



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SMÄRTBEDÖMNING AV PATIENTER MED CANCER

En belysning av sjuksköterskans rutiner

Julia Edbecker och Emma Wedel

| | |
|----------------|--------------------------------|
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2020 |
| Handledare: | Nina Ekman och Inger Andersson |
| Examinator: | Linda Berg |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka Nina Ekman för god handledning och givande samtal under processen. Vi vill även tacka Inger Andersson för initiativtagande till projektet och samtal som gett ökad förståelse för området. Tack även till kursansvarig Ingela Hensch för input som bidragit till ökad förståelse inom området.

| | |
|----------------|---|
| Titel: | Smärtbedömning av patienter med cancer - En belysning av sjuksköterskans rutiner |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2020 |
| Författare: | Julia Edbecker och Emma Wedel |
| Handledare: | Nina Ekman och Inger Andersson |
| Examinator: | Linda Berg |

Sammanfattning:

Bakgrund: Smärta är ett vanligt förekommande symtom hos patienter med cancer. Felbehandlad smärta är inom sjukvården ett utbrett problem som orsakar onödigt lidande och är kostsamt för samhället. En av de vanligaste orsakerna till otillräcklig eller felaktig behandling av smärta är utebliven eller otillräcklig smärtbedömning. Vid identifiering och bedömning av smärta har sjuksköterskan en viktig roll. **Syfte:** Att belysa sjuksköterskans rutiner kring smärtbedömning av patienter med cancer. **Metod:** En litteraturöversikt bestående av resultatet från 12 studier sammanställer aktuellt kunskapsläge inom området. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades. **Resultat:** Fyra teman identifierades: "behov av fortbildning av sjuksköterskor", "behov av evidensbaserade riktlinjer", "kommunikationens roll vid smärtbedömning" och "sjuksköterskans roll i teamet". **Slutsats:** Tydliga evidensbaserade riktlinjer, fortbildning av sjuksköterskor inom konceptet smärta och bra kommunikation om smärta mellan patient och vårdpersonal samt inom vårdteamet tycks underlätta för att patienter med cancer ska bli smärtbedömda på ett bra sätt. Områdena bör ses som en helhet snarare än separata delar.

Nyckelord: smärtbedömning, cancer, smärta, omvårdnad

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund..... | 1 |
| Smärta..... | 1 |
| Smärtfysiologi | 2 |
| Konsekvenser av smärta | 2 |
| Behandling av smärta | 2 |
| Smärtbedömning | 2 |
| Mätinstrument..... | 3 |
| Teoretisk grund | 3 |
| Personcentrerad vård | 3 |
| Kommunikation | 4 |
| Evidensbaserad vård | 4 |
| Problemformulering | 5 |
| Syfte | 5 |
| Metod | 5 |
| Design..... | 5 |
| Urval och datainsamling..... | 5 |
| Inklusionskriterier och exklusionskriterier | 6 |
| Kvalitetsgranskning | 6 |
| Dataanalys | 6 |
| Etiska överväganden..... | 6 |
| Resultat | 7 |
| Behov av fortbildning av sjuksköterskor | 7 |
| Behov av evidensbaserade riktlinjer | 8 |
| Kommunikationens roll vid smärtbedömning..... | 9 |
| Sjuksköterskans roll i teamet..... | 10 |
| Diskussion..... | 11 |
| Metoddiskussion | 11 |
| Resultatdiskussion..... | 13 |
| Kliniska implikationer..... | 17 |
| Vidare forskning..... | 17 |
| Slutsats | 17 |
| Referenslista..... | 18 |

| | |
|----------------------|----|
| Bilaga 1 | 24 |
| Söktabell..... | 24 |
| Bilaga 2 | 25 |
| Artikelöversikt..... | 25 |

Inledning

Vid cancersjukdom blir lidandets olika dimensioner ofta ett sammanvävt kluster av olika fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter som påverkar varandra genom synergi. Att lindra ett symptom kan därför bidra till att minska lidandet inom andra dimensioner och därmed minska det totala lidandet. Att hjälpa människor i denna utsatta situation att uppleva mindre lidande kan göra stor skillnad i livskvalitet och här har sjuksköterskan en viktig roll i sitt bemötande och expertis. Smärta är ett av de mest förekommande symptomen vid cancer. Felbehandlad smärta är ett stort problem i vården med stora konsekvenser för patienter och belastar vård och samhälle. En av de främsta orsakerna till felbehandlad smärta vid cancer är otillräcklig smärtbedömning. Detta är till stor del sjuksköterskans ansvarsområde. Trots att evidens visar att smärtbedömning är avgörande för adekvat smärtlindring lyser smärtbedömningar med sin frånvaro och lite tycks ha ändrats de senaste 40 åren. Det är därför angeläget att belysa vad som kan underlätta för att sjuksköterskor i högre grad ska utföra smärtbedömning av patienter med cancer. Denna studie utformades ur en önskan från hematologavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset om förslag till förbättringar kring rutiner gällande smärtbedömning. Smärta är ett vanligt symptom på de flesta vårdenheter varför kunskapen som genereras i uppsatsen är användbar för att ge god och säker vård i rollen som sjuksköterska.

Bakgrund

Smärta

Smärta definieras som “en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada” (Merskey & Bogduk i: Molin & Bergh, 2019, s. 506).

Smärta är en subjektiv upplevelse och ett flerdimensionellt begrepp som brukar beskrivas utifrån de sensoriska komponenterna; diskriminativ (upplevelsen av smärtans intensitet, lokalisation, karaktär och duration), affektiv (känslomässig reaktion på smärtan) samt kognitiv (smärtans inverkan på tankar och handlingar). Psykologiska faktorer spelar viktig roll för hur vi hanterar smärta såsom uppmärksamhet, förväntningar, rädsla, ångest och hanteringsstrategier (Molin & Bergh, 2019). Smärta är alltid både fysisk och känslomässig och tolkas känslomässigt beroende på person och erfarenheter. Viktigt för hur smärtan upplevs är orsaken till smärtan. Det är möjligt att ha relativt stor fysisk smärta utan att den blir skrämmande exempelvis vid tillstånd då man vet att smärtan inte är förenad med fara. Oro har stor inverkan på hur smärtan upplevs. Vid cancer vet patienter att sjukdomen är förenad med fara vilket leder till oro. Vid oro börjar man känna efter och då upplevs smärtan starkare vilket leder till mer oro i en ond cirkel. En annan faktor som spelar en viktig roll för hur smärtan upplevs är tillgång till sociala relationer. Ofrivillig ensamhet aktiverar hjärnans smärtcentrum och medför en starkare upplevelse av smärta (Strang, 2016).

”Total pain” är ett begrepp som härstammar från hospicerörelsen och först myntades av Cicely Saunders (Strang, 2013). Konceptet innebär att smärta bör betraktas och behandlas som en helhet och för att förstå denna helhet måste man se till alla dess bidragande komponenter. Smärtan kan ses bestå av fyra dimensioner: en fysisk, en psykisk, en social och en existentiell. Dessa kan alla ses som individuella lidanden, men påverkar även varandra och

bör därför betraktas som en helhet. För att uppnå god smärtlindring måste var och en av dessa dimensioner beaktas och tillgodoses. När smärtan inte bara är ett hot mot hälsan, utan mot själva livet kan detta tyckas extra tydligt och smärtan skulle kunna förstärka dödsångest vilken i sin tur förstärker smärtan (Strang, 2013).

Smärtfysiologi

Smärta kan förenklat delas upp i två typer: nociceptiv och neurogen. Nociceptiv smärta uppstår då smärtreceptorer i vävnaden aktiveras vid skada på somatisk vävnad eller vid hot om sådan. Receptorerna sänder då via perifera nervsystemet signaler till hjärnan. Neurogen smärta definieras som skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet vilket vanligtvis antingen resulterar i positiva symtom som innebär ökad smärtkänslighet, eller negativa symtom, som bortfall av känsel och domningar (Persson, 2016).

Smärta vid cancer ser olika ut bland annat beroende på typ av cancersjukdom, stadium och spridning. Vanligt är en kombination av nociceptiv och neurogen smärta. Trots daglig medicinering kan genombrottssmärta inträffa, detta definieras som plötsligt insättande kraftig smärta vilken bland annat kan uppkomma vid belastning eller vid vissa rörelser. För att åtgärda genombrottssmärta administreras ofta snabbverkande läkemedel till skillnad från övrig smärtbehandling som kan bestå av långtidsverkande läkemedel (Cancerfonden, 2019). Smärta räknas som långvarig om den är ihållande eller återkommande och pågått under mer än 3 månader (Bennett et al., 2019).

Konsekvenser av smärta

Konsekvenserna av smärta är många, både gällande ökat lidande för patienter och kostnader för samhället. Bland annat återfinns ångest, depression, sömnstörningar, funktionshinder, minskad livskvalitet (Geneen, 2017), trombos och lunginflammation (SFAI, 2015) som konsekvenser av smärta.

Behandling av smärta

Behandling av smärta kan delas in i farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder. Olika typer av smärta behandlas med olika läkemedel, varför en grundläggande smärtutredning alltid bör utföras när smärta uppstår. Cancer orsakar ofta flera smärtyper samtidigt (Cancerfonden, 2019). I dessa fall ordineras vanligen multimodal smärtbehandling vilken innebär smärtlindrande läkemedel i kombination med icke-farmakologiska åtgärder. Vid behandling av smärta är teamarbete runt och med patienten av stor vikt och flertalet professioner bör involveras för att få god effekt av en multimodal behandling (SBU, 2006).

Smärtbedömning

Smärtbedömning syftar till att fastställa adekvat smärtdiagnos, välja rätt behandlingsstrategi samt utvärdera behandlingar och omvårdnadsstrategier. En smärtanalys består av anamnes, klinisk undersökning och skattning av upplevd smärta (Molin & Bergh, 2019). Att patienten egenskattar sin smärta anses vara den bästa indikatorn (Rahu et al., 2015). I takt med att smärtan allt mer beskrivs som flerdimensionell, har sjuksköterskor fått en tydligare roll vid smärtbedömning och har en unik position att mäta och hantera smärta (Andersson, 2020). Vårdpersonal tenderar att underskatta patienters smärtintensitet i förhållande till patientens egen skattning (Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2016).

