



Ida Eriksson & Maja Åström

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, 15 hp, V51, HT 2013

Grundnivå

Handledare: Gail Dunberger

Examinator: Birger Hagren

Inte bara analgetika

En litteraturoversikt om smärtlindrande omvårdnadsåtgärder för patienter med cancersjukdom i palliativ vård.

Not only analgesics

A literature review about pain relieving care to patients with cancer in the palliative care.

Sammanfattning

Bakgrund: Inom den palliativa vården är patienter med cancersjukdom vanligt förekommande. Att ha en cancersjukdom kan generera smärta. Som vårdgivare är det viktigt att förstå att smärta är multidimensionell och en subjektiv upplevelse, för att ge en adekvat smärtlindring. Smärtlindring kan ske på olika sätt, dock är den farmakologiska lindringen med analgetika i fokus. Men vilka omvårdnadsåtgärder finns att tillgå?

Syfte: Att beskriva smärtlindrande omvårdnadsåtgärder och dess inverkan på patienter med cancersjukdom i palliativ vård.

Metod: Tio vårdvetenskapliga artiklar har använts i en litteraturöversikt för att besvara syftet. Artiklarna har granskats och analyserats.

Resultat: I resultatet framkommer det att smärtlindrande omvårdnadsåtgärder i kombination med analgetika förespråkas av såväl sjuksköterska som patient. Massage och fysisk beröring var de mest förekommande omvårdnadsåtgärderna. Något som också genererade smärtlindring var sjuksköterskans närvaro, att denne tog sig tid för att skapa kontakt, och att sjuksköterskan besatt kunskap kring smärtlindrande omvårdnadsåtgärder. Betydelsen av omvårdnadsåtgärder vid smärtlindring belyses då de lindrar patientens smärta utifrån ett holistiskt synsätt. Den existentiella smärtan kunde reduceras, till skillnad från när endast analgetisk behandling användes.

Diskussion: En diskussion har förts utifrån resultatet samt den teoretiska utgångspunkten De 6 s:n, som är en modell tillämpad i palliativ vård. Det centrala i De 6 s:n är patientens *Självbild*, som den palliativa vården bör formas utifrån. Betydelsen av en god kommunikation mellan patient och sjuksköterska diskuteras, samt vikten av att patienten får möjlighet till kontroll över sin situation. Kontroll kan uppnås genom smärtlindrande omvårdnad och därmed påverka patientens självbild positivt. För att smärtlindrande omvårdnadsåtgärder ska impliceras krävs kunskap och tid, något som både sjuksköterskan och organisationen har ansvar för. Ett gott samarbete inom vårdteamet krävs.

Nyckelord: Palliativ vård, cancersjukdom, smärtlindring, existentiell smärta.

Abstract

Background: Patients with cancer are common within palliative care. Having cancer can generate pain and to provide adequate pain relief it is important to understand that pain is both a multidimensional and a subjective experience. Pain management can be approached in different ways however the current focus is on pharmacological relief with analgesics. But what pain relieving care options are available?

Aim: To describe pain relieving care options and their impact on patients with cancer in the palliative care.

Methods: Ten nursing articles were studied in this literature review to answer the purpose. All the articles were reviewed and analyzed.

Results: Pain relieving care in combination with analgesic treatment is advocated by both nurse and patient. Massage and physical contact were the most commonly used care option. Pain relief also resulted from nurses being present and nurses taking the time to make personal contact with patients. It was also seen to be significant for nurses to possess knowledge of pain relieving options. The importance of nursing care in pain relief is highlighted as they can offer a holistic approach to treating the patient's pain. Existential pain can also be reduced which analgesics alone cannot treat.

Discussions: A discussion has been based on the results and the nursing model of care; The 6 S-words. The patient's self-image is central in the 6 S-words, and something that the palliative care should be shaped around. The significance of good communication between patient and nurse is discussed, stressing the importance of the patient being in control of his or her situation. Control that is achieved by non-pharmacological therapies that can positively affect the patient's self-image. Implementing pain relieving care requires knowledge and time meaning that it becomes the responsibility of both the nursing staff and the organization as a whole. Good cooperation within the care team is essential.

Keywords: Palliative care, cancer, pain management, existential pain.

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 PALLIATIV VÅRD	1
2.1.1 PALLIATIVA VÅRDFORMER	2
2.1.2 PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE	3
2.2 CANCER	3
2.3 SMÄRTA	4
2.3.1 SMÄRTANAMNES- OCH SKATTNING	5
2.3.2 SMÄRTA VID CANCERSJUKDOM	5
2.3.3 SMÄRTLINDRING VID CANCERSJUKDOM	6
2.4 SJUKSKÖTERS KANS ROLL	6
3 PROBLEMFÖRMULERING	7
4 SYFTE	7
5 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	7
6 METOD	9
6.1 LITTERATURÖVERSIKT	9
6.2 DATAINSAMLING	9
6.3 URVAL	10
6.4 ANALYS	10
7 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
8 RESULTAT	11
8.1 KOMPLETTERANDE METODER FÖR SMÄRTLINDRING	12
8.1.1 MASSAGE OCH FYSISK BERÖRING	12
8.1.2 ATT VARA NÄRVARANDE	13
8.1.3 ATT TA SIG TID OCH SKAPA KONTAKT	13
8.2 ATT BESITTA KUNSKAP	14
8.3 EN HOLISTISK SMÄRTLINDRING	15
9 DISKUSSION	16

9.1 METODDISKUSSION.....	16
9.2 RESULTATDISKUSSION.....	17
10 SLUTSATS	20
11 IMPLIKATIONER I VÅRDEN.....	20
12 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	21
13 REFERENSFÖRTECKNING	22
BILAGA 1, SÖKMATRIS... ..	25
BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	26

1 Inledning

Smärtlindring är inte bara en av sjukvårdens primära uppgifter, utan även den svåraste. Under den verksamhetsförlagda utbildningen inom palliativ vård har vi uppmärksammat hur viktig smärtlindring är. Cancersjukdom var vanligt hos patienter på de palliativa enheterna, en sjukdom som genererar multidimensionell smärta. Stort fokus lades på det farmakologiska lindrandet och omvårdnadsåtgärder kom i skymundan, vilket eventuellt kunnat vara ett gott komplement i smärtlindringen.

I sjuksköterskans profession ingår att tillgodose patientens omvårdnadsbehov, såsom att lindra lidande. Därför är det viktigt att undersöka de omvårdnadsåtgärder som kan vara aktuella vid smärtlindring hos patienter med cancer i den palliativa vården samt vad de har för inverkan.

2 Bakgrund

2.1 Palliativ vård

World Health Organization (WHO, 2012) beskriver den palliativa vården som ett förhållningssätt byggt på att förbättra livskvalitén för patient och anhörig som står inför livshotande sjukdom, genom smärt- och symtomlindring samt ett existentiellt och psykosocialt stöd. Den palliativa vården bejakar livet och ser döendet som en naturlig process som ej ska påskyndas eller fördröjas. Vården ska ske från ett tvär- och multiprofessionellt teamarbete som utgår från patienten och dess närståendes behov, samt ge ett gott stöd till närstående.

Patienten och dennes livsvärld, dvs. patientens upplevelse av sin rådande situation, är det centrala i den palliativa vården (Ternstedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2012, s.23). Palliativ vård kan pågå under en längre tid och det ligger i sjukvårdens uppgift att främja patientens möjlighet till ett så normalt liv som möjligt med fokus på livskvalité, där individens behov och önskemål bör gå före strikta rutiner (Nationella rådet för palliativ vård, 2013). Begreppet livskvalité kan beskrivas som en individuell upplevelse av den egna livssituationen. Kvalitén är beroende av olika aspekter, såsom kultur, miljö och det sociala (WHO, 1998). Det är viktigt som vårdgivare att visa ett genuint engagemang för patienten och att våga tala om döden med denne då dessa aspekter främjar en möjlighet till en god sista tid (Jakobsson, Andersson & Öhlen, 2009).

Enligt Strang (2012b) är de fyra hörnstenarna inom palliativ vård:

- Stöd till närstående

Det kan vara viktigt för patienten att ha människor omkring sig i livets slutskede. Tid bör läggas för att stödja de anhöriga och förse dem med nödvändig information, samt att bekräfta deras betydelsefullhet. Anhöriga bör bjudas in till att medverka i vården i den mån de vill, kan och orkar. Närstående ska kunna erbjudas stöd under vårdtiden samt efter dödsfallet.

- Teamarbete

I teamarbetet ska patientens behov sättas i första rummet. Teamet utgörs bland annat av undersköterska, sjuksköterska, kurator, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och diakon. Deras uppgift är att lindra symtom och främja livskvalitet.

- Kommunikation

En god kontakt mellan vårdpersonal, patient och närstående bör hållas för att skapa en givande relation som leder till en väl utförd palliativ vård. För att patienterna ska få samma goda vård oavsett vårdplats måste även olika enheter kommunicera med varandra (Strang, 2012b).

- Symtomlindring

Symtom visar sig som en förändring, ett lidande eller obehag då en människa är sjuk. Det är en varningssignal på att något inte står rätt till. Vårdgivare inom palliativ vård bör fokusera på helheten och inte bara på patientens fysiska symtom. Att som patient ha existentiella och psykiska symtom är vanligt i det palliativa skedet vilket ska bejakas och lindras. Patienten behöver få hjälp med att skapa kontroll över sina symtom för att lära sig hantera dem (Strang 2012b; Ternstedt et al., 2012, s.97-112), allt för att underlätta en känsla av att må bra, dvs. en känsla av välbefinnande (Nationalencyklopedin, 2014).

När det gäller smärtlindring hos patienter i det sena palliativa skedet ligger fokus på att lindra lidandet. Lidande kan komma ifrån sociala, kulturella, existentiella och religiösa problem, såväl som av fysiska symtom. Begreppet *total pain* myntades av Dame Sicely Saunders, även sedd som hospice-rörelsens grundare, och beskriver lidandet och dess många uttryck (Strang, 2012a, s.30). Smärta är ett vanligt symtom hos de patienter som vårdas palliativt, och ska ses ur ett biopsykosocialt perspektiv, där kropp och själ är en helhet (Ternstedt et al., 2012, s. 97-112).

