



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Avanceradnivå

Identifiering av smärta och smärtlindrande omvårdnadsåtgärder vid vård av äldre personer i livets slut

**En kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor arbetandes
på särskilt boende**

**Identifying pain and pain relief using nursing interventions when
providing end-of-life care for older people**

Författare: Stina Agemalm & Maria Aldén

Institution: Hälsa och välfärd

Handledare: Ingrid From

Examinator: Anna Ehrnberg

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: AVÅ27G

Högskolepoäng: 15hp

Examinationsdatum: 2023-05-23

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker Open Access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open Access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten Open Access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (öppet tillgänglig på nätet, Open Access):

Ja

Nej

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Varje år avlider ungefär 1 procent av Sveriges befolkning vilket motsvarar cirka 90 000 personer. Av dessa avlider cirka 36 procent på särskilt boende. Smärta är ett vanligt förekommande symptom hos äldre personer som vårdas i livets slut. Att identifiera smärta och lindra smärta blir således centralt och en viktig del av arbetet för den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan.

Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera smärta och använda omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta hos den äldre personen boende på särskilt boende i livets slut.

Metod

Metoden är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer har använts för insamling av data där sjuksköterskor med minst ett års erfarenhet av särskilt boende där personer över 65 vårdas i livets slut inkluderades som informanter. Innehållsanalys gjordes enligt en metod beskriven av Graneheim och Lundman (2004).

Resultat

Studiens resultat presenteras i fyra kategorier; Relation central vid vård i livets slut, Identifiering av smärta är svårt, Omvårdnadsåtgärder lindrar smärta och Ett kvalificerat team främjar omvårdnaden. Samtliga kategorier presenteras med tillhörande underkategorier.

Slutsats

Studiens resultat visade på att personkännedom möjliggjorde personcentrerad vård och ökade möjligheten att individanpassa omvårdnadsåtgärder och att enklare identifiera äldre personers smärta. Omvårdnadspersonal saknade kunskap om identifiering av smärta och smärtlindring med omvårdnadsåtgärder. Det var sjuksköterskor som hade ansvar att handleda och kompetensförsörja teamet däremot visar resultatet att sjuksköterskor inte

följer riktlinjer gällande användning av skattningsinstrument vid identifiering av smärta och inte heller hade fullgoda kunskaper om de fyra dimensionerna av smärta.

Nyckelord: Omvårdnadsåtgärder, Sjuksköterskors erfarenheter, Smärta, Vård i livets slut, Äldre person

ABSTRACT

Background

Each year approximately 1 percent of Sweden's population dies, which corresponds to approximately 90 000 people. Of these, about 36 percent dies while living in special housing. Pain is a common symptom in older people receiving end-of-life care. Identifying pain and alleviating pain thus becomes central and an important part of the work of the nurse responsible for care.

Aim

The aim is to describe nurses' experiences of identifying pain and using nursing interventions for pain relief in older people living in special housing at the end of life.

Method

The method used is a qualitative interview study with an inductive approach. Semi-structured interviews have been used for the collection of data where nurses with at least one year of experience of working in special housing for people older than 65 years of age in end-of-life care were included as informants. Content analysis was done according to a method described by Graneheim and Lundman (2004).

Results

The result of the study is presented with four categories; Relationship central for end-of-life care, Identifying pain is difficult, Nursing interventions alleviate pain and A qualified team promotes nursing. All categories are presented with associated subcategories.

Conclusions

The results of the study show that knowledge of the person made person-centered care possible and increased the possibility to individualize nursing interventions and made it easier to identify pain in older people. Nursing staff lacked knowledge about identifying pain and alleviating pain with nursing interventions. It was nurses who had the responsibility to tutor, and competence supply the team however the results show that nurses do not follow guidelines regarding estimation instruments when identifying pain and neither do they have satisfactory knowledge of the four dimensions of pain.

Keywords: Nursing interventions, Nurses' experiences, Pain, End-of-life care, Older person

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Palliativ vård och vård i livets slut	1
Smärta.....	3
Identifiering av smärta.....	4
Smärtlindring med omvårdnadsåtgärder.....	5
Teoretisk referensram	6
Problemformulering.....	7
Syfte	8
METOD	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	12
Relation central vid vård i livets slut	13
Personkännedom underlättar identifiering.....	13
Personkännedom främjar val av omvårdnadsåtgärd.....	14
Identifiering av smärta är svårt	15
Äldres smärta är diffus.....	15
Samtal och frågor underlättar identifiering	16
Identifiering via helhetsbedömning.....	16
Skattningsinstrument gör smärta mätbar.....	17
Omvårdnadsåtgärder lindrar smärta	18
Lindring via lägesändringar och positionering	18
Mänsklig kontakt och beröring	19
Anpassningar i miljön	20
Omvårdnadsåtgärder används för lite	21
Omvårdnadsåtgärder är inte alltid tillräckligt.....	21
Ett kvalificerat team främjar omvårdnaden	22
Kompetens i teamet är viktig vid identifiering av smärta.....	23
Teamets kompetens har betydelse för användandet av omvårdnadsåtgärder	23

DISKUSSION	25
Resultatdiskussion	25
Metoddiskussion.....	30
Konklusion	32
Klinisk betydelse för samhället	32
Förslag till vidare forskning	33
Självständighetsdeklaration	33
REFERENSER.....	34

BILAGOR

Bilaga 1 Informationsbrev och samtyckesblankett till verksamhetschef

Bilaga 2 Informationsbrev och samtyckesblankett till informant

Bilaga 3 Intervjuguide

Bilaga 4 Etisk egengranskning

INLEDNING

Med utgångspunkt i vårt arbete som sjuksköterskor på särskilt boende väcktes idén till detta ämne. Den palliativa vården och vård i livets slut är något vi kommer i kontakt med dagligen och vi ser en möjlighet till förbättring gällande både användande av validerade skattningsinstrument vid identifiering av smärta och smärtlindring med hjälp av omvårdnadsåtgärder. Att använda ett validerat skattningsinstrument är ett arbetssätt för att identifiera smärta där målvärden utformats av Socialstyrelsen. Svenska palliativregistret presenterar statistik på användandet där författarnas hemkommun inte möter satta målvärden. Vår upplevelse är att god kunskap finns om farmakologiska åtgärder för att lindra äldre personers smärta medan omvårdnadsåtgärder sällan synliggörs som vedertagen metod trots att de kan användas i samma syfte. Vi ämnar därför undersöka vilka erfarenheter sjuksköterskor som arbetar på särskilt boende har av att identifiera smärta och använda omvårdnadsåtgärder för att lindra äldre personers smärta i livets slut.