Mätinstrument

Smärtbedömningsinstrument delas in i endimensionella och multidimensionella skalor. Endimensionella skalor skattar en dimension, vanligtvis intensitet, exempelvis VAS (visuell analog skala) och NRS (numerisk skattningsskala). Multidimensionella skalor inkluderar flera aspekter och ger en mer komplex bild av patientens upplevda smärta, exempelvis BPI (Brief Pain Inventory) som innehåller dimensionerna intensitet, lokalisering, utvärdering av smärtbehandling samt påverkan på dagliga aktiviteter (Molin & Bergh, 2019). Komplexa smärttillstånd, exempelvis långvarig smärta eller cancerrelaterad smärta, bör skattas med flerdimensionell skala (Andersson, 2020). Enligt Tauben (2012) bör psykologiska variabler användas i större utsträckning för att styra diagnostisering och behandling redan från vårdkontaktens start.

Teoretisk grund

Begreppen nedan har valts på basis av relevansen för både smärtbedömning och omvårdnad i stort. "Personcentrerad vård" och "evidensbaserad vård" är direkt kopplade till sjuksköterskans kärnkompetenser och "kommunikation" i olika former ses som grundläggande för en fungerande smärtbedömning samt hälsofrämjande vårdrelation.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård (PCV) har växt fram i takt med den kulturella betoningen på individen med värderingar som autonomi, självbestämmande och oberoende. Centralt är att patientens ställning flyttas från mottagare till medskapare av vård. För detta behövs riktlinjer som är förenliga med en syn på person som både lidande och kapabel. Dessutom bör perspektivskifte i vården ske från fragmentering till helhetssyn och från färdiga lösningar för patientgrupper till individanpassning. PCV strävar efter att synliggöra hela personen och tillgodose såväl fysiska som existentiella, andliga, sociala och psykiska behov. Vidare eftersträvas att respektera och bekräfta en persons egen upplevelse av sjukdom och att främja hälsa utifrån vad hälsa betyder för den enskilda individen (Öhlén & Friberg, 2019). Tre centrala begrepp är *berättelsen*, *partnerskapet* och *dokumentation* (Vårdförbundet, 2015).

Partnerskap handlar om att vårdgivarens och patientens olika kunskap ska tas tillvara och respekteras. Vårdpersonalen har den evidensbaserade kunskapen om sjukdom, diagnostik, vård och behandling. Patienten har den erfarenhetsbaserade kunskapen om sig själv, upplevelsen av sjukdom, sina hälsoproblem och preferenser. I partnerskapet möts dessa två kunskapsbaser och ska tillsammans utgöra grunden för vården. Detta bygger på ömsesidigt förtroende, respekt samt en medvetenhet om att relationen mellan patienten (personen) och vårdgivaren är asymmetrisk då den professionella kunskapen innebär mer makt och därmed mer ansvar. Detta ska balanseras mot personens rätt till autonomi, integritet och värdighet (Vårdförbundet, 2015).

Ekman et al. (2011) menar att även om vårdpersonal har en värdegrund i personcentrerad vård och själva upplever att de arbetar personcentrerat, är så ofta inte fallet i praktiken, i synnerhet inte vid tidsbrist. Det finns flera utmaningar i att implementera PCV i praktiken, varför PCV bör förankras i rutiner. Författarna föreslår tre rutiner som bör implementeras för att säkerställa att personal arbetar personcentrerat; 1. *Initiera partnerskapet* - Att låta patientberättelsen vara grund för vården: Genom att bjuda in patienten att berätta sin berättelse ges budskapet att hans upplevelser, känslor, övertygelser och preferenser är viktiga

resurser för sjukdomshantering och överväganden i vården. Författarna framhåller problematiken med objektiv datas dominans som grund för vården då man i liten utsträckning tar hänsyn till patientens berättelse. 2. *Genomföra partnerskapet* - Delat beslutsfattande: Vid diagnostisering bör vårdteamet tillsammans med patienten utvärdera olika aspekter och välja behandlingsalternativ som är förenliga med patientens livsstil, preferenser, övertygelser, värderingar och hälsoproblem. 3. *Säkerställa partnerskapet* - Dokumentera berättelsen: Genom att dokumentera patientens preferenser, värderingar samt engagemang i vård och beslutsfattande i journalen ges patientens perspektiv legitimitet och transparens åt vårdrelationen. Detta gör även att man tillsammans säkerställer överenskommelsen genom en hälsoplan samt underlättar kontinuitet i vården.

Kommunikation

En välfungerande kommunikation mellan vårdpersonal och patient är förutsättande för en god vårdrelation (Jirwe et al., 2014). Kommunikation beskrivs enligt Baggens och Sandén (2014) som ”en process som strävar efter att skapa förståelse” (s. 508). När en människa drabbas av sjukdom medför detta ofta psykologisk stress och för att kunna ge emotionellt och socialt stöd blir effektiv kommunikation grundläggande för att undvika missförstånd och kunna ge och ta emot samt bearbeta information adekvat (Baggens & Sandén, 2014). I och med smärtans subjektiva inslag blir vårdrelationens kommunikation viktig för att patienten ska kunna förmedla sin känsla. Ett skattningsinstrument kan verka som en viktig assisterande del av kommunikationen vid smärtbedömning då det säkerställer att patient och vårdgivare har samma utgångspunkt (Molin & Bergh, 2019).

Vårdarens förmåga att lyssna är centralt för att skapa en samsyn mellan patient och vårdare som grund för att gemensamt forma vården utifrån patientens mål och preferenser. Lyssnandet inbegriper; att uppmärksamma hur och vad som sägs, att urskilja det väsentliga, att lyssna efter vad som antyds eller är outtalat samt att ställa respektfulla frågor för att kunna förstå den andre och inte nöja sig med att förmoda (Öhlén & Friberg, 2019).

Det vårdande samtalet syftar till att lindra lidande och öka välbefinnande (Fredriksson, 2003). Samtalet utgör en dialog mellan patient och vårdare och envägskommunikation undviks där en vårdare förmedlar information till en passiv patient (Dahlberg & Segesten, 2010). Fredriksson (2003) beskriver tre aspekter som centrala i vårdande samtal; den relationella, den narrativa, och den etiska. *Den relationella aspekten* innebär att genom genuin närvaro hos vårdaren skapas en förbindelse som möjliggör för patienter att dela sitt lidande med vårdaren. *Den narrativa aspekten* innebär att patientens berättande om lidandet leder till ny förståelse i vilken en mening i lidandet upplevs och gör lidandet uthärdligt. *Den etiska aspekten* innebär att relationen är ömsesidigt respektfull trots att relationen är asymmetrisk (på grund av patientens lidande och vårdarens medlidande). I detta skapar vårdaren utrymme för att patienten kan återupprätta självaktning och autonomi.

Evidensbaserad vård

I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, 6 kap. 1§) står att “hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”. I rollen som sjuksköterska finns därmed en skyldighet att erbjuda vårdtagare bästa tillgängliga vårdmetod utifrån aktuellt kunskapsläge och att hålla sig uppdaterad på området (Nilsson Kajermo et al., 2014) med ett kritiskt förhållningssätt till huruvida vården vilar på bästa tillgängliga vetenskapliga grund (Rosén, 2017). Sjuksköterskans uppgifter vid omvårdnad av

smärta innefattar att upptäcka, identifiera och bedöma smärta, upprätta en omvårdnadsplan för smärtan och följa upp denna, samt initiera åtgärder för att lindra smärtan (Molin & Bergh, 2019).

Problemformulering

Trots omfattande forskning inom området lider nästan hälften av alla patienter med cancer av smärta och föga förbättring har skett de senaste 40 åren. Studier visar att patienter med avancerad cancer upplever smärta även efter avslutad botande behandling. Underbehandlad smärta leder till onödigt lidande för patienter i en utsatt situation då många patienter även genomgår psykiskt och existentiellt lidande. Lidandets dimensioner tenderar också att förstärka varandra. Även överföreskrivning av smärtstillande läkemedel utgör ett problem för patienter i form av biverkningar och beroende. Felbehandlad smärta är också kostsamt för vård och samhälle i form av ytterligare vårdbehov hos patienter. Evidens och åtskilliga forskningsstudier som gjorts pekar på att relevant och systematisk smärtbedömning är avgörande för att patienter ska få rätt smärtbehandling. Trots det förefaller det som att rutiner kring smärtbedömning i praktiken inom stora delar av vården är undermåliga eller uteblir. Det är därför angeläget att bidra med förståelse för rutiner kring smärtbedömning. Denna kunskap kan i förlängningen bidra med förståelse för vad det finns för barriärer för adekvat smärtskattning och vad som krävs för att sjuksköterskor i praktiken ska utföra smärtbedömning i högre utsträckning.

Syfte

Syftet med denna uppsats är att belysa sjuksköterskans rutiner kring smärtbedömning av patienter med cancer.

Metod

Design

Studien är en litteraturöversikt som sammanställer aktuellt kunskapsläge om smärtbedömning av patienter inom onkologisk sjukvård. Data har insamlats genom strukturerad informationssökning. Litteraturöversikt valdes som metod då det ger översikt över kunskapsområdet, kan generera bred förståelse och bidrar till att fylla kunskapsluckor (Friberg, 2012). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades för att flest möjliga aspekter och perspektiv skulle kunna beaktas (Segesten, 2012).

Urval och dattainsamling

Databaserna Cinahl och PubMed valdes på bas av ämnets förankring i omvårdnad respektive medicin (Karlsson, 2012). Inledande sökningar genomfördes först för att få överblick över ämnesområdet. Öppenhet och kreativitet bör prägla första sökningen (Friberg, 2006). Därefter genomfördes en systematisk sökning då ämnesområdet avgränsades. Sökord valdes utifrån syfte och problemområde samt genom ledtrådar som iakttagits i första sökningen (Friberg, 2012).

Huvudsakliga sökord var "pain measurement" och "oncology". Genom Swedish MeSH adderades synonymer till dessa ord enligt söktabellen som presenteras i bilaga 1. Sökorden kontrollerades även i Cinahl Headings för att stämma överens med databasens ämnesord.

Sökordet "hematology" valdes eftersom studien genomförs på efterfrågan av en hematologisk avdelning. För att fånga upp artiklar med fokus på omvårdnad i PubMed adderades "nurs*". Detta lades även till i Cinahl trots det redan givna fokus på omvårdnad, då fler relevanta träffar för studiens syfte hittades.

Totalt 405 träffar genererades i PubMed respektive 55 träffar i Cinahl. Efter att ha granskat samtliga titlar sammanställdes 84 träffar från PubMed respektive 15 träffar från Cinahl som tycktes ha intressanta titlar för studien. Vidare lästes utvalda titlars abstrakt och studier som inte var relevanta för syftet sållades bort. 19 artiklar från PubMed och 5 artiklar från Cinahl granskades sedan. Av dessa bedömdes 13 artiklar från PubMed respektive 2 artiklar från Cinahl besvara syftet och togs därmed vidare till kvalitetsgranskning. Utöver sökningar i databaser utfördes manuella sökningar i relevanta artiklars referenslistor vilket genererade granskning av ytterligare 6 artiklar varav 3 stycken togs vidare för kvalitetsgranskning.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Inkluderade artiklar är både kvalitativa och kvantitativa som bidrar med insikt om rutiner kring smärtbedömning av patienter med cancer som publicerats 2010–2020.

