



LUNDS  
UNIVERSITET

# MEDICINSKA FAKULTETEN

## Sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring vid palliativ vård.

Författare: Daniel Andersson & Kim Stridh

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring vid palliativ vård.

## Nurses' experiences of pain relief in palliative care.

Författare: Daniel Andersson & Kim Stridh

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

### Abstrakt

**Bakgrund:** Smärta är det vanligaste och mest fruktade symtomet inom palliativ vård. Livskvaliteten påverkas negativt av smärta och smärtan ökar över tid i relation till sjukdomsprogression. Djupare förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring kan minska lidandet för patienter i livets slutskede. **Syfte:** Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring vid palliativ vård. **Metod:** Icke-systematisk litteraturstudie med integrerad analys. **Resultat:** Fyra teman framkom: *Betydelse av partnerskap, Mental påverkan av patientens lidande, Behov av stöd från organisationen och Värde av kompetens och lärande.* Rädslor, bristande kommunikation samt brist på kunskap och erfarenhet ansågs hindra adekvat smärtlindring. God relation till patienten samt delaktighet och stöd till närstående resulterade i effektiv smärtlindring. Fortsatt forskning om sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring skulle kunna belysa ytterligare hinder och främjande faktorer för adekvat smärtlindring.

### Nyckelord

Sjuksköterska, erfarenheter, smärtlindring, palliativ vård, kommunikation, kompetens, partnerskap, närståendestöd

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde .....	2
Bakgrund	3
Teoretisk referensram .....	3
Palliativ vård .....	4
Kommunikation och relation .....	5
Stöd till närstående .....	6
Tvärprofessionellt samarbete .....	6
Sjuksköterskans profession .....	7
Sjuksköterskans bedömning av smärta .....	8
Klassificering av smärta .....	8
Farmakologisk lindring av smärta .....	9
Komplementära åtgärder till farmakologisk smärtlindring .....	9
Syfte	10
Metod	10
Urval .....	10
Datainsamling .....	11
Dataanalys .....	15
Forskningsetiska avvägningar .....	16
Resultat	17
Betydelse av partnerskap .....	18
Mental påverkan av patientens lidande .....	20
Behov av stöd från organisationen .....	21
Värde av kompetens och lärande .....	23
Diskussion	25
Diskussion av vald metod .....	25
Diskussion av framtaget resultat .....	27
Patientrelationens påverkan på smärtlindring	27
Främja närhet till närstående	29
Kunskap för att överkomma rädsla med stöd av organisationen	30
Slutsats och kliniska implikationer	32
Författarnas arbetsfördelning	33
Referenser	34
Bilaga 1	42
Artikelmatris .....	42

# Introduktion

## Problemområde

Enligt World Health Organization (WHO) syftar palliativ vård till att öka livskvaliteten hos patienter med livshotande sjukdomar (WHO, 2020). Samtidigt lider många patienter av smärta i livets slutskede (Smith et al., 2010). Homsí et al. (2006) undersökte förekomsten av symtom inom den palliativa vården hos patienter. Totalt identifierades 2397 symtom. Resultatet visade att smärta var det mest besvärande symtomet. Smärta har stor negativ påverkan på patienters livskvalitet och är även det symtom som patienter är mest rädda för (Homsí et al., 2006). I en nationell undersökning i USA rankades frånvaro av smärta som den högst prioriterade attributen för god livskvalitet av patienter, anhöriga, läkare och annan vårdpersonal (Steinhauser et al., 2000). Dock tyder forskning på att 51% av patienter inom palliativ vård upplever smärta i livets slut (Sykes & Thorns, 2003). Smith et al. (2010) indikerar att personer med svåra eller livshotande sjukdomar upplever en ökande smärta över tid, eftersom sjukdomen kan eskalera. Prevalensen av måttlig till svår självskattad smärta ökade från 30,7% till 47,4% under två års tid. Studier har även visat att smärta i livet slutskede i många fall är otillräckligt behandlad (Alvariza et al., 2019; Karlsson, 2013; Romem et al., 2015; Werner, 2005).

Smärtlindring inom palliativ vård är ett mångfacetterat problem, som kräver ett tvärprofessionellt samarbete (Geum, 2019). Sjuksköterskor inom den kommunala palliativa vården beskrev att där fanns en brist på anvisningar inom omvårdnaden, samt att deras kompetens inom omvårdnad inte togs på allvar. Avsaknad av tydligt mandat resulterade ofta till onödiga sjukhusbesök för patienterna (Törnquist et al., 2013). Sjuksköterskans kompetens kan också ifrågasättas av undersköterskor och vårdbiträden om patientens smärta inte lindras (Beck et al., 2012). Forskning visar att smärtlindring i livets slut riskerar att inte vara optimal. Ytterligare kunskap behövs således avseende sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring för att nå djupare förståelse om hur sjuksköterskor kan minska lidandet för patienter och därmed höja livskvaliteten i livets slutskede.

# Bakgrund

## Teoretisk referensram

Litteraturstudien är skriven ur ett vårdarperspektiv. Sjuksköterskans professionella ansvar är en omvårdnad grundad i humanistisk människosyn. I vårdarbetet ska sjuksköterskan främja en vård med öppen dialog för att säkerställa att mänskliga rättigheter och värderingar hos individer och närstående respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Cornelia Ruland och Shirley Moores teori om Peaceful End-of-Life baseras på två antagande: händelser och känslor i livets slutskede är personliga och individualiserade samt att omvårdnad är avgörande för att skapa frid i livets slutskede (Alligood, 2010). Ruland och Moore (1998) belyser att läkarens fokus från patienten försvinner i livets slutskede, när målet med vården skiftar från kurativ till behandlande. Målet med omvårdnaden i livets slutskede är att uppnå så hög livskvalitet som möjligt fram tills en stillsam och lugn död. Livets slutskede ska bestå av känslor av lugn, harmoni och belåtenhet, fritt från ångest, rastlöshet, oro och rädsla (Ruland & Moore, 1998).

Komfort och frihet från smärta är två av Ruland och Moores huvudkoncept. Att inte vara i smärta definieras som i att inte uppleva smärta (Ruland & Moore, 1998), vilket tyder på att smärta är en individuell upplevd förnimmelse. Sjuksköterskan kan genom administrering och övervakning av farmakologiska och icke farmakologiska interventioner bidra till patientens upplevelse av att inte vara i smärta (Ruland & Moore, 1998). Smärta beskrivs som en obehaglig sensorisk eller känslomässig upplevelse förknippat med faktisk eller möjlig vävnadsskada (Alligood, 2010). Komfort beskrivs som ett tillstånd av lättja och fridfullhet med befrielse av obehag. Obehag ska förebyggas hos patienten och vila, avslappning, belåtenhet och allt som gör livet enkelt och njutbart ska främjas. Patientens uttryckta önskningar och behov måste uppmärksammas och patienten ska bemötas med empati, respekt och värdighet (Ruland & Moore, 1998).

Familj och anhöriga är en stor del av patientens upplevelse av ett fridsamt slutskede av livet (Alligood, 2010). Familj och anhöriga ska vara delaktiga vid vård och beslut angående patientens omvårdnad. Emotionellt stöd till anhöriga ska tillhandahållas genom att bemöta deras frågor, sorg och oro. Sjuksköterskan bör även främja och uppmuntra till att patienten

och familjen träffas för att gagna närhet i livets slutskede. Sjuksköterskan bör även främja och uppmuntra till att patienten och familjen träffas för att gagna närhet i livets slutskede (Ruland & Moore, 1998).

Genom ett empatiskt förhållningssätt med ett holistiskt synsätt på omvårdnaden och en medvetenhet om komplexiteten involverad i att vårda patienter i livets slutskede, kan sjuksköterskans bidra till patientens upplevelse av komfort, respekt, värdighet, närhet till anhöriga eller vårdare och frihet från smärta.

## **Palliativ vård**

International Association for Hospice and Palliative Care definierar palliativ vård som en aktiv holistisk vård av individer i alla åldrar med allvarligt hälsorelaterat lidande till följd av svår sjukdom, framför allt till de i livets slutskede. Palliativ vård strävar efter att förbättra livskvaliteten hos patienter, deras familj och vårdare (International Association for Hospice and Palliative Care, 2018). Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid (Svenska palliativregistret, 2021). Överskådlig framtid kan innebära några timmar, dagar, veckor eller månader. Tidsramen på livets slutskede kan variera beroende på patientens diagnos (Socialstyrelsen, 2018). Inom palliativ vård anses liv, döende och död som naturligt förlopp i en människas liv. Palliativ omvårdnad uppstår efter ett brytpunktssamtal där sjukdomssymtom går från behandling till lindring. Enligt Socialstyrelsen (2020) bygger palliativ vård på fyra hörnstenar: symtomlindring, kommunikation och relation, stöd till närstående och tvärprofessionellt samarbete. Målsättningen är inte att förlänga eller förkorta livet utan att skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet (Strang, 2005a). Begreppet livskvalitet innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter. Palliativ vård består av mer än bara identifiering av symtom och symtomlindring. Även psykosociala och existentiella faktorer innefattas, men för att stödet i det psykosociala och existentiella ska fungera, bör symtomlindring uppnås i bästa möjliga mån (Strang, 2005a). Smärta är det symptom som ses tydligast och är mest fruktat inom den palliativa vården. Smärta är även ett vanligt symptom som både har ett stort fokus och ofta närvarar vid livets slutskede (Smith et al., 2010). Smärtlindring är endast en del av palliativ vård, men är viktigt att uppnå eftersom smärta i sin fysiska form kan ge sekundära

effekter i form av att det psykosociala och existentiella stödet inte ger lika god effekt eller inte kan genomföras överhuvudtaget (Strang, 2005a).

Palliativ vård har historiskt varit fokuserad på patienter med cancerdiagnoser. Människor med andra diagnoser, till exempel kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt och njursvikt, har haft en sämre tillgång till palliativ vård. Människor med andra terminala diagnoser än cancer har fått en mer behandlande och botande fokusering, vilken är mer detaljorienterad än den palliativa vården, som lindrar lidande och symtom (Alvariza et al., 2019; Strang, 2005b). Smith et al. (2010) visade på en fördelning av terminala diagnoser, där 29,7% var hjärtsjukdomar, 27,6% cancer, 16,7% plötslig död, 14,2% andra orsaker och 11,8% skörhet. Olika diagnoser ger olika symtom i början på sjukdomsförloppet, men när förloppet av sjukdomen går in i ett sent och palliativt skede har många patienter ofta liknande symtom. Exempel på symtom i slutskedet är smärta, dyspné, ångest och illamående (Alvariza et al., 2019; Strang, 2005b).