BAKGRUND

I bakgrunden presenteras palliativ vård och vård i livets slut, smärta, identifiering av smärta och smärtlindring med omvårdnadsåtgärder. Bakgrunden avslutas med studiens teoretiska referensram och en problemformulering.

Palliativ vård och vård i livets slut

Den senaste statistiken internationellt presenterad av World Health Organization (WHO, 2020) visar att år 2019 avled 55,4 miljoner människor i världen. Över 40 miljoner människor världen över är årligen i behov av palliativ vård (WHO, 2023). I Sverige avled år 2022, 94 737 personer varav 84 711 var över 65 år (Statistiska centralbyrån [SCB], 2023). Socialstyrelsen beskriver att av de totala dödsfallen i Sverige bedöms 80 procent vara i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2023).

Ordet *palliativ* kommer från det latinska ordet *pallium* som betyder mantel (Ernsth Bravell, 2013; Streeck, 2020) och är menat att illustrera hur vården omsluter och tar hand om hela personen (Ernsth Bravell, 2013). Den palliativa vårdens mål utifrån WHO (2023) definition är att vårdformen ska vara tillgänglig för personer oavsett utförare och diagnos. Den palliativa vården härrör från 1960-talets England och Cicely Saunders som var sjuksköterska, läkare samt kurator och hon verkade för att förstå personers lidande och

hur lindring var möjlig (Beck, 2017; Streeck, 2020). Palliativ vård delas in i två faser, tidig och sen. I den tidiga fasen som kan fortgå i flera år kan även kurativ behandling ges parallellt. En brytpunkt äger rum när behandling inte längre gynnar personen och den sena palliativa fasen tar vid, så kallad vård i livets slut (VILS). Livsuppehållande åtgärder är då inte längre i fokus utan endast lindrande av lidande och främjande av livskvalitet (Beck, 2017; Dehlin & Rundgren, 2014).

I Sverige bedrivs palliativ vård både inom öppen- och slutenvård, inom regionen och kommunen (Socialstyrelsen, 2023). Det finns allmän- och specialiserad palliativ vård, den allmänna kan utföras av personal med grundläggande kompetens inom vård och omsorg. Den specialiserade palliativa vården utförs av de som har specifik kunskap i området. Vid kompetensspecifika slutenvårdsenheter eller multiprofessionella konsultteam med en läkare ansluten. Tillgången till den specialiserade palliativa vården är olika beroende på var i Sverige personen befinner sig (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2020a).

Socialtjänstlagen (SFS, SoL 2001:453) kapitel 5 § 5 fastslår att kommunen är ålagda att upprätta och bistå äldre personer som är i behov av omvårdnad eller service med särskilda boendeformer. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, HSL 2017:30) reglerar hur hälso- och sjukvård ska utföras för de som bor i en särskild boendeform. Socialstyrelsen (2013) har utformat ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede som är tänkt att fungera som ett stöd för kommuner och regioner i utvecklingen och kompetensförsörjningen av den personal som utför vården, både för de som arbetar i enlighet med SoL såväl som för de som arbetar i enlighet med HSL. Socialstyrelsen (2016) beskriver det kommunala engagemanget som en besvikelse gällande användandet av kunskapsstödet och vid en utvärdering 2016 var det endast en fjärdedel av kommunerna i Sverige som använde sig av kunskapsstödet. Den palliativa vården och VILS bedrivs i så stor utsträckning inom den kommunala vårdkontexten att det anses vara av stor vikt att samtliga personalkategorier erhåller adekvat utbildning för att utföra palliativ vård (Socialstyrelsen, 2016). Varje år avlider ungefär 1 procent av Sveriges befolkning vilket motsvarar cirka 90 000 personer. Av dessa avlider cirka 36 procent på särskilt boende (SKR, 2020a). Undersköterskor och vårdbiträden utgör majoriteten av den omvårdnadspersonal som arbetar inom kommunal vård och omsorg och som arbetar nära personer i behov av vård (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2020b). Det är

däremot sjuksköterskor som har ansvar för omvårdnaden och utifrån sin profession ska leda arbetet i teamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Cirka 40 procent av kommunerna i Sverige erbjuder sjuksköterskor fortbildning inom palliativ vård årligen. Fortbildning för undersköterskor, fysio- och arbetsterapeuter erbjuds av cirka 20 procent av kommunerna. Det beskrivs förekomma skillnader nationellt och att den kommunala allmänna palliativa vården är bristfällig (Socialstyrelsen, 2016).

Smärta

Begreppet *total pain* utvecklades på slutet av 1950-talet av Cicely Saunders och begreppet ligger till grund för den helhetssyn palliativ vård har med de fyra dimensionerna av smärta; fysisk, psykisk, social och existentiell smärta (Clark, 1999; Dobson, 2017; Streeck, 2020; Regionala cancercentrum [RCC], 2021). Den psykiska smärtan kan till exempel vara oro, rädsla eller dödsångest (RCC, 2021). Rädslan inför att uppleva smärta likställdes med att uppleva fysisk smärta (Wijk & Grimby, 2008). Social smärta kunde handla om samspelet människor emellan och relationer, exempelvis kan den döende vara rädd för att vara en belastning för sin anhörig eller att lämna dem. Den existentiella dimensionen kan ge upphov till smärta gällande personens existens, personen kan ifrågasätta vad meningen med livet är eller ha frågor som ”Vad händer efter döden?” (RCC, 2021; Streeck, 2020; Wijk & Grimby, 2008).