Inklusionskriterierna var: vuxna deltagare, artikelspråk engelska, svenska, norska eller danska, peer-reviewed och publicering i vetenskaplig tidskrift. Alla typer av vårdenheter som bedriver vård av cancerpatienter inkluderades. Patienter med kognitiv nedsättning exkluderades då särskilda aspekter måste beaktas vid smärtbedömning av patientgruppen vilket blivit för brett inom ramen för denna uppsats. Av samma anledning exkluderades studier som behandlade barn, synskadade och hörselskadade. Vidare exkluderades artiklar där kvaliteten bedömdes låg.

Kvalitetsgranskning

Totalt 18 artiklar kvalitetsgranskades utifrån Fribergs (2012) granskningsfrågor av kvalitativa respektive kvantitativa studier. 5 studier bedömdes ha hög kvalitet och 7 bedömdes ha medelhög kvalitet (se bilaga 2). 6 artiklar exkluderades då de bedömdes ha för låg kvalitet.

Dataanalys

Valda artiklar lästes och diskuterades för att få en gemensam bild av innehåll. Därefter söktes likheter och skillnader i studiernas resultat och en sammanställning gjordes av dessa i teman med innehåll som handlade om liknande aspekter. På grund av kvalitativa och kvantitativa artiklars olika art går det inte att göra en linjär jämförelse (Friberg, 2012). Följande teman genererades utifrån analysen: *behov av fortbildning av sjuksköterskor, behov av evidensbaserade riktlinjer, kommunikationens roll vid smärtbedömning och sjuksköterskans roll i teamet.*

Etiska överväganden

9 av 12 artiklar har tydligt etiskt godkännande. Fitch et al. (2013) gör etiska överväganden. Artiklarna av Phillips et al. (2015) och Manfrida et al. (2019) skriver inte uttryckligen att de har godkännande från etisk kommitté, men är publicerade i två vetenskapliga tidskrifter som i sin tur har etiska regler kring publicering av material. Forskningsetik värnar om deltagares lika värde, rättigheter och självbestämmande och ett etiskt tänkesätt som ständigt väger nytta mot potentiell skada bör genomsyra hela arbetsprocessen vid forskning (Kjellström, 2012).

Resultat

Resultatet är indelat i fyra teman. Det första temat belyser kunskapsbrist och *behov av fortbildning hos sjuksköterskor*. Detta belyses ur både patienters och sjuksköterskors perspektiv. Nästa tema är *behov av evidensbaserade riktlinjer* vilket inkluderar behov av ett validerat smärtbedömningsinstrument, fördelaktigt flerdimensionellt. Det tredje temat handlar om *kommunikationens roll vid smärtbedömning* vilket inkluderar det gemensamma språk som kan genereras genom ett smärtbedömningsinstrument, men också dialogen mellan patient och vårdgivare. Sista temat belyser *sjuksköterskans roll i teamet* som handlar om behov av samordning men också en efterfrågan på en mer oberoende roll.

Behov av fortbildning av sjuksköterskor

Flertalet av artiklarna tar upp sjuksköterskors kunskapsbrist gällande smärta som ett hinder för att patienter ska bli adekvat smärtbedömda och lyfter vikten av fortbildning av sjuksköterskor i området smärta (Phillips et al., 2015; Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018; Fitch et al., 2013; Garcia et al., 2015; Erol et al., 2018; Pathmawathi et al., 2015; Miner et al., 2018).

Sjuksköterskors egna uppfattningar om sin kunskapsbrist identifieras i flera studier. Nur Rachmawati och Afiyanti (2018) menar att bristande förståelse för de problem som upplevs i en smärtbedömning leder till att sjuksköterskor tvekar till att göra smärtbedömning. Vidare menar de att de flesta sjuksköterskor inte förstår hur diagnosen smärta formuleras, eftersom de genererar kunskap om patientens smärta endast baserat på resultatet av en smärtskattning. Sjuksköterskorna i deras studie uppgav att deras förståelse för smärtförhållanden var minimal, de förstod inte hela konceptet med smärtfenomenet. Fitch et al. (2013) fann att många sjuksköterskor var osäkra på de grundläggande egenskaperna för genombrottssmärta vid cancer. Vidare fann de att sjuksköterskor med mer än 20 års onkologisk erfarenhet i högre grad var osäkra på hur ofta deras patienter upplevde genombrottssmärta jämfört med de yngre åldersgrupperna med 11–20 års erfarenhet. Cirka 30% av respondenterna rapporterade svårigheter att skilja genombrottssmärta från när smärtstillande läkemedel slutade verka (Fitch et al., 2013). Sjuksköterskor rapporterade begränsningar i den utbildning de fick i samband med onkologirelaterad smärtbedömning, smärtfarmakologi och smärtlindring. Sjuksköterskor får med sig dålig kunskap från utbildningen och lär sig genom erfarenhet (Garcia et al., 2015).

Patienters uppfattning om vårdpersonalens kunskapsbrister i smärthantering identifierades av Erol et al. (2018) och Pathmawathi et al. (2015). Erol et al. (2018) identifierade i sin kvalitativa studie att patienter var missnöjda med vården avseende smärta och smärtlindring. Sjuksköterskor upplevdes som vårdgivare som gjorde det läkarna sa till dem att göra. Enligt patienternas uppfattning kunde de inte utföra systematisk och korrekt smärtbedömning och använde inte effektiva smärtlindringsstrategier. Majoriteten av patienterna i en studie av Pathmawathi et al. (2015) hade uppfattningen att sjuksköterskor och läkare hade otillräcklig kunskap om smärtlindring och smärtkontroll. Vidare upplevde patienterna vårdpersonalen som okänsliga för sin smärtupplevelse.

I flera studier identifieras ett behov av fortbildning av sjuksköterskor inom området smärta som ett steg för att patienter ska bli bättre smärtlindrade. Fitch et al. (2013) skriver att vidareutbildning behövs för att öka kvaliteten och följdriktighet i smärtbedömningen.

Individuell utbildning av ny personal identifierades av Phillips et al. (2015) som en viktig förbättrande åtgärd för att optimera smärtlindring. I Garcia et al. (2015) uttryckte sjuksköterskor önskan om studiedagar inom smärtlindring samt i ämnen relaterade till farmakologi.

I en interventionsstudie genomförd av Miner et al. (2018) hade kunskap om cancersmärta, smärtskattning och smärthantering signifikant gått upp 14,28% 6 veckor efter avslutad smärtutbildning av sjuksköterskor. Omfattande smärtbedömning (exempelvis "vidare smärtutredning efter konstaterad smärta") utfördes oftare efter utbildningen.

Behov av evidensbaserade riktlinjer

Flera studier belyser avsaknad av och ett behov av tydliga evidensbaserade riktlinjer gällande smärtbedömning för att förbättra smärthantering (Phillips et al., 2015; Gilbert et al., 2012; Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018; Fitch et al., 2013).

Vårdpersonal i flera studier uttryckte efterfrågan på tydliga riktlinjer för att förbättra smärtbedömning och smärtskontroll (Phillips et al., 2015; Gilbert et al., 2012; Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018). Riktlinjerna bör inkludera ett validerat, välutvecklat och lätthanterligt smärtbedömningsinstrument (Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018; Fitch et al., 2013). Phillips et al. (2015) identifierade säkerställande av att kliniker har lätt tillgång till kliniska riktlinjer som viktigt för att optimera smärtlindring. I en studie av Fitch et al. (2013) om cancerrelaterad genombrottssmärta gjorde användning av skattningsinstrument sjuksköterskorna mer självsäkra i rådgivning av patienter.

Det vanligaste skattningsinstrumentet bland studierna är endimensionella instrument med intensitet som enda variabel (Koh et al., 2018; Manfrida et al., 2019; Gilbert et al., 2012; Miner et al., 2018; Fitch et al., 2013; Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018). Även vårdpersonals tolkningar av tecken och symtom samt vitala parametrar kan ingå i bedömningen (Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018). Andersson et al. (2020) framhåller fördelarna med ett flerdimensionellt instrument då det kan underlätta val av smärtåtgärd. Den individuella patientens smärta och smärtemekanismer blir enklare att urskilja vilket förenklar för vårdpersonal att identifiera exempelvis när läkemedelsjustering är nödvändigt. Smärtintensitet och andra smärtrelaterade dimensioner hos patienter minskade signifikant efter en intervention där man införde smärtbedömning med det flerdimensionella instrumentet BPI (Andersson et al., 2020). Krikorian et al. (2014) identifierar att patienters lidande utgörs av flera olika dimensioner och att den fysiska aspekten endast är en del av en större helhet tillsammans med bland annat psykiska och andliga dimensioner. Den fysiska dimensionen är inte den enda orsaken till lidandet.

Utökning av tid var en av förändringarna Phillips et al. (2015) identifierade att flest av deltagarna upplevde behövdes för att förbättra smärtbedömning av cancerpatienter. Studien av Manfrida et al. (2019) visade att avsatt samtalstid en gång i veckan med varje patient för samtal om och utvärdering av smärtan samt aktuella läkemedel signifikant sänkte andelen patienter med under- och obehandlad smärta.

Ett skattningsinstrument med uppföljande åtgärder relaterade till vård kan öka självsäkerheten hos sjuksköterskor och i sin tur förbättra smärtbedömningen av patienter (Fitch et al., 2013). Vårdpersonal efterfrågade i Nur Rachmawati och Afiyanti (2018) ett mer specifikt smärtbedömningsinstrument som är mer lämpligt för att formulera en diagnos relaterad till

smärta. Formen för de befintliga instrumenten orsakade ofta att sjuksköterskorna misslyckades med att formulera en omvårdnadsdiagnos, eftersom farmakologiska medel var den enda åtgärden för att lindra smärtan. Sjuksköterskorna upplevde ett för stort medicinskt fokus på smärtlindring och att smärtan inte sågs som ett omvårdnadsproblem vilket kunde leda till att man var för snabb med läkemedel och skapa beroende (Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018). Liknande efterfråga återfanns i Phillips et al. (2015) där sjuksköterskorna uttryckte ett behov av förslag till åtgärder utefter smärtproblematik samt en önskan om att hitta icke-farmakologiska smärtåtgärder.