2.1.1 Palliativa vårdformer

Palliativ vård innefattar bland annat avancerad hemsjukvård, palliativa konsult- och rådgivningsteam samt palliativa vårdplatser på t.ex. sjukhus och hospice (Lindqvist & Rasmussen, 2009). En fördel för patienter med livshotande sjukdom är att tidigt bli introducerade till palliativ vård för ökad livskvalité, även då de genomgår kurativ (botande)

behandling. Det är av betydelse att ha en definition av vad vård i livets slutskede är, som alla aktörer inom vården förstår och kan arbeta utifrån. Allt för att skapa en gemensam kvalitativ vård (Izumi, Nagae, Sakurai & Imamura, 2012).

2.1.2 Palliativ vård i livets slutskede

Den sena palliativa fasen infinner sig då patientens tid fram till döden är begränsad till månader eller kortare period. Här avslutas den kurativa behandlingen och målsättningen blir att hjälpa patienten till en bibehållen livsstil med hjälp av smärt- och symtomlindring. (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Tjugo procent av de patienter som vårdades palliativt i Sverige under år 2012-2013 upplevde stark smärta under den sista veckan i livet (Palliativregistret, 2013). Liknande siffror påvisas i en studie gjord på hospice i Storbritannien där ineliggande patienter upplevde någon typ av smärta - fysisk, psykisk eller spirituell - under sin sista tid. (Parker Oliver, Wittenberg-Lyles, Demiris, Washington, Porock & Day, 2008). I en undersökning kring patienter på hospice och vilka deras vanligast förekommande symptom var framkom det utifrån journalanteckningar att smärta var det vanligaste. Författarna i studien betonar vikten av symtomlindring i det palliativa skedet för en god död (Hermann & Looney 2001).

2.2 Cancer

Cancer är ett samlingsbegrepp för ungefär 200 sjukdomar som alla innebär att det skett en rubbning av celledelingen i kroppen (Cancerfonden, 2013a). I kroppens celler finns DNA, där en förändring kan ske som kan leda till cancerutveckling. Proteinerna i våra celler kan även förändras och få en onkogen aktivitet som kan skapa tumörbildning. Den ökade tillväxten kan både vara av benign - *godartad* - eller av malign - *elakartad* - karaktär. Exempel på malign tillväxt är cancer, leukemi och lymfom. Den maligna tillväxten kan även sprida sig till andra kroppsdelar, och kallas då metastas (Ericson & Ericson, 2012, s. 711-712).

År 2011 drabbades 57 726 personer av cancer i Sverige. De cancersjukdomar som är vanligast i Sverige är bröstcancer hos kvinnor och prostatacancer hos män. Människor lever längre och med den stigande åldern drabbas vi av fler sjukdomar, och enligt beräkningar kommer var tredje person i Sverige att någon gång diagnostiseras med cancer (Socialstyrelsen, 2013). Orsaker till cancer kan bero på levnadsvanor, genetik samt miljö, och tobaksrökning är ett exempelvis på en initierande faktor till cancer (Ericson & Ericson, 2012, s. 711-714).

2.3 Smärta

International Association for the Study of Pain beskriver smärta som följande:

En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse associerad med faktisk eller potentiell vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är subjektivt och varje människa lär sig under sin livsstil vilka stimuli som orsakar smärta. Smärta är en individuell upplevelse och är därför svår att mäta objektivt (IASP, 2013).

Det är oftast kroppsskada eller sjukdom som ger smärta, men det kan även vara det ej medicinskt definierbara (Nationalencyklopedin, 2013). Bergh (2009) och Werner (2010) beskriver olika typer av smärta;

- **Fysiologisk smärta** är den smärta som ej skapats av vävnadsskada och som snabbt går över.
- **Nociceptiv smärta** aktiverar smärtreceptorer som finns i kroppen vid hotande eller uppkommen vävnadsskada. Smärtan uppstår av en inflammation i de somatiska strukturerna såsom hud, skelett eller muskler eller i de visceral strukturerna i kroppens organ.
- **Neuropatisk smärta** orsakas av en skada eller sjuklig förändring i nervsystemet.
- **Idiopatisk smärta** finns utan känd orsak, dvs. att individen inte har någon diagnos.
- **Psykogen smärta** kan uppstå på grund av psykisk sjukdom såsom vid depression, och kan uttrycka sig som fysisk smärta.
- **Existentiell smärta** kan uppstå vid känslan av meningslöshet, övergivenhet samt dödsångest (Bergh, 2009; Werner, 2010). Även känslan av ånger och att vara isolerad från omvärlden kan upplevas som existentiell smärta (Mako, Galek & Poppito, 2006).

Smärta delas även in i tre stycken kvalitéter; *Den sensoriska delen*, där smärtan kan förklaras av patienten utifrån dess lokalisation, karaktär, hur länge den funnits samt hur den uppstod. *Den affektiva delen* som tolkas i det limbiska systemet och ger den emotionella reaktionen med känslor såsom ångest, nedstämdhet och stress. Samt *en kognitiv del*, där människan tolkar smärtan och dess påföljder (Strang, 2012a, s. 19-20; Werner, 2010).

Smärta är multidimensionellt och yttrar sig inte bara fysiskt. Faktorerna påverkar varandra och en obehandlad fysisk smärta kan skapa psykiska, sociala och existentiella följder. Det kan även gå i motsatt riktning, att psykiska, sociala och/eller existentiella problem framkallar fysisk smärta (Strang, 2012a, s.23-24). Den fysiska smärtan som en patient kan uppleva beskrivs vara kopplat till ett flertal faktorer, där den existentiella smärtan ofta är en komponent (Mako et al., 2006). I en studie av Afrell, Biguet & Rudebeck (2007) belyses det

hur det kan vara att leva med konstant smärta. Smärtan skapar rädsla och oro och kan få kroppen att kännas som en fiende. Den fysiska smärtan hos flertalet patienter berodde på sviter av gamla skador men beskrevs även som ett uttryck för emotionella och existentiella problem. En acceptans av smärtan gick dock att få om kroppen var integrerad med jaget samt om patienten upplevde sin livssituation som positiv (Afrell et al., 2007).

2.3.1 Smärtanamnes- och skattning

För en adekvat smärtlindring krävs en helhetsbedömning av smärttillståndet, samt en tilltro till patienten då denne är expert på sin smärta. För att få en klar bild av patientens smärta görs en anamnes där frågor ställs, såsom: Hur länge har smärtan funnits? Var är smärtan lokaliserad? Hur intensiv är smärtan? Finns det några lindrande faktorer? (Strang, 2012a, s. 119-122).

Ett användbart instrument där patienten får skatta sin smärtintensitet är Visual Analogue Scale – VAS-skalan. Instrumentet används för att skatta den upplevda smärta utifrån en skala på 0-10 där noll beskriver ingen smärta alls och tio är den värsta tänkbara (Huskinsson, 1974).

Den fysiska smärtan blir efter viss tid även en psykisk påfrestning (Afrell et al. 2007), vilket kan leda till ett lidande där patienten påverkas såväl socialt som existentiellt. Därför bör patienten även skatta smärta utifrån sin livskvalité där aktiviteter i dagligt liv (ADL), sömn, sociala nätverk, känsla av glädje och aktivitetsnivå mäts som ett tillägg till övrig smärtskattning (Strang, 2012a, s. 133-134).

2.3.2 Smärta vid cancersjukdom

Orsaker till en fysisk cancerrelaterad smärta kan vara många. Paramaligna smärtor kan uppträda innan cancerdiagnosen i form av diffus smärta i större muskelgrupper, och muskelsmärtan kan vara ett problem under hela sjukdomsförloppet. Skelettmetastaser är den vanligaste orsaken till cancersmärta och mer än hälften av patienter med bröst- eller prostatacancer drabbas av detta. Det innebär en spridning av cancersjukdomen till skelettet. Den växande canceren kan också trycka på omgivande organ och därmed generera smärta. Undersökningar och behandling av sjukdomen är också bidragande orsaker till smärta vid cancer (Strang, 2012a, s.35, 95-97).

Ungefär 70 procent av patienter med metastaserad cancer upplever medelsvår till svår fysisk smärta, och i det palliativa skedet beräknas ungefär 90 procent av patienter med cancer uppleva en fysisk smärtproblematik (Strang, 2012a, s.21).

2.3.3 Smärtlindring vid cancersjukdom

Målet med smärtlindring vid cancersmärta är smärtfrihet och inte bara lindring. Nio av tio patienter uppges bli smärtlindrade med hjälp av läkemedel, *analgetika*, såsom paracetamol, opioider och kortison (Cancerfonden, 2013b). Analgetika är förstahandsvalet för smärtlindring vid cancer och typen av preparat väljs utifrån smärtans intensitet. Som vårdgivare är det viktigt att lyssna till patienten då dennes beskrivning är det som gör det möjligt att kunna systematisera problem för att hjälpa patienten. För en fungerande farmakologisk smärtlindring krävs kommunikation. Det är viktigt att patienten får information om behandlingen, dess syfte, administrering och biverkningar (Strang, 2012a, s. 119, 153-158). I en studie om patienter med cancersmärta som vårdades palliativt beskrevs biverkningar såsom förstoppning och förvirring på grund av analgetika i form av opioider. Attityden till extradoser av smärtlindring var negativ, då de kände en oro i att bli beroende, få biverkningar samt över att få injektioner/ behöva ta fler tabletter (Weiss, Emanuel, Fairclough & Emanuel, 2001).

Strålbehandling är ett annat smärtlindrande alternativ som kan ge en god och långvarig effekt vid metastasering (Strang, 2012a, s. 301). Kirurgiska ingrepp kan vara smärtstillande men görs sällan med endast smärtlindrande indikation. Nyttan bör alltid övervägas mot risker, vilket speciellt bör tas i akt om patienten är i den sena palliativa fasen (Strang, 2012a, s. 317).

Tack vare den framskridna utvecklingen av att identifiera cancer och sjukdomens behandlingsmetoder såsom strålbehandling, operation och kemoterapi ökar även överlevnaden för människor med sjukdomen (Ganz, 2005). Men cancerbehandling kan även medföra smärta. Smärta som kan bli kronisk och ha inverkan på patienters livskvalité eftersom den inte bara påverkar kroppen utan även det psykologiska och sociala i livet (Chapman, 2011).

