



Linneuniversitetet

Kalmar Växjö

Magisteruppsats

**Distriktssköterskors erfarenhet
av att bedöma smärta vid
palliativ vård i hemsjukvården**



Författare: Camilla Nilsson &
Maria Nordh

Handledare: Kristiina Heikkilä

Examinator: Ulla Peterson

Termin: HT18

Ämne: Magisteruppsats

Nivå: Avancerad

Kurskod: 4VÅ02E

Abstrakt

Bakgrund: Smärta är en subjektiv upplevelse och bör uppmärksammas av distriktssköterskorna. Palliativ hemsjukvård innebär att distriktssköterskor ger patienten en smärtfri och god livskvalitet i livets sista dagar i hemmet med familj och vänner närvarande. Smärta är ett vanligt förekommande symptom vid palliativ vård, därför är det viktigt att smärtbedömningen grundar sig på ett personcentrerat förhållningsätt och att distriktssköterskor gör en adekvat smärtbedömning.

Syfte: Syftet var att belysa distriktssköterskors erfarenheter i att bedöma smärta i ett sent skede vid palliativ vård i hemsjukvården med fokus på användning av smärtskattningsinstrument.

Metod: För att få fram distriktssköterskors erfarenheter användes en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor med en induktiv ansats. Studien resulterade i elva intervjuer. Bearbetningen av intervjuerna genomfördes via en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Studiens resultat visade att distriktssköterskorna upplevde att utbildning skapade trygghet i att bedöma smärta, men uppgav att de saknade engagemang från organisationen gällande fortbildning i smärtbedömning. I de fall patienten inte själv kunde verbalt uttrycka sin smärta bedömde distriktssköterskorna smärtan med sin kliniska blick. Distriktssköterskorna uppgav att när den kliniska blicken och smärtskattningsinstrument kombinerades fick patienten den mest optimala smärtbedömningen.

Slutsats: Samtliga distriktssköterskor i studien poängterar att den mest gynnsamma bedömningen av smärta tillhandahålls genom att smärtskattningsinstrument används i kombination med en erfaren klinisk blick. För att uppnå detta måste ledningen skapa riktlinjer så att smärtskattningsinstrument implementeras i det vardagliga arbetet för distriktssköterskorna.

Nyckelord: distriktssköterska, hemsjukvård, palliativ vård, smärta, smärtbedömning.

Abstract

Background: Pain is a subjective experience and should be attended by the district nurse. Palliative home care means that the district nurse gives the patient a pain free and good quality of life in the last days of life at home with family and friends present. Pain is a common symptom of palliative care, so it is important that the pain assessment is based on a person-centered approach and that the district nurse makes an adequate pain assessment.

Aim: The aim was to highlight the experience of the district nurse in assessing pain at a late stage in palliative care in home care, focusing on the use of pain assessment instruments.

Method: In order to obtain the district nurse's experience, a qualitative interview study was used with semi structured questions with an inductive approach. The study resulted in eleven interviews. The processing of the interviews was conducted through a qualitative content analysis.

Result: The results of the study showed that the district nurses felt that education provided confidence in assessing pain, but stated that they lacked commitment from the organization regarding continuing education in pain assessment. In cases where the patient could not express his pain verbally, the district nurses assessed the pain with their clinical eye. District nurses stated that when the clinical eye and pain assessment instrument was combined, the patient received the most optimal pain assessment.

Conclusion: All district nurses in the study emphasize that the most favorable assessment of pain is provided by using pain assessment instruments in combination with an experienced clinical eye. To achieve this, management has to establish guidelines so that pain assessment instruments are implemented in the everyday work of the district nurse.

Key words: district nurse, home care, palliative care, pain, pain assessment.

Tack!

Ett stort tack till alla medverkande sjuksköterskor och distriktssköterskor för att ni gjorde vår studie möjlig då vi fick låna er tid, kunskap och erfarenhet.

Vi vill även ge ett speciellt tack till vår handledare Kristiina Heikkilä för vägledning, positiv inställning och tålamod med oss genom hela processen.

Vi vill också tacka våra närmaste studiekamrater som ständigt i tid och otid snällt svarat på våra frågor, vi kommer att sakna er!

Ett sista tack till våra familjer för förståelse och stöd.

/ Camilla och Maria

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
2.1 Palliativ vård	1
2.2 Smärta	3
2.3 Smärtbedömning	4
2.4 Smärtskattningsinstrument	5
2.5 Kliniska blicken	7
2.6 Palliativ hemsjukvård	7
2.7 Distriktssköterskors arbete i palliativ vård	8
3 Teoretisk referensram	10
4 Problemformulering	11
5 Syfte	11
6 Metod	11
6.1 Design	11
6.2 Urval	12
6.3 Datainsamlingsmetod	12
6.4 Dataanalys	13
7 Forskningsetiska överväganden	15
8 Resultat	15
8.1 Använde smärtskattningsinstrument	16
8.1.1 Dokumenterade enligt smärtskattningsinstrument	16
8.1.2 Trygghet genom utbildning	17
8.2 Använde den kliniska blicken	18
8.2.1 Skriftliga beskrivningar i dokumentationen	18
8.2.2 Informationsinsamling som underlättar smärtbedömning	18
8.2.3 Saknade organisationens rutiner för användning av smärtskattningsinstrument	19
8.2.4 Smärtbedömer när patienten inte kan samverka	20
8.3 Kombinerade den kliniska blicken och smärtskattningsinstrument	20
9 Diskussion	21
9.1 Metoddiskussion	21
9.1.1 Design	22
9.1.2 Urval	22
9.1.3 Datainsamlingsmetod	23

9.1.4 Dataanalys	24
9.2 Resultatdiskussion	25
<i>Optimal smärtbedömning</i>	28
10 Kliniska implikationer	30
11 Förslag till vidare forskning	30
12 Slutsats	30
13 Referenser	32
14 Bilagor	I
14.1 Bilaga A	I
14.2 Bilaga B	III
14.3 Bilaga C	V
14.4 Bilaga D	VII

1 Inledning

När patienten övergår till palliativ vård är det viktigt att läkare och distriktssköterskorna för en dialog med patienten och anhöriga kring diagnos, livets sista dagar och därmed målsättningen med vården och den palliativa symtombehandlingen såsom smärta.

Studier visar att distriktssköterskorna ofta skattar smärta lägre än vad patienten gör, därför är det viktigt att smärtbedömningen görs ur ett helhetsperspektiv där patienten är i fokus. För att ge patienten en adekvat och personcentrerad smärtlindring bör smärtskattningsinstrument användas i det vardagliga arbetet hos distriktssköterskorna. Författarna till denna studie har i sitt arbete inom hemsjukvården uppmärksammat att smärtskattningsinstrument inte används som de avses. Ofta kommer distriktssköterskor i kontakt med smärta vid palliativ vård och känner till att det finns smärtskattningsinstrument, men dessa används inte i det vardagliga arbetet. Detta visar sig även i Svenska palliativregistret (2012) där statistiken visar att smärtskattningsinstrument inte används i den utsträckning som den ska för att nå målet med adekvat smärtlindring. Det kändes därför viktigt att belysa distriktssköterskors erfarenheter av smärtbedömning.

I Sverige arbetar både sjuksköterskor och distriktssköterskor med bedömning av patientens smärta i sent skede i palliativ vård. Många forskningsstudier refererar endast till sjuksköterskor, men författarna har valt att i studien benämna båda yrkeskategorierna distriktssköterskor för att få ett fortlöpande sammanhang i texten.

2 Bakgrund

2.1 Palliativ vård

Socialstyrelsen (2013) uppger att år 2010 behövde ungefär 80 % av de människor som avled vårdas enligt palliativ vård. Denna procent av avlidna per år har varit oförändrad de sista åren.

Strang (2012) har gjort en redogörelse för Världshälsoorganisationens definition av palliativ vård:

”Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förbygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann

analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem” (Strang, 2012, s. 30).

Socialstyrelsen (2017) menar att i det sena skedet i den palliativa vården finns flertalet förbättringsområden för att uppnå en jämlik och god vård. De förklarar att det har utarbetats flera målnivåer inom palliativ vård som bör uppnås vid vården i livets slut. Dessa målnivåer kan vara svåra att nå för hälso- och sjukvården, därför anser Socialstyrelsen att det kan vara lämpligt att de olika vårdaktörerna utformar egna delmål för att nå upp till målnivåerna.

Socialstyrelsens nationella målnivåer innebär att munhälsobedömning ska ha gjorts på minst 90 %, smärtskattning ska ha gjorts på 100 %, vidbehovs ordination mot smärta och ångest ha funnits på minst 98 % av de patienter som vårdas i livets sista dagar. De anser även att minst 90 % av de patienter som vårdas i livets slut ska inte avlida med trycksår och minst 98 % ska ha blivit erbjudna brytpunktssamtal.

Socialdepartementet (2001) beskriver att den palliativa vården ska ha sin grund på följande fyra hörnstenar. *Symptomkontroll*, som innefattar att lindra fysiska symtom såsom smärta men även psykiska och existentiella symtom som kan försämra livskvaliten i livets sista dagar. *Samarbete*, ett teamarbete mellan flera professioner som läkare, undersköterskor och distriktssköterskor som arbetar tillsammans för att ge patienten en god vård i livets slutskede. *Kommunikation och relation* som syftar till att ha en god kommunikation och relation mellan teamet, patienten och närstående. *Stöd till närstående*, närståendestöd är viktigt att erbjuda både under patientens sjukdom men även efter patienten avlidit.

Läkemedelsverket (2010) förklarar att palliativ vård kan delas in i två faser, tidig fas och sen fas. Tidig palliativ fas innebär en helhetsvård där syftet kan vara en livsförlängning, till exempel sviktbehandling vid hjärtsvikt, och skapa förutsättningar för god bibehållen eller ökad livskvalitet trots att det inte finns någon möjlighet att bota sjukdomen längre. Denna fas kan vara kortare eller pågå under en längre tid. Om patienten fortsätter att ha en god livskvalitet och får livsförlängande behandling kan denna fas pågå under flera månader och i vissa fall år. Läkemedelsverket (2010) skriver vidare att i den sena palliativa fasen som innebär den palliativa vård som ges i livets slutskede, syftar inte längre vården till livsförlängning utan fokuserar helt på bibehållen

eller ökad livskvalitet. I den sena fasen inriktas den palliativa vården helt på symtomlindring, till exempel smärtstillande läkemedelsbehandling eller antibiotikakur för infektion. I det absoluta terminala skedet, slutfasen på den palliativa vården, sätts all behandling ut som inte längre kan hjälpa patienten i livets sista dagar och ersätts med de läkemedel som ordinerades vid brytpunktssamtalet.