Gilbert et al. (2012) visar hur ett kontinuerligt uppföljt och välkoordinerat implementeringsprogram med ett gemensamt skattningsinstrument kan förbättra smärtskattningsstatistik. Symtomskattning av patienter med lungcancer steg efter nio månader på cancercenter från 14,6% till 53,7%. Enligt författarna var en anledning till ökningen att skattningarna utfördes elektroniskt vilket sparade administrativ tid. Digitaliseringen möjliggjorde även jämförelse av egen avdelnings skattningsstatistik med andra avdelningar och regioner. Utsedda koordinatörer på varje cancercenter som drev projektet framåt uppfattades som viktigt av vårdpersonalen (Gilbert et al., 2012).

Kommunikationens roll vid smärtbedömning

Kommunikationens roll vid smärtbedömning belyses på olika sätt i flera av studierna och hur ett validerat smärtbedömningsverktyg kan underlätta och förbättra kommunikationen vårdgivare sinsemellan och mellan vårdgivare och patient (Gilbert et al., 2012; Miner et al., 2018; Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018; Andersson et al., 2020; Koh et al., 2018; Garcia et al., 2015).

Gilbert et al. (2012) och Miner et al. (2018) belyser hur ett validerat smärtskattningsinstrument kan underlätta och förbättra kommunikationen vårdgivare emellan samt mellan vårdgivare och patient/anhöriga som ett "gemensamt språk". Introduktion av gemensamma validerade symtomskattningsinstrument var en del av programimplementeringen gjord i studien av Gilbert et al. (2012). Vårdpersonal upplevde att instrumenten skapade ett gemensamt språk mellan vårdgivare över regioner samt gav en röst till patienten att kommunicera symtom till vårdteamet på ett systematiskt sätt. Instrumenten medförde att även vårdpersonal kommunicerade på ett mer systematiskt sätt istället för att använda subjektiva deskriptiva ord (Gilbert et al., 2012).

I studien av Miner et al. (2018) uppstod under studiens gång en önskan från personal, patienter och anhöriga att hitta ett gemensamt, tydligt språk för smärtan. Ur denna önskan skapades ett hjälpmedel med tanken att vägleda sjuksköterska och patient utifrån skattad smärtintensitet (lindrig, måttlig och svår). Utifrån smärtintensitet föreslogs omvårdnadsåtgärder, dels för patientansvarig sjuksköterska, (exempelvis "utför en mer omfattande smärtbedömning" eller "kontakta läkare") men även för patienten (exempelvis "överbäg icke-farmakologiska åtgärder som tillägg till basmedicinering" eller "vila mer än vanligt").

Andersson et al. (2020) belyser hur det flerdimensionella smärtbedömningsverktyget BPI möjliggjorde för patienter att beskriva sin smärtupplevelse för vårdare i teamet. Därigenom synliggjordes patienters upplevda smärta i ökad utsträckning och smärtlindrande omvårdnadsåtgärder kunde vidtas i större utsträckning.

Koh et al. (2018) belyser vikten av patientundervisning vid hantering av smärta. Efter en intervention med patientutbildning minskade missuppfattningar och fördomar om smärta och smärtlindring. Patienter uppgav att de efter interventionen i högre grad bad om smärtlindring även vid lägre smärtintensitet. Patienter uppgav i större utsträckning innan interventionen att de väntat tills smärtan var svår innan de bad om smärtlindring.

Garcia et al. (2015) beskriver vikten av att vårdpersonal har förmåga att tolka patienternas icke-verbala kommunikation. Exempelvis visade sig patienters rädsla för missbruk och biverkningar leda till att smärta inte rapporteras och då ansågs det viktigt att kunna tolka icke verbal kommunikation. Vidare fanns det bland sjuksköterskorna en medvetenhet om psykologiska interventioners betydelse vid smärthantering. Dock hindrade krävande arbetsmiljö denna typ av aktiviteter och sjuksköterskorna beskrev att de inte hade tid att sitta ned med patienter.

Sjuksköterskans roll i teamet

Ett flertal studier beskriver samarbete och sjuksköterskans roll i teamet vid hantering av smärta (Phillips et al., 2015; Garcia et al., 2015; Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018; Gilbert et al., 2012).

Vikten av samarbete med andra professioner vid smärthantering lyfts av Phillips et al. (2015), Garcia et al. (2015) och Gilbert et al. (2012). Phillips et al. (2015) lyfter vikten av samarbete med andra professioner för att säkerställa att värk som orsakats av en cancersjukdom hanteras effektivt. I studien beskriver sjuksköterskor exempelvis vikten av att söka råd och stöd från specialister inom palliativ vård vid smärthantering. Vidare var "brist på samordning av olika vårdgivare" en av de vanligast rapporterade barriärerna (89%) för effektiv smärthantering i studien. Det palliativa vårdteamets roll lyfts även i Garcia et al. (2015) där sjuksköterskorna framhåller deras roll i att influera smärthantering.

Nur Rachmawati och Afiyanti (2018) identifierade att sjuksköterskor upplevde det problematiskt att deras roll vid smärtlindring snarare var en samarbetsroll än en oberoende roll. Sjuksköterskorna menade att erkännande av deras roll i smärtlindring borde vara en prioritet (Nur Rachmawati & Afiyanti, 2018).

Införandet av gemensamma bedömningsinstrument uppfattades av vårdgivare sammanföra vårdpersonalen i ett samarbete med gemensamt fokus på att förbättra och integrera vårdprocesser. Programmet som i studien implementerades uppmanade till samarbete både inom organisationer och mellan sektorer vilket sågs av vårdpersonal som ett av de mest positiva resultaten med projektet. Ett antal regionala cancercenter lyfte även att samarbete mellan klinisk omvårdnadspersonal och medicinsk personal blev större i och med programmet (Gilbert et al., 2012).

Gilbert et al. (2012) identifierade att sjuksköterskor upplevde det svårt att engagera läkare i studiens programimplementering för att förbättra den palliativa vården. De tycktes mer motstridiga till de nya riktlinjerna kring symtomskattning, bland annat då de tyckte att de redan utförde skattning på egen hand med patienten.

Diskussion

Metoddiskussion

Litteraturoversikt förefaller vara ett passande val av metod utifrån syftet att belysa sjuksköterskans rutiner kring smärtbedömning av patienter med cancer, då problemområdet är väl beforskat. Detta ger möjlighet att sammanställa aktuell forskning för att fylla kunskapsluckor samt uppnå god studiekvalitet (Friberg, 2012; Mårtensson & Fridlund, 2017). Genom litteraturoversikt ges överblick över befintlig forskning för att kunna bedriva evidensbaserad vård (Rosén, 2012) vilket går i linje med hematologavdelningens önskan om förslag till förbättringar av riktlinjer kring smärtbedömning.

Med mer tid till förfogande hade ytterligare ansträngningar kunnat läggas på att hitta fler relevanta sökord och göra fler databassökningar som inbegripit samtliga valda artiklar och potentiellt kunnat bidra till ytterligare intressant material. Dock förefaller de valda databaserna PubMed och Cinahl, som har fokus på medicin respektive omvårdnad, vara relevanta för studiens syfte. Det kan dock inte frångås att sökningar inom fler databaser potentiellt skulle kunnat bidra med material som kunnat stärka resultatets validitet ytterligare (Henricson, 2012). Sökningen hade möjligtvis gett fler träffar som berikat resultatet om specifika mätskalor (ex. VAS, NRS, BPI) inkluderats. Dock valdes mätskalor aktivt bort på basis av syftets fokus att belysa rutiner generellt och inte mätskalor specifikt. Även manuella sökningar genomfördes då de ansågs berika resultatet. Majoriteten av de artiklar som hittades via huvudsökningarna var taggade med "pain assessment" eller "pain measurement". Artiklarna som hittades via manuella sökningar visade sig ha något annorlunda sökord än de som valts i databassökningarna. Tre artiklar valdes via manuell sökning vilket kan ses som en svaghet. En svaghet med icke-systematisk litteraturoversikt kan vara att de bygger på för författarna kända studier vilket kan ge en orättvis bild (Rosén, 2017). Då datainsamling skulle ske genom strukturerad informationssökning hade det optimala varit att inga manuella sökningar gjorts. Trots detta kan det ses som en styrka att de slutliga söktermerna var breda och inte gjordes snävare genom att inkludera sökord som exempelvis "guidelines". Detta har mest troligt lett till att fler artiklar granskats och minskat risken för att intressanta artiklar sållats bort genom avgränsning. Vidare ses som en styrka att sökningarna genererade relativt många artiklar med relevant syfte för uppsatsens syfte.

Gällande studiens syfte så är det ett relativt brett syfte som potentiellt kan vinklas på olika sätt. Det kan därför diskuteras huruvida denna uppsats endast till viss del besvarar studiens syfte. En diskussion fanns kring att syftet istället skulle vara "Att belysa potentiella barriärer och faktorer som underlättar för adekvat smärtbedömning vid cancersjukdom" då mycket av resultatet kretsar kring detta. Dock valdes det bredare syftet "Att belysa sjuksköterskans rutiner kring smärtbedömning av patienter med cancer" för att inte utesluta material som kunde berika uppsatsen och den ursprungliga frågeställningen från hematologavdelningen.

Då smärtbedömning ingår och är en del i det bredare begreppet smärthantering har det i vissa situationer varit problematiskt att dra en gräns mellan dessa områden då författarna refererat till smärthantering som inkluderat smärtbedömning. I möjligaste mån har material som specifikt behandlar smärtbedömning inkluderats. I de fall det bedömts relevant för och berikar resultatet samt besvarar syftet har i vissa fall material som rör smärthantering i allmänhet inkluderats.