Smärta definieras som en subjektiv upplevelse (Clark, 1999; Dobson, 2017; Oliviera Vargas et al., 2013; RCC, 2021). Alla dimensioner, fysisk, psykisk, social och existentiell, kan bidra till smärta, personens tidigare erfarenheter är viktigt att beakta för att förstå den subjektiva upplevelsen av smärta (RCC, 2021; Wijk & Grimby, 2008). Smärta beskrivs vara en sensorisk eller känslomässig upplevelse, orsakat av potentiell eller verklig skada. Smärta påverkar personen negativt, orsakar lidande och minskar personens välbefinnande (Clark, 1999; Oliviera Vargas et al., 2013; RCC, 2021). Smärta kunde ibland orsaka andra symtom som var mer framstående än smärtan själv, såsom illamående eller trötthet (Vigstad et al., 2018). Då dimensionerna påverkar och samverkar med varandra är det inte helt enkelt att urskilja varifrån symtomen kommer (RCC, 2021).

Smärta har beskrivits av Andersson (2018) och Steindal (2011) som ett vanligt förekommande symtom för personer som vårdas i livets slut. Svenska palliativregistret

presenterar statistik som visar att under 2022 rapporterades 74,3 procent av personer över 65 år som avled och som var väntade dödsfall på särskilt boende, LSS boende och korttidsboende upplevde smärta under sin sista levnadsvecka. I Västmanland var motsvarande siffra 76,5 procent (Svenska palliativregistret, 2023). Det fastslås av WHO (2023) att smärta, oavsett om orsaken är fysisk, psykisk, social eller existentiell, är ett lidande där vården har ett etiskt ansvar att lindra.

Identifiering av smärta

Det var av vikt att personal hade ett genuint intresse när det kom till personen och den palliativa vården för att besvärande symtom skulle kunna upptäckas och lindras (Beck, 2017; Dobson, 2017). Smärta kunde ta uttryck genom att personen visade aggression, hade ett spänt ansiktsuttryck eller grimaserade (American Geriatric Society, 2002). Förändringar i beteende kunde även vara tecken på att personen upplevde smärta (Brorson et al., 2014; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Jansen et al., 2017). Chanserna att identifiera eventuell smärta ökade med god personkännedom (Jansen et al., 2017; Ludvigsson et al., 2020). Teamets kunskap gällande bedömning av smärta ansågs vara viktig vid identifiering. Smärta ansågs vara väldigt komplext och när stöd i bedömning behövdes nyttjades teamets samlade kompetens och erfarenhet (Ludvigsson et al., 2020).

Det rekommenderades inom palliativ vård att använda validerade smärtskattningsinstrument som inkluderade alla dimensioner för att helhetsbilden av personens symtom skulle kunna fångas upp (Beck, 2017; Ebrahimi et al., 2017; Vigstad et al., 2018). Genom att använda smärtskattningsinstrument ökade förutsättningarna att lindra personens lidande och gav möjlighet att utvärdera behandling (Ludvigsson et al., 2020; RCC, 2021; Socialstyrelsen, 2013; Socialstyrelsen, 2017). Det var svårt att skatta en persons subjektiva upplevelse och det visade sig att vårdpersonal skattade smärta lägre än personen som upplevde den. Det var därför av vikt att personen i fråga möjliggjordes deltagande i skattningen av sina symtom. Instrument möjliggjorde användandet av ett gemensamt språk och risken att underbehandla symtom reducerades (Beck, 2017; RCC, 2021). Smärtskattningsinstrument krävde kommunikation i någon form. Om personen inte var förmögen att verbalt uttrycka sina symtom och besvär, till exempel vid demenssjukdom eller nedsatt fysisk förmåga, kunde observationer eller kroppsundersökning utgöra ett sätt att inhämta information (Beck, 2017; Oliviera Vargas

et al., 2013; RCC, 2021). Abbey Pain Scale är ett skattningsinstrument i vilket smärta bedöms utifrån en skala där beteendeförändringar såsom matvägran, förvirring eller fysiologiska förändringar som hjärtfrekvens och temperatur vägs in i bedömningen (Tapp et al., 2019). Teamet och anhöriga beskrevs vara en tillgång vid skattning av personens symtom (Beck, 2017; Duckworth, 2018; Jansen et al., 2017; Olivera et al., 2017; RCC, 2021).

Med anledning av att smärta är ett vanligt förekommande symtom i livet slut och det är prioriterat att lindra lidande har Socialstyrelsen (2017) utformat indikatorer för att främja god palliativ vård. Smärtskattning under sista levnadsveckan är en sådan vars målnivå är satt till 100%. Socialstyrelsen betonar att ett validerat smärtskattningsinstrument bör användas vid systematisk smärtskattning och då speciellt vid vård i livets slut när personen själv inte alltid är i stånd att kunna föra sin talan. Nationellt respektive i Västmanland rapporterades under 2022 genomförd smärtskattning med ett validerat smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan för personer över 65 år boende på särskilt boende, LSS boende och korttidsboende till 64,5% respektive 52,5% (Svenska palliativregistret, 2023).

Smärtlindring med omvårdnadsåtgärder

Det åligger sjuksköterskan att främja hälsa och att hantera sjukdom eller funktionsnedsättning samt främja välbefinnande och livskvalitet till livets slut (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskor behöver således ha kunskap om hur smärta lindras med såväl farmakologiska som icke farmakologiska åtgärder (Clark, 1999; Duckworth, 2018; Zeleke et al., 2021). Val av omvårdnadsåtgärd grundade sig i bedömningen av smärta, då smärta är multidimensionell var det nödvändigt att sjuksköterskan hade kunskap om identifiering (Oliviera et al., 2017).

Närvaro upplevdes öka personens välbefinnande och kunde då indirekt lindra smärta eller öka chanserna att annan smärtlindrande behandling fungerade (Brorson et al., 2014). Det fanns omvårdnadsåtgärder som hade en positiv inverkan på både fysisk och psykisk smärta. Massage (Collinge et al., 2012; Kozak et al., 2013; Brorson et al., 2014; Regionala cancercentrum [RCC], u.å.) hudvård och beröring var sådana exempel (Brorson et al., 2014; RCC, u.å.).

Smärta kunde lindras med omvårdnadsåtgärder som värme (Brorson et al., 2014; Oliviera et al., 2017; Zeleke et al., 2021) kyla, andning- och avslappningsövningar, socialt stöd och distraktion (Oliviera et al., 2017; Zeleke et al., 2021). Även musik (Brorson, et al., 2014; Zeleke et al., 2021) och läsning (Collinge, 2012) upplevdes ha en lindrande effekt på smärta generellt. Positionering och lägesändring användes både för att förebygga samt att lindra smärta (RCC, u.å.; Zeleke et al., 2021). Positioneringskuddar och ortoser kunde användas för att justera läget och hitta en bekväm viloställning (RCC, u.å.).