Beck-Friis och Strang (2005) skriver att palliativ vård strävar efter att ge god livskvalitet vid livets sista dagar för både patienten och de anhöriga. Vården i detta skede ska se till att både det psykiska, fysiska, existentiella/andliga och sociala behoven tillgodoses för patienten. Enligt Tveit-Sekse, Hunskaar och Ellingsen (2017) ska distriktssköterskor ha en holistisk människosyn och en individuellt anpassad palliativ vård där patienten upplever god livskvalitet och är smärtfri de sista dagarna i livet. Hughes (2012) beskriver att syftet med palliativ vård är att patienten själv ska vara delaktig inom ramen av vad dennes sjukdom tillåter för att uppnå så god livskvalitet som möjligt. För att uppnå detta menar Läkemedelsverket (2010) att ett brytpunktssamtal alltid ska erbjudas. Brytpunktssamtal innebär att patienten överförs i palliativ vård genom ett samtal mellan patient, läkare, distriktssköterska och patientens anhöriga. Där får patient och anhöriga information om hur livets sista dagar kan se ut, ordination av läkemedel mot smärta, oro/ångest, illamående och rosslig andning. Patient med anhöriga får möjligheten att få svar på sina frågor och berätta om de har några önskemål om vården de sista dagarna i livet.

2.2 Smärta

Fredenberg, Vinge och Karling (2015) uppger att smärta är enligt International Association for the study of Pain (IASP) en emotionell och obehaglig känsla som är kopplad till en psykisk eller fysisk skada hos människan.

Läkemedelsverket (2010) skriver i sin nya rekommendation att en viktig aspekt är att smärta är en subjektiv upplevelse. Uppger patienten att smärtan existerar ska distriktssköterskor bemöta och lyssna på patientens upplevda smärta. Sand och Strang (2013) skriver att smärta innefattar inte bara fysisk smärta utan även psykisk, social, existentiell och andlig smärta. Den psykiska smärtan kan innebära ångest, oro, depression och vrede hos patienten. Inom den palliativa vården och vid livets slut kan den sociala smärtan innebära att patienten mår dåligt av tanken att behöva skiljas från sina nära. Det kan också väckas existentiella och andliga frågor kring livets mening och

livet efter döden. Detta kan upplevas som en form av smärta. Läkemedelsverket (2010) beskriver att smärta är ett vanligt symtom för de patienter som vårdas i livets sista dagar, över 50 % av patienter som vårdas i palliativ vård upplever smärta. Hughes (2012) menar att det är därför viktigt att bedöma smärta snabbt för att få adekvat smärtlindring innan smärtan påverkar patientens livskvalitet negativt. Det är viktigt att distriktssköterskor förstår och kan hantera olika typer av smärta, för att i det sena palliativa skedet minska risken för smärta. Studien av Sandh och Boström (2012) visar att det finns allmänna riktlinjer för vårdpersonal gällande smärtskattning, men distriktssköterskor skattar inte smärtan i tid och då är smärtan redan ett problem för patienten.

2.3 Smärtbedömning

För att patienten i palliativ vård ska få god livskvalitet vid livets sista dagar menar Svenska palliativregistret (2012) att smärtlindring måste prioriteras. Johansson (2014) anser att det vanligaste symtomet vid palliativ vård är smärta. Därför är en av de viktigaste grunderna vid vården i detta skede symtomkontroll, vilket innebär lindring av symtom som exempelvis smärta. Enligt Läkemedelsverket (2010) bör distriktssköterskor vid palliativ vård alltid göra en smärtbedömning, eftersom patientens smärta är subjektiv och distriktssköterskor har svårt att smärtskatta enbart med den kliniska blicken. Det behövs smärtskattningsinstrument för att göra en adekvat smärtskattning. Smärtbedömningen ska innefatta frågor om patienten har smärta vid rörelse eller vila, när på dygnet smärtan uppkommer, vilka utlösande faktorer som finns, var det gör ont och ta reda på den bakomliggande orsaken till smärtan. En förutsättning för en bra smärtbedömning och smärtlindring är att respektera patientens subjektiva upplevelse av smärta och att distriktssköterskorna skapar en lugn och förtroendegivande relation med patienten och anhöriga. Som komplement till smärtbedömningen kan distriktssköterskorna använda skattningsinstrument, som skattar patientens upplevda smärta. Eftersom distriktssköterskorna inte kan se på patienten om den har ont är det av största vikt att patientens upplevda smärta respekteras. Den vanligaste anledningen till att patienten inte är smärtfri är att distriktssköterskorna skattar smärtan lägre än vad patienten upplever. Detta framkommer även i Brorson et al. (2012) studie där de skriver att patienter som är kognitivt nedsatta ofta smärtskattas lägre än de patienter som är kognitivt intakta och att distriktssköterskorna har en viktig roll för att urskilja, bedöma och lindra smärtan.

Läkemedelsverket (2010) beskriver att patienten riskerar att inte få adekvat smärtlindring på grund av att distriktssköterskorna försöker bedöma smärtan enbart utifrån sin kliniska blick, men genom smärtskattningsinstrument får distriktssköterskorna och patienten ett gemensamt språk. Detta bekräftas i studien av Unné och Rosengren (2014) där de beskriver att siffror från validerade smärtskattningsinstrument ger en tydligare bild av smärtan än vad enbart patientens verbala uttryck ger. Även Elovsson och Boström (2011) skriver att det är av största vikt att tolka de ickeverbala uttrycken för att kunna göra en smärtbedömning. För att göra en patientanpassad smärtbedömning uppger distriktssköterskorna i Brorson, Plymoth, Örmon och Bolmsjös (2012) studie att patientens anhöriga är en tillgång för att få vetskap om patientens livshistoria. Distriktssköterskorna ansåg att om de fick inblick i patientens livshistoria ökade förståelsen och tolkningen av patientens uttryck och signaler av smärta blev lättare.

McGuire, Snow-Kaiser, Haisfield-Wolfe och Iyamu (2016) beskriver att patienter i palliativ vård löper en större risk för att inte vara tillräckligt smärtlindrade om patienten inte kan uttrycka sig själv verbalt. Det är därför viktigt att distriktssköterskor använder ett patientanpassat smärtskattningsinstrument. Patienter i palliativ vård vid livets sista dagar bör enligt Svenska palliativregistret (2017) vara 100 % smärtskattade av någon typ av validerat smärtskattningsinstrument. Detta instämmer även distriktssköterskorna i Brorson et al. (2012) studie där samtliga distriktssköterskor anser att allt lidande ska minskas i den palliativa vården. För att lidandet ska bli mindre bör distriktssköterskor enligt Kristoffersen (1998) använda smärtskattningsinstrument som ett komplement till sin kompetens och observationsförmåga i omvårdnadsarbetet.

2.4 Smärtskattningsinstrument

Läkemedelsverket (2010) beskriver att ett exempel på smärtskattningsinstrument är VAS (Visuella Analoga Skalan) som är en 100 mm lång mätsticka med en elvagrädig NRS-skala (Numeric Rating Scale) som patienten kan peka på, eller dra en markör över eller markera ett streck på och genom detta skatta upplevelsen av smärta. VAS anger på vänster sida av mätstickan "ingen smärta" (=0) och på höger sida anges "värsta tänkbara smärta" (= 10). Enligt Svenska palliativregistret, (2012) ska patienten kunna medverka aktivt för att kunna skatta smärta enligt VAS-skalan. Om patienten inte kan medverka aktivt och uttrycka sig som till exempel vid demens eller i terminalt skede, kan några lätta frågor hjälpa patienten att skatta och berätta om sin smärtupplevelse.

Vårdhandboken (2018) beskriver att även om olika beteendeskolor är till stor hjälp för att upptäcka smärta hos patienter som är kognitivt nedsatta är det även viktigt att tänka på att fysiologiska mätvärden som till exempel andningsfrekvens, puls och blodtryck är till hjälp när det handlar om att försöka tolka om patienten är i behov av smärtlindring. Vid dessa tillfällen kan exempelvis beteendeskolor som Abbey Pain Scale användas så distriktssköterskorna kan skatta smärtan på ett mer anpassat sätt. I denna skattningsskala görs smärtskattningen genom sex frågor som tittar på patientens ansiktsuttryck, kroppsliga uttryck och beteendemönster. Frågorna bedöms av distriktssköterskor genom fyra olika svar. Svaren ger en poäng från 0–3 poäng som sedan räknas ihop. Om poängen som räknas ihop blir 1–2, anses patienten inte ha någon smärta. Om totalpoängen blir högre bedöms smärta som mild, medelsvår eller svår.

Ett annat smärtskattningsinstrument som har tagits fram för att skatta smärta hos patienter som inte kan medverka aktivt är Doloplus-2. Detta smärtskattningsinstrument innefattar tio frågor med tre underkategorier som innehåller somatiska, psykomotoriska och psykosociala frågor. Alla svaren får en siffra mellan 0 och 3, poängen på alla frågor läggs ihop och den totala poängen blir mellan 0 och 30. Om den sammanlagda poängen blir lika med eller mer än fem, anses patienten ha smärta. Elovsson och Boström (2011) bekräftar i sin studie att det är viktigt med en adekvat smärtskattning och smärtlindring ska finnas oberoende var patienten vistas, som till exempel i sitt hem eller på en vårdavdelning.

Svenska palliativregistret (2012) är ett kvalitetsregister som används inom vården i hela Sverige. I detta kvalitetsregister förs ett register över hur vården varit för en patient i livets sista dagar. Syftet med registret är göra vården bättre för alla patienter som vårdas vid livets slut oberoende av vilken diagnos som patienten har eller vilken sjuksköterska som ger vården. När patienten avlidit lämnar den ansvariga sjuksköterskan in svar på en enkät som innehåller 30 frågor. Enkäten innefattar frågor som handlar om hur vården varit den sista veckan i patientens liv. Ett exempel på fråga är om patienten har haft besvär av smärta och om sjuksköterskan har använt sig av smärtskattningsinstrument. Resultatet används som underlag för att värdera vilken kvalitet vården har och inom vilka områden den palliativa vården behöver förbättras. Enligt Svenska Palliativregistret (2012) finns det dock vissa risker och problem med smärtskattningsinstrument, eftersom vissa frågor i skattningsinstrumenten inte alltid är relevanta för just den patientens symtom. Det kan vara svårt för den som använder smärtskattningsinstrumentet att indela patienten i rätt grupp på skalan för att få en adekvat smärtbedömning. Detta på

grund av att vissa val på skalan görs via en subjektiv bedömning av den som skattar. Denna subjektivitet är extra viktigt att tänka på när skattningarna görs av olika utförare. Även McGuire et al. (2016) tar upp vikten av att välja rätt smärtskattningsinstrument för att ge patienten den bästa smärtbedömningen, då det finns en mängd olika smärtskattningsinstrument, både för icke-kommunikativa och kommunikativa patienter. De menar att för att få rätt instrument till rätt smärta krävs det stor kunskap hos all inblandad vårdpersonal. De anser även att smärtskattningsinstruments begränsningar ska beaktas. De menar att ett instrument som ska mäta fysiologiska variabler ska ifrågasättas, då smärta är en subjektiv upplevelse och det finns sjukdomstillstånd som kan dämpa patientens beteendesvar såsom patienter med hjärnskada eller andra neurologiska funktionsnedsättningar.