2.4 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan har en primär roll i vårdteamet vid rapport och diskussion kring patientens smärta. Det kräver en god insikt i patientens tillstånd (Parker Oliver et al., 2008). Många patienter med cancersjukdom i sen palliativ fas vill leva i nuet och kunna använda sin energi till betydelsefulla stunder. Genom en stärkande omvårdnad där det finns möjlighet för patienten att skapa strategier och bibehålla sitt jag kan det skapas en meningsfullhet under den sista tiden (Wise & Marchand, 2013).

Sjuksköterskan är en av dem i vårdteamet som har en patientnära kontakt och en relation kan uppstå som bidrar till ökad kunskap om patienten. En viktig del i sjuksköterskans roll är att kommunicera med patienten genom dialog som inrymmer respekt och förtroende, som skapar möjlighet till att uppmärksamma patientens behov av symtomlindring. Genom denna

relation kan sjuksköterskan agera samordnare i exempelvis medicinska frågor och för hjälpmedel som kan bidra till smärtlindring (Strang, 2012a, s. 345; Ternstedt et al., 2012, s. 106-108). När sjuksköterskan ser patienten ur ett helhetsperspektiv, även kallad holistiskt, kan alla behov uppmärksammas; fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella (Ternstedt et al., 2012, s.25).

Sjuksköterskan har en kunskap och medvetenhet om vilka symtom som kan orsaka stor stresspåverkan hos patienter med cancersjukdom. Men det behövs även kunskap om tillvägagångssätt som kan vara lämpliga för symtomlindring (Stark, Toftthagen, Visovsky & McMillan, 2012), då det står i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att denne bör implicera ny kunskap i omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2005).

3 Problemformulering

För att skapa välbefinnande och livskvalité hos patienter som vårdas palliativt bör fokus läggas på symtomlindring. Smärta är ett vanligt symtom vid cancersjukdom och det är viktigt att smärtan lindras. Smärtlindring ska vara anpassad efter individens behov då smärtan kan bero på en mängd olika faktorer - fysiska, psykiska och existentiella.

Vid smärtlindring möts det farmakologiska med omvårdnad, dessa komponenter ska tillsammans hjälpa till att uppnå den palliativa vårdens mål, som dels är att *lindra lidande* och *främja välbefinnande* (Ternstedt et al., 2012, s.30). Sjuksköterskan har som omvårdnadsansvarig till uppgift att lindra lidande och har därmed en stor roll kring smärtlindring hos patienter. Det finns mycket information kring farmakologisk smärtlindring av patienter med cancersjukdom i livets slutskede. Men hur ser den smärtlindrande omvårdnaden ut? Vilka omvårdnadsåtgärder används och vad har de för inverkan?

4 Syfte

Att beskriva smärtlindrande omvårdnadsåtgärder och dess inverkan på patienter med cancersjukdom i den palliativa vården.

5 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten som används i denna litteraturöversikts resultatdiskussion är De 6 S:n. Det är en modell med syfte att sätta patienten som vårdas palliativt i centrum där denne ses ur ett helhets - holistiskt- perspektiv (Ternstedt et al., 2012, s.23-26). Att den holistiskt utformade vården är ett bra sätt att arbeta utifrån lyfts av Strang, Strang &

Ternestedt (2002), som i sin studie visar att sjuksköterskor tycker att det är viktigt med en helhetssyn av patienten.

Modellen De 6 S:n

ska skapa en dialog och delaktighet med patienten på en mänsklig grund där vården utformas tillsammans med denne. Modellen ska i praxis användas som ett komplement vid vårdplanering, omvårdnad och dokumentation samt utvärdering (Ternestedt et al., 2012, s.23-26).

De 6 S:n bygger på vårdvetenskapens teori om konsensusbegreppen människa, hälsa, vårdande och miljö (Ternestedt et al., 2012, s. 54). S:n står för:

- **Självbild**

Begreppet självbild är det centrala och viktigaste i modellen. Vem är jag och Vad vill jag? Vad vårdpersonalen ska sträva efter är att patienten ska kunna känna sig trygg och bibehålla sitt jag (Ternestedt et al., 2012, s. 24, 67).

- **Självbestämmande**

Självbestämmande står för den psykologiska delen där möjligheten att vara aktiv i de beslut som tas och att få behålla sin autonomi är i fokus. Vårdpersonal har som uppgift att förse patienten med adekvat information så att denne kan förstå och bedöma konsekvenserna av sina beslut (Ternestedt et al., 2012, s.75)

- **Sammanhang**

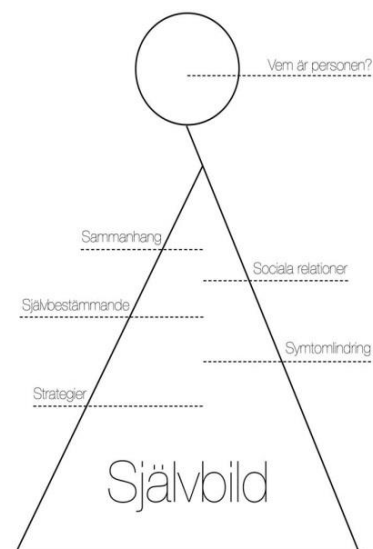
Syftar på att kunna blicka tillbaka på livet som varit, att få sätta ord på det och få en möjlighet att känna en känsla av sammanhang (Ternestedt et al., 2012, s.113).

- **Sociala relationer**

Att som patient få möjligheten till att bibehålla kontakten med betydelsefulla anhöriga spelar en stor roll för ökat välbefinnande. Anhöriga bör inkluderas i vården i den mån det finns möjlighet och vilja till det, hos dem och patienten. Personalens målsättning bör vara att stödja anhöriga och tillsammans med dem skapa en vårdsituation som utgår från patientens önskemål (Ternestedt et al., 2012, s.83-95).

- **Strategier**

Strategier innebär ett framåtblickande mot mötet med döden. Vad är det patienten vill göra innan denne dör och hur ter sig patientens tankar inför döden? Patientens livsåskådning spelar



Figur 1; utformad från Ternestedt et al., 2012, s.25.

här en stor roll och är det som formar strategierna och planeringen inför den kommande döden (Ternstedt et al., 2012, s.123, 126).

- **Symtomlindring**

Alla människor är olika och symtom upplevs subjektivt, därför blir det viktigt att lyssna till patientens erfarenheter och behandla symtomen utifrån detta. En patient som är befriad från obehagliga och smärtsamma symtom känner ett ökat välbefinnande och får en bättre självbild (Ternstedt et al., 2012 s. 98, 100). Smärta är ett vanligt förekommande symtom hos patienter som vårdas palliativt (Palliativregistret, 2013) och är svårt att mäta objektivt (IASP, 2013). Det kräver således en personcentrerad symptomlindring (Ternstedt et al., 2012 s. 98).

6 Metod

6.1 Litteraturöversikt

För att besvara arbetets syfte har en litteraturöversikt gjorts. En litteraturöversikt har som syfte att granska redan publicerat material inom det omvårdnadsrelaterade området, eller problemet som valts, samt att granska hur materialet tagits fram och bearbetats (Friberg, 2012b).

I litteraturöversikten har tio vetenskapliga artiklar, både kvalitativa och kvantitativa, använts. Enligt Segesten (2012a) karaktäriseras vetenskapliga artiklar av en godkänd publicering där artikeln blivit vetenskapligt granskad av framstående forskare samt att den finns tillgänglig för andra forskare. Den ska redovisa ny kunskap och även vara publicerad på engelska.

6.2 Datainsamling

I en litteraturstudie är det problemformuleringen och syftet som avgör vilken typ av vetenskapliga artiklar (litterära dokument) - data - som ska väljas (Friberg, 2012d). Materialet till denna litteraturstudie söktes genom databaserna *CINAHL Plus with Full Text* och *Pubmed* då dessa innehåller en stor kvantitet av vårdvetenskapliga artiklar. De första sökorden som användes var; "*cancer, nursing, palliative, pain*" och utifrån dessa utvecklades sökorden "*cancerpain, terminal care, hospice, pain management, pain relief, alternative pain management, nonpharmacological, nurses och experience*" som användes i olika kombinationer för att finna relevanta artiklar utifrån syftet. Sökorden formulerades först på svenska, för att sedan översättas till engelska genom uppslagsverket *Svensk MeSH*. De valda sökorden användes då de ansågs lämpliga för att få fram den information som eftersöktes och var kopplade till såväl syfte som problemformulering.

Sekundära sökningar kan vara lämpligt att använda sig av för att ta vara på adekvat information om ämnet, samt då tiden för forskningen är begränsad (Östlundh, 2012). Denna metod användes där sökningar gjordes på författares namn. För att finna aktuell information begränsades några sökningar med årsintervall från 2000-2013, samt *peer review* för att säkerställa den vetenskapliga evidensen, beroende på databas. Varje sökning har dokumenterats i en sökmatrix (se bilaga 1).

6.3 Urval

Vid urvalet ska texternas kvalitet granskas och bedömas, vilket ska leda till en kunskap kring vad artiklarna handlar om och om de är lämpliga till litteraturstudien och dess syfte (Friberg, 2012b). Inklusionskriterier för att finna relevanta artiklar utifrån syftet var att de innehöll information om patienter med en cancersjukdom, upplevde smärta relaterad till cancersjukdomen och vårdades palliativt, samt information kring smärtlindring. Alternativt att de innehöll information om sjuksköterskornas perspektiv gällande vårdandet av patienter med cancersjukdom och smärta i den palliativa vården. Vid sökning valdes ett flertal titlar ut för en vidare granskning av abstract. Då abstract tycktes innehålla inklusionskriterierna eller om det låg en osäkerhet i detta lästes artikeln i full text, varpå urval gjordes. Artiklar exkluderades om de inte uppfyllde inklusionskriterierna eller om de behandlade pediatrik onkologi.

Slutligen valdes åtta kvalitativa samt två kvantitativa artiklar för en vidare analys.