Det är endast omvårdnadsåtgärder som är till nytta för personen som ska utföras vid vård i livets slut, som vårdpersonal är det viktigt att vara närvarande och lyhörd till personens önskemål och upplevelse (RCC, u.å.). Sjuksköterskor upplevde att när personens livshistoria var känd var det enklare att anpassa omvårdnadsåtgärder utifrån individuella behov (Brorson et al., 2014). Omvårdnadsåtgärder för att lindra alla typer av smärta var ofta enkla och kunde utföras av personal men även läras ut till personen och anhöriga (Oliviera et al., 2017).

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och den har valts till studiens teoretiska referensram. Personcentrerad vård kom som en utveckling av den tidigare patientcentrerade vården (Håkansson Eklund et al., 2019). Den patientcentrerade vården kategoriserade personerna utifrån sjukdomar och behandling, således avhumaniserades människorna (Lambert et al., 1997). I den personcentrerade vården värdesätts i stället erfarenheter och upplevelser av sjukdom och risk för sjukdom (Ekman & Norberg, 2013). Den personcentrerade vårdens vanligaste definition är att personen kännetecknas av sin självmedvetenhet, fria vilja, sin förmåga att kommunicera samt att alla är unika (Håkansson Eklund et al., 2019).

Det är centralt att utgå från personens berättelse i den personcentrerade vården då det ger en möjlighet att förstå personen (Ekman & Norberg, 2013; Håkansson Eklund et al., 2019). Det är också viktigt att hela livet prioriteras, inklusive interaktionen med andra för att uppnå ett meningsfullt liv (Håkansson Eklund et al., 2019; Pakkonen et al., 2021). Om personen inte kan uttrycka sig verbalt måste berättelsen kommuniceras med en anhörig eller så kan indirekta metoder som till exempel observation användas. De resurser som

identifieras är utgångspunkten i hälsoplanen (Ekman & Norberg, 2013). I den personcentrerade vården är personen och dess anhörig i partnerskap med hälso- och sjukvården och de ska få vara delaktiga i besluten kring vården som ges. Även om personen är svårt sjuk har vårdaren en uppgift i att identifiera, stödja och förstärka de resurser som finns för hälsa. Teamet kring personen består ofta av flera professioner och evidensbaserad kunskap måste varvas med erfarenhetsbaserad kunskap (Ekman & Norberg, 2013; McCance & McCormack, 2013). Erfarenhet kan vara att under lång tid vårda en person som har svårt att uttrycka sig verbalt och med tiden lära sig vad ansiktsuttryck, läten och kroppsrörelser står för. Dessa kan vara ett uttryck för att personen upplever smärta. Dokumentation av den personliga hälsoplanen är en del i ledet som kan säkerställa personcentrerad vård. Möjlighet ges då att få en helhetsbild av personens hälsotillstånd och planen ses som ett kontrakt mellan teamet och personen, planen säkerställer att vården sker enligt överenskommelsen (Ekman & Norberg, 2013).

Problemformulering

Inom kontexten särskilt boende upplevde en stor del av personer över 65 år smärta under sista levnadsveckan. Trots att smärta är vanligt förekommande är det inte helt enkelt att identifiera vilken typ av smärta personen upplever. Att ingen ska behöva lida och uppleva smärta är motivationen till varför målnivån för smärtskattning är satt så högt som till 100 procent. Socialstyrelsen belyser vikten av att använda validerade skattningssinstrument vid bedömningar och vid uppföljning av symtom och utvärdering av vald behandling. Trots det visar statistik att smärtskattning inte utförs i linje med målnivån. Sjuksköterskor har både ett etiskt ansvar i och med sitt arbete i vården och i enlighet med kompetensbeskrivning att lindra lidande och främja livskvalitet till livets slut. Således behövs kompetens gällande både identifiering av smärta och smärtlindring. Smärtlindring inkluderar inte bara farmakologiska åtgärder då smärta härrör från fyra dimensioner; social, psykisk, fysisk och existentiell smärta. Det är av vikt att sjuksköterskor har kunskap om såväl omvårdnadsåtgärder som farmakologiska åtgärder för att lindra smärta. Genom att undersöka hur sjuksköterskor identifierar och lindrar smärta med omvårdnadsåtgärder kan studien belysa eventuella kunskapsluckor och stödja utvecklingen av sjuksköterskors kompetens. Det kan i sin tur kan leda till ökad personcentrerad vård och lindring av smärta för den äldre personen i livets slut.

Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera smärta och använda omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta hos den äldre personen boende på särskilt boende i livets slut.

METOD

I avsnittet metod presenteras studiens design, datainsamling, tillvägagångssätt och urval samt hur analys har gått till och de etiska ställningstaganden studien har beaktat.

Design

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats valdes till studien. Enligt Henricson och Billhult (2017) är en kvalitativ metod lämplig när erfarenheter är tänkta att undersökas.

Urval

Sjuksköterskor verksamma inom hälso- och sjukvård i Västmanland tillfrågades om deltagande i studien. Studien ämnade att intervjua totalt tio informanter. Enligt Henricson och Billhult (2017) är val av informanter till en kvalitativ studie något som bör göras strategiskt då de är färre till antalet i jämförelse med en kvantitativ studie. Begränsning i kontext har därför gjorts för att få ett resultat som är jämförbart mellan informanterna. Inklusionskriterier tillämpades och dessa var att sjuksköterskorna hade minst ett års erfarenhet av att arbeta på särskilda boenden, erfarenhet av att vårda äldre personer i livets slut samt att identifiera smärta och använda omvårdnadsåtgärder i smärtlindrande syfte. Sjuksköterskor verksamma inom hemsjukvård exkluderades från studien. Billhult (2017) skriver om bias, systematiska eller icke slumpmässiga fel, som kan förekomma om den som inhämtar datan även har en annan relation till informanten. Sjuksköterskor i kommunen där författarna är verksamma exkluderades därför och tillfrågades inte om deltagande i studien.

Tillvägagångssätt

Initialt kontaktades verksamhetschefer i nio kommuner i Västmanland per telefon. Efter detta skickades ett mejl med informationsbrev och samtyckesblankett för både verksamhetschef och informant till samtliga verksamhetschefer (Bilaga 1 och Bilaga 2).