## **Kommunikation och relation**

Kommunikation och relation är en av hörnstenarna vars syfte, likväl som resterande tre hörnstenar, är att främja patientens livskvalitet. Fokus ligger på kommunikation och relation gentemot patienten och närstående, men även inom vårdteamet (Socialstyrelsen, 2013; Regionala cancercentrum, 2021). Patienten har rätt till information om sitt hälsotillstånd samt vård- och behandlingsförlopp, men även rätten att avstå information om så önskas (Patientlag, 2014). Samtal och information är grundläggande för att patienten ska kunna vara delaktig och få personcentrerad vård. Involverande av närstående i samtalen är fördelaktigt för båda parter under förutsättning att patienten inte önskar sekretess (Socialstyrelsen, 2013; Regionala cancercentrum, 2021). Att ha samtal av god kvalitet kräver lugn trygg miljö samt ett öppet sinne där patientens och eventuellt närståendes tankar och frågor är i fokus. Tid ska även åsidosättas till återkoppling där vårdpersonal kan uppfatta om patienten förstått informationen. Vårdpersonal behöver även vara uppmärksam på signaler som tyder på stressreaktioner (Birgegård, 2012; Regionala cancercentrum, 2021). Samtal av god kvalitet ökar både livskvaliteten samt vårdkvaliteten för patienten och kan stärka relationen mellan patient, närstående och vårdteamet, vilket leder till sänkta vårdkostnader och mindre risk för överbehandling. Samtal kan även minska ångestkänslor samt nedstämdhet hos både patienter

och närstående, samt begränsa risken för komplicerade sorgereaktioner (Regionala cancercentrum, 2021). Wu (2020) beskriver att samtal möjliggör till effektivare smärtlindring genom att patienten kan beskriva upplevelsen av sin smärta. Vidare beskriver Regionala cancercentrum (2021) att vårdpersonalen har ansvar för att fånga upp behovet av samtal, dock genomförs inte samtal i tillräcklig utsträckning.

## **Stöd till närstående**

Sjukvården bör inkludera och stödja närstående för att uppnå god palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013). När barn är närstående inträder flertalet lagar som innebär att uppmärksamma och stödja efter behov. Information, råd och olika former av stöd skall ges efter individens behov och förutsättningar (Socialstyrelsen, 2013). Patienten har rätt till sekretess och hålla närstående utanför om så önskas. Inom palliativ vård särställs dock barn till vårdnadshavare i sekretesslagen och kan inte exkluderas (Regionala cancercentrum, 2021). Närståendes hälsa påverkas negativt av att patienten är döende vilket kan motverkas genom inkludering, information samt samtal. Punkter som trygghet, tillgänglighet, personalens attityder, kontinuitet och symtomkontroll framförs som viktiga för närstående. Även ett deltagande i vården kan upplevas som positivt för närstående (Milberg, 2012; Regionala cancercentrum, 2021). Patient och närståendes mående sammanhänger och påverkas av varandra vilket poängterar betydelsen av närheten och tid tillsammans för patient och närstående (Millberg, 2012; Steinhauser et al., 2000). Vid behov och önskan fortlöper vårdens kontakt med närstående efter patientens bortgång i form av efterlevande samtal (Socialstyrelsen, 2018).

## **Tvärprofessionellt samarbete**

Samverkan mellan olika instanser och professioner är både en förutsättning och ett lagkrav för att uppnå en god palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013). Hälso- och sjukvårdens olika vårdnivåer samt socialtjänstens vård och omsorg kopplas in efter behov och skall samverka i den utsträckning som krävs. Huvudmännen ansvarar för instansernas välfungerande samarbete och nivån av samverkan mellan olika instanser är beroende av patientens behov och önskemål (Socialstyrelsen, 2013). Ett multiprofessionellt team består av minst en läkare, sjuksköterska och undersköterska för allmän palliativ vård, men anpassas och utökas efter



behov och önskemål (Socialstyrelsen, 2013; Regionala cancercentrum, 2021). Integrationen i teamet sker på olika sätt där multiprofessionellt arbetssätt innebär självständiga professioner som arbetar sida vid sida och meddelar vad som genomförts. Interprofessionellt arbetssätt innebär att planera, genomföra samt utvärdera vård och behandling tillsammans för att skapa gemensamma arbetsprocesser. Transprofessionellt arbetssätt innebär att olika professioner rör sig över gränserna för professionen och vid behov kan utföra andra professioners uppgifter. Oavsett integration krävs kommunikation, kunskap och tillit för att erbjuda god vård. Vid välfungerande teamwork lär medlemmar av varandra och utvecklas tillsammans (Regionala cancercentrum, 2021). Sjuksköterskan är omvårdnadsexpert i teamet som ska genom ett holistiskt tänkande se hela människan i vården. Omvårdnadsåtgärder genomförs för att vårda patienten och närstående. I teamet fyller sjuksköterskan även en viktig funktion genom koordination av andra professioner, eftersom sjuksköterskan oftast är den som tidigast identifierar hälsotillstånd som kräver ytterligare expertis. Korrekt och utförlig dokumentation är av stor vikt så andra i teamet är införstådda i problem och kan följa upp insatser samt för att patienten inte ska behöva upprepa sig (Friedrichsen, 2012).

## **Sjuksköterskans profession**

Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde samt kompetens och innefattar både patientnära arbete och det vetenskapliga kunskapsområdet. Arbetet ska grundas i humanistisk människosyn, vilket betyder att alla människor har lika värde och varje individ anses vara en unik person med egna behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Sjuksköterskans ansvar- och funktionsområde är att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande, behandla, rehabilitera, habilitera, undervisa, handleda, organisera, arbetsleda, administrera, utveckla professionen samt kvalitetssäkra och forska (Jahren et al., 2016).

Vikten av samarbete och kommunikation är central för sjuksköterskan. Undersköterskor och vårdbiträden är oftast den största gruppen i arbetsteamet inom palliativ vård, vilket betonar vikten av god handledning och arbetsledning till undersköterskor och vårdbiträden (Beck et al., 2010). Beck et al. (2010) visade att erhålla delegation och bli instruerad av sjuksköterskans ansågs som ett erkännande av undersköterskors kompetens. Undersköterskorna kunde även uppleva att sjuksköterskor inte tog på sig ledarrollen. För att sjuksköterskan ska ses som en ledare, och inte bara en kollega, krävs det att sjuksköterskan

lyssnar och instruerar undersköterskor och vårdbiträden samt tar ansvar för patienternas omvårdnad (Beck et al., 2010).

## **Sjuksköterskans bedömning av smärta**

En av sjuksköterskans huvuduppgifter är att bedöma och lindra smärta. Smärtan ska uppmärksammas, identifieras, värderas och dokumenteras. Hjälpmedel för att underlätta bedömning av smärta är olika typer av smärtskalor. Dock viktigt att poängtera att värdet på smärtskalan har inget värde i sig, utan är ett mått på patientens självupplevda sensation. Patienten måste få utrymme att beskriva sin smärta så att sjuksköterskan kan värdera och dokumentera den (Bergh, 2014). En del av smärtskalorna är utformade för att patienten själv ska skatta smärtan, som Visuell Analog Skala, Numerisk Skattningsskala, Acceptance Symptom Assessment Scale, Short Form-McGill Pain Questionnaire och Brief Pain Inventory short form. Om patienten har svårt att kommunicera smärta finns det skalor som utvärderar smärtan beroende på somatiska, psykomotoriska och psykosociala reaktioner. Exempel på skalor som används vid kommunikationssvårigheter är Abbey Pain Scale och Doloplus-2 (Bergh, 2014).

Davoudi et al. (2008) jämförde sjuksköterskor och patienters skattning av smärta. Resultatet visade att sjuksköterskor skattade smärtan rätt i 60% av fallen samt underskattade och överskattade smärtan 27,6% respektive 12,4%. Studien visade även på en högre smärta hos kvinnliga patienter jämfört med manliga patienter och hos singlar mer än gifta patienter. Patienter med 2–4 tidigare inläggningar på sjukhus skattade även sin smärta högre jämfört med de patienter som var inlagda för första gången. Sjuksköterskor med 2–5 års erfarenhet var mer sannolika att skatta smärtan rätt, men även underskatta smärtan, jämfört med mindre erfarna sjuksköterskor som oftare överskattade smärtan (Davoudi et al., 2008).

## **Klassificering av smärta**

Smärta kan klassificeras från ett tidsmässigt perspektiv, akut eller långvarig, samt orsak. Etiologiska klassificeringar är nociceptiv, neuropatisk eller idiopatisk smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2014a). Smärta behöver dock inte ha en påvisad aktivitet av smärtnerver utan är en subjektiv och individuell upplevd sensation. Smärtupplevelsen kan beskrivas utifrån tre

komponenter; sensorisk diskriminativ, affektiv och kognitiv. Sensorisk diskriminativ beskriver lokalisation, intensitet, karaktär och duration. Affektiv beskriver obehag som är förenat med smärta och kognitiv innefattar smärtans inverkan på tankar och handlingar. Tidigare erfarenheter av smärta, ålder och kön har en påvisad effekt på graden av upplevd smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2014a).

## **Farmakologisk lindring av smärta**

Smärta i palliativt skede har ett nociceptivt eller neurogent ursprung. Ursprunget kan också vara en kombination av båda. Förståelse för vilken sorts ursprung smärtan har är viktigt för att kunna administrera rätt läkemedel för bästa möjliga smärtlindring (Läkemedelsverket, 2010; Werner, 2005). Nociceptiv smärta behandlas och svarar i regel bra på paracetamol, COX-hämmare och opioider. Neurogen smärta kräver ofta tillägg av adjuvanta läkemedel som antiepileptika, tricykliska antidepressiva och glukokortikoider (Werner, 2005). Opioider är grunden för smärtlindring i palliativ vård (Geum et al., 2019; Romem et al., 2015). Studien av Geum et al. (2019) visar på vikten av samarbete mellan professionerna där läkare, farmaceut och sjuksköterskor samarbetade för att optimera smärtbehandlingen för patienterna som blev inlagda på en palliativ enhet. Vid inläggning kontrollerades och korrigerades medicinordinationer vilket resulterade till en ökad användning av intravenös morfin, antiepileptika och antidepressiva. Interventionerna resulterade i en minskning av patienternas självuppskattade smärta (Geum et al., 2019).

## **Komplementära åtgärder till farmakologisk smärtlindring**

Förutom farmakologisk behandling används komplementära åtgärder för smärtlindring. Patienter med långvarig smärta har ofta varit fysiskt inaktiva över en lång tid. Fysisk aktivitet har visat ha en smärtlindrande effekt och kan dessutom öka livskvalitén (Norrbrink & Lundeberg, 2014b). Alvariza et al. (2019) framhäver vikten av munvård där förebyggande åtgärder har betydelse för patienten i form av näringsintag, socialt sammanhang och psykologisk betydelse. Munvård kan även innebära att den som utför munvården har en möjlighet att göra en betydelsefull insats för patienten vilket både ökar livskvaliteten, men även ger en intim kontakt vilket kan minska upplevd smärta. Risken för trycksår och nyttan att vända patienten måste balanseras. Trycksår skall undvikas men vändningen av patienten

kan vara smärtsam och bör inte utföras för ofta om patienten är i slutet av livet (Alvariza et al., 2019).

Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) är en stimuleringsteknik för smärtlindring.

TENS kan fungera både som ensam smärtlindrande metod eller i komplement till andra.

Behandling med värme och kyla kan även användas i smärtdämpande syfte.

Avspänningsövningar kan även ha en dämpande effekt om patienten är spänd och stressad.

Distraction genom att göra något man gillar och är kapabel till att göra kan leda till att fokus tas från smärtan till aktiviteten (Norrbrink & Lundeberg, 2014b). Reynolds et al. (2013) slår fast att inget sjuksköterskor gör är mer fundamentalt för livskvalitet hos patienter i livets slutskede än att lindra smärta.

## Syfte

Syftet med litteraturstudien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring vid palliativ vård.