2.5 Kliniska blicken

Kristoffersen (1998) skriver att Florence Nightingale redan på 1800-talet talade om att distriktssköterskornas observationsförmåga är en viktig aspekt vid vården av sjuka. Distriktssköterskor bör observera patienten och använda alla sina sinnen i sitt omvårdnadsarbete. De viktigaste sinnen som distriktssköterskor använder sig av är hörsel, syn, lukt och beröring för sin observation. Detta kallas den kliniska blicken och kan vara ett komplement till den vanliga smärtbedömningen. Brorson et al. (2012) beskriver att distriktssköterskor uppger att det är svårt att bedöma smärta hos patienter som är kognitivt nedsatta eftersom de inte kan uttala sin smärta verbalt. Patienterna visar istället sin smärta genom rastlöshet, ropande, aggressivt beteende och förändringar i sitt ansiktsuttryck. Distriktssköterskorna i studien upplevde att längre erfarenhet gjorde att de kunde se och förstå patientens individuella uttryck för smärta, de använde den kliniska blicken. Elovsson och Boström (2011) uppger att det är lättare att göra en smärtskattning om patienten är verbal samtidigt som det framkommer att det är svårare att bedöma smärta på de patienter som är kognitivt nedsatta. Därför är det viktigt att distriktssköterskor läser av patientens kroppsspråk.

2.6 Palliativ hemsjukvård

Beck-Friis och Strang (2005) skriver att avancerad hemsjukvård med palliativ vård blir alltmer vanligt, för att utvecklingen i den medicinska teknologin gör detta möjligt.

Hemsjukvård innebär att patienten har en önskan om att få vårdas och dö i sitt hem med närhet och stöd från familj och vänner. En förutsättning för att hemsjukvård ska kunna bedrivas är att vårdorganisationen kan tillhandahålla kompetent vård, medicinska insatser, läkarkontakt dygnet runt alla dagar i veckan. Patienten ska också få tillgång till hjälpmedel för att underlätta i vardagen. Palliativ vård ställer stora krav på baspersonalen eftersom de möter patienter som kan leva i en livskris, med social, andlig och existentiell smärta men också en fysisk smärtproblematik. Palliativ hemsjukvård kan vara ett svårt arbete för distriktssköterskorna, för att kunna ge en så optimal vård som möjligt i hemmet bildas ett team kring patienten som består av baspersonal, distriktssköterska, läkare, dietist och rehabiliteringspersonal. Teamet bör få handledning och utbildning för att kunna hålla en hög standard på den palliativa hemsjukvården. Benkel, Molander & Wijk (2016) anser att distriktssköterskors roll är att erbjuda stöd och råd även till anhöriga när patienten i hemsjukvården går över i palliativ vård. Detta kan distriktssköterskorna göra genom att etablera en kontakt med kurator, präst och diakon/diakonissa.

2.7 Distriktssköterskors arbete i palliativ vård

Benkel et al. (2016) menar att distriktssköterskor ansvarar för avancerade omvårdnadsbeslut och bedömningar i samband med den palliativa vården och kräver därmed stor kompetens hos distriktssköterskor. Elovsson och Boström (2011) beskriver att en erfaren distriktssköterska söker olika sätt att smärtlindra och vågar avvakta läkemedelsbehandling för att prova omvårdnadsinsatser i första hand om smärtan inte är för intensiv. En oerfaren distriktssköterska vågar inte avvakta och prova andra omvårdnadsinsatser, utan använder sig enbart av smärtlindrande läkemedel. För att patienten ska kunna få en god smärtlindring och utvärdering av smärtbehandlingen krävs en kontinuitet i personalomsättningen gällande distriktssköterskor. En kontinuitet ger en ökad trygghet hos patienten och distriktssköterskorna kan lättare se om patienten ger uttryck för smärta.

Beck-Friis och Strang (2005) anser att distriktssköterskor ska ha kunskap om palliativ vård för att kunna agera och tillgodose önskemål och förväntningar från patienten och anhöriga. Patienter i palliativ vård kan befinna sig i en livskris, ha existentiella frågor men också fysiska symtom som är besvärliga att hantera. Distriktssköterskorna har då en stor betydelse för att hjälpa patienten att finna en balans i livet, erbjuda avancerad

symtomlindring och ha en kunskap i vägledning kring de existentiella frågorna. Distriktssköterskors roll ska vara relationsskapande då de ska bygga upp en tillitsfull och pålitlig relation med patienten. En annan funktion är att distriktssköterskor ska stödja patienten genom att vara närvarande, ge råd utifrån sin erfarenhet som kan underlätta för patienten och uppmuntra patienten att ta tillvara på glädjeämnen och livets tillgångar. En del av distriktssköterskornas arbete är att vara både verbal och icke-verbal, med det menas att distriktssköterskorna ska känna efter vid samtalet när det är lämpligt att prata eller vara tyst. Beck-Friis och Strang (2005) förklarar vidare att distriktssköterskor är som en ”spindel i nätet”, koordinerande och gör bedömning av eventuella problem och vilka insatser som patienten behöver för att ha god livskvalité. Detta tar även Brorson et al. (2012) upp i sin studie då de beskriver att distriktssköterskor koordinerar teamet runt patienten vid palliativ vård. Studien visar att det var viktigt att teamets olika professioner uppmärksammade varandra och kommunicerade för att i slutändan ge patienten en helhetsvård.

Elovsson och Boström (2011) skriver att utgångspunkten för att få en god smärtlindring är att distriktssköterskor har ett bra samarbete med olika yrkesprofessioner inom den egna organisationen. De påvisar även vikten av en god relation mellan läkare och distriktssköterska, där de sågs som en tillgång för läkaren i bedömningarna under den palliativa vården. Enligt Benkel et al. (2016) leder denna typ av vård fram till att patienten får en god personcentrerad vård där patienten är i centrum.

Benkel et al. (2016) förklarar att distriktssköterskor bör ge en personcentrerad vård. Vilket innebär att distriktssköterskor bemöter patienten med ett förhållningsätt där patienten är experten på sin vardag och erfarenhet. Distriktssköterskor bör bemöta patienten som behöver vård, som en jämställd människa och samarbetspartner. Om patienten blir bemött på detta sätt har distriktssköterskorna lättare identifiera patientens behov. LäkeMedelsverket (2010) skriver att om patienten är delaktig i sin vård är det lättare att göra en smärtbedömning. Då smärtan är en subjektiv upplevelse för patienten är det patienten som är expert på sin smärta. Benkel et al. (2016) beskriver att mötet och relationen mellan patient och distriktssköterska är det som kännetecknar ett personcentrerat förhållningsätt. I ett personcentrerat förhållningsätt inom vården är patienten delaktig i vården för att patienten tillsammans med distriktssköterskorna ska komma fram till hur vården ska utföras. Om patienten är delaktig i vården och till

exempel ställer frågan om patienten undrar över något gällande den palliativa vården, kan distriktssköterskorna få reda på om det finns några rädslor hos patienten och på så sätt även kunna berätta vilka möjligheter det finns för lindring, som till exempel smärtlindring vid palliativ vård.

3 Teoretisk referensram

Författarna till denna studie har valt att använda omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbees modell som teoretisk referensram. Travelbees (1971) omvårdnadsteori har sitt ursprung i ett existentialistiskt och humanistiskt synsätt. Omvårdnadsteorin är en interaktionsteori som lägger grunden för omvårdnaden i samspelet mellan patient och distriktssköterska och vilka följer detta får för patientens vård. Vid en interaktionsteori är människans upplevelser och uppfattningar grunden till människans beteende och reaktioner i en livshändelse.

Enligt Travelbee är det viktigt att en relation skapas mellan patient och distriktssköterska för att kunna se varandra som unika individer. När en relation byggs upp ökar distriktssköterskornas förståelse och empati för patientens beteende och upplevelser av exempelvis sorg och lidande. Genom förståelse och empati ökar distriktssköterskornas omtanke och engagemang för patienten. Distriktssköterskornas omvårdnad bör undersöka patientens upplevelser och uppfattningar, ha en öppen kommunikation, försöka förstå patientens liv och i samspelet med patienten skapa en god relation. Kommunikationen i Travelbees interaktionsteori är en stor del, då patienten i kommunikationen och samtalet med distriktssköterskor kan uttala sina behov, tankar och känslor. Travelbee menar att en god relation mellan patienten och distriktssköterskorna minskar risken för lidande och smärta då distriktssköterskorna får förståelse för patientens livsvärld. Travelbee anser även att lidande, sjukdom och smärta är något alla människor någon gång kommer att uppleva i sitt liv. Lidandet är personligt och subjektivt och därför bör distriktssköterskorna vid varje omvårdnadstillfälle göra en individuell bedömning. Målet med distriktssköterskornas omvårdnad är att få patienten att känna hopp och mening i sin upplevda situation. Genom att uppmuntra hoppet kan distriktssköterskorna hjälpa patienten lindra lidande. Travelbee menar att människan känner mening med livet och det blir värt att leva när människan upplever sig behövd (Travelbee, 1971). Travelbees teori kan användas som stöd vid smärtbedömning då hon

beskriver att varje människa är unik och dennes upplevelse av smärta är individuell och det är distriktssköterskornas roll att bemöta patientens upplevelse.

4 Problemformulering

Palliativ vård som bedrivs i hemmet blir alltmer vanligt förekommande och mer avancerad. Därmed ställs det högre krav på distriktssköterskornas kompetens, förmåga att fatta viktiga beslut och göra bedömningar. Smärta är ett stort problem vid palliativ vård som bedrivs i hemmet. Studier visar att patienter i palliativ vård ofta skattar sin smärta högre än sjuksköterskan. Detta beror troligen på att distriktssköterskorna i första hand använder sin kliniska blick och ser då inte patientens hela upplevelse av smärtan. Använder distriktssköterskor smärtskattningsinstrument minskar risken att skatta smärta fel och patienten får en bättre smärtbehandling. Distriktssköterskorna har idag tillgång till smärtskattningsinstrument, men dessa är oftast inte implementerade i det vardagliga arbetet ute i verksamheten och detta kan bli ett problem för patienten om den inte får adekvat smärtlindring vid palliativ vård. På grund av detta önskar författarna att få en ökad kunskap om hur distriktssköterskorna upplever smärtbedömning av patienter i sent palliativt skede.

5 Syfte

Syftet är att belysa distriktssköterskornas erfarenheter i att bedöma smärta i ett sent skede vid palliativ vård i hemsjukvården med fokus på användning av smärtskattningsinstrument.