Fyra verksamhetschefer från tre kommuner varav en var privat aktör återkopplade och var positivt inställda till studien och lämnade samtycken att bedriva studien i deras respektive verksamhet. Sex verksamhetschefer återkopplade och avböjde deltagande på grund av hög arbetsbelastning. Efter inhämtat samtycke lämnade verksamhetscheferna ut informationsbrev och samtyckesblankett till potentiella informanter i sina respektive verksamheter. Kontaktuppgifter i form av mejladress fanns bifogat för eventuella frågor om studien samt till inlämnande av samtycke så de potentiella informanterna själva kunde ta kontakt med studiens författare. I informationsbrevet var inklusionskriterier tydligt beskrivna, dessa upprepades även vid bokning av intervju för att säkerställa att informanten hade den erfarenhet som var nödvändigt för att delta i studien. Sju informanter återkopplade till studiens författare om önskat deltagande. En informant exkluderades av dessa då studien hade tillämpat inklusions- och exklusionskriterier beskrivna i urvalet och informantens arbetsplats var utanför studiens kontext. Då antalet informanter initialt efter första utskick var låg skickades ytterligare ett mejl till de verksamhetschefer som samtyckt till studien med en önskan om att på nytt skicka ut informationsbrev till verksamhetens sjuksköterskor för att locka ytterligare informanter. Efter detta utskick kunde ytterligare två sjuksköterskor inkluderas. De åtta informanterna hade mellan 18 månader och 24 års arbetslivserfarenhet som sjuksköterska. Diskussion fördes under studiens gång författarna emellan att om behov förelåg kunde kontext breddas alternativt så kunde kommuner utanför Västmanland inkluderas. Intervjuer och transkribering skedde löpande. Efter åtta genomförda intervjuer genomfördes en första analys och mönster kunde ses. Efter detta avslutades datainsamlingen med anledning av att de inhämtade materialet ansågs tillräckligt för att besvara studiens syfte.

Datainsamling

Studien använde semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Enligt Danielsson (2017) struktureras frågorna upp men kan användas utan strikt ordningsföljd och anpassas efter informantens berättelse. En intervjuguide med sex öppna frågor upprättades vars fokus var att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av att identifiera smärta samt användning av omvårdnadsåtgärder för att lindra äldre personers smärta vid vård i livets slut. Intervjuguiden innehöll även ett par sonderande frågor som kunde användas under intervjuens gång (Bilaga 3).

Informanterna erbjöds och beslutade om intervjuerna skulle ske fysiskt eller via digitala kanaler, så som Zoom eller Teams. Det avsattes 60 minuter för varje intervju. Danielsson (2017) påpekar att det är viktigt att förvissa sig om att den tekniska utrustningen fungerar på förhand och således genomfördes en provintervju där båda författarna närvarade. En av författarna var utsedd att leda intervjun och den andra förde stödanteckningar.

Informanten lämnade muntligt och skriftligt samtycke som vid en riktig intervju och då det inhämtade materialet ansågs tillfredsställande beslutades detta inkluderas till studien. Även vid den andra intervjun deltog båda författarna och implementerade samma upplägg som vid den första. Resterande intervjuer genomfördes enskilt. Polit och Beck (2008) understryker att det är av vikt att informanter försäkras om att deltagandet är frivilligt trots att samtycke tidigare inhämtats samt att informanten har rätt att avbryta sitt deltagande utan närmare förklaring. Vid samtliga intervjutillfällen frågade därför författarna om samtycke var fortsatt aktuellt samt informerade om rätten att när som helst kunna avbryta intervjun, återkalla sitt samtycke och därmed avsluta sitt deltagande i studien. Intervjuerna spelades in och transkriberades inför analysprocessen.

Dataanalys

Analys av inhämtade data har skett i enlighet med hur Graneheim och Lundman (2004) beskriver kvalitativ innehållsanalys. De transkriberade intervjuerna, analysenheten som Graneheim och Lundman benämner dem, lästes av båda författarna var för sig flera gånger för att få en helhetsförståelse av materialet. Samtliga informanter tilldelades en bokstav, A-H, samt varsin färg, detta för att lättare kunna särskilja dem under analysprocessens gång. Tillsammans lyfte författarna sedan ut meningsbärande enheter ur analysenheten och enheterna färgkodades löpande i den transkriberade texten med en av tre färger, gul, blå eller grön. Detta endast för att hålla isär meningsenheterna, för att definiera start och stopp. Meningsbärande enheter beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som fraser som är relevanta för och besvarar studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades med beaktande av dess betydelse i helhet och kodades sedan utifrån kärnan. Samtliga koder skrevs ut på papper i informantens tilldelade färg för att kunna härleda ursprunget och enkelt kunna återgå till originalkällan. Koderna grupperades sedan utifrån likheter och skillnader och ett mönster växte fram. Författarna gick igenom koderna två gånger för att försäkra sig om grupperingen. Viss redigering gjordes andra gången efter att författarna återgått till de meningsbärande enheterna för att inte förlora

kärnan. Likheter och skillnader i koderna bildade studiens manifesta innehåll med kategorier och subkategorier. Författarna har under hela processens gång tagit ett steg tillbaka för att beakta kärnan och inte låta analysenheten gå förlorad. Detta har resulterat i justeringar gällande gruppering av koderna under tiden studiens resultat har bearbetats.