6.4 Analys

De valda artiklarna lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna, något som görs för att skapa en helhetsbild gällande innehåll och sammanhang (Friberg, 2012b). En gemensam muntlig diskussion fördes för att sammanfatta artiklarnas innehåll och för att bekräfta att författarna fått en liknande uppfattning om artiklarna. Vidare strukturerades artiklarna utifrån metod, för att belysa tillvägagångssättet, om de var kvantitativa eller kvalitativa. Kvantitativa studier kännetecknas av jämförelser och mätningar som görs mellan olika vårdhandlingar, för att få vetskap om vilken handling som ger bäst resultat (Segesten, 2012b). Resultatet beskrivs med hjälp av siffor (Olsson & Sörensen, 2011, s.267). Kvalitativa studier har däremot som mål att bidra till förståelse. De kan exempelvis illustrera upplevelser, behov och förväntningar (Friberg, 2012a) och resultatet skrivs i löpande text (Olsson & Sörensen, 2011, s.187). Det var relevant att analysera artiklarnas metod för att skapa en förståelse för innehållet.

Vidare analyserades artiklarnas resultatdel. Det utfördes en meningskoncentrering, dvs. att varje artikels resultat sammanfattades kort, utan att dess huvudsakliga innebörd gick förlorad

(Olsson & Sörensen, 2011, s.160). Vidare gjordes en jämförelse mellan sammanfattningarna, vilket är ett sätt att granska artiklar som bearbetar liknande områden (Friberg, 2012b). Likheter och skillnader kunde identifieras och sammanställdes på ett översiktligt dokument. Det resulterade i en sammanställning av vilka artiklar som skildrade liknande områden. Utifrån det gick det att utläsa olika subteman och via dessa tydliggjordes tre huvudområden, som kom att bli huvudteman.

7 Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska perspektiv ska ingå i alla typer av vetenskapliga arbeten, kvalitativa som kvantitativa, och det är därför viktigt att belysa dess betydelse. Det huvudsakliga målet med all forskning är att det leder till ny relevant kunskap. Forskning som ska genomföras behöver ett godkännande från en etisk kommitté innan forskningen inleds. Målet med granskningen, är förutom att kontrollera att det är ny kunskap som framkommit, också att kontrollera trovärdigheten samt att säkerställa att ingen människa kommer att kränkas eller skadas på grund av forskningen (Olsson & Sörensen, 2011, s. 78-93).

De vetenskapliga artiklarna i denna litteraturöversikt har granskats med kritiska ögon för att säkerställa att etiska principer har tillämpats, såsom hur artiklarnas deltagare har blivit respekterade gällande frivillighet, anonymitet, konfidentialitet och integritet - frågor som kan benämnas som etiskt grundläggande (Olsson & Sörensen, 2011, s.78-79). Forskning ska vila på en vetenskaplig grund samt vara systematiskt genomförd, därför har också detta granskats (Olsson & Sörensen, 2011, s.23).

Ett objektiva förhållningssätt har använts i denna litteraturstudie, för att inte låta personlig förförståelse påverka. Genom detta förhållningssätt ökar trovärdigheten på arbetet (Olsson & Sörensen, 2011, s.23, s.84).

8 Resultat

Efter granskning av de utvalda artiklarna framkom tre huvudteman, varav det första benämns *Kompletterande metoder för smärtlindring*, som har subteman; *massage och fysisk beröring*, *att vara närvarande* samt *att ta sig tid och skapa kontakt*. Det andra huvudtemat lyder; *Att besitta kunskap*, och det tredje; *En holistisk smärtlindring*. Resultatet utgår från både patientens och sjuksköterskans perspektiv.

8.1 Kompletterande metoder för smärtlindring

För att lindra smärta hos patienter med cancer i det palliativa skedet kan omvårdnadsåtgärder användas som ett komplement till analgetika (Duggleby, 2000; Evans & Hallet, 2007; Nelson, 2006; Sloan, Vanderveer, Snapp, Johnson & Sloan, 1999). I kombination med analgetika tillämpades icke-farmakologiska åtgärder, såsom omvårdnad. Patienter i inom den palliativa vården upplevde att mobilisering och värme kunde lindra smärta. Distraction såsom läsning och stickning skapade också en känsla av fysisk smärtlindring och något så litet som ett leende från en vårdgivare kunde vara en lindrande faktor. Patienterna i studien påtalade att den psykologiska smärtan var svår att hantera – att det för den inte fanns någon lindring (Duggleby, 2000). Men utifrån en annan studie framkommer det hur emotionellt lidandet kunde lindras genom att ha tillgång till husdjur, konst och musik. Musik skapade en känsla av välbefinnande och närvaro i livet, trots den fysiskt nedsatta förmågan som cancersjukdomen och dess smärta genererade (Nelson, 2006). För att lindra den fysiska smärtan användes akupunktur, som uppfattades som ett gott komplement till smärtlindring (Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2004; Nelson, 2006). Akupunktur i kombination med analgetika skapade smärtlindring men också en förbättring av sömnen (Nelson, 2006).

8.1.1 Massage och fysisk beröring

Massage är en av de mest studerade omvårdnadsåtgärderna för att lindra smärta, hos patienter med cancersjukdom i palliativt skede (Beck, Runeson & Blomqvist, 2009; Boström et al., 2004; Helmrich, Yates, Nash, Hobman, Poulton & Berggren 2001; Nelson, 2006; Seiger Cronfalk, Strang, Ternestedt & Friedrichsen, 2008; Sloan et al., 1999). Exempelvis användes mjukmassage samt vävnadsmassage för att lindra smärta (Beck et al., 2009; Seiger Cronfalk et al., 2009) och patienter med cancer kunde genom massage och beröring uppleva en känsla av kroppslig och mental smärtlindring och avslappning (Beck et al., 2009; Seiger Cronfalk et al., 2009; Helmrich et al., 2001). I kombination med analgetika förstärktes den smärtstillande effekten för patienter med cancer i palliativt skede (Nelson, 2006). Massagen gav en känsla av kropp och själ som en helhet. Varma händer från en annan människa kunde reducera patientens dödsångest och känslan av sjukdom, vilket i sin tur skapade en ökad avslappning. Massagen resulterade i att patienter med svår smärta fick smärtlindring och sömnen förbättrades. Även den psykiska smärtan reducerades och en känsla av styrka kunde istället ta plats (Seiger Cronfalk et al., 2009). Känslan av trygghet som massagen förde med sig gjorde att patienten för stunden kunde överlämna allt ansvar till vårdgivaren. Det skapade en chans till vila och ro, och därmed välbefinnande (Beck et al., 2009; Seiger Cronfalk et al., 2009).

Minnet av massagen och att det skulle komma fler liknande tillfällen var betydelsefullt för patienten (Beck et al., 2009).

Sjuksköterskan behöver inte använda en avancerad massageteknik som kräver utbildning, det kan många gånger räcka med att beröra patienten, kanske klia denne på ryggen eller knåda fötterna (Helmrich et al., 2001). Genom uppmärksamhet och fysisk beröring bekräftar sjuksköterskan patienten och dennes existens (Seiger Cronfalk et al., 2009).

8.1.2 Att vara närvarande

Vid existentiell smärta kan patienter känna sig rädda och ensamma (Evans & Hallett, 2007). Den existentiella smärtan kan lindras om vårdgivaren avsätter tid till patienten och kan vara närvarande. Närvaron skapar ett välbefinnande och en känsla av att vara sedd som patient och människa (Seiger Cronfalk et al., 2009). Tillfälle att vara närvarande hos patienten finns då smärtlindrande omvårdnad utförs, en värdefull tid som förbättrar relationen och kommunikationen dem emellan. Patienten får under dessa stunder bekräftat att sjuksköterskan är där och möjlighet finns till att tala om smärtan och/eller andra problem. Det kan resultera i en lugnare patient som känner ökad kontroll över sin situation (Helmrich et al., 2001). När patienten kunde lägga allt ansvar i vårdgivarens händer, exempelvis under massagestunden, framkom en värdefull känsla av att få närhet utan att behöva be om det (Beck et al., 2009).

Nelson (2006) beskriver att patienter på hospice som fick hjälp och stöd av sjuksköterskan och andra vårdgivare genom omvårdnadsåtgärder mot smärta, upplevde en närvaro som gynnade patienterna. Då omvårdnadsåtgärder mot smärta gavs kände patienterna ett omhändertagande, som resulterade i en minskad tyngd av sjukdom - fysiskt, psykiskt och existentiellt. Patienternas livsglöd kom tillbaka. Närvaron och omvårdnaden från personalen ändrade inte patienternas livsöde men kunde hjälpa dem att orka leva i nuet och göra det som kändes betydelsefullt under den sista tiden (Nelson, 2006).

Det är viktigt att beakta patientens önskningar gällande närvaro. Patienten kan vilja vara ensam med sin smärta och önskar bli respekterad utifrån detta (Volker, Kahn & Penticuff, 2004).

8.1.3 Att ta sig tid och skapa kontakt

Som vårdgivare påverkar tiden valet av smärtlindring. Sjuksköterskor påtalade att det går lättare samt fortare att ge läkemedel, såsom opioider, till en patient än att utföra massage eller att samtala med dem. Det kan resultera i att omvårdnadsåtgärder inte diskuteras med patienten som ett alternativ till smärtlindring. Men det framkommer även att om sjuksköterskan tar sig

tid att utföra smärtlindrande omvårdnadsåtgärder för patienten skapas en bibehållen tillfredsställelse, som i det långa loppet gör att patienten inte blir lika tidskrävande (Helmrich et al., 2001). Det var inte bara under den pågående omvårdnaden som smärtlindring och välbefinnande kunde upplevas. Även innan och efter omvårdnaden skapades en tid av ökad energi hos patienter med cancersjukdom i palliativt skede (Nelson, 2006). Även korta stunder av exempelvis massage kunde generera en känsla av smärtlindring och existentiell trygghet för en längre stund (Seiger Cronfalk et al., 2009).

Genom att tid gavs för ett patientmöte utan stress skapades en bättre relation och kontakt mellan vårdtagare och vårdgivare (Helmrich et al., 2001; Nelson, 2006; Seiger Cronfalk et al., 2009). Vårdtagaren upplevde en känsla av välbefinnande då vårdgivaren tog sig tid utan att stressa (Nelson, 2006). Ett behov av en öppen kommunikation där även det osagda kan få utrymme betonades som viktigt. Om kommunikationen uteblev kunde patienten inte uttrycka sin tidigare erfarenhet, kunskap, rädsla och mönster gällande smärtan. Men om kommunikationen fungerade stärktes patientens medvetenhet och hantering av smärtan (Boström et al., 2004).