Flertalet inkluderade studier har på olika vis bedömts ha hög kvalitet vilket ger styrka åt resultatet. Ett antal studier inkluderades trots att kvaliteten bedömdes medelhög då de ansågs bidra med att belysa syftet ur ett perspektiv som inte gjordes i någon av övriga studier. Variation söktes gällande publiceringsland, studiedesign och innehåll vilket ses som en styrka då det berikar resultatet på olika sätt. Artiklar som på olika sätt belyser syftet, exempelvis patienters/sjuksköterskors perspektiv, valdes. Att inkludera både kvalitativa, kvantitativa och "mixad" studiemetod ger en variation och ett djup åt resultatet. Det ansågs kunna belysa syftet och därmed berika resultatet på olika sätt och besvara forskningsfrågan på bästa sätt, liknande en studie med mixad metod. Mixad metod syftar att erhålla det optimala svaret på forskningsfrågan (Borglin, 2017). Fler kvalitativa studier hade med fördel inkluderats då de kunnat berika resultatet med fler infallsvinklar. Att finna kvalitativa studier som både svarade på syftet och samtidigt höll tillräcklig kvalitet var svårt varför fler kvantitativa studier inkluderades. Ett par av studiernas syften svarar dessutom endast delvis på syftet i uppsatsen varför endast delar av studiens resultat använts i uppsatsens resultat. Tillräckligt många artiklar inkluderades för att kunna besvara syftet på ett tillfredsställande sätt och samtidigt vara rimligt inom tidsramen för uppsatsen. Det finns alltid risk att författaren väljer ut studier som stödjer dennes åsikter (Rosén, 2017). Val av inkluderade artiklar har inte i nämnvärd utsträckning färgats av författarnas åsikter då det funnits en eftersträvan att medvetandegöra förförståelsen i processen. Artiklarna har valts baserat på kvalitet samt hur väl de svarar på syftet vilket är en styrka. Dock bör medvetandegöras att inledande sökningar kunnat skapa en förförståelse som präglat val av artiklar (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Reliabiliteten har stärkts av att artiklarna lästs av båda författarna separat och innehållet har sedan diskuterats för försäkran om att artiklarnas resultat förstås på likvärdigt sätt. Dock har artiklarna inte granskats noggrant av båda författarna utan på grund av tidsramen delades artiklarna upp mellan författarna för noggrann granskning vilket påverkar reliabiliteten negativt. Reliabilitet handlar om möjlighet till reproducerbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Vidare stärks reliabiliteten av att artiklarna presenteras i artikelöversikten samt är utförligt beskrivna i resultatet. Under analysen har strävan gjorts efter att ligga så nära ursprungsartiklarna som möjligt gällande innehåll och inte göra tolkningar av studiernas resultat. Teman har diskuterats kontinuerligt i strävan att låta förförståelse prägla förståelsen av originalstudiernas resultat i så låg utsträckning som möjligt. Vidare har egen förförståelse diskuterats och eftersträvats att medvetandegöras. Förförståelse bör kontinuerligt reflekteras över. Inläsning på forskningsområdet tidigt i processen kan medföra att förförståelsen ökar och därmed påverkar den vetenskapliga kvaliteten negativt (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Validitet beskriver hur väl studien mäter det som ämnas mätas. Begreppet kan användas på ett övergripande sätt relaterat till studiedesign och resultat och handlar då om kvalitet eller frånvaro av bias (Henricson, 2017). Validiteten har stärkts genom att flertalet av valda artiklar belyser syftet med denna studie på ett tillfredsställande sätt. Validiteten kan ha påverkats av författarnas relativt begränsade erfarenhet av systematisk kvalitetsgranskning och kvantitativ forskningsmetod. Validiteten har dock stärkts genom att författarna har diskuterat artiklarna och deras kvalitet.

I analysen har teman först utkristalliserats i de enskilda studierna och diskuterats för att söka försäkran om att studiens resultat förstås rätt. Ett större mönster framträdde med teman som återkom i flera studier vilket även detta har diskuterats grundligt. Överförbarheten bedöms vara relativt hög då resultatets teman varit återkommande i flera studier. Relativt mycket material finns på samtliga av funna teman och materialet går i samma riktning. Vidare har

andra översiktsartiklar visat på liknande resultat. Att de olika studierna har olika ursprungsländer där sjukvården kan se olika ut kan dock medföra att ett tema som är aktuellt i en studie är mindre aktuellt i ett annat land vilket kan minska överförbarheten. Valet att inkludera fler länder var att det ansågs berika resultatet med fler perspektiv. Överförbarhet innebär hur väl resultatet kan överföras till andra grupper, kontexter eller situationer (Mårtensson & Fridlund, 2017). En styrka med detta resultat är att det dessutom sannolikt kan appliceras inom fler områden än cancervård.

I de studier där etiskt godkännande inte tydligt uttrycktes gjordes vidare efterforskningar kring de tidskrifter studierna publicerats i (Wallengren & Henricson, 2012). Phillips et al. (2015) och Manfrida et al. (2019) publicerades i tidskrifter via förlagen Elsevier (tidskrift *Collegian*) respektive Springer Nature (tidskrift *Supportive Care in Cancer*). Bägge tidskrifter har publicerat regler för författare att följa kring etik för att få godkännande till artikelpublicering. Fitch et al. (2013) argumenterade i sin tur kring varför studien inte behövde etiskt godkännande från kommitté; bland annat hade studien godkännande och stötning från CANO (Canadian Association of Nurses in Oncology) och känslig patientdata samlades inte in eller inkluderades i dataanalysen. Att ha diskuterat kring och gjort etiska överväganden ansågs visa på att man tagit dessa aspekter i åtanke och vägt nytta mot eventuella risker (Kjellström, 2012). Utöver detta har tidskriften studien är publicerad i (*Canadian oncology nursing journal*) regler kring etik för godkännande av artiklar.

Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen var att belysa sjuksköterskans rutiner kring smärtskattning av patienter med cancer. Resultatet bygger på fyra teman: ”behov av fortbildning av sjuksköterskor”, ”behov av evidensbaserade riktlinjer”, ”kommunikationens roll vid smärtbedömning” och ”sjuksköterskans roll i teamet”. Två teman var mest framträdande och belyses på olika sätt i flertalet artiklar; kunskapsbrist om smärta bland sjuksköterskor och därtill ett behov av fortbildning samt en efterfrågan på tydliga lättillgängliga riktlinjer gällande smärtbedömning.

Resultatet lyfter komponenter som är viktiga för att smärtbedömning av patienter med cancer ska ske på ett tillförlitligt sätt och att patienter i förlängningen ska få adekvat smärtlindring. Resultatet förstås som att alla komponenter behövs gemensamt, det vill säga delarna är beroende av varandra, uteblir en av dem är det svårt att upprätthålla rutinen; det förefaller behövas ett validerat smärtbedömningsinstrument, men sjuksköterskan måste också ha möjlighet och tid att lyssna på den individuella patientens berättelse för att få bättre förståelse för den subjektiva upplevelsen. Vidare behöver smärtan kommuniceras på ett effektivt sätt mellan vårdpersonal. Instrumentet genererar data som måste kommuniceras mellan personal annars gör den ingen nytta. Sjuksköterskor behöver fortbildning för att förstå olika dimensioner av smärtan och ha självförtroende att kunna arbeta mer självständigt med omvårdnadsåtgärder och inte bara bli läkarens förlängda arm. Att endast utgå från ett skattningssystem utan att ha tillräcklig kunskap om smärta som koncept riskerar medföra att viktiga delar av patientens upplevelse missas som potentiellt kan förbättra smärtbehandling. Dessutom tycks det finnas behov av en person, fördelaktigt en sjuksköterska, som är ansvarig för att rutinerna implementeras och upprätthålls på avdelningen och säkerställer att rutinen följs. De är möjligtvis inte rimligt att förvänta sig att varje sjuksköterska själv kommer att ta ansvar för dessa delar, trots vetskap om att det bör göras, om det inte är förankrat i tydliga riktlinjer på avdelningen. Att på detta sätt se till helheten är i linje med ett personcentrerat förhållningssätt (PCV). Med personcentrering

framhålls att perspektivskifte i vården sker från fragmentering till helhetssyn och från färdiga lösningar för patientgrupper till individanpassning (Öhlén och Friberg, 2019).

Ett av studiens huvudfynd var behovet av evidensbaserade riktlinjer som inte kan misstolkas för att smärtbedömning ska kunna ske på ett sätt som förbättrar smärthantering. För sjuksköterskan blir evidensbaserade riktlinjer en vägledning och något att luta sig mot i den kliniska praktiken och ett sätt att utföra sitt arbete på ett vetenskapligt och tidigare beprövat sätt. Riktlinjer som sammanställs på kvalitetsbedömda och kliniska situationer skapar mer patientsäker vård och gör att skillnader i behandling och vårdkvalitet lättare kan undvikas (Nilsson Kajermo et al., 2014). Utifrån flertalet studiers resultat där smärthantering förbättrades vid införandet av rutiner eller riktlinjer kan detta tydas som att låg följsamhet till eller brist på tydliga och lättillgängliga riktlinjer kan leda till att patienters smärta riskerar att bli okontrollerad. Detta överensstämmer med tidigare forskning (Andersson et al., 2018; Cea et al., 2016; Golčić et al., 2018; Kwon, 2014).

Riktlinjer för smärtbedömning och smärtbehandling ser olika ut beroende på vårdenhet samt smärthärkomst. Generellt inom vården rekommenderar man smärtbedömning vid nyupptäckt eller pågående smärta, vid genombrottsmärta och efter administration av läkemedel (Molin & Bergh, 2019). I studien av Koh et al. (2018) framkom att okunskap om smärta och fördomar om läkemedel kan leda till att patienter inte rapporterar smärtan till vårdpersonal annat än om den är outhärdlig. Fördelaktigt är således riktlinjer som inbegriper tidsintervall för att fånga upp patienter som inte rapporterar smärtan samt stöd för vårdpersonal att förhålla sig till.

Behov av ett lätthanterligt och välutvecklat bedömningsinstrument framkom i resultatet och sågs som en del av evidensbaserade riktlinjer. Nur Rachmawati och Afyanti (2018) belyste att vårdpersonal utöver skattningsinstrument även bedömer patientens smärta utifrån egna tolkningar av tecken, symtom och vitala parametrar. Avsaknaden av synliga tecken och symtom ger utrymme för feltolkningar. Det är således viktigt att även ha ett gemensamt verktyg som samtliga vårdpersonal har förmåga och kunskap att använda. Standardiserade smärtbedömningsinstrument möjliggör bedömning av detta subjektiva symtom på ett tillförlitligt och giltigt sätt (Kwon, 2014). Ett validerat smärtbedömningsinstrument förbättrar överensstämmelsen mellan patientens och sjuksköterskans bedömning av smärtintensitet (Dequeker et al., 2018).

Smärtbedömningar kan tänkas bli mest behjälpliga om de görs på ett systematiskt sätt som lätt kan upprepas och som inte riskerar att missuppfattas eller färgas av tolkning. I studien av Fitch et al. (2013) framkom att bedömningsinstrument gav sjuksköterskor självförtroende och trygghet. Denna trygghet torde vara väsentlig för sjuksköterskor i en stressig vårdmiljö och avlasta från arbetsbördan att själv behöva utforma sin rutin.