Figur 1) Analysexempel

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod
”När jag ska identifiera smärta i livets slut... Jag tycker det kan vara väldigt svårt” [Informant G].	Identifiering av smärta i livets slut tycker jag kan vara svårt.	Identifiera smärta i livet slut kan vara svårt.
”Ja, vi hade en man som hade en musikanläggning som han var väldigt väldigt stolt över. Han lyssnade på musik varje dag, där satte vi på musik. Vet inte riktigt om vi fick någon respons... Jag inbillar mig att han ändå tyckte om det” [Informant B].	En man hade en musikanläggning som han var väldigt stolt över och han lyssnade på musik varje dag. Vi vet inte om vi fick någon respons men jag inbillar mig att han tyckte om det.	Musik användes som omvårdnadsåtgärd utifrån personalens personkännedom

Etiska överväganden

Vetenskapliga studier görs i syfte att förbättra samhällets utveckling och var persons liv. För att få ny kunskap av sådant slag krävs ofta medverkan av människor som måste avsätta tid för att medverka och som med sitt deltagande kan utsättas för olika risker. Forskningsetik är till för att skydda den som deltar i en studie, för att värna dennes värde och rättigheter. Att i forskning följa etiska principer ökar sannolikheten att informanten garanteras säkerhet, rättighet och välbefinnande. Exempel på etiska principer är rättvis principen, icke-skada-principen, göra-gott-principen och autonomiprincipen. För att motivera olika val kan forskaren behöva överlappa flera principer (Kjellström, 2017). Den som erbjöds deltagande i denna studie fick information om forskningens syfte, vilka metoder som skulle komma att användas samt vem som var huvudman. Information delgavs informanterna att deltagande var frivilligt och att samtycke när som helst kunde återkallas (CODEX, 2021; World Medical Association, 2022; Polit & Beck, 2008).

Informanterna delgavs även information att ett återkallat samtycke inte behövde föranledas av en specifik anledning, utan att deltagande kunde avbrytas utan närmare förklaring (Vård i Norden, 1982; Polit & Beck, 2008). Informanterna fick skriftlig information på förhand och lämnade både ett muntligt och ett skriftligt samtycke (Bilaga 2). En etisk egengranskning gjordes av författarna (Bilaga 4). I denna framkom det att studien behandlar personuppgifter. Högskolan Dalarna (2021) ansvarar för att personuppgifter hanteras på ett korrekt sätt och under arbetets gång har författarna tagit hänsyn till Dataskyddslagen (GDPR, 2018) samt att etiska principer har beaktats. Materialet har enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2022) behandlats konfidentiellt för att skydda deltagarnas integritet. Enligt Kjellström (2017) innebär det att all insamlade data under arbetets gång har förvarats inlåst så att inte någon obehörig kunde komma åt den och att data vid redovisningen av arbetet inte kommer att kunna spåras till någon enskild person. De personuppgifter som inhämtats är att intervjuerna har spelats in, de har däremot förvarats i lösenordskyddad fil åtkomlig endast för författarna av studien. Informanternas arbetslivserfarenheter har även den inhämtas, denna presenteras inte på individnivå utan bara som ett spann för att visa på en spridning av erfarenhet. Informanterna har även under studiens gång benämnts utifrån tilldelad bokstav och/eller tilldelad färg. När arbetet är godkänt kommer allt material förutom det färdigställda anonymiserade arbetet att raderas.

RESULTAT

Studiens resultat baseras på erfarenheter av åtta sjuksköterskor och presenteras i fyra kategorier med tillhörande underkategorier. Resultatet visar på att relation och personkännedom underlättar både identifiering av smärta och smärtlindring av den äldre personen. Ett kompetent team är även något som beskrivs som en nyckelfaktor för vården och att identifiering av smärta är svårt. Resultatet visade även att omvårdnadspersonalen har en central roll i vårdandet och de gör ibland den initiala bedömningen av smärta samt utför de åtgärder som bedöms vara relevanta. Resultat presenteras först i tabellform i figur 2 och efter följer resultatet i löpande text.

Figur 2) Presentation av resultat i tabellform

Kategori	Underkategori
Relation central vid vård i livets slut	Personkännedom underlättar identifiering
	Personkännedom främjar val av omvårdnadsåtgärd
Identifiering av smärta är svårt	Äldres smärta är diffus
	Samtal och frågor underlättar identifiering
	Identifiering via helhetsbedömning
	Skattningsinstrument gör smärta mätbar
Omvårdnadsåtgärder lindrar smärta	Lindring via lägesändringar och positionering
	Mänsklig kontakt och beröring
	Anpassningar i miljön
	Omvårdnadsåtgärder används för lite
	Omvårdnadsåtgärder är inte alltid tillräckligt
Ett kvalificerat team främjar omvårdnaden	Kompetens i teamet är viktig vid identifiering av smärta
	Teamets kompetens har betydelse för användandet av omvårdnadsåtgärder

Relation central vid vård i livets slut

Kategorin Relation central vid vård i livets slut presenteras i två underkategorier, Personkännedom underlättar identifiering och Personkännedom främjar val av omvårdnadsåtgärd. Kategorin behandlar sjuksköterskors erfarenheter av att om personberättelsen är känd ökar möjligheten att arbeta personcentrerat vid vård i livets slut.

Personkännedom underlättar identifiering

Sjuksköterskorna beskrev att personkännedom var viktigt för identifiering av smärta hos den äldre personen. Sjuksköterskorna beskrev att identifiering av smärta kunde försvåras om de hade lite eller ingen personkännedom sedan tidigare. ”Det är säkert, det är svårare om man kommer som jour om man inte känner den boende. Då kan det ju vara så, då får man ju lita på personal och anhöriga” [Informant E]. Kontinuitet främjade identifiering, således var det prefererat att omvårdnadspersonal som hade god personkännedom kunde vara stöd vid bedömning, då var det enklare för sjuksköterskorna att göra en korrekt bedömning.

[...] Som att det är det här med att man är ansvarig, jag menar som en kontaktman. Att man har att den ofta går till, eh, den personen för att, att man känner och kan läsa av hur är det. Eh, det är ju jätteviktigt. Än att det kommer en som aldrig har träffat personen och som ska göra en bedömning, och inte känner personen. Det blir ju, det är ju därför det är så viktigt det här med kontinuiteten. [Informant H]

Sjuksköterskorna ansåg att det var av vikt att tidigare smärtproblematik och grundsmärta fanns dokumenterat som stöd för deras bedömning. Trots att sjuksköterskorna hade kompetens gällande tecken på smärta upplevdes det svårare att bedöma en person som de inte kände.

Personkännedom främjar val av omvårdnadsåtgärd

Omvårdnadsåtgärder användes för att förebygga smärta och om det fanns planer gällande omvårdnadsåtgärder innan den äldre personen vårdades i livets slut ansågs det vara viktigt att fortsätta med dessa planer för att minska risken för uppkomst av smärta.