8.2 Att besitta kunskap

För att implicera smärtlindrande icke-farmakologiska åtgärder krävs kunskap och utbildning (Helmrich et al., 2001; Meraviglia, McGuire & Chesley, 2003). Sjuksköterskan besitter en nödvändig faktamängd kring farmakologisk smärtlindring, men behöver utbildning kring smärtlindrande omvårdnadsåtgärder (Sloan et al., 1999). Det finns en bristande medvetenhet om smärtlindrande omvårdnadsåtgärder, såsom massage, akupunktur och strålbehandling, samt effekterna av dessa (Boström et al., 2004; Sloan et al., 1999). Det behövs även kunskap kring vilka frågor som bör ställas för att få en helhetsbild av patientens smärta, vad som är relevant för en adekvat smärtanamnes (Sloan et al., 1999).

Sjuksköterskor behöver även ökad kunskap om palliativ vård i den sena fasen för att tillämpa ett gott bemötande av patienter och anhöriga. I en studie framkom det att en stor andel av de tillfrågade sjuksköterskorna kände osäkerhet kring omvårdnad av patienter i det sena palliativa skedet. Sjuksköterskan bör kunna informera patienten om fördelar respektive nackdelar gällande alternativ smärtlindring och palliativ vård (Meraviglia et al., 2003).

Patienter med cancer som lider av smärta kan behöva få information av sjuksköterskan kring alternativa omvårdnadsåtgärder, för att möjliggöra en kontroll över sin situation (Helmrich et al., 2001). Kontrollen påtalas av patienter som viktig att bibehålla, och att det finns en rädsla kring att förlora den i takt med att kroppen tappar sina funktioner. Att kunna ta

hand om sig själv beskrivs som betydelsefullt (Volker et al., 2004). När farmakologisk smärtlindring används administreras det ofta av vårdpersonalen, medan omvårdnadsåtgärder även kan utföras självständigt eller av anhörig. Det kan därför vara ett bra alternativ då patienten ges en chans till bibehållen självkontroll (Helmrich et al., 2001).

Den öppna och ärliga kommunikationen mellan sjuksköterska och patient upplevs som central, då den kan skapa en kunskap och förståelse hos patienter gällande deras smärta och behandling. Patienter upplevde att det var viktigt att möta en kompetent sjuksköterska som gav trovärdig information (Boström et al., 2004).

8.3 En holistisk smärtlindring

Sjuksköterskor beskriver att smärtan är multidimensionell, och att det synsättet får dem att välja smärtlindrande omvårdnadsåtgärder i form av exempelvis massage, beröring och en trygg miljö. Genom att kombinera omvårdnadsåtgärder och analgetika för att lindra smärta blir tillvägagångssättet holistiskt, tillskillnad från när smärtlindring endast ges genom farmakologiska åtgärder (Helmrich et al., 2001). Det holistiska tillvägagångssättet för att lindra smärta är viktigt då sjuksköterskan bör hjälpa patienten att ta kontroll över smärtan och situationen (Evans & Hallet, 2007).

Patienter beskriver den akuta och kroniska smärtan de har som fysisk medan den psykologiska smärtan kännetecknas av förlorade funktioner och en känsla av hjälplöshet (Duggleby, 2000). Människan och dennes smärta behöver alltså ses som en helhet. Den oro som kan vara närvarande hos patienter med cancer i det palliativa skedet får inte tillräcklig lindring med endast analgetika. Så det räcker inte alltid att bara bota den fysiska smärtan då det kan vara det existentiella lidandet som skapar det onda (Evans & Hallett, 2007).

Då omvårdnadsåtgärder används som komplement tillsammans med analgetika kan den emotionella och ångestrelaterade smärtan hos patienter med cancer i palliativt skede lindras (Seiger Cronfalk et al., 2009; Helmrich et al., 2001). Nelson (2006) beskriver hur den totala upplevelsen av smärtlindrande omvårdnadsåtgärder var positiv för patienter på hospice. Det skapade en känsla av tillfredsställelse och avslappning i association till omvårdnaden. Patienterna hade svårt att förklara deras upplevelse med ord, men uppgav att exempelvis djur, konst och musik i vården gav möjlighet till en kontakt med omgivningen och det förflutna. Även Helmrich et al. (2001) och Seiger Cronfalk et al. (2009) beskriver att de icke-farmakologiska alternativen kan skapa en bättre kontakt och relation mellan vårdtagare och vårdgivare.

9 Diskussion

En värdering och ett resonemang kommer föras utifrån arbetets metod, urval och analys (Friberg, 2012c). Litteraturstudiens resultat kommer även diskuteras, med en koppling till den teoretiska utgångspunkten, *De 6 s:n*, samt till vetenskapliga artiklar och kurslitteratur. Detta görs för att sammanställa och föra ihop delarna (Friberg, 2012c).

9.1 Metoddiskussion

Vi ville fördjupa vår kunskap om smärtlindrande omvårdnad för patienter inom den palliativa vården. För att göra en begränsning valde vi en inriktning på patienter med cancersjukdom. Under informationssökningen användes till en början ett fåtal sökord, som utvecklades och utökades då tillräckligt med material ej kunde hittas. Det nya antalet sökord, 13 stycken i olika kombinationer, förväntade vi skulle leda till en stor mängd användbara artiklar, men fortfarande fanns en svårighet i att finna material med matchning på inklusionskriterierna. Många artiklar lästes, ett fåtal var användbara eller fanns inte tillgängliga i fulltext. En möjlig anledning till det begränsade resultatet kan vara att artiklar endast söktes utifrån två databaser.

Sekundära sökningar gjordes utifrån författare. Att göra sekundära sökningar kan vara nödvändigt att använda sig av för att nå ett vederhäftigt slutresultat (Östlund, 2012), vilket bekräftas då dessa artiklar inkluderades i resultatet.

Ambitionen var att endast använda artiklar från vårdvetenskapliga tidskrifter, något som också har uppnåtts. Till en början ansåg vi att kvalitativa artiklar skulle vara användbart för att gå på djupet inom ämnet. Efter genomförd litteratursökning framkom det dock att både kvantitativa och kvalitativa artiklar innehöll information som passade syftet och artiklar med båda metoderna valdes därför. Genom användandet av kvalitativa och kvantitativa artiklar uppnåddes en större helhet av forskningen inom det valda ämnet (Friberg, 2012a; Olsson & Sörensson, 2011, s.267).

De valda artiklarna är publicerade mellan år 1999-2011. Trots att alla inte är nyutkomna valdes de att inkluderas då de innehöll relevant och användbar information. Artiklarna är skrivna i olika delar av världen; USA, Storbritannien, Australien och Sverige, vilket ger ett perspektiv på hur vården kan se ut i olika länder. Artiklarnas resultat kan påverkas av att socioekonomiska förutsättningar är beroende på land. Detta kan ses som en svaghet gällande resultatets implikation i den svenska vården.

En styrka i arbetet är att vi har varit två författare. Tankar och utsagor har kunnat diskuteras mellan författarna vilket har bidragit till en fördjupning och varit en styrka under arbetets

gång. Genom att läsa igenom artiklar var för sig för att sedan överlägga kring innehållet tillsammans har ett kritiskt tänkande främjats. Att samarbeta under examensarbetet kan leda till ett bättre lärande samt gynna den enskilde då båda studenterna tar lika stort ansvar (Segesten, 2012c).

Även den teoretiska utgångspunkten ses som en styrka i arbetet. Den ansågs som optimal i förhållande till syftet eftersom De 6 s:n har sin grund i palliativ vård och förespråkar ett holistiska synsätt på människan och smärta.

En fältbaserad studie hade varit intressant att utföra. Men med tanke på tidsaspekten var en litteraturstudie lämpligare och syftet kunde ändå uppnås.

9.2 Resultatdiskussion

Resultatet belyser smärtlindrande omvårdnadsåtgärder och dess inverkan på patienter i palliativt skede med cancer. Både sjuksköterskor och patienter inom palliativ vård beskriver smärta som multidimensionell och att det därför är viktigt med ett holistiskt förhållningssätt vid smärtlindring. Strang et al. (2002) bekräftar detta i en studie, där majoriteten av sjuksköterskorna påtalade det holistiska synsättet som högst betydelsefullt.

För att patienten ska få adekvat smärtlindring behöver fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov urskiljas. Att *lindra symtom* ses utifrån De 6 s:n som en nödvändighet till lindrat lidande, vilket poängterar betydelsen av att identifiera patientens smärta och dess karaktär (Ternestedt et al., 2012, s.97). Att *lindra symtom* är även en av hörnstenarna inom den palliativa vården (Strang, 2012b). Det är patienten och dennes upplevelse som ska ligga till grund för val av smärtlindring, kopplat till begreppet *självbild* som är centralt i De 6 s:n och betonar hur vården ska vara personcentrerad. Sjuksköterskan tillsammans med patienten ska utforma vården så att den blir personcentrerad utifrån patientens behov. Människor har olika livsåskådning vilket gör att de tänker samt handlar utifrån sitt egna förhållningssätt till livet. Det ligger i sjuksköterskans uppgift att försöka förstå den enskilde personen/patienten, och dennes behov av symtomlindring (Ternestedt et al., 2012, s.66-67).

Den existentiella smärtan kan vara påtaglig i det palliativa skedet och bero på en känsla av förtvivlan, förlust, ångest, eller en känsla av att vara övergiven av Gud och fränkopplad från det sociala livet (Bergh, 2009; Mako et al., 2006). Ternestedt et al. (2012, s. 115-116) förklarar tillika en existentiell ensamhet som uppstår när döden är nära, en smärta som människan naturligt vill försvara sig mot trots att inget bot finns. Resultatet visar att smärta kan lindras trots avsaknaden av bot, genom exempelvis massage, fysisk beröring eller

närvaro. Det bekräftas i en studie där patienter som vårdades i palliativ vård fick sina existentiella behov uppmärksammade och tillgodosedda genom närvaro och stöd, vilket gjorde att de upplevde en ökad livskvalité under sin sista tid (Balboni, Paulk, Balboni, Phelps, Loggers, Wright, Block, Lewis, Peteet & Prigerson, 2010). Inom den palliativa vården har omvårdnadsåtgärder en given plats, antingen fristående eller tillsammans med farmakologisk behandling (Ternstedt et al., 2012, s. 111).