Studien av Andersson et al. (2020) belyser att flerdimensionellt smärtbedömningsinstrument ger en mer nyanserad bild av den individuella patientens smärta. Vidare belyses kommunikationens roll vid smärtbedömning i resultatet samt att vårdpersonalen har kompetens att förstå innebörden i vad som sägs gällande smärta. Detta förstås som att det finns ett behov av att patienter får möjlighet att ge sin berättelse till vårdpersonalen och personalen i sin tur har tid att ta berättelsen till sig samt kompetens att förstå innebörden i den, både gällande smärtfysiologi, men också smärtan som subjektivt och flerdimensionellt fenomen. Ett instrument är således inte tillräckligt, det behövs också en dialog mellan

sjuksköterska och patient och ett aktivt lyssnande av sjuksköterskan. Patientberättelsen bör i personcentrerad vård vara grunden för vården (Ekman et al., 2011).

Resultatet visar att endimensionell egenskattning är det vanligast förekommande instrumentet vid bedömning av cancerrelaterad smärta. Egenskattning bygger förvisso på utgångspunkten att patienten är kapabel att själv bedöma sin smärta vilket är centralt i PCV (Öhlén & Friberg, 2019). Dock är det inte sannolikt att endimensionell bedömning, exempelvis VAS, är tillräcklig för att utgöra partnerskap. Troligtvis krävs en dialog mellan patient och vårdgivare för att patientens erfarenhetsbaserade kunskap ska tillgodogöras och möta sjuksköterskans evidensbaserade kunskap i partnerskap och därmed möjliggöra för ett individanpassat behandlingsalternativ som ligger i linje med patientens individuella preferenser. Lyssnandet blir centralt för att skapa samsyn mellan patient och vårdare som grund för vård baserad på patientens preferenser (Öhlén & Friberg, 2019). Att patienten upplever sig lyssnad på blir även en vårdande handling i sig. Genom genuin närvaro och respekt kan sjuksköterskan bidra till minskat lidande och ökat välbefinnande (Fredriksson, 2003). Även smärtupplevelsen kan lindras av gemenskapen och av att sjuksköterskans hjälper patienten att minska sin oro (Strang, 2016).

Det finns flera utmaningar i att implementera PCV i praktiken, varför PCV bör förankras i rutiner (Ekman et al., 2011). På motsvarande sätt visar resultatet i denna uppsats behovet av att förankra rutiner kring smärtbedömning i tydliga riktlinjer på avdelningen för att smärtbedömning ska bli utförd och ge god vägledning för behandling.

Ett av studiens huvudfynd var sjuksköterskors bristande kunskap om smärta som hinder för god smärtbedömning och därmed smärthantering, vilket i studierna lyftes av såväl patienter som sjuksköterskor. Fynden är i linje med tidigare forskning (Cope, 2019; Kwon, 2014; Molin & Bergh, 2019). Enligt en översiktsartikel av Cope (2019) är orsaker till felaktig smärtbehandling bland andra begränsningar i utbildning i smärthantering och smärtbedömning samt vårdgivares överskattning av egna färdigheter. Resultatet i denna uppsats visar dock snarare på en medvetenhet om den egna kunskapsbristen bland sjuksköterskor. Kunskapsbrist kring smärta förefaller vara ett problem inte bara gällande sjuksköterskor och smärtbedömning utan även bland annan sjukvårdspersonal och smärthantering i allmänhet. En litteraturstudie av Kwon (2014) fann att en av de främsta barriärerna mot hantering av cancerrelaterad smärta var läkares brist på kunskap om smärta. Detta kan tänkas hänga ihop med smärtans många dimensioner. För att förstå konceptet smärta ska man inte bara förstå fysiologin utan hela det flerdimensionella och subjektiva konceptet smärta.

En annan bidragande orsak till svårigheter att förstå konceptet smärta kan vara att smärtan är "osynlig". Därför finns också mycket fördomar och förutfattade meningar om smärta, exempelvis ansåg hela 30–51% av läkarna i översiktsstudien av Kwon et al. (2014) att patienter uppgav smärta för att locka uppmärksamhet. Även detta kan tänkas bero på att vårdpersonalen inte har tillräcklig förståelse för smärtans dimensioner. Då smärtan är så nära förknippad med psykologiska faktorer kan vårdpersonal tänkas misstolka patientens faktiska upplevda smärta som ett uttryck för att locka uppmärksamhet då det egentligen handlar om exempelvis att smärtintensiteten ökat på grund av ofrivillig ensamhet. Tidigare forskning tyder även på att sjuksköterskan vid bedömningar kan vara influerad av egna erfarenheter och uppfattningar om smärta och genom sin förförståelse riskerar utesluta patientens subjektiva upplevelse (McCaffery et al., 2000).

Smärtans lidande som flerdimensionellt samt psykologiska interventioners betydelse lyfts i uppsatsens resultat. Kunskap om smärta som flerdimensionell med fokus på patientens subjektiva upplevelse blir viktig för sjuksköterskor dels vid smärtbedömning och dels vid val av lindrande åtgärder. Att olika dimensioner förstärker varandra på det sätt man talar om vid "total pain" kräver kunskap att skilja olika lager av lidande åt (Strang, 2013). Att enbart bedöma en patients smärta med endimensionella instrument som VAS- eller NRS-skala kan därför ses som problematiskt om smärtan är komplext sammanvävd med andra symtom eller härstammar från fler dimensioner än den fysiologiska. Detta resultat är i linje med tidigare forskning som visat att flerdimensionella instrument är fördelaktigt vid cancersmärta (Kumar, 2011).

Vårdteamets samarbete vid smärthantering som en viktig del av god smärthantering belyses i resultatet av Phillips et al. (2015), Garcia et al. (2015) och Gilbert et al. (2012). I detta har sjuksköterskan en viktig roll med sin expertis inom omvårdnad. Nur Rachmawati och Afiyanti (2018) framhåller å andra sidan att sjuksköterskans roll borde lyftas och inte endast vara en samarbetsroll. Som den person som ofta arbetar närmast patienten efterfrågade sjuksköterskor i studien en mer oberoende roll och upplevde det problematiskt att de inte kunde vara mer självständiga i smärthantering. Dessa fynd är intressanta då de på sätt och vis står i motsats till varandra; behov av samarbete och behov av självständighet. Sjuksköterskor tycks således uppskatta rollen som samordnare, men samtidigt uppleva en frustration över att inte få möjlighet att ta ett större helhetsgrepp från bedömning till smärtlindring. Möjligen hänger detta samman med ett av resultatets andra teman, sjuksköterskans kunskapsbrist gällande smärta, och att sjuksköterskan därmed tenderar att bli läkarens förlängda arm. Resultatet tolkas som att det är viktigt att rollen som sjuksköterska innehåller en bra balans mellan rollen som samordnare och rollen som självständig vårdgivare. Denna fördelning ser givetvis olika ut på olika avdelningar och enheter. Det är dock viktigt att det finns utrymme för sjuksköterskan att ta ett helhetsgrepp från smärtbedömning till omvårdnadsåtgärder och utvärdering samt att detta ingår i rutinerna kring smärthantering så inte allt fokus hamnar på läkemedel. På grund av smärtans olika dimensioner spelar omvårdnadsåtgärder en viktig roll vid smärthantering såsom stödjande eller vårdande samtal. Ofrivillig ensamhet och oro ökar smärtupplevelsen (Strang, 2016). Då oro och känslan av ensamhet ofta aktiveras vid dåliga besked är omvårdnadsåtgärder och sjuksköterskans närvaro i mötet med patienten än mer väsentlig.

Resultatet visade att personer med projektledande roller kunde fungera som ett stöd för vårdpersonalen. Att utse en eller flera personer till en projektledande roll kan tänkas vara hjälpsamt. Detta stöds av Williams et al. (2012) som fann att smärtansvariga sjuksköterskor vars roll fungerade som stöd, rådgivare och avlastning till övrig avdelningspersonal höjde vårdavdelningens följsamhet till riktlinjer och förbättrade smärthantering överlag. Detta kan tänkas hänga samman med ett generellt behov av fler sjuksköterskor med specialkompetens. Enligt Cope (2019) är orsaker till felaktig smärtbehandling att man inte remitterar patienter vidare till smärtspecialister. Uppsatsens resultat visade även att införandet av elektronisk symtomskattning var en av anledningarna till att andelen skattningar blev fler. Synligheten av statistik kan tänkas motivera vårdpersonalen att utföra symtomskattningar i högre grad.

Kliniska implikationer

Uppsatsen har belyst fyra komponenter som tycks underlätta för väl fungerande rutiner kring smärtbedömning av patienter med cancer: 1. Evidensbaserade tydliga riktlinjer som inkluderar ett flerdimensionellt smärtbedömningsinstrument, förslagsvis BPI. Fördelaktigt ett digitalt smärtbedömningsinstrument. 2. Fortbildning av sjuksköterskor i konceptet smärta vilket förslagsvis kan inkludera anställning av en sjuksköterska med specialkompetens i smärta som de andra sjuksköterskorna kan konsultera vilket därmed kan generera fortsatt lärande i organisationen. 3. Att rutinen inkluderar att sjuksköterskor avsätter tid för kommunikation kring smärtan med patienten. 4. Att en person är ansvarig för att rutinerna implementeras och efterföljs.

Vidare forskning

Då problemområdet är väl beforskat men smärtbedömningar fortsätter att lysa med sin frånvaro föreslås fortsatt forskning som söker fylla någon kunskapslucka inom området. Ett område som skulle vara intressant att utforska vidare är sjuksköterskors uppfattningar om den egna rollen vid smärtbedömning/smärthantering relaterat till vad som framkom i resultatet om sjuksköterskors efterfrågan av en mer oberoende roll i smärthantering.

Slutsats

Fortbildning av sjuksköterskor, tydliga evidensbaserade riktlinjer kring smärtbedömning samt välfungerande kommunikation kring smärtan mellan sjuksköterska och patient samt inom vårdteamet tycks underlätta för att patienter ska bli rätt smärtbedömda och i förlängningen få adekvat smärtlindring. Komponenterna betraktas som en helhet snarare än som egna åtgärder. Samtliga komponenter är viktiga men kan sannolikt inte åstadkomma en god smärtbedömning var för sig.

Referenslista

Andersson, S., Årestedt, K., Lindqvist, O., Fürst, C. J., & Brännström, M. (2018). Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National Register-Based Study. *Journal of pain and symptom management*, 55(5), 1304–1312. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489>

Andersson, V. (2020). *Förekomst och behandling av smärta samt interventioner som bidrar till förbättrat smärtomhändertagande hos patienter på sjukhus*. [Doktorsavhandling, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet]. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/60808/1/gupea_2077_60808_1.pdf

Andersson, V., Bergman, S., Henoch, I., Simonsson, H., & Ahlberg, K. (2020). Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(8), 3721–3729. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05200-6>

Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s. 507–537). Lund: Studentlitteratur.

Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 18(3), 153–156. <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.3.39042>

Bennett, M. I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., Treede, R. D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*, 160(1), 38–44. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>

Borglin, G. (2017). Mixad metod - en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 233–250). Lund: Studentlitteratur.