Ja, man känner ju ofta patienterna ganska väl som patientansvarig sköterska. Då kanske man har följt med alltså kring deras smärta innan de var i livets slut och kanske har lite koll på om det är någon som har kronisk smärta och så sen innan, för det är inte så att smärtan avtar bara för att dom är i livets slut utan då kanske man behöver tänka lite extra på smärtlindringen och den biten. [Informant A]

Sjuksköterskorna beskrev att en god personkännedom främjade personcentrerad vård och val av omvårdnadsåtgärder mot smärta som då enklare kunde individanpassas. Att ha god personkännedom om den äldre personen de vårdade bidrog till att skapa lugn och trygghet. Levnadsberättelsen ansågs vara viktig för att se till vem personen var och vad personen tyckt om tidigare i livet för att kunna möta och tillgodose den äldre personens behov. Sjuksköterskorna betonade att bedömning ändå måste göras dagligen då den äldre personens behov och önskemål gällande omvårdnadsåtgärder kunde ändras från dag till dag.

[...] Vissa vill kanske vara själva, vissa vill inte att man ska vara där och för mycket och så där så att det måste... Det är ju också en fin avvägning och kanske kräver att man har inhämtat information från patienten var den själv vill, och har för önskemål... Sen får man ju även ha med det också kan ändra sig när man väl ligger där så att man inte, eh, går rakt på bara för att den personen har sagt det och sen så blir det helt annorlunda när man väl är där för det vet man ju inte, förrän den dagen. [Informant E]

Identifiering av smärta är svårt

Kategorin Identifiering av smärta är svårt beskriver att sjuksköterskornas erfarenheter av att identifiera smärta inte alltid är helt enkelt och vilka metoder de använder som underlättar identifieringen. Kategorin presenteras med fyra underkategorier, Äldres smärta är diffus, Samtal och frågor underlättar identifiering, Identifiering via helhetsbedömning samt Skattningsinstrument gör smärta mätbar.

Äldres smärta är diffus

Sjuksköterskorna beskrev att identifiering av den äldre personens smärta i livets slut var viktig. Det var först när smärta identifierats som möjlighet gavs att lindra den och samarbeta med personalen med att ge trygghet till den äldre personen och ha möjlighet att välja ut lämpliga åtgärder. Det framkom dock att trots att smärta var vanligt förekommande i livets slut kunde den vara svår att identifiera hos den äldre personen. Smärta kunde te sig olika, vara diffust och manifesteras på olika sätt. Ibland var det svårt att identifiera vad olika symtom stod för. "Ja, att det kan vara ... lite diffust. Eller väldigt diffust om det är i livets slut" [Informant B]. Sjuksköterskorna beskrev att de hade erfarenhet av att smärta, ångest och oro ofta gick hand i hand, och att ångest och oro ofta intensifierade smärtan. Det var ofta svårt att särskilja på oro och smärta.

Sjuksköterskorna beskrev att när den äldre personen var stoisk, inte påtalade eller på något sätt inte visade att de upplevde smärta, var det speciellt svårt att identifiera. Det var även svårt om den äldre personen inte var verbal och inte kunde svara på frågor, motsatt möjliggjorde då verbal kommunikation enklare identifiering. Om den äldre personen var medvetandesänkt upplevde sjuksköterskorna även det som ett hinder för identifiering av smärta. Närvaro var något som nämndes som en främjande faktor vid identifiering, att

kunna se förändringar i förlopp och se eventuella uttryck för smärta och då kunna sätta in åtgärder i god tid. Sjuksköterskorna med längre erfarenhet upplevde att svårigheter till trots kunde de med lätthet bedöma smärta hos den äldre personen i livets slut.

Samtal och frågor underlättar identifiering

Det framkom att sjuksköterskorna i mångt och mycket identifierade smärta genom att tala med och fråga den äldre personen. Även om den äldre personen inte förväntades svara var verbal kommunikation förstahandsvalet. "Jag pratar ju. Även om jag kanske inte förväntar mig eller vet att jag inte kommer få ett direkt svar så frågar jag ju ändå personen liksom ehm... Att jag närmar mig och ställer frågan" [Informant D]. Om den äldre personen hade en verbal kommunikativ förmåga använde sig sjuksköterskorna av direkta frågor till personen eller så inhämtades information om smärta genom att den äldre personen själv uttryckte det under samtal. Att ställa direkta frågor om existentiell smärta upplevde sjuksköterskorna var svårt.

Och sen alltså om jag tänker på annat än fysisk smärta så... ibland kan jag tycka de är ganska så ganska jobbigt och fråga om de här liksom existentiella. Ehm... Jag försöker göra det ändå ... för att veta liksom. Jag vill ju såklart hjälpa den här äldre personen i livets slut. [Informant G]

I möten där sjuksköterskorna upplevde att den existentiella smärtan ändå behövde beröras, innehöll samtalen i stället öppna frågor, för att bjuda in den äldre personen till att själv prata om det som annars kunde vara svårt att ta upp och som kunde orsaka smärta.

Identifiering via helhetsbedömning

Om den äldre personen inte kunde uttrycka sig verbalt tolkades i stället dennes uttryck. När sjuksköterskorna såg tecken på obehag, om det förekom fysiologiska förändringar, kunde det tyda på att den äldre personen upplevde smärta. Matvägran och att inte prata kunde även det indikera att smärta förekom.

...jag är väldigt nog, jag som, jag brinner för den palliativa vården och jag, jag tycker att alla liksom har rätt att få, få dö i lugn och ro och smärtfria... Vilket gör att jag är väldigt noga med att titta efter tecken på smärta. [Informant F]

Sjuksköterskorna beskrev att helhetsbedömning krävs för att identifiera smärta, att uppmärksamma hela människan och leta efter tecken. En helhetsbedömning av den äldre personen gjorde det möjligt att både identifiera och härleda orsaken till smärtan. Smärta kunde bedömas i handling och identifieras med hjälp av beröring, sjuksköterskorna använde då sin kliniska blick. Det framkom i intervjuer att med hjälp av den kliniska blicken observerades kroppsspråk och ansiktsuttryck när de skulle bedöma om smärta förekom. Rörelsemönster, motorisk oro och om personen hade spänningar i kroppen kunde indikera att den äldre personen upplevde smärta.