Känslan av att ha kontroll över sin situation är viktig och kan leda till ett *självbestämmande*. Om kontrollen inte möjliggörs kan patientens självbild påverkas negativt (Ternstedt et al., 2012, s. 91). Vid cancersjukdom uppstår livsförändringar, - sjukdomen och de biverkningar som sjukdomsbehandlingarna medför ger upphov till såväl kroppsligt som existentiellt lidande. De fysiska begränsningarna påverkar det vardagliga livet, vilket påminner om den utsatta situationen och dödens påtaglighet, något som kan leda till en känsla av förlorad kontroll (Sand, Strang & Millberg, 2008). Genom en fullgod smärtlindring kan patienten få energi till att skapa *strategier*, vilka kan hjälpa patienten att möta döden (Ternstedt et al., 2012, 123).

Strang et al. (2002) beskriver individens rätt till autonomi och hur den ska respekteras in i det sista. Att beakta patientens önsknings för att gynna autonomi ses som viktigt, vilket bekräftas av Ternstedt et al (2012, s.71). Detta understryker också betydelsen av att det finns smärtlindrande omvårdnadsåtgärder som komplement till analgetika att tillgå för patienten, vilket kan stärka självbilden, självbestämmandet och autonomi.

Kommunikationen är också betydelsefullt i den palliativa vården och beskrivs dels som en omvårdnadsåtgärd men också som en chans till insikt i patientens självbild. Strang (2012b) bekräftar vikten av god kommunikation mellan alla parter inom palliativ vård, som också är en av den palliativa vårdens hörnstenar. Genom bra kommunikationsförmåga samt en god relation mellan sjuksköterska och patient, kan patienten känna en öppenhet att berätta om sina symtom, som leder till personcentrerad symtomlindring (Ternstedt et al., 2012, s.108). Som sjuksköterska är det viktigt att låta patienten samtala om livet, ett samtal som kan uppstå spontant, exempelvis under den dagliga omvårdnaden. Det kan ge möjlighet till reflektion kring livet som varit vilket kan skapa en känsla av *sammanhang*, och bidra till en ökad insikt om sig själv och situationen som råder (Ternstedt et al., 2012, s.113, 119). Det kontinuerliga samtalet är av betydelse, där patienten får möjlighet att uttrycka känslor som rädsla, sorg, ilska och frustration för att kunna få avsluta och se sammanhang (Strasser, Walker & Bruera, 2005). Det är även viktigt att skapa en öppning för patienten att tala om existentiella svårigheter. För att möjliggöra det krävs en förståelse kring betydelsen av de existentiella

problem som orsakar patientens lidande (Boston & Mount, 2006).

Genom kommunikation av icke-verbal karaktär kan sjuksköterskan läsa av patienten och patientens upplevelse av smärta (Blondal & Hallsdorsdottir, 2009). Oavsett om patienten har möjlighet att uttrycka sig eller inte ska denne ges en personcentrerad smärtlindring, där ledorden är förtroende, respekt och ömsesidighet (Ternestedt et al., 2012, s.108). Genom de smärtlindrande omvårdnadsåtgärderna kan betydelsefulla möjligheter till kommunikation skapas och är därför eftersträvansvärda.

På dagens vårdavdelningar arbetar sjuksköterskor i skift och således har patienten ofta olika vårdgivare från dag till dag. Men det är av stor vikt att teamarbetet är fungerande mellan olika professioner, då det är en av den palliativa vårdens hörnstenar (Strang, 2012b). Den skriftliga kommunikationen i form av dokumentation är betydelsefull för att vårdgivarna ska kunna tillgodose patientens behov. De 6 s:n kan användas som ett verktyg till att utforma en individfokuserad och omfattande dokumentation gjord efter patientens uttryckta behov och önskningsar (Ternestedt et al, 2012, s. 137; Ternestedt, Andershed, Eriksson & Johansson, 2002). Vårdgivarna kan sinsemellan lämna information om adekvat smärtlindring. Det är viktigt att utvärdera vad som fungerade respektive inte fungerade för patienten.

I den palliativa vården är en av hörnstenarna att stödja närstående, som inbegriper att sjuksköterskan bör kommunicera och stötta patientens sociala nätverk, då dessa kan ge en utökad bild av patienten (Strang, 2012b). Att som patienten få bevara de *sociala relationerna* kan ge en möjlighet till bibehållen självbild. De sociala relationernas betydelse kan gynna patientens känsla av välbefinnande, och många gånger kan de anhöriga hjälpa patienten med omvårdnad (Ternestedt et al., 2012, s.83, 90, 95). Massage, närvaro, värme och distraktion är omvårdnadsåtgärder som användes av anhörgivårdare för att lindra smärta hos patienter i den palliativa vården. Valet av metod var beroende av smärtytp, lokalisering och intensitet samt anhörigas tidigare erfarenhet och kunskap. Vissa gånger var analgetika det enda som fungerade, ibland var en kombination det optimala. Andra tillfällen ansåg de anhöriga att analgetika inte var nödvändigt, utan att omvårdnadsåtgärder var tillräckligt för att lindra smärta hos sina nära (Mehta, Cohen, Ezer, Carnecale & Ducharme, 2011). Det kan vara av betydelse att som sjuksköterska vara lyhörd för hur anhöriga utför sin vård, då deras kunskap är värdefull i och med deras relation till patienten. Valet av de omvårdnadsåtgärder mot smärta som närstående använde var i likhet med de som framgick i resultatet, vilket bekräftar omvårdnadsåtgärdernas användbarhet och betydelse.

Sjuksköterskor och patienter är eniga om att omvårdnadsåtgärder bör användas som ett komplement till farmakologisk behandling för att lindra smärta. Trots detta påpekas det att

omvårdnadsåtgärder inte används i den utsträckning som kunnat vara optimal. Anledningen till det är bristande tid och kunskap, något som krävs för att implicera omvårdnadsåtgärder som smärtlindring. Detta beskrivs även av Blondal & Haldorsdottir (2009), där sjuksköterskor upplevde en okunnighet gällande omvårdnadsåtgärder för smärtlindring. Deras kunskaper var framförallt grundade på farmakologiska insatser. Bristande tid togs även upp som en viktig faktor vid valet av behandling. Om det inte fanns tillräckligt med tid försvårades utförandet av en adekvat smärtlindring. Florin (2009) påpekar dock att om tid skapas för ett inledande möte med patienten där patientens omvårdnadsbehov identifieras, kan det framtida vårdandet underlättas. Det krävs dock en tillåtande miljö där personalen samarbetar och möjliggör för den enskilde sjuksköterskan att anslå tid för patienten. Tid för exempelvis samtal går inte alltid att planera. Sjuksköterskan behöver känna av situationer när patienten behöver någon att ty sig till (Ternestedt, 1998, s.46), något som kräver en tillåtande organisation och samarbete inom vårdteamet. Det är viktigt att ha en uttalad målsättning som alla i vårdtemat följer, där tydlighet, kompromisser och mogen konflikthantering bör vara ledord. Att arbeta i palliativ vård är krävande och det är därför viktigt att stödja varandra (Strang, 2012a, s.341-342).

10 Slutsats

I denna litteraturstudie är det fokus på smärtlindrande omvårdnadsåtgärder till patienter med cancersjukdom i palliativt skede. Patient, sjuksköterska och anhöriga, är alla eniga om att omvårdnadsåtgärder fyller en viktig funktion och att de i kombination med farmakologiska insatser kan skapa en fullgod smärtlindring - fysiskt, psykiskt och existentiellt. Dock används åtgärderna i allt för liten utsträckning på grund av bristande tid och kunskap. Detta resultat visar behovet av en förändrad attityd gällande omvårdnadsåtgärder vid smärtlindring då det är betydelsefullt att de impliceras i vården. Det finns fler alternativ för sjuksköterskan att använda vid smärtlindring, och inte bara morfín.

11 Implikationer i vården

Sjuksköterskan har ett ansvar att uppmärksamma och använda smärtlindrande omvårdnadsåtgärder då smärta är multidimensionell. Organisationen har likaså ett ansvar i att skapa en tillåtande arbetsmiljö där tid och kunskap finns. Resultatet beskriver användbara smärtlindrande omvårdnadsåtgärder och ger förklaring till varför de är viktiga. Med denna kunskap kan åtgärderna impliceras i vården. Genom ett fungerande teamarbete inom vårdorganisationen, där tid ges till samtal och närvaro med patienten, skapas möjlighet till

holistisk smärtlindring. Tidsaspekten bör inte ses som ett hinder utan fokus bör läggas på att även ”det lilla” kan vara betydande. En fem-minuters massage eller ett kort samtal kan resultera i en patient som är mer tillfreds och kräver mindre smärtlindring i form av analgetika.

I ett tidigt skede bör patient och anhöriga få information och tid till utbildning kring smärtlindrande omvårdnadsåtgärder, vilka åtgärder som finns, kan och bör användas. Att som patient vara välinformerad leder till en ökad kontroll över sin situation. Vi är övertygade om att De 6 s:n är en bra utgångspunkt för att tillämpa en smärtlindrande vård med holistiskt förhållningssätt i den palliativa vården.

Litteraturstudien har begränsningar, då den är baserad på ett fåtal vårdvetenskapliga artiklar och relevant forskning kan därmed ha förbisetts. Studien belyser endast ett litet urval av de aktuella smärtlindrande omvårdnadsåtgärder som finns att tillgå. Dessa begränsningar bör beaktas i implikationen.

12 Förslag för framtida forskning

Vi ser ett behov av vidare forskning kring smärtlindrande omvårdnadsåtgärder inom den palliativa vården. Förslag på vidare studier är;

- Forskning på verksamheter där smärtlindrande omvårdnadsåtgärder används och vilka faktorer det är som möjliggör att de tillämpas.
- Forskning om hur patienten självständigt kan använda sig av omvårdnadsåtgärder för smärtlindring.