6 Metod

6.1 Design

För att svara på syftet med denna studie valde författarna att göra en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor med en induktiv ansats. En kvalitativ metod innebär att utforska människors upplevda erfarenheter. Metoden valdes för att få en studie som beskriver distriktssköterskors erfarenheter att bedöma smärta hos patienter i sent skede vid palliativ vård i hemsjukvården (Henricson & Billhult, 2017). En intervjuguide (Bilaga A) användes, som även innehöll stödfrågor för att hjälpa

deltagaren att förmedla sina erfarenheter i valt ämne (Polit & Beck, 2016).

Bearbetningen av data genomfördes via en kvalitativ innehållsanalys.

6.2 Urval

Urvalet till studiens intervjuer bör göras efter lämplighet med deltagare som är relevanta till syftet (Polit & Beck, 2016). Studiens inklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor och distriktssköterskor, både kvinnor och män, som arbetat minst ett år inom hemsjukvård och hade erfarenhet av palliativ vård. Studiens exklusionskriterie var författarnas kollegor som arbetade i samma team i organisationen. Elva deltagare anmälde sitt intresse till att delta i studien, varav sju var sjuksköterskor och fyra var distriktssköterskor. Alla deltagare var kvinnor och deras ålder varierade mellan 24-66 år, medianvärde var 43 år. Deltagarnas arbetserfarenhet växlade mellan 1-17 år i hemsjukvården, medelvärde 8 år. Enligt Kristensson (2014) medför ett bekvämlighetsurval att författarna till en studie utser lätt åtkomliga deltagare. Vi valde att intervjua sjuksköterskor och distriktssköterskor inom hemsjukvården som arbetar i samma mindre kommun i sydöstra Sverige som författarna själva arbetar i. Detta både på grund av närheten till deltagarna, men även för att få nytta av studiens resultat i författarnas egen organisation. Vidare i studien kommer deltagarna benämnas som distriktssköterskor.

6.3 Datainsamlingsmetod

Författarna tog kontakt via brev med ansvarig verksamhetschef för kommunal hälso-och sjukvård för att få samtycke till att utföra studien i verksamheten (Bilaga B). Efter godkännande från verksamhetschef skickades ett informationsbrev via mail till aktuell intervjugrupp som uppfyllde inklusionskriterierna (Bilaga C). Informationsmailet innehöll tydlig information om studiens bakgrund, metod och syfte. Informationen förklarade vilka eventuella risker som deltagaren kunde ställas inför. Brevet förklarade vilka fördelar deltagaren får av studien och hur datamaterialet hanteras, som till exempel konfidentialitet. Deltagaren fick även information om att deltagandet var frivilligt och att de fick avsluta medverkan i studien utan vidare förklaring samt att de efter studiens avslut ska få återkoppling på resultatet.

Inför intervjuerna gjordes en intervjuguide. Frågorna i guiden delgavs inte till deltagarna förrän vid intervjutillfället. Under veckorna 35-36 hösten 2018 utfördes intervjuerna. Sedan genomfördes en pilotintervju för att se att intervjufrågorna svarade på studiens syfte, för att testa den tekniska utrustningen och komma in i rollen som intervjuare, men även för att bedöma om den avsatta tiden för intervjun var rimlig. Efter att pilotintervjun var gjord justerades intervjufrågorna till mer öppna frågor, då det upptäcktes att frågorna inte svarade helt på syftet. Vid samtliga intervjuer var båda författarna närvarande och använde sig av en intervjuguide (Bilaga A) med semistrukturerade frågor och stödfrågor för att få deltagaren att utveckla sina svar och på så sätt få en fördjupande intervju. Innan intervjun påbörjades skrev deltagaren på ett samtyckesformulär (Bilaga C). Intervjuerna tog cirka 25-45 minuter per tillfälle. Vid intervjutillfällena använde författarna diktafon och mobiltelefon för att spela in samtalen. Polit och Beck (2016) anser att intervjuerna bör ske i ett avskilt rum på deltagarens arbetsplats för att deltagaren ska känna sig lugn inför intervjun. Författarna anpassade sig efter deltagarnas önskemål av tid och rum för intervjun. Vilket innebar att samtliga intervjuer genomfördes under arbetstid på deltagarnas respektive arbetsplats i avskilt ostört rum.

6.4 Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna. Innehållsanalysen bygger på olika termer som analysenhet, domän, meningsenhet, kod, kategorier och teman (Graneheim och Lundman, 2004). Under samtliga steg i analysprocessen har författarna arbetat tillsammans. Det insamlade materialet avidentifierades och transkriberades, vilket innebar att intervjuerna ordagrant skrevs ner i Word dokument i nummerordning. Författarna lyssnade igenom allt inspelat material igen, justerade felaktigheter och gjorde tillägg om något saknades i transkriberingen. Frågorna som användes i intervjuerna markerades med fet stil för att tydliggöra frågorna vid bearbetningen. När transkriberingen var klar utarbetas meningsbärande enheter vilket innebar att utmärkande text plockades ut ur materialet som insamlats vid intervjuerna och som hade betydelse för att svara på syftet. De meningsbärande enheterna kortades ner (kondenseras) till betydelsefulla meningar och de låg sedan till grund för kodningen. Kodningen gjordes genom att enstaka ord angavs för att förklara den meningsbärande kondenserade texten. Därefter jämfördes alla koder och grupperade de koderna som

hade samma mening och innehåll. När grupperingen av koderna var klara tydliggjordes underkategorier som författarna sedan bearbetade till kategorier (Danielsson, 2017a). Exempel på analys visas i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel från analysen.

Menings-enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategori	Kategori
Jag tittar, lyssnar och känner på patienten... kollar ansiktsuttryck, grimaser är patienten kall på huden eller blåmarmorerad.	Tittar på patientens kroppsliga uttryck	Bedömer smärta utifrån observationer.	Smärtbedömning när patienten inte kan samverka	Använde den kliniska blicken
..i patientens journal. Där skriver jag nog allting ...upplevs ha smärta och sen hur många poäng på vilken skala jag har använt	Dokumenterar i patientens journal vilket poäng smärtskattningen gav vid bedömning.	Dokumenterar patientens smärtskattning.	Dokumenterade enligt smärtskattningsinstrument	Använde smärtskattningsinstrument
Iakttagelser, du bedömer ändå på samma sätt fast du kan inte skriva ner...du har inga siffror att skriva ner efter din VAS eller nånting sånt	Observerar patientens kroppsspråk och tänker smärtskattningsinstrumentets olika steg.	Observerar patientens kroppsspråk för smärtanamnes.	Kombinerade den kliniska blicken och smärtskattningsinstrument	Använder den kliniska blicken och smärtskattningsinstrument

7 Forskningsetiska överväganden

För att göra ett forskningsprojekt krävs alltid övervägande av de forskningsetiska principerna. Vetenskapsrådet har beskrivit fyra etikkraV som innefattar: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Patel & Davidsson, 2011). Författarna har via informationsbrev som gick ut till deltagarna vid förfrågan om medverkan i studien och innan intervjun påbörjades informerades deltagarna om studiens syfte. Deltagarna fick även information om att deltagandet var frivilligt och att deltagarna kunde avbryta utan motivering. Deltagarna har även fått information om att deltagarnas uppgifter behandlas konfidentiellt, att allt insamlat material enbart kommer att användas i forskningssyfte och att intervjumaterialet förstörs efter studiens avslut. Det finns alltid en risk att medverka i studier, men det bör inte vara en stor risk i att medverka i denna studie, då studien handlar om att belysa distriktssköterskornas erfarenhet. Risken bör även vara minimal då intervjumaterialet behandlas konfidentiellt genom att allt insamlat material avidentifieras och förvaras otillgängligt för utomstående och vid avslutad studie kommer allt material förstöras. Studien bedöms istället vara till nytta för deltagarna då de genom medverkan förhoppningsvis kommer att börja reflektera över hur de smärtbedömer patienten i sent skede i palliativ vård. Författarna till studien har genomfört en etisk egen granskning via Etikkommitté Sydost och enligt denna granskning behövs ingen ytterligare etisk bedömning (Bilaga D). I och med ovanstående information till deltagarna har författarna uppfyllt de fyra etikkraVerna.

8 Resultat

Analysen av allt insamlat material till resultatet gav tre tydliga kategorier med sex underkategorier (tabell 2). Resultatet redovisas i rubriker och underrubriker som stämmer med analysens kategorier och underkategorier. För att styrka resultatet används kodade citat från deltagarna i studien.

Tabell 2. Underkategorier och kategorier

Underkategori	Kategori
* Dokumenterade enligt smärtskattningsinstrument. * Trygghet genom utbildning.	Använde smärtskattningsinstrument
* Skriftliga beskrivningar i dokumentationen. * Informationsinsamling som underlättar smärtbedömning * Saknade organisationens rutiner för användandet av smärtskattningsinstrument. * Smärtbedömning när patienten inte kunde samverka.	Använde den kliniska blicken
	Kombinerade den kliniska blicken och smärtskattningsinstrument

8.1 Använde smärtskattningsinstrument

8.1.1 Dokumenterade enligt smärtskattningsinstrument

Alla distriktssköterskor som använde smärtskattningsinstrument dokumenterade i patientens journal vilket smärtskattningsinstrument som hade använts och vilket värde som skattningen gav. Smärtskattningen gav distriktssköterskorna ett utgångsläge för uppföljning av smärtan och ett värde att jämföra med vid nästa smärtskattning.

Distriktssköterskorna upplevde att när smärtskattningsinstrument användes gav det en ökad trovärdighet i bedömnigen.

”Där jag använder då skalan så dokumenterar jag ju: Patienten verkar smärtpåverkad, Abbey Pain Scale 8 poäng, ger smärtlindring.” (5)

”... poängen skriver jag ju in i journalen. Å så kan dom vid nästa smärtskattning eller vid nästa gång man är där se.. Har det blivit mera? Har det blivit mindre?”(12)

Distriktssköterskorna uppgav att smärtskattningsinstrumenten ibland kunde användas tillsammans med baspersonal för att bedöma patientens smärta. Detta upplevdes positivt för både distriktssköterskorna och baspersonal, då det gav en grund att börja smärtbedömningen på. Med hjälp av baspersonalens information efter smärtlindringen kunde distriktssköterskorna lättare göra en utvärdering.

Ett litet antal distriktssköterskor uppgav att smärtskattningen inte dokumenterades om skattningsinstrumentet inte påvisade någon smärta hos patienten.

8.1.2 Trygghet genom utbildning

Flertalet distriktssköterskor uttalade att de ansåg sig ha tillräckligt med utbildning för att klara av att göra en smärtbedömning, men de önskade mer utbildning för att kunna känna sig trygga i hur de använde smärtskattningsinstrumenten och för att kunna göra en tillförlitlig smärtskattning. Ett mindre antal distriktssköterskor uppgav dock att fanns det en tidigare erfarenhet fanns en känsla av trygghet, trots att arbetsplatsen inte längre gav utrymme för fortbildning inom området.

