tyder dock på att smärta inte bedöms korrekt inom palliativ vård. När en patient avlider fyller du som ansvarig sjuksköterska i en dödsfallsenkät som sedan registreras i palliativa registret. För att denna enkät ska bli ordentligt utförd krävs att det finns tillräckligt med dokumentation kring de olika symtom. Enligt det palliativa registret från 2018 visar resultatet på att det finns brister i dokumentationen kring smärta och smärtskattning på er avdelning. Vi vill nu i samband med vårdenhetschef Marie undersöka varför detta brister.

Syftet med vår studie är att belysa sjuksköterskors bedömning av smärta hos patienter i deras sista levnadsvecka.

Förfrågan om deltagande

Vi vänder oss till samtliga sjuksköterskor avdelning 52, på Onkologen eftersom Du och Dina kollegor har erfarenhet av att vårda patienter i livets slutskede och smärtskatta dem.

Hur går studien till?

Vi kommer att samla information genom en gruppintervju som beräknas vara i ca 60 minuter och kommer att genomföras på arbetstid i ett avskilt rum i anslutning till vårdavdelningen.

Finns det några risker?

Vi bedömer inte att det finns några risker med att delta i studien.

Finns det några fördelar?

Fördelarna för dig som sjuksköterska är att du kommer få ta del av de resultat som vår studie visar. Resultaten kan komma att hjälpa dig i ditt fortsatta arbete kring dokumentation och bedömning av smärta hos patienter den sista veckan i livet.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas ordagrant. Efter transkribering raderas ljudfilen för att omöjliggöra identifiering av personen. Textfiler kommer att avidentifieras genom att Ditt namn ersätts med en kod. Endast de som är ansvariga för studiens genomförande har tillgång till kodnyckeln och data. Efter slutfört och godkänt examensarbete kommer all data raderas.

Det är frivilligt att delta

Det är helt frivilligt att delta i studien och Du har möjlighet att när som helst avsluta Ditt deltagande utan att uppge några skäl. Inför varje intervju kommer ett muntligt samtycke att efterfrågas. Ingen ersättning erhålls.

Hur får jag information om studiens resultat?

Examensarbetet kommer att publiceras via Göteborgs Universitets Publikationer (GUP), det kommer även bifogas i mail till avdelningens vårdenhetschefer. Vi kommer även presentera resultatet på ett av era APT eller annat valt forum som passar er.

För mer informationen, var vänlig kontakta;

Nina Kronaas

Student på Göteborgs universitet

E-post: gusandnix@student.gu.se

Moa Karlin Josefsson

Student på Göteborgs universitet

E-post: gusjosemo@student.gu.se

Patricia Olaya Contreras

Universitetslektor och Handledare

E-post: patricia.olaya-contreras@gu.se

Bilaga 5. Frågeformulär



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR HÄLSA OCH VÅRDVETENSKAP

Hej,

Vi heter Moa och Nina och studerar till sjuksköterskor i termin 5 på Göteborgs universitet. Vi skriver nu ett verksamhetsförankrat examensarbete på er avdelning. Vi har fått ta del av det senaste resultatet från palliativa registret som visade på jättefina resultat på nästan alla teman förutom smärtskattning. Därför vill vi nu i samråd med avdelningschef Marie undersöka hur ni bedömer och uppskattar smärta. Frågorna berör patienter i sent palliativt skede. Vi skulle därför uppskatta om ni tog er tid att svara på några frågor kring detta. Vi är tacksamma för så utförliga svar som möjligt. Detta är ett anonymt frågeformulär!

Deltagare:

Hur gammal är du?

Under hur långt tid har du arbetat inom vården?

Under hur lång tid har du arbetat på avdelning 52?

Under hur lång tid har du arbetat inom området onkologi och/eller palliativ vård?

Har du fått någon utbildning inom onkologi och/eller palliativ vård?

Smärtskattning:

Hur tar du reda på om en patient har smärta?

Hur uppskattar du smärtintensitet hos patienten?

Hur uppfattar du ett smärtgenombrott?

Hur bedömer du hur mycket smärtlindring patienten behöver?

Hur märker/bedömer du om en patient behöver en extra dos smärtlindring?

Hur följer du smärtlindringens effekt?

Vilket/vilka smärtskattningsinstrument använder du vid smärtskattning?

Finns det tydliga riktlinjer gällande smärtskattning för den palliativa patienten? Vilka?

Dödsfallsenkäten:

Har du någon gång fyllt i en dödsfallsenkät?

Fyllde du i enkäten själv eller tillsammans med en kollega?

Har du fått träning och/eller utbildning kring dödsfallsenkäten?

Hur upplevde du att instruktionerna var i dödsfallsenkäten?

Förstod du frågorna och/eller följdfrågorna? Om inte, vilka isåfall?

Hur upplevde du att frågorna ställdes i dödsfallsenkäten?

Hur upplevde du det var att fylla i dödsfallsenkäten?

Hur skiljer du på symtomen mellan ångest och smärta?

Upplever du att dödsfallsenkäten är otydlig?

Om JA, vad är det som är otydligt?

Upplever du att det finns tid avsatt för att besvara frågorna i dödsfallsenkäten?

Melior:

Finns det tillräcklig dokumentation i Melior som kan överföras till dödsfallsenkäten?

Vid vilket tillfälle dokumenteras smärtskattning i Melior?

Är du van vid att dokumentera i Melior?

TACK för din medverkan!

Vid frågor kan ni kontakta oss via mail:

Moa Karlin Josefsson: gusjosemo@student.gu.se

Nina Kronaas: gusandnix@student.gu.se