13 Referensförteckning

* = Artiklar som använts i resultatet

- Afrell, M., Biguet, G., & Rudebeck, C-E. (2007). Living with a body in pain – between acceptance and denial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 291–296.
- Balboni, A, T., Paulk, E, M., Balboni, J, M., Phelps, C, A., Loggers, T, E., Wright, A, A., Block, D, S., Lewis, F, E., Peteet, R, J., & Prigerson, G, H. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of clinical oncology*, 28, 445-452
- *Beck, I., Runeson, I., & Blomqvist, K. (2009). To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care. *International journal of palliative nursing*, 15, (11), 541-545.
- Bergh, I. (2009). Smärta. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (s.489-510). Lund: Studentlitteratur.
- Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of clinical nursing*, 18, 2897-2906.
- Boston, H, P., & Mount, M, B. (2006). The Caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 32, (1), 13-26.
- *Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perception of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 45, (4), 410–419.
- Cancerfonden (2013a). *Om cancer*. [Hämtad 131007]. <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Fragor-och-svar/Vanliga-fragor-om-cancer/>.
- Cancerfonden (2013b). *Smärtbehandling vid cancer*. [Hämtad 131010]. <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Smartbehandling/>.
- Chapman, S. (2011). Chronic pain syndromes in cancer survivors. *Nursing Standard*, 25, (21), 35-41.
- *Duggleby, W. (2000). Elderly hospice cancer patients' descriptions of their pain experiences. *American journal of hospice and palliative care*, 17, (2), 111-117.
- Edvardsson, D., & Wijk, H. (2009). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (s.172-203). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. (2009). Symtom och tecken på ohälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (s.207-224). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- *Evans, J, M., & Hallett, E, C. (2007). Living with dying: a hermeneutic phenomenological study of the work of hospice nurses. *Journal of clinical nursing*, 16, 742-751.
- Florin, J. (2009). Omvårdnadsbehov och omvårdnadsdiagnostik. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling* (s.83-120). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012c). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.81-94). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012d). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.37-46). Lund: Studentlitteratur.

- Ganz, A. P. (2005). A teachable moment for oncologists: cancer survivors, 10 million strong and growing! *Journal of clinical oncology*, 23, (24), 5458-5460.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedenberg, P. (2009). Hälsobegreppet- synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s.237-262). Lund: Studentlitteratur.
- *Helmrich, S., Yates, P., Nash, R., Hobman, A., Poulton, V., & Berggren, L. (2001). Factors influencing nurses' decisions to use non-pharmacological therapies to manage patients' pain. *Australian journal of advanced nursing*, 19, (1), 27-35.
- Hermann, C., & Looney, S. (2001). The effectiveness of symptom management in hospice patients during the last seven days of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 3, (3), 88-96.
- Huskinsson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet*, 9, (2), 1127-1131.
- IASP. (2013). *Pain terms*. [hämtad 131009]. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Izumi, S., Nagae, H., Sakurai, C., & Imamura, E. (2012). Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics*, 19, (5), 608-618.
- Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlen, J. (2010). Livets slutskede - välbefinnande och död. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s.327-356). Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, O., & Rasmussen, H. B. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa* (s.793-835). Lund: Studentlitteratur.
- Mako, C., Galek, K., & Poppito, R. S. (2006). Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *Journal of palliative medicine*, 9, (5), 1106-1113.
- Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnecale, A. F., & Ducharme, F. (2001). Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncology nursing forum*, 38, (1), 37-45.
- *Meraviglia, G. M., McGuire, C., & Chesley, A. D. (2003). Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. *The journal of continuing education in nursing*, 34, (3), 122-127.
- Nationalencyklopedin. (2013). *Smärta*. [Hämtad 131002]. <http://www.ne.se/lang/smärta>.
- Nationalencyklopedin. (2014). *Välbefinnande*. [Hämtad 140116]. <http://www.ne.se/sve/välbefinnande>.
- Nationella Rådet För Palliativ Vård. (2013). *Vad är palliativ vård?* [Hämtad 131101]. www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-varld/
- *Nelson, P. J. (2006). Being in tune with life. Complementary therapy use and well-being in residential hospice residents. *Journal of holistic nursing*, 24, (3), 152-161.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Palliativregistret. (2013). *Förekomst av stark smärta under perioden 2012:4 – 2013:4 i Stockholms län*. [Hämtad 131101]. Tillgänglig på internet: <https://data.palliativ.se/app/utdata/Rapport.aspx>.
- Parker Oliver, D., Wittenberg-Lyles, E., Demiris, G., Washington, K., Porock, D., & Day, M. (2008). Barriers to pain management: caregiver perception and pain talk by hospice interdisciplinary teams. *Journal of Pain and symptom management*, 36, (4), 374-382.
- Sand, L., Strang, P., & Millberg, A. (2008). Dying cancer patients' experience of powerlessness and helplessness. *Support care cancer*, 16, 853-862.
- Segesten, K. (2012a). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.47-56). Lund: Studentlitteratur.

- Segesten, K. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.111-120). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2012c). Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.13-21). Lund: Studentlitteratur.
- *Seiger Cronfalk, B., Strang, P., Ternestedt, B-M., & Friedrichsen, M. (2008). The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care – an intervention. *Support care cancer, 17*, 1203-1211.
- *Sloan, A, P., Vanderveer, L, B., Snapp, S, J., Johnson, M., & Sloan, A, D. (1999). Cancer pain assessment and management recommendations by hospice nurses. *Journal of pain and symptom management, 18*, (2), 103-110.
- Socialstyrelsen. (2013). *Cancer i siffror*. [Hämtad 131101]. www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-5/Sidor/default.aspx.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Hämtad 131009]. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.
- Stark, L., Toftagen, C., Visovsky, C., & McMillan, C, S. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *Journal of hospice and palliative nursing, 14*, (1), 61-70.
- Strang, P. (2012a). *Cancerrelaterad smärta: onkologiska och palliativa aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Strang, P. (2012b). Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (s.30-34.) Stockholm: Liber.
- Strang, S., Strang, P., & Ternestedt, B-M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of clinical nursing, 11*, 48-57.
- Strasser, F., Walker, P., & Bruera, E. (2005). Palliative pain management: when both pain and suffering hurt. *Journal of palliative care, 21*, (2) 69-79.
- Ternestedt, B-M., Andershed, B., Eriksson, M., & Johansson, I. (2002). A good death, development of a nursing model of care. *Journal of hospice and palliative nursing, 4*, (3), 153-160.
- Ternestedt, B-M. (1998). *Livet pågår! – FOU 53: Om vård av döende*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ternestedt, B-M., Österlind, J., Hensch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n – en modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- *Volker, L, D., Kahn, D., & Penticuff, H, J. (2004). Patient control and end-of-life care part II: the patient perspective. *Oncology nursing forum, 15*, (5), 955-960.
- Weiss, S., Emanuel, L, L., Fairclough, L, D., & Emanuel, J, E. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *The Lancet, 357*, 1311–1315.
- Werner, M. (2010). Introduktion och kort historik. I M. Werner & I. Leden (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (s.13-26). Stockholm: Liber.
- WHO. (1998). *WHOQOL - user manual*. [Hämtad 140117]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf.
- WHO. (2012). *World health organization cancer control programme department of chronic diseases and health promotion*. [Hämtad 131007]. www.who.int/cancer/palliative/en/.
- Wise, M., & Marchand, L. (2013). Living fully in the shadow of mortal time: psychosocial assets in advanced cancer. *Journal of palliative care, 29*, (2), 76-82.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1, sökmatrix

Databaser	Sökord och avgränsningar	Antal träffar	Antal valda artiklar	Artikel Nr	Artikel
Cinahl	Pain relief AND cancer AND palliative AND nursing peer reviewed 2000-2013	61 Lästa abstract: 7	1	25	Living with dying: a hermeneutic phenomenological study of the work of hospice nurses.
Cinahl	terminal care pain cancer nursing peer reviewed 2000-2013	105 Lästa abstract: 7	1	81	Nurses' Needs for Education on Cancer and End-of-Life Care.
Cinahl	nurses pain management hospice peer reviewed 2000-2013.	69 Lästa abstract: 9	0	0	
Cinahl	Palliative care Author Ternstedt Peer reviewed. 2000-2013	21 Lästa abstract: 10	1	8	The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care—an intervention
Cinahl	nonpharmacological palliative nursing Peer reviewed År 2001-2013	6 Lästa abstract: 2	1	6	Factors influencing nurses' decisions to use nonpharmacological therapies to manage patients' pain.
Cinahl	Cancer AND alternative pain management AND hospice Peer reviewed	10 Lästa abstract: 4	1	5	Being in tune with life. Complementary therapy use and well-being in residential hospice residents
Pubmed	hospice AND cancerpain AND nursing AND experience	30 Lästa abstract: 6	2	18 22	Elderly hospice cancer patients' descriptions of their pain experiences. Cancer pain assessment and management recommendations by hospice nurses
Pubmed	cancer AND pain management AND hospice AND nursing.	108 Lästa abstract: 7	1	45	Patient control and end-of-life care part II: the advanced practice nurse perspective.
Pubmed	Ingela Beck	5 Lästa abstract: 1	1	5	To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care
Pubmed	Barbro Boström	5 Lästa abstract: 3	1	3	Cancer-related pain in palliative care: patients' perception of pain management

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar i resultat

författare	titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (urval och datainsamling, analys)	Resultat
Beck, I., Runeson, I., & Blomqvist, K.	To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care	2009, Sverige, International journal of palliative nursing	Att visa hur människor med cancer upplevde massage inom den palliativa vården där massage var integrerat i omvårdnaden.	Design: kvalitativ metod. Urval: åtta patienter med cancer som vårdades palliativt och fick massage i deras dagliga vård. Datainsamling: intervju med fenomenologisk ansats. Analys: genom flera steg; först utfördes en grundlig genomgång av intervjuerna som hade transkriberat. Därefter sorterades teman ut.	Massage skapade en upplevelse av inre fred hos patienterna. Under massagetillfällen kunde en känsla av värdighet och trygghet infinna sig samt att någon brydde som om dem. Massagen lindrade den fysiska smärtan och andra kroppsliga symtom. Minnena av massagen skapade en känsla av avslappning och varje tillfälle var värdefullt för patienten.
Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B.	Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management	2004, Sverige, Journal of advanced nursing	Att beskriva hur patienter med cancer-relaterad smärta upplever smärthantering/lindring i den palliativa vården.	Design: kvalitativ metod. Urval: 30 patienter med cancer som vårdades palliativt. Datainsamling: intervjuer med öppna frågor. Analys: genom en fenomenografisk ansats.	Patienternas beskrivning summerades i tre kategorier; <i>Kommunikation</i> ; behovet av en öppen och ärlig kommunikation med vårdpersonalen var stort, gällande alla frågor kring smärta. <i>Planering</i> ; patienterna ville vara delaktiga i planering kring smärtbehandling, och beskrev vikt av en välgjord planering. Det beskrevs en brist på kunskap kring omvårdnadsåtgärder som smärtlindring, både hos patienter och sjuksköterska <i>Tillit</i> ; patienterna la vikt vid att känna tillit till sig själv och till vårdgivaren. Speciellt tillit till sjuksköterskor då de hade en stor roll i smärtlindring. Engagerade och kompetenta sjuksköterskor uppskattades.
Seiger Cronfalk, B., Strang, P., Ternstedt, B-M., & Friedrichsen, M.	The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care - an intervention.	2009, Sverige, Support Care Cancer	Att undersöka hur patienter med cancer i palliativ hemvård upplever mjuk vävnadsmassage.	Design: Kvalitativ metod. Urval: 22 patienter med avancerad cancer som vårdades palliativt i hemmet. Datainsamling: Fenomenologisk intervju med patienten. Analys: Hermeneutisk metod med fokus på tolkningen av intervjuerna.	Vävnadsmassagen genererade i en känsla av kroppsligt välmående, mental avslappning och att vara befriad från sjukdom. Kroppen och själen kunde kännas som en helhet. Patienten kände sig sedd och upplevde en ökad känsla av meningsfullhet och välbefinnande.