## Metod

Syftet har besvarats genom en icke-systematisk litteraturstudie som innefattar 10 kvalitativa studier. En litteraturstudie kan beskrivas som en översikt av vetenskaplig litteratur för att svara på en specifik fråga och anses vara bra för att förstå eller lösa specifika kliniska problem (Kristensson, 2014). Litteraturstudier kan användas för att skapa en överblick över ett avgränsat område och även för att skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning (Friberg, 2017). Litteraturstudien utfördes med induktiv ansats.

## Urval

Urvalet till litteraturstudien bestod av studier relevanta för syftet och problemställning. I försök att uppnå en så bred och djup förståelse för det aktuella ämnesområdet som möjligt inkluderades initialt både kvalitativa och kvantitativa ansatser. Till följd av kvalitetsgranskningen föll däremot studierna med kvantitativ ansats bort. Databaserna Pubmed, CINAHL complete och Psycinfo användes för att söka studierna. Inklusionskriterier

var att studierna skulle inkludera sjuksköterskor, smärtlindring, palliativ vård och även vara referentgranskade, skrivna på engelska och publicerade tidigast 2010 samt vara granskade av en forskningsetisk kommitté, alternativt att de som utfört studien har fört ett etiskt resonemang.

## **Datainsamling**

Litteratursökningen är viktig för kvaliteten på litteraturstudien, då studierna som tas fram grundar för resultat och slutsatser (Kristensson, 2014). Sökningarna efter vetenskapliga artiklar gjordes i databaserna Pubmed, CINAHL complete och Psycinfo. Pubmed har åtkomst till databasen Medline som innefattar ca 95% av all medicinsk-och omvårdnadsforskning. CINAHL complete innehåller 4,5 miljoner indexerade artiklar och fler än 3000 vetenskapliga tidskrifter som är granskade och godkända. Databasen Psycinfo har en huvudsaklig fokus på beteendevetenskap, men inkluderar även vetenskapliga artiklar inom medicin och omvårdnad (Willman et al., 2016).

Olika söktermer existerar i databaserna och kan sammanfattas i form av indexord, fritextsökning och Booleska sökoperatorer. Databaserna är uppbyggda på olika sätt med hänseende till indexord. Pubmed använder MeSH, CINAHL använder Subject Heading Lists och Psycinfo använder Psychological Index Terms. Booleska sökoperatorerna AND OR NOT kan användas för att vidga, utesluta och specificera sökningar (Kristensson, 2014).

Första sökningen gjordes i Psycinfos databas, se tabell 1. Sökningen gjordes den 15/11–21. Sökningen genomfördes i fritext och med Thesaurus of Psychological Index Terms. Fritext som användes var nurse OR nurses AND experience AND Thesaurus termer DE "Pain Management" AND DE "Palliative Care". Sökningen gav 28 resultat. Efter limits applicerats i form av studier publicerade tidigast 2010, engelska och referentgranskade, framkom 19 resultat. I CINAHL genomfördes sökningen 16/11–21, se tabell 2. Sökningen genomfördes i fritext och fraserna "nurses experience" OR "nurses perception" OR "nurses attitude" OR "Attitude of Health Personnel" AND "pain nursing" OR "pain management" OR analgesics AND "palliative care" OR "palliative nursing" OR "palliative patients" OR "Terminally Ill Patients" OR "Hospice Care" OR "end-of-life care" OR "palliative medicine". Sökningen gav 170 resultat. Efter limits applicerats i form av studier publicerade tidigast 2010, engelska och

referentgranskade, framkom 96 resultat. Pubmed sökningen genomfördes den 17/11–21, se tabell 3. Sökningen genomfördes i fritext, fraser och med MeSH termer. Sökningen bestod av nurse OR nurses AND experience OR experiences OR perception OR attitudes OR "nurses experiences" AND "pain management" OR Analgesics OR "pain nursing" AND "Palliative Care"[MeSH] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[MeSH] OR "Palliative Medicine"[MeSH] OR "end-of-life care" OR "terminally ill" OR "terminal care". Sökningen gav 242 resultat. Efter limits applicerats i form av studier publicerade tidigast 2010 och engelska, framkom 118 resultat. Studier som framkom i Pubmed granskades manuellt angående referentgranskning. Alla sökningar genomfördes med blocksökningsteknik.

**Tabell 1.** Sökning i databasen Psycinfo

Databas: Psycinfo	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultat
#1	nurse or nurses	76 496				
#2	experience	638 427				
#3	DE "Pain Management"	12 837				
#4	DE "Palliative Care"	14 797				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	28				
#6	#5 AND Limits	19	15	7	3	3

Limits: Studier publicerade 2010 eller senare, engelska och referentgranskade.

**Tabell 2.** Sökning i databasen CINAHL complete.

<b>Databas: CINAHL</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstrakt</b>	<b>Lästa i fulltext</b>	<b>Granskade</b>	<b>Inkluderade i resultatet</b>
#1	"nurses experience" OR "nurses perception" OR "nurses attitude" OR "Attitude of Health Personnel"	70 106				
#2	"pain nursing" OR "pain management" OR analgesics	73 387				
#3	"palliative care" OR "palliative nursing" OR "palliative patients" OR "Terminally Ill Patients" OR "Hospice Care" OR "end-of-life care" OR "palliative medicine"	72 946				
#4	#1 AND #2 AND #3	170				
#5	#4 And Limits	96	25	10	3	2

Limits: Studier publicerade 2010 eller senare, engelska och referentgranskade.

**Tabell 3.** Sökning i databasen Pubmed.

<b>Databas: Pubmed</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstrakt</b>	<b>Lästa i fulltext</b>	<b>Granskade</b>	<b>Inkluderade i resultat</b>
#1	nurse OR nurses	405 385				
#2	experience OR experiences OR perception OR attitudes OR "nurses experiences"	2 049 382				
#3	"pain management" OR Analgesics OR "pain nursing"	682 578				
#4	"Palliative Care"[MeSH] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[MeSH] OR "Palliative Medicine"[MeSH] OR "end-of-life care" OR "terminally ill" OR "terminal care"	91 316				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	242				
#6	#5 AND Limits	118	45	12	7	5

Limits: Studier publicerad 2010 eller senare och engelska.

Studierna som söktes fram granskades först baserat på titel och sedan efter abstrakt för att avgöra om studierna var relevanta för litteraturstudien baserat på syftet. Studierna som passerade första granskningen lästes i fulltext. Studier relevanta för resultatet granskades för kvalitet. Kvaliteten på studierna med kvalitativ ansats analyserades med hjälp av granskningsmallar för bedömning av studier med kvalitativ metodik i enlighet med Statens



beredning för medicinsk och social utvärdering (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020a). Kvalitet på studierna med kvantitativ ansats granskades med hjälp av granskningsmallar i enlighet med Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute [JBI], 2020). Granskningsmallarna är ett stöd för att minska risken för att metodbrister påverkar fynden och underlättar en konsekvent bedömning (SBU, 2020b).

Kvalitén på studier med kvantitativ metodik innefattar frågor gällande selektion, urval, miljö, deltagare, exponering, strategier kring konfounders, instrument, mätning av utfall och statistisk analys. Utifrån frågorna ges studien en övergripande bedömning (JBI, 2020). Mallen består av åtta frågor som besvarades Yes, No, Unclear eller Not applicable. Yes i mallen gav 12,5%, Unclear 6,25% och No gav 0%. Studier som erhöll 60–79% ansågs hålla måttlig kvalitet och 80–100% hög kvalitet.

Kvalitén på studier med kvalitativ metodik innefattar frågor gällande filosofisk hållning, deltagare, datainsamling, analys, forskare, relevans, koherens och tillräcklig data. Utifrån frågorna ges en sammanvägd bedömning av metodologiska brister; obetydliga eller mindre, måttliga eller stora brister (SBU, 2020c). Mallen består av åtta avsnitt med totalt 20 frågor som besvarades av Ja, Nej eller Oklart. Ett Ja i mallen gav 5%, oklart 2,5% medan ett nej gav 0%. Studier som tilldelades 60–79% ansågs som måttlig kvalitet, medan 80–100% ansågs som hög kvalitet.

Kvalitetsgranskningen resulterade i 10 studier med kvalitativ ansats, varav åtta bedömdes som hög kvalitet och två måttlig. Endast studier relevanta till syftet eller problemställning med hög eller måttlig kvalitet inkluderades i litteraturstudien.

## **Dataanalys**

Resultatet sammanställdes genom en integrerad analys i enlighet med Fribergs (2017) metod. En integrerad analys görs i fyra steg: datareduktion, dokumentation i översiktstabell för att skapa överskådlighet, jämförelser görs och underliggande mönster identifieras för att dra slutsatser samt verifiera hur data sammanhänger (Friberg, 2017). I första steget genomfördes en enskild genomläsning av studierna för få en förståelse för helheten i texten. Varje studie sammanfattades även för att bekräfta tolkningen. I andra och tredje steget identifierades

övergripande innehållsmässiga likheter och skillnader i de olika studiernas resultat och materialet sorterades efter färgkodning i teman och subteman. Andra och tredje steget genomfördes först enskilt för att sedan diskuteras tillsammans för att validera tolkningen. I sista steget syntetiserades resultatet till en helhet, där litteraturstudiens resultatrubriker utgörs av de tema som framgick.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Föreliggande litteraturstudie genomfördes med empiriska studier där människor deltagit. World Medical Association (WMA, 2018) ger riktlinjer vid medicinsk forskning som bedrivs på människor. Även information om människor och material från människor, exempelvis blodprodukter, ingår för att hålla en hög etisk princip. Helsingforsdeklarationen innehåller 37 punkter som bland annat innehåller informerat samtycke, individens hälsa och rättigheter. Enligt WMA (2018) är individens hälsa och rättigheter viktigare än forskningen. Skada samt påverkan på individen får inte vara större än eventuella medicinska framsteg. Deklarationen ger även en guidning till etiska kommittéer (WMA, 2018).

Fyra viktiga etiska principer inom medicin och omvårdnad är autonomi, göra gott, inte skada och rättvisa (Sandman & Kjellström, 2013). Autonomiprincipen innebär att patienten skall få tillräckligt med information för att kunna fatta ett informerat beslut. Göra gott principen innefattar att hjälpa och förbättra. Inte skada principen innebär att undvika eller minimera skada. Rättvisepincipen bygger på att alla människor är lika mycket värda och om resurser ska fördelas ojämlikt måste det motiveras. Inte skada och göra gott principerna ställs ofta mot varandra inom vården eftersom behandlingar, ingrepp och forskning kan innebära ett visst mått av skada. Samtidigt kan behandlingar, ingrepp och forskning innebära förbättringar, därav måste ett ställningstagande ske (Sandman & Kjellström, 2013). I föreliggande litteraturstudie har endast studier som fört ett forskningsetiskt resonemang eller blivit godkända av en etisk kommitté inkluderats.

Uppsatser som skrivs vid högskolor på en grundläggande eller avancerad nivå klassificeras inte som forskning och omfattas därav inte av etikprovningsslagen (Kristensson, 2014). Dock bör ett forskningsetiskt perspektiv tas i beaktning. Forskningsetik ingår även i litteraturstudier där etiska ställningstagande görs i form av vilka vetenskapliga studier som ingår i

litteraturstudien (Kristensson, 2014). Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003) reglerar hur etikprövningar kring medicinsk forskning regleras i Sverige. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och vidhålla respekt för människovärdet.