Cancerfonden. (28 mars 2019). *Smärtbehandling - Olika typer av smärta och behandling*. <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/behandlingar/smartbehandling>

Canivet, D., Delvaux, N., Gibon, A. S., Brancart, C., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2014). Improving communication in cancer pain management nursing: a randomized controlled study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3311–3320. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2357-2>

Cea, M. E., Reid, M. C., Inturrisi, C., Witkin, L. R., Prigerson, H. G., & Bao, Y. (2016). Pain Assessment, Management, and Control Among Patients 65 Years or Older Receiving Hospice Care in the U.S. *Journal of pain and symptom management*, 52(5), 663–672.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.020>

Cope, D. G. (2019). Cancer Pain Management Considerations in Older Adults. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(3), 274–278. doi: 10.1016/j.soncn.2019.04.008.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Dequeker, S., Van Lancker, A., & Van Hecke, A. (2018). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of advanced nursing*, 74(1), 160–171. <https://doi.org/10.1111/jan.13395>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 33, 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.005>

Fitch, M. I., McAndrew, A., & Burlein-Hall, S. (2013). A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 23(2), 85–99. <https://doi.org/10.5737/1181912x2328591>

Fredriksson, L. (2003). *Vårdande samtal*. [Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Åbo]. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43659/FredrikssonLennart.pdf>

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115–125). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2 uppl., s. 133–143). Lund: Studentlitteratur.

Garcia, A., Whitehead, D., & Winter, H. S. (2015). Oncology Nurses' Perception of Cancer Pain: A Qualitative Exploratory Study. *Nursing Praxis in New Zealand*, 31(1), 27–33. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109793072&site=ehost-live>

Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>

Gilbert, J. E., Howell, D., King, S., Sawka, C., Hughes, E., Angus, H., & Dudgeon, D. (2012). Quality improvement in cancer symptom assessment and control: the Provincial Palliative Care Integration Project (PPCIP). *Journal of pain and symptom management*, 43(4), 663–678. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.028>

Golčić, M., Dobrila-Dintinjana, R., Golčić, G., Pavlović-Ružić, I., & Gović-Golčić, L. (2018). Do Physicians Underestimate Pain in Terminal Cancer Patients? A Prospective Study in a Hospice Setting. *The Clinical journal of pain*, 34(12), 1159–1163. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000641>

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471–479). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–420). Lund: Studentlitteratur.

Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s. 341–357). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination* (s. 95–113). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination* (s. 69–92). Lund: Studentlitteratur.

Koh, S. J., Keam, B., Hyun, M. K., Ju Seo, J., Uk Park, K., Oh, S. Y., Ahn, J., Lee, J. Y., & Kim, J. (2018). Cancer Pain Management Education Rectifies Patients' Misconceptions of Cancer Pain, Reduces Pain, and Improves Quality of Life. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 19(12), 2546–2555. <https://doi.org/10.1093/pm/pny039>

Krikorian, A., Limonero, J. T., Román, J. P., Vargas, J. J., & Palacio, C. (2014). Predictors of suffering in advanced cancer. *The American journal of hospice & palliative care*, 31(5), 534–542. <https://doi.org/10.1177/1049909113494092>

Kumar S. P. (2011). Utilization of brief pain inventory as an assessment tool for pain in patients with cancer: a focused review. *Indian journal of palliative care*, 17(2), 108–115. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.84531>

Kwon J. H. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(16), 1727–1733. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4827>

Manfrida, S., Masiello, V., Cellini, F., Adducci, E., Polidori, L., Longo, S., Cannelli, G., Balducci, M., Rossi, M., & Valentini, V. (2019). Improved Management (IM-MA study) in cancer-related pain: the value of a joint approach by an integrated team of radiotherapist and anesthetist. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of*

Supportive Care in Cancer, 27(2), 505–512. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4335-6>

McCaffery, M., Ferrell, B. R., & Pasero, C. (2000). Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 1(3), 79–87. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2000.9295>

Miner, M. B., Stephens, K., Swanson-Biearman, B., Leone, V., & Whiteman, K. (2018). Enhancing Cancer Pain Assessment and Management in Hospice. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(5), 452–458. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000467>

Molin, B. & Bergh, I. (2019). Smärta. I A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (3 uppl., s. 503–528). Lund: Studentlitteratur.

Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(3), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421–438). Lund: Studentlitteratur.

Nilsson Kajermo, K., Johansson, E., & Wallin, L. (2014). Kunskapsbaserad omvårdnad - från kunskap till säker och effektiv vård. I A. Ehrenberg, & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s. 297–329). Lund: Studentlitteratur.

Nur Rachmawati, I., & Afyanti, Y. (2018). Oncology nurse reflection on the necessity of a pain assessment tool for Indonesian cancer patients. *Enfermeria clinica*, 28 Suppl 1, 207–211. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30069-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30069-X)

Pathmawathi, S., Beng, T. S., Li, L. M., Rosli, R., Sharwend, S., Kavitha, R. R., & Christopher, B. C. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(4), 552–560. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.10.002>

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Persson, J. (2016). Smärtfysiologi, smärtsinnets utveckling och kognitiv utveckling. I S. Lundeberg, & G. L. Olsson (Red.), *Smärta och smärtbehandling hos barn och ungdomar* (s. 15–35). Lund: Studentlitteratur.

Phillips, J. L., Lovell, M., Lockett, T., Agar, M., Green, A., & Davidson, P. (2015). Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management:

The community nurse perspective. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 22(1), 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.11.002>

Rahu, M. A., Grap, M. J., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elswick, R. K., Jr. (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 24(6), 514–523. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015832>

Regionala Cancercentrum i Samverkan (14 december 2016.). *Farmakologisk smärtlindring i livets slutskede*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-varld/vardprogram/farmakologisk-smartlindring-i-livets-slutskede/#chapter-21-6-Smartskattning>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429–444). Lund: Studentlitteratur.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 375–389). Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2 uppl., s. 97–100). Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering - SBU. (22 mars 2006). *Samordnad behandling bäst vid långvarig smärta*. <https://www.sbu.se/sv/pressmeddelanden/tidigare-pressmeddelanden/pressmeddelanden/samordnad-behandling-bast-vid-langvarig-smarta/>

Strang, P. Svensk palliativ tidskrift. (2013). <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Total-smärta-Peter-Strang.pdf>

Strang, P. (4 februari 2016). *Smärtans olika dimensioner i palliativ vård*. [Video]. YouTube. <https://pkc.sll.se/utbildning/videoforelasningar/undervisningsvideor-om-palliativ-varld/smartans-olika-dimensioner-i-palliativ-varld/>

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI). (28 januari 2015). *SFAI:s riktlinjer för anestesi, intensivvård och smärtbehandling*. <https://sfai.se/riktlinje/riktlinjetrad/>

Tauben, D. (December 2012). Chronic Pain Management: Measurement-Based Step Care Solutions. *Pain*, 20(8). https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_20-8_web.pdf

Vårdförbundet. (2015). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård: En skrift från Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare*. <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battare/vad-alla-behoover-veta-om-personcentrerad-varld.pdf>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481–496). Lund: Studentlitteratur.

Williams, A. M., Toye, C., Deas, K., Fairclough, D., Curro, K., & Oldham, L. (2012). Evaluating the feasibility and effect of using a hospital-wide coordinated approach to introduce evidence-based changes for pain management. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 13(4), 202–214.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.08.001>

Öhlén, J., & Friberg, F. (2019). Person. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 311–336). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Söktabell

| Datum och databas | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Lästa abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|--------------------|--|--|---------------|----------------|--------------------|--|
| 23-10-20 PubMed | ("pain measurement" OR "pain assessment") AND (oncology OR cancer OR hematology) AND nurs* | - 2010-2020 - Humans - English, Swedish, Danish, Norwegian - Adult: 19+ | 405 | 84 | 19 | 8 Erol et al. (2018) Fitch et al. (2013) Gilbert et al. (2012) Koh et al. (2018) Miner et al. (2018) Nur Rachmawati & Afyanti, (2018) Pathmawathi et al. (2015) Phillips et al. (2015) |
| 23-10-20 Cinahl | ("pain measurement" OR "pain assessment") AND (oncology OR cancer OR hematology) AND nurs* | - 2010-2020 - Humans - English, Danish, Swedish, Norwegian - Peer reviewed - All adult | 55 | 15 | 5 | 1 Garcia et al. (2015) |
| 28-10-20 | Manuell sökning | | | | 6 | 3 Andersson et al. (2020) Krikorian et al. (2014) Manfrida et al. (2019) |