”... jag känner mig inte otrygg och det beror väl på min långa erfarenhet, men jag känner mig inte alltid uppdaterad idag på det sättet som jag gjorde på den tiden då jag var palliativt ombud.” (8)

Kontinuerlig fortbildning i smärtbedömning ansågs vara positivt och skapade trygghet genom att distriktssköterskorna blev mer uppmärksamma i bemötandet och på patientens smärta. Frånvaron av fortbildning inom området gjorde att distriktssköterskorna kände att de var tvungna att söka information på egen tid. De kände en rädsla att missbedöma patientens smärta, då de upplevde att det var svårt att få smärtskattningen helt korrekt. Smärtskattningsinstrumenten upplevdes ibland svårtolkade och i och med det svåra att använda i mötet med patienten.

De distriktssköterskor som hade vidareutbildning i palliativ vård och smärta upplevde att det var positivt, då de efter utbildningen kände sig mer uppdaterade och de upplevde att deras smärtbedömningar med smärtskattningsinstrument ökade efter utbildningen.

”Jag sätter nog ett värde på det mer nu, för att kunna se skillnaden mellan innan och efter. Annars hade jag nog bara tänkt... aah men hon har ont eller han har ont och sedan har jag inte tänkt på vilken skala...” (6)

Resultatet visade att smärtskattningen blev mer professionell och objektiv när smärtskattningsinstrument användes. Smärtskattningen blev mer konkret och gjorde det lättare att bedöma om smärtlindringen hade haft effekt.

8.2 Använde den kliniska blicken

8.2.1 Skriftliga beskrivningar i dokumentationen

När distriktssköterskorna inte använde smärtskattningsinstrument, observerades och dokumenterades patientens kroppsliga uttryck, till exempel grimaser och orolig motorik. I de fall patienten själv kunde uttrycka sin upplevelse av smärta verbalt, dokumenterades patientens egna ord om smärtan såsom intensitet och lokalisation.

”... skriver att patienten undandrar sig beröring eller patienten upplevs gny när personalen vänder eller har bekymmersrynka i ansiktet som tyder på att patienten har smärta.” (4)

8.2.2 Informationsinsamling som underlättar smärtbedömning

Det framkom att distriktssköterskorna upplevde att en lång erfarenhet i yrket gav dem en trygghet i deras smärtbedömning. Erfarenheten underlättade informationsinsamlingen om patientens smärta. De distriktssköterskor som hade lång arbetslivserfarenhet bedömde smärtan oftast genom att enbart använda den kliniska blicken gentemot de som inte hade så lång erfarenhet. De oerfarna distriktssköterskorna uppgav att de upplevde smärtbedömningen som en svår uppgift i sent palliativt skede. Flertalet distriktssköterskor uppgav att baspersonal kontaktade dem, för att meddela när de upplevde att patienten hade smärta. Utifrån baspersonalens information åkte distriktssköterskorna till patienten och gjorde en smärtbedömning. De gjorde smärtbedömning utifrån baspersonal och anhörigas upplevelse av hur patienten hade uttryckt sin smärta i omvårdnadssituationer, såsom grimaser, ljud och motorisk oro.

”På vakets eller anhörigas ord istället, så att dom har blivit som... ett instrument.” (11)

Distriktssköterskorna upplevde att en kontinuerlig kontakt med patienten var viktigt för att hålla sig uppdaterad om patientens smärttillstånd. De menade att de inte enbart kunde lita på baspersonalens uppmärksamhet, för då fanns en risk att patientens smärta inte observerades i tid.

”Sen hoppas jag att jag har min hemtjänstgrupp som larmar. Jag kan inte helt förlita mig på det, men jag hoppas att det är så.” (8)

Resultatet visade att smärtskattningsinstrumentet kunde vara svårt att ta fram i patientens hem om det fanns anhöriga närvarande som inte var insatta i själva smärtskattningsmomentet. Det kunde upplevas som att anhöriga tyckte att instrumentet var irrelevant.

En tidigare vårdrelation med patienten underlättade smärtbedömningen då det gav distriktssköterskorna en bakgrund till smärtan och smärtlindringen vilket upplevdes göra patientens smärtbedömning enklare. Det var också lättare att bedöma patientens kroppsspråk vid smärta när det fanns en tidigare vårdrelation.

”Nämen en patient som jag kanske har känt både ett och två år ibland, den känner jag ju igen mimiken på jag känner ju igen gester och rörelser. Man har ju en väldigt tydlig bild av hur den patienten brukar te sig vid smärttillstånd.” (8)

Det beskrevs att det hade varit lättare att göra en smärtbedömning i hemmet om distriktssköterskorna hade haft kännedom om patientens tidigare smärtproblematik och tidigare smärtskattning från alla vårdaktörer i patientens hela vårdkedja.

8.2.3 Saknade organisationens rutiner för användning av smärtskattningsinstrument

Distriktssköterskorna uppgav att ledningens intresse för användandet av smärtskattningsinstrument var nästintill obefintlig. Information från ledningen angående smärtskattning hade med tiden försvunnit från dagordningen vid distriktssköterskornas gemensamma möten. Nyanställda distriktssköterskor hade inte fått någon information alls om smärtskattningsinstrumenten och kände inte att det fanns några krav från ledningsnivå att använda dem, endast en tyst överenskommelse om att de skulle användas. Distriktssköterskor som varit anställda en längre tid reflekterade över att tidigare var ledningens intresse större.

”... men jag tror aldrig att chefen har sagt rakt ut att vi måste använda utan det är nog bara underförstått.” (7)

Distriktssköterskorna ansåg att ledningen ska ha ett ökat intresse och engagemang för smärtskattningsinstrument ute i verksamheterna. Det påpekades att det var viktigt att regelbundet prata och reflektera kring användandet av smärtskattningsinstrument för att kunna få användandet implementerat i det vardagliga arbetet. De önskade att ledningen skulle skapa rutiner och riktlinjer för användandet av smärtskattningsinstrument i deras dagliga arbete.

”... kanske är det något som måste läggas in i våra rutiner, att det kommer från typ MAS, att när vi misstänker smärta så ska det alltid skattas med instrument.” (2)

8.2.4 Smärtbedömer när patienten inte kan samverka

Smärtbedömning i sent palliativt skede påbörjades av distriktssköterskorna när patienten själv inte längre kunde uttrycka sin smärta verbalt och ta sina tabletter per os. De var extra uppmärksamma om patienten hade haft en tidigare smärtproblematik som hade behandlats med tabletter.

”Ja men det är väl just kanske när de inte kan prata för sig längre, när de kommit så långt att de bara är i ett sovande stadie så man får gå utefter kroppsspråk och mimik.” (12)

Distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att ta sig tid, sitta ner, bedöma smärtan via kroppsspråket och göra en grundlig smärtanamnes även om patienten inte kunde samverka.

8.3 Kombinerade den kliniska blicken och smärtskattningsinstrument

Flertalet distriktssköterskor uppgav att smärtbedömning i det sena palliativa skedet gjordes genom en kombination av att de till viss del använde smärtskattningsinstrument men också den kliniska blicken. Distriktssköterskorna förklarade att i de flesta fall när smärta bedömdes hemma hos patienten togs inte smärtskattningsinstrumentet fram rent fysiskt, utan de tänkte instrumentets olika steg av skalan, för att sedan vid dokumentationen läsa av instrumentet och sätta ett värde på bedömningen. Ett fåtal

distriktssköterskor tog fram smärtskattningsinstrumentet hos patienten och gjorde en smärtskattning med instrumentet på plats.

”... jag behöver inte ha och checka av hemma hos patienten, men när jag kommer tillbaka till kontoret så kan jag smygtitta på poängen liksom och lägga ihop det lite så.”

(5)

I de fall då patienten kunde samverka i smärtbedömningen uppgav distriktssköterskorna att det var viktigt att använda smärtskattningsinstrumentet i kombination med samtalet och den kliniska blicken för att få en fulländad bedömning av smärta.

Smärtskattningsinstrumentet och den kliniska blicken hjälpte distriktssköterskorna att göra en mer objektiv bedömning av patientens smärta.

”Ja jag tror att vi skulle smärtlindra bättre och på rätt nivå kanske mer... ja mer objektiv bedömning och inte eget tyckande.” (3)

Resultatet visade att det fanns en risk i användandet av smärtskattningsinstrument främst hos en oerfaren distriktssköterska, om bedömningen enbart görs utifrån smärtskattningsinstrument och inte tillsammans med hela arbetslivserfarenheten och den kliniska blicken. Kombination av smärtskattningsinstrument och den kliniska blicken var grunden till en optimal smärtbedömning.

9 Diskussion

9.1 Metoddiskussion

En metoddiskussion ska speciellt framhäva studiens svagheter och styrkor genom att bedöma om valet av metod hjälper författarna att svara på syftet. Författarna har för att stärka trovärdigheten och kvalitén på studien försökt att tydligt beskriva hur hela studieprocessen gått till från urval och intervjuguide till analys (Kristensson, 2014).

Författarna har valt att använda trovärdighetsbegreppen som innefattar giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt

Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) är det författarnas ansvar att presentera studien och urvalet på ett tydligt och trovärdigt sätt för att öka överförbarheten. Utifrån presentationen kan läsaren rimlighetsbedöma kvalitén av studien. Mårtensson och Fridlund (2017) menar att om läsaren anser att studien är av god kvalitet har studien en ökad överförbarhet och kan återges till andra sammanhang. Vi anser att studiens resultat är överförbart och kan tillämpas i andra kontexter, då flertalet tidigare forskningsstudier påvisar samma resultat som författarnas.

9.1.1 Design

Enligt Henricson (2017) ska författarna göra en bedömning om studien kunde ha gjorts genom en annan metod för att se om metoden inverkat på studiens giltighet och trovärdighet. Kristensson (2014) beskriver att när erfarenheter av ett fenomen ska undersökas är en kvalitativ forskningsmetod att föredra. Därför valde författarna en kvalitativ metod då forskningsmetoden stämmer överens med författarnas syfte som vill undersöka distriktssköterskors erfarenheter av smärtbedömning.

9.1.2 Urval

Graneheim et al. (2017) beskriver att för att studien ska få trovärdighet är det viktigt att de deltagare som vals ut till forskningsstudien ska ha erfarenhet inom det valda ämnet. Därför valde författarna att inkludera deltagare som arbetat inom valt område i minst ett år. Detta resulterade i en arbetslivserfarenhet hos deltagarna som varierade mellan 1-17 år, vilket gav en bra spridning av arbetserfarenhet att studera. Alla deltagare till studien var kvinnor i åldrarna 24-66 år. Graneheim och Lundman (2004) menar att om deltagarna är både män och kvinnor ökar trovärdigheten till studien. Yrkesgruppen inom hemsjukvården i vald organisation är kvinnodominerat och det resulterade i ett oönskat bortfall av män. Enligt Henricson och Billhult (2017) kan en variation i kön på deltagarna ge ett omväxlande resultat. Författarna anser dock att studiens resultat skulle bli det samma, eftersom deltagarna arbetar efter samma principer och mot samma mål oberoende av kön. Den varierande åldersgruppen och arbetserfarenhetens längd gav dock författarna ett bredare perspektiv inom valt område. Både sjuksköterskor och distriktssköterskor inkluderades i studien då distriktssköterskor är underrepresenterade i vald arbetsgrupp. Författarna upplevde inte att informationen var annorlunda eller skilde sig åt mellan distriktssköterskorna och sjuksköterskorna. Henricson och Billhult (2017) skriver att variationen i urvalet kan höja trovärdigheten i studiens urval samt ge studien

en större överförbarhet. Variationen av ålder och arbetslivserfarenhet hos deltagarna ökar överförbarheten av resultatet.