Föreliggande litteraturstudie genomförs på kandidatnivå, men kommer beakta viktiga principer som etik och akademisk hederlighet. Akademisk hederlighet bygger på att referera på ett korrekt sätt, för att ge källan till informationen erkännande och vara transparent om var informationen kommer ifrån. Om referenser inte skrivs eller görs felaktigt kan frågan om plagiat uppstå, vilket kan få disciplinära påföljder (Lunds universitet, 2020).

## Resultat

Litteraturstudiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring vid palliativ vård. Alla tio studier som inkluderades i resultatet använde en kvalitativ metodik. I litteraturstudien identifierades fyra teman: *Betydelse av partnerskap*, *Mental påverkan av patientens lidande*, *Behov av stöd från organisation* samt *Värde av kompetens och lärande*. Temat *Betydelse av partnerskap* består av två subtema: *Patientrelation* och *Närstående*. Temat *Mental påverkan vid lidande* består av subteman *Rädsla* och *Otillräcklighet*. Temat *Behov av stöd från organisation* består av tre subteman: *Ledningen*, *Arbetskultur* samt *Teamwork*. *Värde av kompetens och lärande* är det sista temat som identifierades och består av subteman *Kunskap* och *Erfarenhet*, se tabell 4.

**Tabell 4.** Redovisning av tema och subtema.

Tema	Subtema
Betydelse av partnerskap	<ul style="list-style-type: none"><li>● Patientrelation</li><li>● Närstående</li></ul>
Mental påverkan av patientens lidande	<ul style="list-style-type: none"><li>● Rädsla</li><li>● Otillräcklighet</li></ul>
Behov av stöd från organisationen	<ul style="list-style-type: none"><li>● Ledningen</li><li>● Arbetskultur</li><li>● Teamwork</li></ul>
Värde av kompetens och lärande	<ul style="list-style-type: none"><li>● Kunskap</li><li>● Erfarenhet</li></ul>

## **Betydelse av partnerskap**

Partnerskapet med patient och närstående beskrevs som en betydande del i smärtlindring av palliativa patienter enligt Seyedfatemi et al. (2014), De Witt Jansen et al. (2016), Brorson et al. (2014), Gardiner et al. (2012), Greenfield et al. (2021), Munkombwe et al. (2020) samt Lundin och Godskesen (2021).

### *Patientrelation*

Resultatet visades att hantering av smärta måste göras i ett partnerskap där bedömning görs genom att lyssna på patienternas egen bild av smärtan och lära känna dem (Greenfield et al., 2017; Seyedfatemi et al., 2014). Seyedfatemi et al. (2014) inkluderade 15 sjuksköterskor i semistrukturerade intervjuer om sina uppfattningar kring palliativ vård för patienter med cancersmärta. Resultatet visade att smärta kunde hanteras inte bara genom läkemedelsanvändning, utan också genom att kommunicera med patienten. Genom att få patienterna att tala om sin sjukdom kunde smärtan minskas och resulterade i vissa fall till att ingen smärtlindring behövdes. Stöttning till patienterna där sjuksköterskan visade empati och agerade som en konfident resulterade till att patienterna accepterade behandling i större utsträckning, blev mer delaktiga i sin vård och upplevde mindre smärta (Seyedfatemi et al., 2014). De Witt Jansen et al. (2016) genomförde intervjuer med 24 sjuksköterskor från hem-, hospice- och akutvården. Sjuksköterskorna beskrev att genom sitt bemötande kunde de få patienten att både ta sina läkemedel och förstå varför det var viktigt att ta dem.

Sjuksköterskorna fick förklara för patienterna att även om patienterna hade perioder där de var opåverkade av smärta behövde de fortsätta med sina läkemedel för att smärtan inte skulle återkomma (Greenfield et al., 2021). Att involvera patienten i beslut och göra dem delaktiga var främjande faktorer för smärtlindring enligt sjuksköterskorna (Gardiner et al., 2012; Greenfield et al., 2021). Sjuksköterskors kommunikation var viktig eftersom patienterna hade farhågor för att bli beroende, att läkemedelsanvändningen signalerade att slutet var nära och ansåg att tala om smärtan kunde göra det värre. Perceptionerna kunde sitta djupt rotade hos dessa patienter, vilket krävde kontinuerlig information från sjuksköterskorna. Om patienterna var i förnekelse över svårighetsgraden i sin sjukdom eller i värsta fall inte vill tala om sin sjukdom överhuvudtaget, hindrades sjuksköterskorna från att utföra interventioner mot smärta

(Gardiner et al., 2012; Greenfield et al., 2021; Munkombwe et al., 2020). Bedömning av patienterna krävde ett holistiskt synsätt, där psykologiska, sociala och andliga aspekter togs lika mycket i åtanke som fysiska eftersom patienter kunde uppvisa tecken på smärta på olika sätt (Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al. 2016; Munkombwe et al., 2020).

Sjuksköterskorna slog fast att spendera mer tid hos patienter ökade förståelsen för hur de bäst kunde hantera smärtan och ökade tilliten i vårdrelationen. Tilliten resulterade till att patienterna var villiga till att dela med sig av sina bekymmer, vilket möjliggjorde till bättre beslutstagande av sjuksköterskorna i vilken smärterapi som var bäst för patienten (Brorson et al., 2014; Munkombwe et al., 2020).

### *Närstående*

Sjuksköterskor beskrev närstående som resurser för att uppnå effektiv smärtlindring.

Omvårdnaden blev lättare eftersom närstående kunde uppmuntra och inge hopp vid besök (Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen, 2021; Munkombwe et al., 2020). Sjuksköterskor upplevde sig som nyckelfigurer i att få närstående att besöka patienter. Patienter med gott socialt nätverk uppvisade bättre respons till smärtlindring än de utan. Närstående kunde få patienterna att känna sig respekterade, accepterade och bli sedda som mer än bara patienter samt att patienterna ofta upplevdes som lättade när närstående var i närheten (Brorson et al., 2014; Munkombwe et al., 2020). För patienter med kommunikationsproblem kunde närstående hjälpa till att tolka smärtsignaler eller berätta om patientens livshistoria, vilket underlättade utformning av vårdplaner efter patientens behov och önskemål (Brorson et al., 2014; Munkombwe et al., 2020). Gardiner et al. (2012) utförde fokusgruppsintervjuer med 31 hälso- och vårdpersonal, varav 13 sjuksköterskor.

Resultatet visade på att närstående hade ett stort inflytande på patienterna och närståendes attityder var betydelsefulla till följsamhet för patienten vid opioidanvändning (Gardiner et al., 2012). Närstående associerade opioider med beroende och att livet höll på att ta slut, vilket krävde speciellt utformad information efter just deras behov för att lindra oro eller bekymmer (Gardiner et al., 2012; Lundin & Godskesen, 2021). Greenfield et al. (2021) syftade till att undersöka vårdpersonalens uppfattning om vad som hindrar eller underlättar smärtlindring inom pediatrik i livets slutskede. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 29 deltagare, varav 12 sjuksköterskor, inom primär-, sekundär- och tertiärvård. Sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna motstod palliativ smärtlindring på grund av rädslor att reducera

livskvalitet, oavsiktlig överdos, beroende, sedering eller likställde en ökning av läkemedelsdos med en försämring i sjukdomen (Greenfield et al., 2021). Sjuksköterskorna behövde inge trygghet och psykologiskt stöd eftersom föräldrar kunde känna sig överbelastade. Konflikter kunde uppstå när närstående och sjuksköterskor inte var överens om smärtbedömningen, vilket resulterade till att patienten inte gjorde vad sjuksköterskorna rekommenderade (Greenfield et al., 2021; Munkombwe et al., 2020). Sjuksköterskorna tyckte att hela processen med att administrera läkemedel kunde underlättas genom nära kommunikation och utbyte av information med närstående (Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen, 2021).

### **Mental påverkan av patientens lidande**

Enligt Willmott et al. (2020), Brorson et al. (2014), Greenfield et al. (2021) och Soden et al. (2010) framgår att sjuksköterskor erfarar en mental påverkan av patientens lidande genom upplevd rädsla och otillräcklighet vid smärtlindring av patienter med behov av palliativ vård.

#### *Rädsla*

Flertalet studier tar upp rädslor att överdosera och påskynda döden för patienter, vilket samtidigt går emot viljan och önskan att smärtlindra patienter fullt ut (Brorson et al., 2014; Greenfield et al., 2021; Soden et al., 2010; Willmott et al., 2020). Willmott et al. (2020) undersökte sjuksköterskors erfarenhet och kunskap kring lagen vid symtomlindring i palliativ vård. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 25 sjuksköterskor där resultatet visade på att få sjuksköterskor hade upplevt legala och professionella påföljder efter patientens död. Genomgående pekar resultatet däremot på rädsla för att påskynda döden och dess påföljder, vilket resulterade till att smärtlindring ibland inte genomfördes fullt ut (Willmott et al., 2020). Sjuksköterskor kunde känna ångest kring att fråga patienter angående deras smärta, eftersom sjuksköterskorna var rädda för att påminna patienten om sjukdomen och situationen (Greenfield et al., 2021; Soden et al., 2010). Willmott et al. (2020) belyser situationer där sjuksköterskor är rädda för att handla på grund av legala och professionella konsekvenser i form av straff och skadat rykte. Sjuksköterskor och andra professioner påvisade en tveksamhet att ge mer smärtlindring för rädslan att framstå som att döden har påskyndats hos patient, vilket kunde leda till ifrågasättande av kollegor, anhöriga och legalt. Problematiken

var vanligast hos oerfarna sjuksköterskor både angående rädsla för legala reprimander, men även att lyfta frågan till kollegor (Brorson et al., 2014; Willmott et al., 2020).

### *Otillräcklighet*

Genomgående ville sjuksköterskorna smärtlindra patienterna, men rapporterade en känsla av otillräcklighet i arbetet, eftersom smärtlindringen inte gick att genomföra fullt ut i den utsträckning som önskades (Brorson et al., 2014; Soden et al., 2010; Willmott et al., 2020). Brorson et al. (2014) studerade sjuksköterskors erfarenhet av att smärtlindra patienter med demens vid livets slutskede. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju sjuksköterskor. Resultatet belyste brister i läkemedelsordination och brist på önskvärd effekt av läkemedelsadministration, vilket skapade en känsla av otillräcklighet (Brorson et al., 2014). 23 av 25 deltagare i Willmott et al. (2020) upplevde att patienter inte hade fått adekvat smärtlindring. Sjuksköterskor beskrev att läkemedelsordinationer försenades, uteblev och doseringen av läkemedel inte var tillräckligt. Sjuksköterskorna upplevde att läkarna inte tillbringade tillräckligt med tid tillsammans med patienter och såg inte deras lidande som sjuksköterskorna gjorde. En sjuksköterska uttalade att smärtlindringen var så undermålig att avdelningen inte var en bra plats att dö på (Brorson et al., 2014). Även när analgetika administrerats uppnås inte alltid efterfrågad och förväntad effekt (Brorson et al., 2014; Soden et al., 2010). Otillräcklig smärtlindring upplevdes som ett väldigt vanligt problem som kunde förekomma i alla miljöer (Willmott et al., 2020).