Bilaga 2

Artikelöversikt

| Artikels namn, författare, land, publiceringsår | Syfte | Metod och urval | Resultat | Kvalitet |
|---|---|---|--|----------------------|
| <p>Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals.</p> <p>Andersson, V., Bergman, S., Henocho, I., Simonsson, H., & Ahlberg, K.</p> <p>Sverige, 2020</p> | <p>Utvärdera om Brief Pain Inventory (BPI) kan förbättra smärtbehandling hos patienter med cancer som vårdas på sjukhus.</p> | <p>Kontrollerad interventionsstudie. 264 patienter på två sjukhus i västra Sverige inkluderades. 132 patienter i kontrollgruppen och 132 patienter i interventionsgruppen.</p> | <p>Smärtintensitet och andra smärtrelaterade dimensioner och symtom hos patienter med cancersjukdom minskade signifikant efter interventionen där BPI användes.</p> | <p>Hög kvalitet.</p> |
| <p>Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study</p> <p>Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., & Erdogan, B.</p> <p>Turkiet, 2018</p> | <p>Utforska upplevelser kring och hantering av smärta hos patienter med avancerad cancer samt ge en bild av sjuksköterskors smärtlindringsmetoder ur ett patientperspektiv.</p> | <p>Kvalitativ deskriptiv studie. Datainsamling genom halvstrukturerade intervjuer med 16 patienter på sjukhus med långt gången cancer. Dataanalys genom Colaizzi's fenomenologiska metod.</p> | <p>Framträdande teman var <i>smärtupplevelser</i>, <i>smärtans effekt på vardagen</i>, <i>smärtlindringsstrategier</i> samt <i>patientens uppfattning om sjuksköterskors omvårdnad av smärta</i>. Det sistnämnda temat bestod av två underteman: <i>uppfattningar om sjuksköterskors smärtbedömning</i> och <i>uppfattningar om sjuksköterskors smärtlindring</i>.</p> | <p>Hög kvalitet.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|---------------------------|
| <p>A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer</p> <p>Fitch, M. I., McAndrew, A., & Burlein-Hall, S.</p> <p>Kanada, 2013</p> | <p>Utforska onkologi-sjuksköterskors kännedom om genombrottssmärta vid cancer (BTPc), metoder som används för dess identifiering och bedömning, samt dess börda för patienter.</p> | <p>Kvantitativ studie. Frågeformulär sändes till 668 onkologisjuksköterskor i Kanada. 201 personer besvarade enkäten. Data analyserad genom deskriptiv statistik.</p> | <p>64% av sjuksköterskorna rapporterade BTPc hos 41–80% av patienterna, men många var osäkra vid identifikationen av BTPc. 33% rapporterade att de inte använde bedömningsverktyg/riktlinjer vid bedömning av BTPc. De som använde verktyg/riktlinjer förespråkade detta starkt. I svaren kunde även utläsas den försvagande effekten BTPc hade på patienter, och att vidareutbildning krävs för att öka kvalitet och följdriktighet av smärtbedömning.</p> | <p>Medelhög kvalitet.</p> |
| <p>Oncology nurses' perception of cancer pain: a qualitative exploratory study</p> <p>Garcia, A., Whitehead, D., & Winter, H. S.</p> <p>Nya Zeeland, 2015</p> | <p>Undersöka hur onkologiska sjuksköterskor upplever och bedömer cancersmärta hos patienter och därefter belysa faktorer som påverkar effektiv smärtbedömning.</p> | <p>Kvalitativ, deskriptiv, explorativ och induktiv studie. Semistrukturerade intervjuer med 5 sjuksköterskor på en onkologiavdelning i Nya Zeeland, utvalda genom strategiskt urval. Data analyserat genom tematisk innehållsanalys.</p> | <p>Resultaten belyser hur sjuksköterskor reagerar på underbehandling av cancersmärta. Teman som frustration, hjälplöshet och känslomässig nöd rapporterades. Resultatet identifierar brister i utbildning, brist på smärtbedömning och brister i farmakologisk och icke-farmakologisk behandling av smärta.</p> | <p>Medelhög kvalitet.</p> |
| <p>Quality improvement in cancer symptom assessment and control: the Provincial Palliative Care Integration Project (PPCIP).</p> <p>Gilbert, J. E., Howell, D., King, S., Sawka, C., Hughes, E., Angus, H., &</p> | <p>Förbättra screening, symtomskattning, procedurer, klinisk praktik och resultat kring symtomhantering för cancerpatienter i Ontario.</p> | <p>Mix-metod. Kvantitativ del: interventionsstudie med implementeringsprogram. Huvudfokus var att införa ESAS för symtomskattning. Deltagare var besökande cancerpatienter på palliativa avdelningar och canceravdelningar i 14 regioner i Ontario. Kvalitativ del: semistrukturerade</p> | <p>Inom 9 månader ökade symtomskattning av patienter med lungcancer i provinsen från 14,6% till 54%. Det mest återkommande temat från intervjuer var "samarbete" som deltagande vårdpersonal menade hade stärkts både inom organisationen och mellan sektorer.</p> | <p>Medelhög kvalitet.</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--------------------|
| Dudgeon, D. Kanada, 2012 | | intervjuer och fokusgrupper med 44 stycken vårdpersonal, (bekvämlighetsurval) om deras upplevelse av programimplementeringen. Data analyserad genom deskriptiv innehållsanalys. | | |
| Cancer Pain Management Education Rectifies Patients' Misconceptions of Cancer Pain, Reduces Pain, and Improves Quality of Life. Koh, S. J., Keam, B., Hyun, M. K., Ju Seo, J., Uk Park, K., Oh, S. Y., Ahn, J., Lee, J. Y., & Kim, J. Korea, 2018 | Utforska effekter av individuell patientutbildning om smärta inom smärtkontroll, bruk av snabbverkande analgetika för genombrottssmärta, livskvalitet och missuppfattningar om cancersmärta. | Kvasiexperimentell studie. Interventionen bestod av individuell patientundervisning. 176 patienter från onkologisk slut- och öppenvård. Bekvämlighetsurval. | Signifikant nedgång av smärtintensitet inom 24 timmar efter avslutad patientutbildning. Öppenvårdspatienter visade efter utbildning större bruk av snabbverkande analgetika för genombrottssmärta. Förbättringar sågs inom påståenden relaterade till livskvalitet. Utbildningen minskade signifikant missuppfattningar och fördomar om behandling av cancersmärta. | Medelhög kvalitet. |
| Predictors of Suffering in Advanced Cancer Krikorian, A., Limonero, J. T., Roma'n, J. P., Vargas, J. J., & Palacio, C. Colombia, 2014 | Identifiera prediktorer för lidande hos patienter inom palliativ vård med avancerad cancer. | Mix-metod. Semistrukturerade intervjuer med 98 patienter uppfyllande inklusionskriterier på palliativ öppenvårdsavdelning. Kvantitativa instrument som användes var bland andra ESAS. | Lidandet bestämdes direkt utifrån faktorer inom en psykisk dimension och en problematisk inställning till omställning. Indirekt bestämdes lidandet av fysiska, psykiska och andliga faktorer samt coping-strategier. Resultatet signalerar vikten av att ta hänsyn till psykiska och andliga faktorer vid fysiska symtom och lidande. | Hög kvalitet. |
| IMproved MANagement (IM-MA study) in cancer-related pain: the value of | Att utvärdera effektiviteten av ett smärteam bestående av | Experimentell studie. Intervention bestod av patientsamtal med strålningsonkolog och anestesilog | PMI förbättrades från 0 i medelvärde till 1 i medelvärde efter fyra veckors intervention. Underbehandlad smärta hos patienter gick | Hög kvalitet. |

| | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------|
| <p>a joint approach by an integrated team of radiotherapist and anesthetist</p> <p>Manfrida, S., Masiello, V., Cellini, F., Adducci, E., Polidori, L., Longo, S., Cannelli, G., Balducci, M., Rossi, M., & Valentini, V.</p> <p>Italien, 2019</p> | <p>strålningssonkolog och anestesilog genom att analysera "pain management index" (PMI) hos patienter med cancersmärta.</p> | <p>varje vecka för utvärdering och skattning av smärta och läkemedelsbehandling. Patienters PMI mättes vid baseline och 4 veckor efter avslutad intervention. 65 patienter med cancer inom öppenvård inkluderades.</p> | <p>från 27,7% till 1,53%. Ett smärtteam med patientsamtal varje vecka visades förbättra smärtbehandling, optimera smärtkontroll och öka adekvat farmakologisk behandling.</p> | |
| <p>Enhancing Cancer Pain Assessment and Management in Hospice</p> <p>Miner, M. B., Stephens, K., Swanson-Biearman, B., Leone, V., & Whiteman, K.</p> <p>USA, 2018</p> | <p>Förbättra skattning och hantering av cancerrelaterad smärta hos patienter inom hospicevård.</p> | <p>Kvantitativ studiedesign. Mäter kunskap om och attityd gentemot smärta med frågeformuläret "KAS" hos 8 sjuksköterskor anställda på ett hospice-center. Utvalda genom bekvämlighetsurval. Mäter även 30 patienters smärta med NRS före och efter sjuksköterskors utbildning. Mätningar pågick under 4 månader och utvärderades även månadsvis.</p> | <p>KAS förbättrades signifikant 14,2% vid mätning 6 veckor efter avslutad utbildning. Patienters NRS-medelvärde sänktes med 21%. Följsamhet till riktlinjerna kring omfattande smärtbedömning ökade från 42% till 52%.</p> | <p>Medelhög kvalitet.</p> |
| <p>Oncology nurse reflection on the necessity of a pain assessment tool for Indonesian cancer patients</p> <p>Nur Rachmawati, I., & Afiyanti, Y.</p> | <p>Skapa en översikt av sjuksköterskors åsikter och uppfattningar relaterade till smärtbedömning och andra upplevda problem vid utvärdering av patienters cancersmärta.</p> | <p>Deskriptiv kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 16 sjuksköterskor på ett cancersjukhus i Jakarta, utvalda genom ändamålsenligt urval. Data analyserad genom Giorgi's fenomenologiska metod.</p> | <p>Sex teman identifierades: smärta som mest frekvent symtom, smärtbedömning endast genom smärtskala, medvetenhet om att sjuksköterskans roll är begränsad vid smärtlindring, sjuksköterskors bristande kunskap om smärta och smärtfysiologi, uppfattning om att smärtbedömningsverktyg bör vara användarvänligt, och behov att utveckla ett</p> | <p>Medelhög kvalitet.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|--------------------|
| Indonesien, 2018 | | | smärtbedömningsverktyg. Även sjuksköterskornas önskan om ytterligare kunskap relaterad till smärtbedömning identifierades. | |
| Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study Pathmawathi, S., Beng, T. S., Li, L. M., Rosli, R., Sharwend, S., Kavitha, R. R., & Christopher, B. C. Malaysia, 2015 | Att utforska upplevelser kring genombrottssmärta hos patienter inom palliativ vård. | Kvalitativ studiedesign. Baserad på öppna intervjuer med 21 palliativa patienter med smärta på sjukhus i Malaysia. | Fem teman identifierades: <i>smärta betraktat som en outhärdlig upplevelse, försämrad kroppsfunktion och inget hopp om återhämtning, otillräcklig smärtlindring, vårdpersonalens okänslighet gentemot patienters smärta och smärtlindrande upplevelser</i> . Resultatet tydde på att icke-farmakologiska åtgärder som psykosocialt stöd till patienter bör introduceras och att vägledning bör ges till vårdgivare för att förbättra kvaliteten på patientvården. | Hög kvalitet. |
| Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective Phillips, J. L., Lovell, M., Luckett, T., Agar, M., Green, A., & Davidson, P. Australien, 2015 | Identifiera australiensisk vårdpersonals uppfattningar om barriärer och faktorer som underlättar bedömning och hantering av cancersmärta hos vuxna. | En tvärsnittsstudie online. Mix-metod. Deskriptiv statistik. Kvantitativa data och tematisk innehållsanalys användes för att beskriva kvalitativa data. 62 samhällssjuksköterskor svarade på undersökningen, vilket representerade 29% av urvalet. Rekryteringsstrategi syftade nå kliniker som ansågs bäst lämpade. | Deltagare rapporterade hög följsamhet till riktlinjer vid hantering av cancersmärta varav 71% menade att "Palliative Care Therapeutic Guideline" var de riktlinjer som följdes mest frekvent. Barriärer för effektiv hantering av cancersmärta var: dålig tillgång till icke-farmakologiska åtgärder (89%), brist på samordning av vårdgivare (89%) och avståndets påverkan på tillgång till smärtrelaterade tjänster för patienter (86%). | Medelhög kvalitet. |