Duggleby, W.	Elderly hospice cancer patients' descriptions of their pain experiences.	2000, USA, American journal of hospice & palliative care	Att identifiera och beskriva smärta hos äldre patienter på hospice som har cancersjukdom.	Design: kvalitativ metod. Urval: elva deltagare över 65 år som hade cancer samt vårdades på hospice. Datansamling: Intervjuer med öppna ostrukturerade frågor. Analys: Genom en konstant komparativ analys av Glaser och Strauss.	Deltagarna identifierade olika typer av smärta. De rangordnade den samt förklarade olika strategier för att minska smärtan. De skiljde på fysisk och psykisk smärta och uppgav att den psykiska var värst. Farmakologiska samt icke-farmakologiska metoder användes för att minska fysisk smärta, men deltagarna tyckte inte att det fanns något bot för deras psykiska smärta.
Evans, J. M., & Hallett, E. C.	Living with dying: a hermeneutic phenomenological study of the work of hospice nurses.	2007, England, Journal of clinical nursing	Utforska meningen med en tröstande vård hos hospicesjuksköterskor. Erbjuder en förståelse för hur det arbetet är eftersträvanvärt på ett hospice. Undersöka betydelsen av att sjuksköterskor på hospice erbjuder tröst till patienter på hospice.	Design: Kvalitativ metod. Urval: 15 sjuksköterskor som arbetade på hospice och hade erfarenhet av fenomenet. Datansamling: semistrukturerade intervjuer som genomfördes två gånger. Analys: Den tolkande ramen av hermeneutisk fenomenologi.	Tre teman identifierades: <i>Komfort/tröst och lättnad;</i> smärta hos patienterna var genomgående, men när det kunde kontrolleras skapades en känsla av tillfredsställelse. <i>Frid och befrielse;</i> Smärta är inte bara ett fysiskt fenomen utan kan även upplevas psykiskt, emotionellt och spirituellt. Komfort och tröst kunde erbjudas för att lugna den närvarande stormen hos patienten. <i>Andlighet och mening;</i> sjuksköterskorna beskriver spirituell komfort genom en lättnad av emotionella svårigheter, såsom rädsla för döden. Analgetika är inte alltid tillräckligt utan det kan behövas lindring på det djupare planet.
Helmrich, S., Yates, P., Nash, R., Hobman, A., Poulton, V., & Berggren, L.	Factors influencing nurses' decisions to use nonpharmacological therapies to manage patients' pain.	2001, Australien, Australian journal of advanced nursing	Att undersöka sjuksköterskors uppfattning kring användningen av icke-farmakologiska behandlingar mot smärta och att identifiera faktorer som influerar sjuksköterskor till att använda dessa.	Design: Kvalitativ metod. Urval: 37 sjuksköterskor från olika avdelningar på australiensiska sjukhus. Datansamling: Fokusgrupps möten som utgick från PRECEDE-modellen samt ett formulär för demografisk information. Analys: Teman från det inspelade materialet analyserades fram inom ramen för PREDECE. Huvudteman och subteman togs ut och användes i en andra analys av originalmaterialet.	Icke-farmakologiska behandlingar mot smärta användes av många sjuksköterskor. Exempel var massage, avslappning och värme, och de ansågs som ett gott komplement för att lindra smärta och öka känslan av välbefinnande hos patienter. Att använda sig av icke-farmakologiska behandlingar skapade en kontroll hos patienter samt en relation mellan sjuksköterska och patient. Tidsbrist och stöd från organisationen var dock otillräckligt.

Meraviglia, G, M., McGuire, C., & Chesley, A, D.	Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care.	2003, USA, Journal of continuing education in nursing	Att belysa sjuksköterskans behov av vidare kunskap kring cancer och palliativ vård.	<p>Design: Kvantitativ metod.</p> <p>Urval: 342 sjuksköterskor deltog som var slumpmässigt utvalda.</p> <p>Datainsamling: ett frågeformulär med tre delar.</p> <p>Analys: Hur formuläret analyserades framkommer ej.</p>	<p>Delas in i fyra delar;</p> <p><i>Fortsatt utbildning;</i> sjuksköterskor beskrev att de genomgår en fortsatt utbildning grundad på Nurse Oncology Education Program, genom bl.a. workshops och egna studier.</p> <p><i>Cancerrelaterad omvårdnad;</i> Många sjuksköterskor uppgav en osäkerhet gentemot omvårdnad och spirituell vård till palliativt sjuka patienter.</p> <p><i>Behov av utbildning inom cancervård;</i> Sjuksköterskor uppgav ett behov av ytterligare kunskap kring cancer samt kring komplimenterade terapier.</p> <p><i>Behov av utbildning inom vård i livets slutskede;</i> sjuksköterskorna ansåg att patienter och anhöriga ofta hade frågor kring den palliativa vården, och att de behövde få information gällande livskvalité-frågor.</p>
Nelson, P, J.	Being in tune with life. Complementary therapy use and well-being in residential hospice residents	2006, USA, Journal of holistic nursing	Att utvärdera upplevelsen av komplimenterande omvårdnadsåtgärder hos femton patienter på hospice samt hur komplimenterande omvårdnadsåtgärder används inom hospicevården.	<p>Design: Kvalitativ metod.</p> <p>Urval: femton patienter som vårdas på hospice, varav tolv hade cancer.</p> <p>Datainsamling: semistrukturerade intervjuer, observation av deltagare samt journaler.</p> <p>Analys: ”The Ethno-graph version 5”.</p>	<p>Tre teman uppkom:</p> <p><i>Att få uppleva komplimenterande omvårdnadsåtgärder;</i> beskriver patienters upplevelser och känsla av välbefinnande utifrån komplimenterade omvårdnadsåtgärder såsom musik, massage och akupunktur. Åtgärderna hade en positiv verkan och stärkte även analgetikans effekt av smärtstillande.</p> <p><i>Återförenas med livet genom god omvårdnad;</i> Här beskrivs patienters upplevelse av vårdandet i relation till vårdkulturen, att den var betydelsefull för välbefinnande. Den goda omvårdnaden gynnade patientens kontroll över situationen.</p> <p><i>En närvaro i relationen mellan vårdtagare och vårdgivare;</i> interaktionen mellan vårdtagare och vårdgivare hade stor betydelse, och genom en närvaro vid de komplimenterade terapierna kunde en betydande relation skapas.</p>
Sloan, A, P., Vanderveer, L, B., Snapp, S, J., Johnson, M., & Sloan, A, D.	Cancer pain assessment and management recommendations by hospice nurses.	1999, USA, Journal of Pain and Symptom Management	Att använda ett presterande test för att utvärdera hospicesjuksköterskors hantering i svår	<p>Design: Kvantitativ metod</p> <p>Urval: 27 sjuksköterskor som arbetade på hospice.</p> <p>Datainsamling: sjuksköterskorna genomförde en smärtbedömning av</p>	<p>Sjuksköterskor visade kompetens i att bedöma smärtintensitet, smärtlokalisering samt smärtlindrande faktorer.</p> <p>Många rekommenderade och förespråkade opioider som smärtlindring. Gällande icke-farmakologisk</p>

			smärta hos cancerpatienter och deras smärthanteringsrekommendationer.	en patient med cancer och fick svara på frågor gällande bedömningen. Analys: Envägs-analyser av skillnader (ANOVA).	smärthantering var massage, värme och avslappning det vanligaste alternativet.
Volker, L. D., Kahn, D., & Penticuff, H. J.	Patient control and end-of-life care part II: the patient perspective	2004, USA, Oncology nursing forum.	Att undersöka hur människor avancerad cancers önskningar gällande personlig kontroll och komfort i livets slutskede.	Design: Kvalitativ metod. Urval: sju personer med avancerad cancer i palliativt skede. Dataanalys: genom deskriptiva intervjuer med patienten. Analys: Denzin's interpretive process.	Sex teman: <i>Bevarande av identitet;</i> Betydelsen av att behålla sin kontroll och respekt betonas, samt en oro kring att förlora sin autonomi. <i>Kontroll av smärta och andra symtom;</i> Det beskrevs en oro kring att symtom inte skulle bli tillräckligt lindrande, exempelvis smärta. <i>Behandlingshantering;</i> Viljan av att själv kunna välja behandling är stark, samt att kunna leva fullt ut under så lång tid som möjligt. <i>Hantering av återstående tid;</i> prioritering gjordes och många deltagare uppgav att de nu spenderade mer tid med familjen. <i>Hantering av familjens påverkan;</i> En oro fanns kring familjemedlemmar och deras sorg. Deltagare uppgav en känsla av att inte vilja vara en börda för de anhöriga. <i>Kontroll över döendet;</i> En ovisshet kring döden skapade en oroskänsla. Känslan av kontroll var viktig, enda in i det sista.