### **Behov av stöd från organisationen**

Organisationen har visat sig ha en stor påverkan på sjuksköterskor vid smärtlindring av palliativa patienter enligt Heneka et al. (2020), Seyedfatemi et al. (2014), Willmott et al. (2020), De Witt Jansen et al. (2016), Brorson et al. (2014), Gardiner et al. (2012), Greenfield et al. (2021), Soden et al. (2010) samt Lundin och Godskesen (2021).

### *Ledningen*

Sjuksköterskorna beskrev att ledningen hade en stor inverkan på patientsäkerhet och vad som förväntas av personalen (Heneka et al., 2020; Greenfield et al., 2021; Lundin & Godskesen, 2021). Ledningen kunde genom konsekvent kommunikation om sina förväntningar och policyer öka personalens medvetenhet om felhantering av opioider (Heneka et al., 2020).

Sjuksköterskorna ansåg att patientsäkerheten ökade om all personal visste vad som förväntades av dem och arbetet styrdes av gemensamma mål och riktning (Heneka et al., 2020). Om ledningen negligerat misstag eller felrapporteringar vid tidigare arbetsplats, följde den attityden med sjuksköterskorna till nya anställningen (Heneka et al., 2020). Brist på omfattande riktlinjer uppgavs som barriärer till smärtlindring och kunde resultera i både undermålig smärtlindring samt att läkemedel slängdes i onödan (Greenfield et al., 2021; Heneka et al., 2020; Munkombwe et al., 2020; Seyedfatemi et al., 2014). Brist på personal, hög arbetsbelastning samt tidspress uppgavs även som barriärer till adekvat smärtlindring och patientsäkerhet. Sjuksköterskorna beskrev att om de endast hade en önskan så vore det att ha mer resurser och personal (Greenfield et al., 2021; Lundin & Godskesen, 2021).

### *Arbetskultur*

Heneka et al. (2020) utforskade klinikers perceptioner om faktorer som mildrar opioidmisstag i palliativ vård. Fokusgrupper genomfördes med 58 kliniker, varav 41 sjuksköterskor, på tre olika palliativa avdelningar. Resultatet pekade på att arbetskulturen var en viktig faktor för att upptäcka misstag med opioider (Heneka et al., 2020). Sjuksköterskorna uttryckte att det var en del av deras profession att vara noggrann i arbetet, både för deras egen skull men också för patientens. Arbetskulturen i organisationen kunde förstärka känslan av att det var lätt att göra rätt och svårt att göra fel (Heneka et al., 2020). Positiv arbetskultur fick deltagarna att känna sig självsäkra, trygga och understödja i att utmana överträdelser i riktlinjer. Sjuksköterskorna kände sig självsäkra att rapportera misstag och ordna misstagen i de fall de gjordes. Likadant kunde arbetskulturen påverka sjuksköterskorna att inte rapportera misstag på grund av straff eller att de blev likgiltiga i sitt arbete med avkall i säkerhet som följd. Felrapportering likställdes med dålig praxis (Brorson et al., 2014; Heneka et al., 2020). Sjuksköterskorna beskrev även att standarden på säkerhet var högre inom palliativa vård jämfört med tidigare enheter, vilket krediterades till arbetskulturen (Heneka et al., 2020).

### *Teamwork*

Gott interprofessionellt samarbete, där professionerna drar lärdom av varandra och vet vad de andra kan bidra med är nödvändigt för adekvat smärtlindring för patienter (Brorson et al., 2014; Gardiner et al., 2012; Greenfield et al., 2021). Goda relationer karaktäriseras av professionell respekt, förtroende och samarbete (De Witt Jansen et al., 2016). Soden et al. (2010) genomförde semistrukturerade intervjuer med 15 sjuksköterskor från fem olika



specialistenheter inom palliativ vård. Studien utfördes med syftet att få en ökad förståelse hur sjuksköterskor bedömer och hanterar genombrottssmärta. I resultatet beskrev sjuksköterskorna sig som länken mellan patient och vårdteamet, samt att läkarna guidades av sjuksköterskornas bedömningar. Teamwork identifierades som essentiellt med kommunikation och dokumentation som viktigaste aspekter. Sjuksköterskor pekade på svårigheter i smärtlindring när ny eller vikarierande personal missade tecken på smärta och därmed inte rapporterade dessa till sjuksköterskan.

I De Witt Jansen et al. (2016) samt Lundin och Godskesen (2021) uppgav sjuksköterskorna att läkare sköt över det medicinska ansvaret på sjuksköterskorna eftersom läkarna inte kände patienter tillräckligt väl. Sjuksköterskor i Heneka et al. (2020) belyste vikten av kommunikation mellan professionerna för att säkerställa säkerheten vid opioidanvändning. God relation mellan professionerna resulterade i effektivare smärtlindring för patienter eftersom sjuksköterskorna kunde kommunicera med kollegor för att undvika misstag och diskutera patientfall, men också våga tala för patienten (Brorson et al., 2014; Greenfield et al., 2021; Heneka et al., 2020; Soden et al., 2010; Willmott et al., 2020). Advocacy för patienten var vanligare hos sjuksköterskor med mer erfarenhet, när läkare och sjuksköterskor var oense om bedömningar (De Witt Jansen et al., 2016). Öppen, reguljär och tydlig kommunikation var främjande för samarbete (De Witt Jansen et al., 2016; Greenfield et al., 2021). Sjuksköterskor beskrev även att läkarna litade på deras bedömningar eftersom de spenderade mer tid hos patienterna. Sjuksköterskorna berättade att samarbete resulterade i snabb respons på rapportering av smärta och förnyande av recept vilket i sin tur resulterade till bättre vård för patienterna (Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al., 2016). Brister i kommunikationen resulterade till att patienter inte fick den hjälp som de behövde eftersom skillnader i bedömning på patienter var ofta baserat på kommunikationsbrister och inte olika åsikter. Sjuksköterskors underrapportering av framträdande tecken på försämring av patienten resulterade i kliniska fel eller olämplig behandling (De Witt Jansen et al., 2016).

## **Värde av kompetens och lärande**

Heneka et al. (2020), Willmott et al. (2020), De Witt Jansen et al. (2016), Brorson et al. (2014), Gardiner et al. (2012), Greenfield et al. (2021), Soden et al. (2010), Munkombwe et

al. (2020) samt Lundin och Godskesen (2021) belyste kompetens och lärande som centralt i smärtlindring av patienter vid palliativ vård.

### *Kunskap*

Betydelse av kunskap framkommer tydligt genom ett behov av utbildning och instruktioner, samt genom att ökad kunskap resulterar i effektivare smärtlindring för patienten (De Witt Jansen et al., 2016; Gardiner et al., 2012; Heneka et al., 2020; Lundin & Godskesen, 2021; Munkombwe et al., 2020; Soden et al., 2010; Willmott et al., 2020). Munkombwe et al. (2020) utforskade sjuksköterskors erfarenheter och åsikter kring icke-farmakologiska smärtlindrande interventioner genom semistrukturerade intervjuer med 15 sjuksköterskor inom palliativ vård. Resultatet pekar på att ökad kunskap om sjukdomar och sjukdomsprogression resulterar i en individanpassad effektivare smärtlindring. Brist på kunskap resulterade i att patientgrupper inte fick komplementära former av icke farmakologisk smärtlindring (Munkombwe et al., 2020). Kunskap om lagen hade ingivit sjuksköterskorna trygghet och ökat självförtroende. Sjuksköterskor upplevde att de visste var gränsen gick för att påskynda döden, men uppgav en osäkerhet kring vad lagen säger (Willmott et al., 2020). Kunskap kring opioider både teoretiskt och hanteringsmässigt efterfrågades för att säkerhet vid administration och hantering skulle kunna efterlevas. Kunskap var även viktigt i avseendet att kontrollera och utbilda sina kollegor för att utveckla och erbjuda god smärtlindring (Gardiner et al., 2012; Heneka et al., 2020). Soden et al. (2010) belyser att okunskap gör sjuksköterskor tveksam till nya läkemedel och hellre använder läkemedel de är bekväma med. Vidare resulterade brist på kunskap i problematik att smärtbehandla när personal inte kan göra distinktioner från genombrottssmärta och undermålig smärtlindring (Soden et al., 2010). Utbildning sågs som en viktig del i kunskapsbyggande för smärtlindring. Olika förslag på utbildning var workshops, seminarier, gruppdiskussion kring fall, konferenser och skuggning av en mer erfaren sjuksköterska (De Witt Jansen et al., 2016; Heneka et al., 2020).

### *Erfarenhet*

Erfarenhet framkommer som betydande för att förutse, överkomma och hantera hinder som uppstår kring smärtlindring. Genom erfarenhet ökar sjuksköterskan förmåga att anpassa omvårdnad och smärtlindring efter individens behov (Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al., 2016; Greenfield et al., 2021; Heneka et al., 2020; Lundin & Godskesen, 2021;

Munkombwe et al., 2020; Soden et al., 2010). Lundin och Godskesen (2021) genomförde semistrukturerade intervjuer med 13 sjuksköterskor från 12 olika vårdhem med målet att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med avancerad demens och smärta i livet slutskede. Kommunikativa, relationella, organisatoriska utmaningar och bedömningssvårigheter framkom. Genom samlad erfarenhet utvecklades sjuksköterskornas tolkning och bedömning av smärta, vilket resulterade i mindre smärtupplevelse för patienterna (Lundin & Godskesen, 2021). Sjuksköterskor beskrev att de använde smärtskattningsinstrument, men vid kommunikationssvårigheter och tidsbrist använde sjuksköterskorna sin erfarenhet och intuition för att bedöma patienternas upplevda smärta (Brorson et al., 2014; Lundin & Godskesen 2021; Soden et al., 2010). Erfarna sjuksköterskor kunde lättare kringgå administrationsproblem av läkemedel, exempelvis sväljsvårigheter eller nålrädsla och effektivare kombinera farmakologisk och icke farmakologisk smärtlindring (Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al., 2016; Greenfield et al., 2021; Munkombwe et al., 2020). Sjuksköterskor beskriver även svårigheter att skilja på smärta och ångest, eller om båda är närvarande. Genom erfarenhet lärde sjuksköterskorna sig att en kombination av smärtlindring och ångestdämpning var effektiv i dessa situationer (De Witt Jansen et a., 2016; Lundin & Godskesen, 2021). Hanteringen av opioider beskrivs även bli säkrare och mer korrekt med mer erfarenhet (Heneka et al., 2020; Lundin & Godskesen, 2021). Slutligen var mer erfarna sjuksköterskor lugnare i sitt bemötande och mer närvarande vilket resulterade till mindre smärta (Brorson et al., 2014; Munkombwe et al., 2020; Soden et al., 2010).

Sammanfattningsvis visar resultatet samarbete med patient, närstående, team och ledning som väsentliga delar i effektiv smärtlindring. Vidare kunde sjuksköterskor uppleva mental påverkan av patientens lidande genom känslor av rädslor och otillräcklighet. Kunskap och erfarenhet uppgavs som betydande för adekvat smärtlindring.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Litteraturstudiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring vid palliativ vård genom en icke-systematisk litteraturstudie. Friberg (2017) skriver att kritik har riktats mot icke-systematiska litteraturstudier på grund av alltför begränsad mängd relevant

data. Dock kan litteraturstudier användas av sjuksköterskor för att hålla sig informerad inom ämnesområdet (Forsberg & Wengström, 2016). Litteraturstudien inkluderar 10 studier och kan därför inte ge en komplett överblick över forskningsområdet. Dock skriver Friberg (2017) att varje kvalitativ studie har ett kunskapsvärde och kunskapsvärdet ökar med det antal studier som sammanställs. Urvalet i litteraturstudien inkluderade initialt studier med kvalitativa och kvantitativa ansatser för att uppnå en så bred och djup förståelse för ämnesområdet som möjligt. Kvalitetsgranskningen av studierna resulterade i ett bortfall av studier med kvantitativ metod, vilket betyder att litteraturstudiens generaliserbarhet begränsas. Trots begränsningen i tillämplig metodik kan litteraturstudien bidra till en ökad förståelse för problematiken kring smärtlindring vid palliativ vård. Kvalitativ metodik kan fördjupa förståelsen för en persons erfarenheter och upplevelser i ett vårdssammanhang (Segesten, 2017).