Författarna har reflekterat över att det kunde vara en nackdel att det gjordes ett bekvämlighetsurval där deltagarna till studien valdes ut från samma verksamhet.

Deltagarna till studien arbetar dock inte i samma team utan ingår bara i samma organisation. Enligt Kristensson (2014) finns en fara med att deltagare arbetar i samma organisation och på så sätt minskar variationen av information som deltagarna ger.

Eventuellt hade ett bredare innehåll av materialet kunnat fås om flera organisationer hade inkluderats i studien, men vi anser att det insamlade materialet var innehållsrikt.

Efter flertalet genomförda intervjuer upplevdes en mättnad i materialet och författarna kände därmed att insamlat material räckte för att ge studien trovärdighet.

9.1.3 Datainsamlingsmetod

Kjellström (2017) skriver att det är viktigt att få samtycke från deltagarna i studien, för att garantera att de vill delta och att de är medvetna om att deltagandet är frivilligt.

Författarna till studien valde att först via brev få samtycke till studien från verksamhetschefen. Därefter togs kontakt via ett informationsmail med samtliga sjuksköterskor och distriktsköterskor som passade urvalet i vald organisation.

Kjellström (2017) poängterar även vikten av att informationsbrevet ska vara tydligt och lättförståeligt för deltagaren. Detta var något författarna tog fasta vid när informationen utformades till samtliga deltagare. Författarna valde att inte lämna ut intervjufrågorna till deltagarna innan intervjutillfällena, på grund av att författarna ville att deltagarna skulle ge svar som var öppna och ärliga i nuet. Kristensson (2014) beskriver att studiens giltighet ökar om det i studien framkommer när intervjuerna utfördes. Författarna anser därför att studien har en god giltighet, då beskrivningen av när intervjuerna utfördes finns i dataanalysen.

Författarna valde att göra en pilotintervju för att se kvalitén på frågorna och komma in i rollen som intervjuare. Detta bekräftar Danielson (2017b) genom att påpeka vikten av att öva på att vara intervjuare och hur hållbar intervjuguiden är. Efter provintervjun kände författarna att intervjuguiden behövde arbetas om, då materialet inte helt svarade på studiens syfte. Därför exkluderades provintervjun till resultatet. Intervjuguiden utformades med mer öppna frågor för att få fram deltagarnas erfarenheter. Den hjälpte

författarna att hålla sig till ämnet och bidrog till att deltagarna i intervjuerna fick samma öppna frågor. Patel och Davidson (2011) anser att studiens tillförlitlighet stärks om författarna till studien beskriver den tekniska utrustningen som ska användas under studiens gång. Detta är något som författarna har beskrivit i sin metoddel.

Innan studien påbörjades fick deltagarna själva bestämma tid och plats för intervjun, för att deltagaren skulle känna sig trygg. Danielsson (2017b) beskriver dock att det är en fördel om intervjuerna sker på samma plats för all deltagare, för att kunna få en optimal intervjuplats där allt redan finns på plats. Författarna upplevde inte att det var någon nackdel att deltagarna själva valde tid och plats utan i stället upplevdes detta ge en trygghet, göra deltagaren mer bekväm och skapa en smidighet i deltagandet. Samtliga deltagare intervjuades på en plats där intervjun kunde utföras ostört och deltagarna upplevdes öppna och ärliga i sina svar på frågorna. Danielson (2017b) tar även upp att det kan vara negativt att vara två intervjuare, då deltagaren kan bli störd och påverkad av intervjuaren som inte ställer frågorna. Detta var inte något som författarna upplevde, trots att båda författarna var närvarande vid samtliga intervjuer. Graneheim och Lundman (2004) menar att resultatets tillförlitlighet ökar om det är flera författare som är med vid intervjun, då flera intervjuare kan observera och tolka variationen i svaren som deltagaren ger.

9.1.4 Dataanalys

Författarna valde att använda sig av en kvalitativ innehållsanalys för att på ett hanterbart sätt kunna analysera den stora textmassan efter transkribering av de utförda intervjuerna. Analysen har genomförts enligt Graneheim och Lundmans (2004) steg där analysen av intervjumaterialet ska genomgå en process med studiens syfte och frågeställningar i fokus. Författarna kan se en fara med att de själva arbetat inom valt område under en längre tid vilket kan öka risken för förförståelse. Förförståelse är enligt Henricson (2017) när författarna har kunskaper och erfarenheter inom ämnet redan innan studien påbörjats. Detta är något som vi har haft med oss under hela studiens gång genom att till exempel ställa neutrala intervjufrågor och försökt att ha en objektiv inställning för att förförståelsen inte ska påverka analysen och resultatet. Patel och Davidson (2011) menar dock att förförståelsen inte är en nackdel utan en tillgång till studien, då förförståelsen ger en helhetsbild av ämnet som studeras, vilket författarna har haft i beaktande genom arbetets alla delar. Enligt Graneheim och Lundman (2004)

ökar studiens trovärdighet om författarna har diskuterat och vägt in deras förförståelse. Författarna har även diskuterat och reflekterat över studiens material med handledaren. Detta ökar studiens giltighet och på så sätt stärks studiens trovärdighet, eftersom handledaren inte haft samma förförståelse som författarna. Författarna har genom hela arbetets gång diskuterat och reflekterat och varit delaktiga vid samtliga steg i studien. Detta innebär att författarna har sett på ämnet från olika synvinklar, vilket ökar trovärdigheten. Författarna anser att allt insamlat material är tydligt och relevant för studiens syfte och frågeställningarna är besvarade, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ger studien trovärdighet.

9.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att få en fördjupad kunskap om distriktssköterskors erfarenheter i bedömning av smärta i ett sent palliativt skede i hemsjukvården. När studiens resultat var färdigt uppmärksammade författarna att tidigare forskning påvisar samma resultat. Därmed styrker författarnas studie det som även tidigare forskning har funnit och vi anser att behovet av ökat engagemang från ledningen stärks, innehållande riktlinjer för fortbildning och implementering av smärtskattningsinstrument. Resultatet visade även att distriktssköterskors erfarenhet var att användandet av smärtskattningsinstrument i kombination med den kliniska blicken gav patienten den mest fördelaktiga smärtbedömningen. Använde distriktssköterskorna smärtskattningsinstrument upplevde de att bedömningen av smärta blev mer professionell, objektiv, tillförlitlig och trovärdig.

Smärtbedömning med smärtskattningsinstrument

Resultatet visade att om patienten inte själv kunde uttrycka sin smärta verbalt var det svårt för distriktssköterskorna att bedöma smärtan. Detta kan leda till att patienten får lida för sin underbehandlade smärta. Denny och Guido (2012) samt Elovsson och Boström (2011) beskrev att distriktssköterskor många gånger underskattade patientens smärta, då smärta är en subjektiv upplevelse och kunde vara svårbedömd om patienten var icke-verbal. De menade att det var distriktssköterskornas etiska skyldighet att på lämpligt sätt ge patienten smärtlindring (Denny & Guido, 2012; Elovsson & Boström, 2011). I *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 2017:30) beskrivs att all vård ska ges på lika villkor med respekt för människans lika värde (HSL, SFS 2017:30). Därför anser

vi att det är viktigt att distriktssköterskor har med sig denna etiska människosyn i sin yrkesprofession där det bland annat ingår att se till individens upplevda smärta och använda smärtskattningsinstrument vid bedömning.

Akbarzadeh och Jakobsson (2007) bekräftar vikten av att använda tillförlitliga smärtskattningsinstrument. De menade att användes smärtskattningsinstrument hade distriktssköterskorna en grund för att kunna göra en utvärdering av den upplevda smärtan och därmed blev smärtlindringen förbättrad (Akbarzadeh & Jakobsson, 2007). Vikten av smärtskattning tas även upp i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, där de beskriver att målnivån för smärtskattning som ska vara 100 % under den sista levnadsveckan (Socialstyrelsen, 2017).

I resultatet framkom det att distriktssköterskorna som använde smärtskattningsinstrument upplevde att instrumenten gav dem en utgångspunkt för utvärdering av smärtan vid nästa smärtskattningstillfälle. När distriktssköterskorna använde smärtskattningsinstrument upplevdes smärtbedömningen bli mer professionell och objektiv. Samma resultat framkom i Aziato, Dedey, Marfo, Asamani och Clegg-Lamprey (2015) beskriver att smärtskattningsinstrument kan användas för att ge distriktssköterskorna en vägledning i att bedöma patientens smärta. De menar att distriktssköterskor får hjälp att göra en mer objektiv smärtbedömning av patientens subjektivt upplevda smärta genom att använda ett smärtskattningsinstrument.

Författarna reflekterar över Travelbees omvårdnads teori där hon precis som distriktssköterskorna i studien ser patienten som en unik person och att patientens upplevelse av smärta och lidande är subjektiv (Travelbee, 1971). Genom denna teori ser författarna vikten av att distriktssköterskorna gör en så objektiv smärtbedömning som möjligt, vilket kan underlättas med hjälp av smärtskattningsinstrument. Vi anser att används smärtskattningsinstrument i smärtbedömningen minskar risken att distriktssköterskornas egna värderingar påverkar bedömningen. Travelbee diskuterar också samtalet och kommunikationens betydelse för relationen mellan distriktssköterskor och patient. Då hon menar att vid en god relation och kommunikation lyfts patientens känslor och eventuella lidande fram och på så sätt är det lättare för distriktssköterskorna att utöva sina yrkeskunskaper såsom smärtskattning där målet är att minska lidande. Detta framkommer även i Kjällman-Alm och Norbergh (2013) studie, då de beskriver att en god relation och kommunikation tillsammans med

användandet av smärtskattningsinstrument gör att patienten får en bättre smärtlindring och på så sätt minskat lidande.

Resultatet i vår studie visade att när smärtskattningsinstrument användes dokumenterades det i patientens journal som underlag inför nästa smärtbedömning. Detta ökar förutsättningen att patienten får en bättre smärtlindring. Sandh och Boström (2012) skriver att det är distriktssköterskornas skyldighet enligt lag att dokumentera genomförd smärtskattning. Om distriktssköterskorna dokumenterar smärtskattningen och använder dokumentationen som utvärdering inför nästa smärtbedömning, ökar patientens förutsättning för att få en bättre smärtlindring. Detta är även en lagstadgad skyldighet enligt *Patientdatalagen* (SFS 2008:355) där det beskrivs att all legitimerad personal är skyldiga att dokumentera alla de uppgifter som behövs för att kunna ge patienten en god och säker vård i patientjournalen.