Med syfte att bredda underlaget till litteraturstudien och därmed öka tillförlitligheten genomfördes sökningar i tre olika databaser: Psycinfo, CINAHL complete och Pubmed. Enligt Willman et al. (2016) kan publiceringsbias begränsas genom inkludering av flera olika källor. För att specificera sökningen användes fraser och indextermer tillsammans med booleska sökoperatörer. Innan den slutgiltiga sökningen gjordes genomfördes flertalet testsökningar för att säkerställa sökningens träffsäkerhet. Psycinfo är en mindre databas inriktad på psykologi. Därför genomfördes en snävare och mer specifik sökning. Sökningen resulterade i få, men ytterst relevanta studier. I CINAHL och Pubmed ökades sensitiviteten i sökningen genom att inkludera fler varianter på indexord och begrepp för att möjliggöra en omfattande sökning av ämnet. Sökstrategin identifierade flera relevanta studier, vilket kan ha resulterat i ett begränsat urval utifrån en förhoppning att nå träffar som specifikt svarar mot litteraturstudiens syfte.

Totalt granskades 13 studier varav 11 studier med kvalitativ ansats och två med kvantitativ ansats. Efter granskning i enlighet med SBU och Joanna Briggs Institute (SBU, 2020c; JBI, 2020) kvarstod 10 studier med kvalitativ ansats. Kvalitetsgranskningen resulterade i åtta studier med hög kvalitet och två med måttlig kvalitet. Granskningsmallar används både som stöd och som ett instrument för en likvärdig bedömning (SBU, 2020a; JBI, 2020). Författarna har satt gränsen för hög, måttlig och låg kvalitet utifrån de kriterier som ges av de gängse kvalitetsmallarna. Stringent bedömning av studierna kan vara en förklaring till bortfall, men kan resultera i högre kvalitet på inkluderade studier.

Litteraturstudien inkluderade studier från olika delar i världen med förhoppningen att få ett brett perspektiv på forskningen samt högre trovärdighet. Platstriangulation ökar trovärdigheten genom datainsamling av fenomen på flertalet olika platser och miljöer (Polit & Beck, 2021). Dessutom stärks trovärdigheten på litteraturstudien genom att alla studier har olika författare. Persontriangulation involverar datainsamling från flera olika personer med syfte att validera datan genom att inkludera flera perspektiv oberoende från varandra (Polit & Beck, 2021). Inkludering av studier från icke västerländska länder kan dock möjligtvis begränsa överförbarheten till västerländsk sjukvård.

Författarna till föreliggande litteraturstudie har haft en förförståelse för ämnet både teoretiskt och praktiskt som sjuksköterskestudenter. Bias är en förvrängning eller inflytande som påverkar slutledningen, vilket resulterar i hot mot studiens trovärdighet (Polit och Beck, 2021). Trots förförståelse har författarna strävat efter att endast inkludera studiernas resultat utan prägel av tidigare personliga erfarenheter och kunskap. Genom upprepad diskussion och triangulation har författarna försökt att undanhålla bias i analysen som skulle kunna påverka resultatet. Bias motverkas även genom att analysen av studiernas resultat gjordes i enlighet med Friberg (2017), vilket ökar tillförlitligheten genom det systematiska arbetet.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring vid palliativ vård. Resultatet diskuteras utifrån tre aspekter som visade sig av stor vikt för sjuksköterskans omvårdnad av patienter vid palliativ vård: *Patientrelationens påverkan på smärtlindring*, *Främja närhet till närstående* och *Kunskap för att överkomma rädsla med stöd från organisationen*.

### *Patientrelationens påverkan på smärtlindring*

I resultatet av Seyedfatemi et al. (2014) framgick betydelsen av relationen mellan patient och sjuksköterska för att begränsa lidande och smärtupplevelsen. Sjuksköterskorna ansåg att upplevelsen av smärta kunde lindras om patienterna fick berätta om sina inre känslor och tankar om sin sjukdom, eller genom att sjuksköterskan satt med patienterna en stund och berättade om läkemedelsbiverkningar. Stark relation mellan patient och sjuksköterska kunde i

bästa fall resultera i att patienten avstod farmakologisk smärtlindring (Seyedfatemi et al., 2014). Resultatet i Seyedfatemi et al. (2014) tyder på att smärta är mer än bara en fysisk upplevelse, vilket stöds av Strangs (2005a) uttalande om att smärta innefattar även psykosociala och existentiella faktorer. Regionala cancercentrum (2021) belyser att samtal mellan patient och sjuksköterska kan utmytna i stärkt relation med högre livs-och vårdkvalitet, samtidigt som att samtal inte utförs i tillräcklig utsträckning (Regionala cancercentrum, 2021). Hos patienter med kommunikationssvårigheter underskattas ofta smärta, då frånvaro av rapportering av smärta tolkas som frånvaro av smärta. Enligt Burns och McIlpatrick (2015) sker identifiering av smärta genom beteendemässiga reaktioner hos patienter med kommunikationssvårigheter och en väletablerad relation möjliggör kunskap om patientens humör, vanor och beteende (Burns & McIlpatrick, 2015). Alltså på grund av att kommunikationssvårigheter ofta är ett hinder för smärtlindring i livets slutskede behöver sjuksköterskan, förutom goda färdigheter i kommunikation, även klinisk blick för att hjälpa patienter i livets slutskede.

Alvariza et al. (2019) påpekade att närhet mellan sjuksköterskan och patient resulterade i mindre smärta och högre livskvalitet, vilket stärks av Ruland och Moores (1998) antydning om att sjuksköterskan ska gagna närhet för att främja tillfridsamhet i livets slutskede. Trots relationens positiva påverkan på både livskvalitet och smärtupplevelse är det uppenbart att sjuksköterskans tid nedprioriteras hos patienterna. McCabe (2004) beskrev att patienter upplevde att sjuksköterskor prioriterade praktiska arbetsuppgifter över kommunikation, vilket utmynnade i att patienterna ansåg sig själva som mindre viktiga än uppgifterna. Patienterna klandrade inte sjuksköterskorna över prioriteringen, men resulterade i att patienterna upplevde sjuksköterskorna som icke-professionella. Sjuksköterskor ansågs som en undergiven och maktlös grupp som utförde uppgifter beordrade av andra professioner. Synen på sjuksköterskan resulterade i att patienterna hellre väntade och talade med läkaren än sjuksköterskan (McCabe, 2004). Trots en tydlig prägel på personcentrerad vård under utbildningen mynnar somatisk vård ofta ut i uppgiftsorienterad vård. Prioritering läggs på uppgifter ålagda andra professioner och inte omvårdnad vilket är sjuksköterskans huvudområde och expertis. Ruland och Moore (1998) påpekar också att läkarens fokus minskar i livets slutskede samtidigt som sjuksköterskans roll ökar med ett tydligare fokus på komfort, vilket borde signalera för värdet på både omvårdnad som ämne men även sjuksköterskors kompetens. Brist på tid är även en återkommande faktor i studiernas resultat

(Greenfield et al., 2021; Lundin & Godskesen, 2021), vilket sjuksköterskor har en begränsad möjlighet att påverka. Tidsbrist och arbetsbelastning resulterar i att sjuksköterskan inte kan närvara hos patienten samt en förlust av kontinuitet mellan arbetspass och ett bortfall av familjaritet av patienten (Burns & McIlfatrick, 2015). En ökad kunskap om relationens och omvårdnadens påverkan på smärtlindring med en större möjlighet till patientnära, personcentrerad vård för sjuksköterskor bör därför resultera i mindre smärtupplevelse hos patienter och därmed en högre livskvalitet.

### *Främja närhet till närstående*

Sjuksköterskor i Lundin och Godskesen (2021) samt Greenfield et al. (2021) ansåg närstående både som resurser för att främja smärtlindring men även som hinder. Närstående kunde ge motstånd till smärtlindring på grund av farhågor för beroende och påskyndande av döden, eller ville skicka in patienten till sjukhus eftersom de upplevde att patienten inte var smärtlindrad i tillräcklig grad. Närståendes attityder kunde få sjuksköterskorna att känna sig stressade och förhörda (Greenfield et al., 2021; Lundin och Godskesen, 2021).

Greenfield et al. (2021) fokuserar på barn och föräldrar i behov av palliativ vård medan Lundin och Godskesen (2021) skildrar vårdande av patienter med demens. I nämnda studier framstår problematiken på ett liknande sätt trots olika patientgrupper. Närstående kan vara en resurs, men även ett hinder för adekvat smärtlindring och sjuksköterskans kommunikation kan vara ett starkt redskap i att avlägsna farhågor. Montgomery et al. (2017) påvisar att genom felaktig kommunikation kan sjuksköterskor oavsiktligen bidra till förvirring kring vårdplan och öka det emotionella lidandet hos familjen. Ruland och Moore (1998) beskriver att sjuksköterskan ska främja närhet mellan familj och patient samt ge en möjlighet till delaktighet i vården genom att bemöta deras oro (Ruland & Moore, 1998). Närstående kan således vara ett emotionellt stöd till patienten i livets slutskede. Samtidigt beskriver Milberg (2012) sambandet mellan närstående och patientens hälsa, där närståendes hälsa kan påverkas negativt vid försämrat hälsotillstånd hos patienten och Regionala cancercentrum (2021) belyser att information och inkludering i vården anses positivt påverka närståendes hälsa (Regionala cancercentrum, 2021). Trots detta undanhöll föräldrar till barn inom palliativ vård information om sjukdomens progression i hopp om att skydda barnen, då de upplevde att tala om sjukdomen gjorde situationen värre. I Montgomery et al. (2017) försökte även barnen skydda föräldrarna genom att inte berätta om sjukdomens progression (Montgomery et al.,

2017). Denna inblick i förälder-barn interaktion påvisar vikten av att sjuksköterskan höjer blicken i omvårdnaden och inte bara ser patienten utan också dess närståendes behov för att verkligen främjar tiden tillsammans i livets slutskede, vilket Ruland och Moore (1998) framhäver som sjuksköterskans uppgift. Utifrån ovanstående resultat vet närstående kanske inte alltid hur och vad de behöver för stöttning, vilket sätter krav på sjuksköterskor att vara uppmärksamma på både de behov närstående uppger, men även behov som inte efterfrågas.