Både vårt resultat och tidigare forskningsresultat samt *Patientdatalagen* betonar vikten av att distriktssköterskor använder ett validerat smärtskattningsinstrument vid bedömning av patientens smärta i ett sent skede i palliativ vård. Användandet av smärtskattningsinstrument med en noggrann dokumentation ger distriktssköterskorna en mer professionell och objektiv utgångspunkt och minskar risken att underskatta patientens smärta. Instrumentet ger distriktssköterskor vägledning för deras smärtbedömning, vilket resulterar i att de känner sig mer trygga i att bedömningen är korrekt.

Organisationens betydelse för smärtbedömningen

Resultatet visade att distriktssköterskorna upplevde att utbildning i smärta och smärtskattning skapade trygghet och på så sätt blev de säkrare och mer lyhörda i sin smärtbedömning. Alves, Abril och Neto (2017), Brant, Mohr, Coombs, Finn och Wilmarth (2017) samt Sandh och Boström (2012) styrker detta i sina studier där de skriver att utbildning gav distriktssköterskorna en ökad förståelse för patientens smärta och på så sätt minskade skillnaden mellan distriktssköterskornas bedömning och patientens upplevelse av smärta. De menar att utbildning inom området palliativ vård och smärta är avgörande för att distriktssköterskorna ska kunna ge en god omvårdnad.

Resultatet visar att organisationens engagemang gällande smärtskattningsinstrument var mycket dålig. Det framkom att de distriktssköterskor som arbetat längre än fem år i

organisationen uppgav att tidigare var engagemanget större och användandet av smärtskattningsinstrument fick ta mer plats på arbetsplatsens gemensamma möten. De distriktssköterskor som inte hade jobbat så länge i organisationen upplevde att ämnet saknades helt. Elovsson och Boström (2011) samt Sand och Boström (2012) beskriver att var användandet av smärtskattningsinstrument inte förankrat uppifrån ledningen fanns en risk att instrumenten inte användes. De menade att det var viktigt att smärtskattningsinstrumenten var implementerade i organisationen från ledningens håll för att distriktssköterskorna skulle använda instrumenten. Deras resultat visade att de distriktssköterskor som hade riktlinjer smärtskattade i större utsträckning än de distriktssköterskor som inte hade riktlinjer (Sandh & Boström, 2012). Vi anser att för att få distriktssköterskorna att känna sig tryggare i sin roll och användandet av smärtskattningsinstrument är det viktigt att organisationen visar intresse genom utbildningar och tydliga riktlinjer.

Optimal smärtbedömning

Resultatet visade att när smärtskattningsinstrument inte användes bedömde distriktssköterskorna patientens smärta genom att iaktta och bedöma utifrån patientens kroppsspråk. Detta framkommer även i Brorson et al. (2012) studie där de beskriver att distriktssköterskorna tyckte att det var svårt att bedöma smärta på patienter som inte kunde uttrycka sig själva verbalt. För att bedöma smärta observerades patientens kroppsliga uttryck som till exempel, om patienten var rastlös, uppvisade ett aggressivt beteende eller hade ett förändrat ansiktsuttryck. Alves et al., (2017) beskrev i sin studie att när distriktssköterskorna tillgodosåg patientens alla eventuella symtom såsom smärta upplevde patienten bättre livskvalitet i livets sista dagar.

Distriktssköterskorna i vår studie påtalade att en tidigare vårdrelation var en viktig del i smärtbedömningen hos den icke verbala patienten. Fanns en vårdrelation sedan tidigare gav den en grund att stå på inför smärtbedömningen, eftersom distriktssköterskorna då visste hur smärtan sett ut sedan tidigare exempelvis intensitet och lokalisering. Detta framkom även i Björck och Sandman (2007) samt Scarborough och Smith (2018) studie, då de beskrev att en tidigare vårdrelation med en god kommunikation var ett viktigt utgångsläge för att distriktssköterskorna skulle kunna ge en god omvårdnad och att dålig kommunikation mellan distriktssköterskorna och patienten kunde ha en negativ effekt på patientens smärtlindring.

Författarna reflekterar över Travelbees omvårdnadsteori i detta sammanhang då hon förklarar att har distriktssköterskorna en god relation och kommunikation med patienten sedan tidigare är det lättare att visa empati, engagemang, intresse och förståelse för patientens livssituation (Travelbee, 1971). Vi anser att en god vårdrelation är betydelsefull, då patienten genom vårdrelationen får ökat förtroende för distriktssköterskornas arbete och holistiska vårdåtgärder.

I resultatet framkom det att merparten av distriktssköterskorna gjorde sin smärtbedömning på patienten i sent palliativt skede genom att använda den kliniska blicken i kombination med smärtskattningsinstrument. Detta framkom även i McGuire et al. (2016), Brorson et al. (2012) samt Park och Kim (2014) studie då de ansåg att patienter som inte kunde kommunicera var mer sårbara och svårare att bedöma smärta hos. För att samla in all information till en smärtanamnes använde distriktssköterskorna både den kliniska blicken och smärtskattningsinstrument för att få en optimal smärtlindring. McGuire et al. (2016) såg en fara med att använda smärtskattningsinstrument som enbart tittar på patientens kroppsliga uttryck, då det vid vissa sjukdomstillstånd till exempel vid förlamning och vid skador i hjärnan, kunde ge en missvisande bedömning.

I författarnas studie påtalade en mindre del av distriktssköterskorna att de kunde se en annan fara om enbart smärtskattningsinstrument användes, främst för de distriktssköterskorna med lite erfarenhet. De menade att detta kunde innebära att helhetsbedömningen av patienten försvann, vilket skulle kunna betyda en sämre smärtlindring för patienten.

Gemensamt för både distriktssköterskorna i författarnas studie och i tidigare forskning var att när distriktssköterskorna inte använde smärtskattningsinstrument samlades information gällande patientens smärta in genom att observera patientens kroppsliga uttryck. Den mest optimala smärtbedömningen görs via kombinationen av den kliniska blicken och användandet av smärtskattningsinstrument.

10 Kliniska implikationer

Författarna menar att studiens resultat kan användas för att öka organisationens insikt om vikten av att ge distriktssköterskorna riktlinjer, anpassad utbildning om smärta och användandet av smärtskattningsinstrument. Förbättras organisationens engagemang bör motivationen att använda smärtskattningsinstrument höjas hos distriktssköterskorna. Därmed får patienten en bättre smärtbedömning och en mer personanpassad smärtlindring kan ges.

Studios resultat kan användas som ett underlag för organisationen för att utforma riktlinjer kring användandet av smärtskattningsinstrument. När riktlinjer är implementerade i distriktssköterskornas vardagliga arbete kan organisationen via Palliativa registret få ut statistik för att se om målnivåerna för Palliativ vård har uppnåtts.

11 Förslag till vidare forskning

Det framkom i studiens resultat att distriktssköterskorna visste att det finns smärtskattningsinstrument, men de använde inte instrumenten fullt ut. Författarna anser att det skulle vara intressant att undersöka varför smärtskattningsinstrument inte används fullt ut i det vardagliga arbetet i vården.

12 Slutsats

Studios resultat är i linje med tidigare forskning och visade distriktssköterskornas erfarenhet av smärtbedömning. Användandet av smärtskattningsinstrument gav distriktssköterskorna en mer professionell och objektiv smärtbedömning, vilket gjorde att distriktssköterskorna kände sig mer trygga i bedömningen. En tidigare vårdrelation med patienten underlättar smärtbedömningen, när distriktssköterskorna endast kan göra sin bedömning genom att titta på patientens kroppsspråk och ta in information om patientens smärta från anhöriga och baspersonal. Distriktssköterskorna saknade riktlinjer och engagemang från ledningen gällande användandet och implementeringen av smärtskattningsinstrument. Distriktssköterskorna önskade att ledningen erbjöd fortbildning för att skapa trygghet i att patienten får en tillförlitlig och objektiv bedömning av sin smärta. Kombinationen av användandet av smärtskattningsinstrument

och den kliniska blicken är den mest optimala smärtbedömningen. Detta minskar risken för att underskatta patientens smärta.

13 Referenser

- Akbarzadeh, M., & Jakobsson, U. (2007). Smärtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter - en utvärdering av den svenska versionen av Doloplus-2. *Vård i Norden*, 27(4), 26-31. doi:10.1177/010740830702700406
- Alves, M., Abril, R., & Neto, I.G. (2017). Symtomatic control in end-of-life patients. *Acta Medica Portuguesa*, 30(1), 61-68. doi:10.20344/amp.7626
- Aziato, L., Dedey, F., Marfo, K., Asamani, J.A., & Clegg-Lampsey, J.N. (2015). Validation of three pain scales among adult postoperative patients in Ghana. *BMC Nursing*, 14(1), 1-9. doi.org.proxy.lnu.se/10.1186/s12912-015-0094-6
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. (3. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Benkel, I., Molander, U., & Wijk, H. (2016). *Palliativ vård ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. (1. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Bergdahl, E., Wikström, B-M., & Andershed, B. (2007). Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 752-760. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01658.x
- Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation. Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden*, 27(4), 14-19. doi:10.1177/010740830702700404
- Brant, J. M., Mohr, C., Coombs, N. C., Finn, S., & Wilmarth, E. (2017). Nurses' knowledge and attitudes about pain: Personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Management Nursing*, 18(4), 214-223. doi:10.1016/j.pmn.2017.04.003
- Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2012). Pain relief at the end of life: Nurses' experience regarding end of life pain relief in patients with dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315-323. doi:10.1016/j.pmn.2012.10.005

Danielson, E. (2017a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2. uppl. s. 285-299). Lund: Studentlitteratur AB.

Danielson, E. (2017b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2. uppl. s. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.

Denny, D.L., & Guido, G.W. (2012). Undertreatment of pain in older adults: an application of beneficence. *Nursing Ethics*, 19(6), 800-809.

doi:10.1177/0969733012447015

Elovsson, M., & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård. *Vård i Norden*, 31(1), 10–15.

doi:10.1177/010740831103100403

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., & Lundman, B (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.

doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U.H., & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2. uppl. s. 411-420). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M., & Billhult, A.(2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2. uppl. s. 111-119). Lund: Studentlitteratur AB.