Föräldrar till barn med behov av palliativ vård genomgår ett otroligt lidande, men enligt Chong et al. (2021) kan lidandet minska när föräldrar lärt sig att släppa taget och acceptera en försämrad sjukdomsprogression. Släppa taget kan ses som en övergång från att göra allting som är möjligt, till allting som är rätt (Chong et al., 2021). Om familjen kan spendera tid tillsammans och vara nära varandra i livets slutskede behöver inte sista tiden vara lika betungande utan i bästa fall ses som en gåva. I likhet med Ruland och Moore (1998) beskrev Chong et al. (2021) att närheten mellan närstående och patienter resulterar ofta i främjande av komfort, då närstående känner patienterna bättre och tydligare kan se tecken på obehag (Chong et al., 2021). Alltså behöver sjuksköterskor balansera budskap om hopp och realism i sin kommunikation och inte inge falskt hopp om sjukdomens progression, för att främja närhet mellan närstående och patienter. I Montgomery et al. (2017) beskrev dock sjuksköterskorna bekymmer med kommunikation till patient och närstående där sjuksköterskornas upplevde obekvämheter kring samtal om palliativ vård och visade en osäkerhet över vad de skulle säga samt farhågor för att säga fel saker (Montgomery et al., 2017). Detta tyder på att sjuksköterskors farhågor i samtal om lidande kvarstår trots teoretisk utbildning i svåra samtal och hur lidande bemöts ingår i sjuksköterskans utbildning. Sjuksköterskorna i Montgomery et al. (2017) beskrev att genom erfarenhet blev de mer bekväma med att hålla svåra samtal i livet slutskede (Montgomery et al., 2017). Resultatet i studien påvisar att sjuksköterskor behöver, förutom teoretisk utbildning om att bemöta lidande, även öva praktiskt med samtal för att främja närheten i familjen.

### *Kunskap för att överkomma rädsla med stöd av organisationen*

Livets slutskede ska innefatta högsta möjliga livskvalitet. Genom omvårdnad har sjuksköterskan en viktig uppgift i smärtlindring (Ruland & Moore, 1998). Svensk sjuksköterskeförening (2017b) slår fast att sjuksköterskans profession och samarbete med andra professioner som central för att uppnå smärtlindring (Svensk sjuksköterskeförening,



2017b). Under VFUn upplevde en av författarna smärtlindring av patienter i behov av palliativ vård stundtals otillräcklig. Genom diskussion med handledare och andra sjuksköterskor uppfattades rädslor att påskynda döden och dess eventuella följder som hinder till tillfredsställande smärtlindring. Upplevelsen var att sjuksköterskorna arbetade reaktivt och hellre väntande på att patienten skulle uppge smärta, än att ge smärtlindring proaktivt och riskera att ge för mycket smärtlindring och möjligtvis påskynda döden. Trots rädslor var sjuksköterskorna överens om betydelsen av smärtlindring och komfort i livets slutskede. Ovan beskrivna upplevelse kan diskuteras utifrån huvudkoncepten komfort och frihet från smärta i Ruland och Moores (1998) teori. Resultatet i föreliggande litteraturstudie visar dock att rädslan hos vårdpersonal att påskynda döden fungerade som ett hinder för komfort och fullgod smärtlindring av patienter (Brorson et al., 2014; Greenfield et al., 2021; Soden et al., 2010; Willmott et al., 2020).

Elcigil et al. (2011) undersökte barriärer för smärtlindring genom en enkätstudie med 114 sjuksköterskor. Barriären delades upp beroende på om de var relaterade till patienter, sjuksköterskor, läkare eller system. 14% uppgav barriärer relaterade till sjuksköterskors rädslor och 15,8% upplevde att läkarna var rädda för att övermedicinera patienterna. För att överkomma barriärerna framhölls utbildning som viktigaste faktor (Elcigil et al., 2011). Respiratorisk depression är en återkommande rädsla hos vårdpersonal vid farmakologisk smärtlindring. Dock påpekar Borgsteede et al. (2011), Sykes och Thorns (2003) och Redmond (1997) att risken för andningsdepression är tydligt begränsad om dosen ökas stegvis tills smärtan är behandlad till en rimlig nivå. Risken för andningsdepression förminskas till följd av kroppens ökade tolerans för läkemedel (Borgsteede et al., 2011; Sykes & Thorns, 2003), samt att smärta är andningsdrivande (Redmond, 1997). Alltså måste smärtlindring individanpassas och utvärderas löpande där patientens diagnos, ålder och uppbyggda tolerans beaktas. Morita et al. (2001) samt Sykes och Thorns (2003) beskriver att lämplig dosering av opioider med stegvis ökning efter behov inte visar på förkortad livslängd hos patienter inom palliativ vård (Morita et al., 2001; Sykes & Thorns, 2003).

Sykes och Thorns (2003) översiktsartikel bedömde bevisen angående opioidanvändning för smärtlindring i livets slutskede. Beräknat medelvärde av dygnsdos parenteral morfin skilde stort, där minsta värdet presenterades som 55 mg och högsta 659 mg vid sista dygnet i livet (Sykes & Thorns, 2003). Skillnaden i resultatet ger därför påtagligt stöd till betydelsen av

personcentrering vid smärtlindring och att behovet av smärtlindring kan öka markant i livets slutskede. I jämförelse är startdos till opioidnaiva patienter beräknad till 10-30mg per dygn (Region Östergötland, 2016).

Utbildning och kunskap kan möjligtvis minska rädsla hos sjuksköterskor och därmed ge en betydande ökning i livskvalitet för patienter i behov av palliativ vård. Willmott et al. (2020) och Soden et al. (2010) nämner specifikt utbildning som en väg för att minska rädsla och möjliggöra smärtlindring (Soden et al., 2010; Willmott et al., 2020). För att stödja sjuksköterskor kan organisationen bistå med utbildning i form av workshops och seminarier, vilket sjuksköterskorna i De Witt Jansen et al. (2016) och Heneka et al. (2020) förespråkar. Vidare kan ledningen stödja sjuksköterskor i ett patientsäkert arbete genom riktlinjer (Heneka et al., 2020). Tydligare riktlinjer vid farmakologisk smärtlindring kan bidra till att sjuksköterskor känner sig säkrare vid läkemedelsadministration, vilket kan resultera i högre livskvalitet och mindre upplevd smärta för patienterna. Strang (2005a) fastslår att adekvat smärtlindring måste genomföras i största möjliga mån, för att uppnå god livskvalitet hos patienterna.

## Slutsats och kliniska implikationer

Trots geografiska skillnader i studierna kan litteraturstudien visa på samstämmiga resultat kring hinder och främjande faktorer för smärtlindring. I föreliggande litteraturstudies resultat framkom sjuksköterskors rädslor, brist på kommunikation, bristande kunskap och erfarenhet som hinder för adekvat smärtlindring. En välfungerade organisation visade sig ha en stor betydelse på sjuksköterskornas möjlighet till att utföra omvårdnad genom bra ledning och arbetskultur. Främjande faktorer för effektiv smärtlindring var en stödjande arbetskultur samt en god relation till patient och närstående. Litteraturstudien tydliggör att sjuksköterskor behöver vara närvarande och kommunicera med patienten för dennes välmående.

Sjuksköterskor behöver även erbjuda stöd till närstående och möjlighet till närhet till patienten, eftersom det gynnar både patienten och närstående.

Avslutningsvis behöver sjuksköterskor mer kunskap för att övervinna rädslor för att kunna erbjuda patientsäker och fullgod smärtlindring.

Förhoppningen är att föreliggande litteraturstudie skulle kunna bidra till att höja livskvaliteten för patienter med behov av palliativ vård, genom att synliggöra de hinder och främjande faktorer som finns för adekvat smärtlindring i sjuksköterskans omvårdnad. Fortsatt forskning av sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring kan belysa ytterligare faktorer som påverkar patienters livskvalitet.

## Författarnas arbetsfördelning

Litteraturstudien har genomförts gemensamt där arbetets alla delar är genomsyrat av diskussion och utveckling från båda författarna. All text har hanterats av båda författarna avsett planering, diskussion, skrivande, korrigerings och utveckling. Tematisering och genomläsning av studier i abstrakt och fulltext genomfördes enskilt, men jämfördes och diskuterades i efterhand för att nå konsensus. Sökningen genomfördes parallellt där diskussion förelåg under sökningen och studier valdes ut gemensamt. Även granskning av studiers kvalitet genomfördes gemensamt.

## Referenser

Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work* (9 uppl.). Mosby/Elsevier.

Alvariza, A., Lindqvist, O., Öhlen, J., & Rasmussen, B. H. (2019). Omvårdnad i livets slut. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa* (3 uppl., s. 707-745). Studentlitteratur.

Beck, I., Törnquist, A., Broström, L., & Edberg, A. K. (2012). Having to focus on doing rather than being-nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(4), 455–464.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.016>

Bergh, I. (2014). Smärta. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa* (2 uppl., s. 421-444). Studentlitteratur.

Birgegård, G. (2012). Samtalskonst. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 uppl., s. 110-124). Liber.

Borgsteede, S. D., Rhodius, C. A., De Smet, P. A., Pasman, H. R., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Rurup, M. L. (2011). The use of opioids at the end of life: knowledge level of pharmacists and cooperation with physicians. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *67*(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s00228-010-0901-7>

Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *15*(1), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>

Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, *21*(8), 400–407. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>

Chong, P. H., Walshe, C., & Hughes, S. (2021). A good death in the child with life shortening illness: A qualitative multiple-case study. *Palliative Medicine*, 35(10), 1878–1888.

<https://doi.org/10.1177/02692163211027700>

Davoudi, N., Afsharzadeh, P., Mohammadalizadeh, S., & Haghdoost, A. A. (2008). A comparison of patients' and nurses' assessments of pain intensity in patients with coronary artery disease. *International Journal of Nursing Practice*, 14(5), 347–356.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00712.x>

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2016). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1234–1244. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

Elcigil, A., Maltepe, H., Eşrefgil, G., & Mutafoglu, K. (2011). Nurses' perceived barriers to assessment and management of pain in a university hospital. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33 (Suppl I), 33–38. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182121bef>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4 uppl.). Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 141-153). Studentlitteratur.

Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 uppl., s. 366-372). Liber.

Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., Hughes, P., Winslow, M., & Bennett, M. I. (2012). Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: a qualitative focus group study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 206–214.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.008>

Geum, M. J., Ahn, J. H., Kim, J. S., Kim, S. H., Son, E. S., Hu, Y. J., Choi, H. J., & Rhie, S. J. (2019). Interprofessional collaboration between a multidisciplinary palliative care team and the team pharmacist on pain management. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 36(7), 616–622. <https://doi.org/10.1177/1049909119829047>

Greenfield, K., Carter, B., Harrop, E., Jassal, S., Bayliss, J., Renton, K., Holley, S., Howard, F. R., Johnson, M., & Lioffi, C. (2021). Healthcare professionals' experiences of the barriers and facilitators to pediatric pain management in the community at end-of-life: a qualitative interview study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 00427–9(21), 0885–3924. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.06.026>

Heneka, N., Bhattarai, P., Shaw, T., Rowett, D., Lapkin, S., & Phillips, J. L. (2020). Mitigating opioid errors in inpatient palliative care: A qualitative study. *Collegian*, 27(3), 304–312. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.colegn.2019.09.005>

Homsy, J., Walsh, D., Rivera, N., Rybicki, L. A., Nelson, K. A., Legrand, S. B., Davis, M., Naughton, M., Gvozdjan, D., & Pham, H. (2006). Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 14(5), 444–453. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0009-2>

International Association for Hospice and Palliative Care. (2018). *Palliative care definition*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E. (2016). Inledning - om omvårdnad. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug, J. Leksell & I. Källström Karlsson (Red.), *Praktiska grunder för omvårdnad* (s. 9-22). Liber.