Hughes, L.D. (2012). Assessment and management of pain in older patients receiving palliative care. *Nursing Older People*, 24(6), 23-29.

doi:10.7748/nop2012.07.24.6.23.c9185

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Johansson, Å. (2014). *Att möta döden-Omvårdnad vid livets slut*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

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

Kjällman Alm, A., & Norbergh, K-G. (2013). Nurses' opinions of pain and the assessed need for pain medication for the elderly. *Pain Management Nursing*, 14(2), 31-38. doi:10.1016/j.pmn.2010.07.007

Kristensson, J. (2014) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Kristoffersen, N.J. (1998). Omvårdnadskunskap. I N.J. Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad I Profession och ämnesområde - utveckling, värdegrund och kunskap*. (1. uppl. s. 275-332). Stockholm: Liber AB.

Fredenberg, S., Vinge, E. & Karling, M. (2015). Smärta och smärtbehandling. Hämtad 2018-10-19 från

https://lakemedelsboken.se/kapitel/smarta/smarta_och_smartbehandling.html

Läkemedelsverket. (2010). Smärtlindring i livets slutskede - ny rekommendation.

Hämtad 2018-10-23 från <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation.pdf>

McGuire, D.B., Snow-Kaiser, K., Haisfield-Wolfe, M.E., & Iyamu, F. (2016). *Pain assessment in non-communicative adult palliative care patient*. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 397-431. doi:10.1016/j.cnur.2016.05.009

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 421-438). Lund: Studentlitteratur AB.

Park, J-M., & Kim, J.H. (2014). Assessment and treatment of pain in adult intensive care unit patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 29(3), 147-159. doi:10.4266/kjccm.2014.29.3.147

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Patientdatalagen (SFS 2008:355). Hämtad från Riksdagens webbplats:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Sand, L., & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet – Om existentiell kris och coping i palliativ vård* (1. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Sandh, M., & Bostöm, B. (2012). Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer. *Vård i Norden*, 32(1), 44–49. doi:10.1177/010740831203200410.

Scarborough, B.M., & Smith, C.B. (2018). Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68(3), 182-196. doi:10.3322/caac.21453

Socialdepartementet. (2001). *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*,

vägledning, rekommendationer och indikatorer - stöd för styrning och ledning

[Broschyr]. Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer-Målnivåer. Palliativ vård i livets slutskede.*

Målnivåer för indikationer [Broschyr]. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20720/2017-10-22.pdf>

Strang, P. (2012) Ett palliativ förhållningsätt-enligt WHO. I P.Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (4. uppl. s. 30–39). Stockholm: Liber AB.

Svenska Palliativregistret. (2012). Smärtskattningsinstrument. Hämtad 2018-10-23 från

http://media.palliativ.se/2015/08/Sm%C3%A4rtskattning_vers2.pdf

Svenska Palliativregistret. (2017). Målnivåer ska förbättra vården i livets slutskede.

Hämtad 2018-10-23 från

<http://palliativ.se/malnivaer-ska-forbatta-varden-i-livets-slutskede/>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Tveit-Seke, R.J., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2017). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 21-38.

doi:10.1111/jocn.13912

Vårdhandboken. (2018). Smärtskattningsinstrument. Hämtad 2018-10-23 från

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smartskattningsinstrument/>

Unné, A., & Rosengren, K. (2014). Using numbers creates value for health professional: A quantitative study of pain management in palliative care. *Pharmacy*, 2(3), 205-221.

doi:10.3390/pharmacy2030205



14 Bilagor

14.1 Bilaga A

Intervjuguide

1. Hur gammal är du?
2. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska/distriktssköterska?
3. Hur länge har du arbetat i hemsjukvården?
4. Har du läst och avslutat någon vidareutbildning som ger en fördjupad kunskap i smärtbedömning vid Palliativ vård?
 - Om Ja, Vilken då, på vilket sätt gav den dig en fördjupad kunskap (utveckla).
 - Om Nej, är det något du saknar för att känna dig trygg i din smärtbedömning vid sent skede i Palliativ vård.
5. Använder du i ditt vardagliga arbete några smärtskattningsinstrument för att bedöma smärta vid sent skede i Palliativ vård?
 - Om Ja, kan du beskriva vilka? Varför just dessa? Känner du dig trygg med den bedömningen?
 - Om Nej, hur smärtbedömer du patienten? Känner du dig trygg med den bedömningen?
6. Beskriv i vilket skede eller situation som du börjar bedöma smärta hos den palliativa patienten.
7. Beskriv om du upplevt några fördelar med att använda smärtskattningsinstrument?
 - I vilken situation, kan du ge exempel?
8. Beskriv om du upplevt några nackdelar med att använda smärtskattningsinstrument?
 - I vilken situation, kan du ge exempel?
9. Kan du beskriva om du har några erfarenheter av patienter som inte blivit bedömt av ett validerat smärtskattningsinstrument?
 - Upplevde du det negativt för patienten.
10. Kan du beskriva om du någon gång aktivt valt att inte använda smärtskattningsinstrument?



11. Beskriv hur du dokumenterar patientens smärtskattning.
12. Beskriv hur du tycker att smärtskattning kan implementeras i sjuksköterskans/distriktssköterskornas vardagliga arbeten.
13. Beskriv hur du upplever ledningens syn på användandet av smärtskattningsinstrument.
 - Känner du att det finns ett krav uppifrån att använda eller inte använda smärtskattningsinstrument?

Stödord:

- Kan du utveckla.
- Hur menar du?
- Vilken/vilka upplevelser har du av detta?
- I vilken situation har du upplevt detta?
- Har du några exempel på detta?
- Varför tror du detta har hänt?
- Upplever du det negativt/positivt för patienten?



14.2 Bilaga B

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som läser en specialistutbildning med inriktning distriktssköterska på Linnéuniversitetet i Kalmar. Vi planerar utföra intervjuer till vår magisterstudie och söker därför deltagare i er organisation. Syftet för vår studie är att belysa distriktssköterskornas erfarenhet i bedömning av patientens smärta vid palliativ vård i hemsjukvården. Vi vill ta reda på detta genom att undersöka hur smärtskattningsinstrument används och om de är implementerade i det vardagliga arbetet. Våra inklusionskriterier till studien är legitimerade sjuksköterskor och distriktssköterskor, både kvinnor och män, som arbetat minst ett år inom hemsjukvård och inom palliativ vård. Därför vänder vi oss nu till er organisation med förhoppning om att kunna genomföra våra intervjuer hos er. Vi önskar intervjua 10–20 sjuksköterskor/ distriktssköterskor som stämmer in på våra inklusionskriterier. Intervjuerna beräknas ta 45–60 minuter och kommer genomföras på deltagarnas arbetsplats där tid och plats för intervjun anpassas efter deltagarens önskemål. Vi ser inga direkta risker för deltagarna som medverkar i studien, eftersom vi endast vill belysa sjuksköterskans/distriktssköterskors roll. Fördelar med deltagandet är att sjuksköterskan/distriktssköterskorna får reflektera över sitt arbete och användandet av smärtskattningsinstrument. Det är frivilligt att vara med i studien och om deltagaren vill avsluta medverkan behövs ingen närmare motivering. Deltagarnas identitet kommer inte avslöjas eftersom endast författarna och handledaren kommer ha tillgång till datamaterialet. Deltagarna kommer få den färdiga magisterstudien mailad till sig, för att därigenom kunna ta del av studiens resultat.

En etisk egengranskning är gjord och det bedöms inte behövas någon vidare granskning av etisk kommitté.

Tacksam om ni återkopplar senast 2018-05-15 via mail om studien kan utföras i organisationen. Vid eventuella frågor vänligen kontakta oss via mailadress. Tack på förhand!

Med vänlig hälsning

Student: Maria Nordh

Student: Camilla Nilsson

Handledare: Kristiina Heikkilä

mn22ez@student.lnu.se

ck222ax@student.lnu.se

kristiina.heikkila@lnu.se



Samtyckesformulär

Samtycke till att organisationens sjuksköterskor/distriktssköterskor medverkar i magisterstudien lämnas av verksamhetschef för Oskarshamns kommunala hälso- och sjukvård.

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande, ort, datum

Underskrift av författare till studie

Namnförtydligande, ort, datum

Underskrift av författare till studie

Namnförtydligande, ort, datum



14.3 Bilaga C

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som läser en specialistutbildning med inriktning distriktssköterska på Linnéuniversitetet i Kalmar. Vi planerar utföra intervjuer till vår magisterstudie och söker därför deltagare i er organisation. Syftet för vår studie är att belysa distriktssköterskors erfarenhet i bedömning av patientens smärta vid palliativ vård i hemsjukvården. Målet med vår kommande magisterstudie är att undersöka hur smärtskattningsinstrument används och om de är implementerade i ert vardagliga arbete. Vi planerar ta reda på detta genom intervjuer. Via detta brev tillfrågas ni om medverkan i vår intervjustudie. För att kunna medverka i vår studie ska ni vara sjuksköterska/distriktssköterska, som arbetet inom hemsjukvården i minst ett år och ha arbetat med palliativ vård.

Intervjuerna kommer att genomföras på er arbetsplats i ett rum där vi kan samtala ostört och ni bestämmer själva en tid som passar er. Intervjuerna beräknas ta cirka 45–60 minuter. Det föreligger ingen direkt risk att medverka i studien då vi enbart önskar belysa era erfarenheter. Medverkan är frivillig och skulle ni under studiens gång vilja avbryta medverkan behövs ingen närmare motivering. Er identitet kommer inte avslöjas eftersom endast författarna och handledaren kommer att ha tillgång till datamaterialet. Allt material som intervjuerna får under studiens insamlingsprocess kommer bearbetas konfidentiellt och förstöras då studien är klar. Materialet som samlas in kommer att avkodas och det är endast vi författare och handledare som har möjlighet att läsa och lyssna på intervjuerna.

När vår magisterstudie är avslutad kommer ni få det färdiga resultatet via mail.

Vi önskar svar om ni vill medverka i vår studie senast 2018-07-30, för att kunna boka in intervjutillfälle under vecka 34–35. Vid eventuella frågor vänligen kontakta författarna via mail!

Med vänlig hälsning

Maria Nordh

mn22ez@student.lnu.se

Camilla Nilsson

ck222ax@student.lnu.se

Handledare: Kristiina Heikkilä

kristiina.heikkila@lnu.se



Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen om studien som vill belysa distriktssköterskors erfarenheter i att bedöma smärta i ett sent skede vid palliativ vård i hemsjukvården med fokus på användning av smärtskattningsinstrument. Jag har fått tillfälle att ställa frågor, fått dem besvarade och samtyckt till deltagande.

Jag har även fått information om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att ange orsak.

Underskrift av författare till studie

Namnförtydligande, ort, datum

Underskrift av författare till studie

Namnförtydligande, ort, datum

Underskrift av informationsgivare

Namnförtydligande, ort, datum



14.4 Bilaga D

Etisk egengranskning

		Ja	Kanske	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv).			X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?			X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?			X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktions-nedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.			X
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (PUL- ansvarig).			X
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	X		
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive	X		



	vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med minderåriga krävs vårdnadshavares godkännande t ex vid enkäter i skolklasser.)			
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	X		
12	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för studien är namngivna (student och handledare)	X		