Joanna Briggs Institute (2020). *Critical appraisal tools*. JBI. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Karlsson, M. (2013). Hantering av svåra symtom. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (s. 405-413). Studentlitteratur.

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

*Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460).

Utbildningsdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 48.

<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>

Lunds universitet. (1 december 2020). *Akademisk hederlighet*. <https://www.lub.lu.se/service-stod/studerandestod/akademiskt-skrivande/akademisk-hederlighet>

Läkemedelsverket. (2010). *Smärtlindring i livets slutskede - bakgrundsdocumentation*.

<https://www.lakemedelsverket.se/48ff26/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/bakgrundsdokument/bakgrundsdocumentation-smartlindring-i-livets-slutskede.pdf>

McCabe C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences.

*Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

Milberg, A. (2012). Närstående vid palliativ vård. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.),

*Palliativ medicin och vård* (4 uppl., s. 144–151). Liber.

Montgomery, K. E., Sawin, K. J., & Hendricks-Ferguson, V. (2017). Communication during

palliative care and end of life: perceptions of experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, 40(2), 47–57. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000363>

Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (2001). Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom*

*Management*, 21(4), 282–289. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00258-5](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00258-5)

Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of*

*Clinical Nursing*, 29(9-10), 1643–1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.15232>

Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2014a). Om smärta. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2 uppl., s. 11-14). Studentlitteratur.

Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2014b). Komplementära medicinska behandlingsmetoder. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2 uppl., s. 101-124). Studentlitteratur.

*Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (10 uppl.). Wolters Kluwer.

Redmond, K. (1997). Organizational barriers in opioid use. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 5(6), 451–456. <https://doi.org/10.1007/s005200050113>

Region Östergötland. (15 Januari 2016). *Läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede*. <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/PM-medicinska-o-vardadm/PM-dokument/Palliativt-kompetenscentrum/Lakemedel-vid-palliativ-var-d-i-livets-slutskede/>

Regionala cancercentrum (21 Oktober 2021). *Palliativ vård nationellt vårdprogram*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var-d/vardprogram/nationellt-var-dprogram-palliativ-var-d.pdf>

Reynolds, J., Drew, D., & Dunwoody, C. (2013). American society for pain management nursing position statement: pain management at the end of life. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 14(3), 172–175. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.07.002>

Romem, A., Tom, S. E., Beauchene, M., Babington, L., Scharf, S. M., & Romem, A. (2015). Pain management at the end of life: A comparative study of cancer, dementia, and chronic



obstructive pulmonary disease patients. *Palliative Medicine*, 29(5), 464–469.  
<https://doi.org/10.1177/0269216315570411>

Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169–175.  
[https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90069-0)

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3 uppl., s. 104-118). Studentlitteratur.

Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Mardani Hamooleh, M., & Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 69–74. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.2.69>

Smith, A. K., Cenzer, I. S., Knight, S. J., Puntillo, K. A., Widera, E., Williams, B. A., Boscardin, W. J., & Covinsky, K. E. (2010). The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Annals of Internal Medicine*, 153(9), 563–569. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00005>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer: 2013-6-4). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård - förtydligande och konkretisering av begrepp*. (Artikelnummer 2018-8-6). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen. (12 juni 2020). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – information till patienter och närstående*. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/palliativ-varld/>

Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P., & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study. *Palliative Medicine*, 24(3), 294–298.

<https://doi.org/10.1177/0269216309355918>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020a). *SBU:s metodbok*.

<https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020b). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*.

<https://www.sbu.se/metodbok?pub=48286>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (6 oktober 2020c). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*.

[https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476–2482.

<https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>

Strang, P. (2005a). Symptomkontrollens betydelse i den palliativa vården. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (3 uppl., s. 213-216). Liber.

Strang, P. (2005b). Palliativ vård vid hjärtsjukdom, lungsjukdom och neurologisk sjukdom. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (3 uppl., s. 165-170). Liber.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.

<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svenska palliativregistret. (23 April 2021). *Termbank*. <https://palliativregistret.se/palliativvard/termbank/>

Sykes, N., & Thorns, A. (2003). The use of opioids and sedatives at the end of life. *The Lancet. Oncology*, 4(5), 312–318. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(03\)01079-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(03)01079-9)

Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A. K. (2013). In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651–658. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x>

Werner, M. (2005). Läkemedelsbehandling vid smärta. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (3 uppl., s. 217-258). Liber.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4 uppl.). Studentlitteratur.

Willmott, L., White, B., Yates, P., Mitchell, G., Currow, D. C., Gerber, K., & Piper, D. (2020). Nurses' knowledge of law at the end of life and implications for practice: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 34(4), 524–532. <https://doi.org/10.1177/0269216319897550>

World Health Organization. (5 augusti 2020). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Medical Association. (9 Juli 2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, Y. (2020). Pain talk in hospice care: a conversation analysis. *BMC Palliative Care*, 19(1), Artikel 116. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00625-x>

## Artikelmatris

Nr	Författare År Land Tidskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1	Heneka et al. 2020. Australien.  <i>Collegian</i> .  Mitigating opioid errors in inpatient palliative care: A qualitative study.	Utforska klinikers perceptioner om faktorer som mildrar opioidmisstag inom palliativ vård.	Kvalitativ. Fokusgrupper med semistrukturerade intervjuer med 58 deltagare, varav 41 sjuksköterskor i tre olika palliativa vårdavdelningar.	Teman som framkom:  En positiv säkerhetskultur stöder säker opioidtillförsel.  Opioidfelrapportering uppmuntras och förväntas.  Utbildning är stärkande.  Att upprätthålla en opioidsäkerhetskultur kräver fortlöpande målinriktad uppmärksamhet.	Hög

2	<p>Seyedfatemi et al. 2014. Iran.</p> <p><i>International Journal of Palliative Nursing.</i></p> <p>Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain.</p>	<p>Identifiera iranska sjuksköterskors uppfattningar om palliativ vård för patienter med cancersmärta.</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer med 15 sjuksköterskor från tre sjukhus.</p>	<p>Temor som framkom: Hantering av fysisk smärta. Psykologisk stärkning. Minska nöd.</p>	Hög
3	<p>Willmott et al. 2020. Australien.</p> <p><i>Palliative Medicine.</i></p> <p>Nurses' knowledge of law at the end of life and implications for practice: a qualitative study.</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors erfarenheter och kunskap om lagen relaterat till smärta och symtomlindring i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer med 25 sjuksköterskor som rutinmässigt administrerade eller föreskrev smärtlindring eller symtomlindring till patienter i livets slutskede.</p>	<p>Temor som framkom: Sjuksköterskors erfarenheter. Sjuksköterskors juridiska kunskaper.</p>	Hög
4	<p>De witt Jansen et al.</p>	<p>Utforska hospice, akutvård</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>Temor som framkom:</p>	Hög

	<p>2016. Nordirland.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing.</i></p> <p>Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study.</p>	<p>och sjuksköterskors erfarenheter av smärtbehandling för personer med avancerad demenssjukdom i sista levnads månaden. Identifierade utmaningar, facilitatorer och övningsområden som kräver ytterligare stöd.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 24 sjuksköterskor från 10 vårdhem, 3 hospice och 2 akutsjukhus.</p>	<p>Utmaningar att administrera analgesi.</p> <p>Relation mellan sjuksköterska och läkare.</p> <p>Interaktivt lärande och praktisk utveckling.</p>	
5	<p>Brorson et al. 2014 Sverige.</p> <p><i>Pain Management Nursing.</i></p> <p>Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia.</p>	<p>Beskriva sjuksköterskors upplevelser angående smärtlindring i livets slutskede hos patienter med demens.</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer med 7 sjuksköterskor på en neuropsykiatrisk avdelning.</p>	<p>Huvudkategorier framkom:</p> <p>Sjuksköterskors erfarenheter av svårigheter kring smärtlindring.</p> <p>Sjuksköterskors erfarenheter av resurser för smärtlindring.</p>	Måttlig

6	<p>Gardiner et al. 2012. Storbritannien.</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management.</i></p> <p>Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: a qualitative focus group study.</p>	<p>Undersöka attityder hos hälso-och sjukvårdspersonal om opioidförskrivning inom öppenvård i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Fokusgruppsintervjuer med 31st deltagare, varav 13 sjuksköterskor. Två grupper i hospicemiljö och två grupper i öppenvårdsmiljö.</p>	<p>Temor som framkom:</p> <p>Barriärer till lämplig opioidförskrivning.</p> <p>Partnerskap mellan specialister och allmänna palliativa vårdare i livets slutskede.</p> <p>Patienten och familjens inflytande på opioidanvändning.</p>	Hög
7	<p>Greenfield et al. 2021. Storbritannien.</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management.</i></p> <p>Healthcare professionals' experiences of the barriers and</p>	<p>Utforska vårdpersonals uppfattning om vad som hindrar och underlättar för pediatrik samhällsbaserad smärtbehandling för spädbarn, barn och unga människor i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer med 29 vårdpersonal, varav 12 sjuksköterskor, inom primär-, sekundär- och tertiärvård.</p>	<p>Temor som framkom:</p> <p>Föräldrars förmågor, övertygelser och välbefinnande.</p> <p>Arbetsrelationer mellan familjer och vårdpersonal.</p> <p>Arbetsrelationer mellan vårdteam.</p>	Hög

	<p>facilitators to pediatric pain management in the community at end-of-life: a qualitative interview study.</p>			<p>Vårdpersonalens kunskap, utbildning och erfarenhet.</p> <p>Leverans av hälsotjänster.</p> <p>Typ av smärtbehandling;</p> <p>Pediatrik-specifika faktorer.</p>	
8	<p>Soden et al. 2010. Storbritannien. <i>Palliative Medicine</i>.</p> <p>How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicenter study.</p>	<p>Få en bättre förståelse för hur sjuksköterskor som arbetar på specialistpalliativa vårdenheter inom slutenvården bedömer och hanterar genombrottssmärta.</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer med 15 sjuksköterskor från fem olika specialitenheter för palliativ vård.</p>	<p>Teman som framkom:</p> <p>Definiera genombrottssmärta.</p> <p>Bedöma genombrottssmärta.</p> <p>Hantera genombrottssmärta.</p> <p>Attityder/lagarbete.</p>	Hög



9	<p>Munkombwe et al. 2020. Zambia.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing.</i></p> <p>Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study.</p>	<p>Utforska erfarenheter och synpunkter hos sjuksköterskor som ger icke-farmakologiska terapier för kronisk smärtbehandling inom palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer med 15 sjuksköterskor som förser palliativ vård.</p>	<p>Huvudkategorier som framkom:  Bygga och upprätthålla gynnsamma terapeutiska relationer.  Identifiera mångfalden av patienternas behov.  Inkludera närstående.  Känna igen hinder.</p>	Hög
10	<p>Lundin och Godskesen. 2021. Sverige.</p> <p><i>BMC Nursing</i></p> <p>End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish</p>	<p>Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med avancerad demenssjukdom och smärta i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer med 13 sjuksköterskor från 12 vårdhem.</p>	<p>Temor som framkom:  Utmaningar i kommunikationen.  Utmaningar i organisationen.  Utmaningar i relationen.</p>	Måttlig

	nursing homes				
--	---------------	--	--	--	--