Sjuksköterskorna identifierade också smärta genom ljud från den äldre personen. Jämrande eller stönade kunde tyda på att smärta förekom. “[...] Det behöver inte vara så häftiga saker heller, eh. Man börjar gny kanske, låta...” [Informant E]. Häftig andning kunde även det indikera att den äldre personen upplevde smärta. Sjuksköterskorna beskrev att de föredrog att nyttja den kliniska blicken i stället för att ta stöd av eller att använda ett validerat skattningsinstrument.

Skattningsinstrument gör smärta mätbar

Det framkom i intervjuerna att sjuksköterskorna hade olika erfarenhet kring användandet av smärtskattningsinstrument. Sjuksköterskorna beskrev att användandet av instrument vid identifiering av smärta var av värde oavsett vilket instrument som användes. Smärtskattningsinstrument tydliggjorde bedömningen och gjorde det möjligt att mäta smärta. Om instrument användes kunde även effekt av valda smärtlindrande åtgärder enklare utvärderas. Sjuksköterskorna beskrev dock att trots likvärdiga bedömningar sattes olika åtgärder in beroende på vem som gjorde bedömningen. Sjuksköterskorna betonade att oavsett valt skattningsinstrument var det ändå viktigt med upprepade bedömningar för att följa smärtan och se helheten.

Men de är ju mer de blir ju tydligare... Att använda ett instrument och få en siffra... Att... Vad ska man säga... De är ju inte godtyckliga, men förstår du vad jag menar? De kan ju tyckas lite... och lite flummigt om jag bara går på min egen uppfattning utan att kunna presentera den i någonting. [Informant D]

Abbey Pain Scale var ett smärtskattningsinstrument som ansågs vara bra vid identifiering av smärta hos den äldre personen. Instrumentet var speciellt lämpligt när personen inte längre kunde uttrycka sig verbalt eller vid kognitiv svikt. Instrumentet var en bra grund för helhetsbedömning och möjliggjorde träning av sjuksköterskors kliniska blick. Smärtskattning med Abbey Pain Scale kunde även med fördel göras med stöd av omvårdnadspersonal.

Fördelarna är att man kan lära sig, om man börjar med Abbey Pain Scale så kan man lära sig hur vi visar smärta. Hur det syns på oss om vi har ont. Och är det så att patienten du har som inte kan uttrycka det, har kanske kognitiv svikt och kanske inte kan uttrycka. Alltså då är den väldigt bra, och du lär dig den ganska snabbt. [Informant C]

Sjuksköterskorna beskrev att de ibland tog stöd av skattningsinstrument vid identifiering av smärta men att svårigheter som att det inte fanns en logisk plats för dokumentation i journalsystemet utgjorde en risk att utförd skattning inte journalfördes. ”När man har jobbat länge, så gör man ju skattningen mer i huvudet än att man skriver ner det i journalen just för att det inte finns någon riktigt logisk plats att skriva i journalen” [Informant A]. Sjuksköterskorna beskrev journalsystem som otydliga och att de inte var användarvänliga, speciellt vid palliativ vård.

Omvårdnadsåtgärder lindrar smärta

I kategorin Omvårdnadsåtgärder lindrar smärta beskrivs sjuksköterskors erfarenheter av att lindra smärta med omvårdnadsåtgärder och presenteras i fem underkategorier; Lindring via lägesändringar och positionering, Mänsklig kontakt och beröring, Anpassningar i miljön, Omvårdnadsåtgärder används för lite samt Omvårdnadsåtgärder är inte alltid tillräckligt.

Lindring via lägesändringar och positionering

I intervjuerna med sjuksköterskorna framkom att smärta kunde lindras genom lägesändringar och positionering. Dessa åtgärder användes även förebyggande för att förhindra uppkomst av smärta. När personen inte längre själv rörde sig eller inte längre tog eget initiativ till rörelse hjälpte sjuksköterskorna till med aktivering och

lägesändringar. Likaså om personen tidigare haft kontrakturprofylax nämndes det vara viktigt att fortsätta med dessa rörelser för att förhindra uppkomst av smärta. “Patienter som behövt kontrakturprofylax ehm. [...] och sen även fortsatt träna dem, röra på dem. När de sen kanske haft för lite rörelse eller mer stelhet och det i sig leder till mer smärta” [Informant C]. Om personen hade känt smärta sedan tidigare undveks positionering som kunde vara belastande eller som kunde skapa obehag. Sjuksköterskorna beskrev att långvariga tryck på utsatta punkter där risk för trycksår var hög var viktig att undvika. Vändschema kunde då användas för att underlätta arbetet och för att förhindra uppkomst av trycksår, för att trycksår i sin tur kan leda till ökad smärta för den äldre personen. Kuddar och tryckavlastande madrass var hjälpmedel som användes i samband med kroppspositionering.

Mänsklig kontakt och beröring

Närvaro och att visa omtanke upplevdes ha smärtlindrande effekt. Det kunde genomföras genom täta besök eller att finnas där när möjlighet fanns samt att inte lämna rummet alls när slutet för personen ansågs vara nära. Närvaro kunde också vara att samtala med personen för att förtydliga närvaron även om personen inte kunde svara.

Sjuksköterskorna beskrev beröring i olika former och angav det som en viktig omvårdnadsåtgärd för att lindra smärta. Olika typer av beröring kunde vara massage, taktil beröring eller att personen fick hjälp att smörja in kroppen.

[...] Eh, men sen är det ju så här jag tänker över lag att människor behöver människor och vi behöver beröring. Ehm, att någon håller en i handen eller att någon stryker över armen eller liksom, det ger ju ganska mycket tror jag.

[Informant F]

Det betonades att känslan av att beröras kunde vara individuell och att det var av vikt att sjuksköterskorna bedömde om den äldre personen verkligen uppskattade beröringen.

[...] Jag tänkte när, en annan sak sådan är ju det här med taktil massage kan ju också vara en, en åtgärd. Eh om, om inte personen, alltså det får man ju verkligen bedöma så att det inte är, så att de inte känner obehag. Det är ju väldigt olika, man får, måste göra en, hur man tycker det här med hudkontakten. Annars kan ju det vara en sådan omvårdnadsåtgärd. [Informant H]

Beröringen behövde inte komma från en annan människa utan kunde även vara att den äldre personen ville hålla om någonting, en kudde, ett gosedjur eller en filt.

Sjuksköterskorna nämnde transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) som ett alternativ till beröring.

Anpassningar i miljön

Att göra anpassningar i miljön kunde lindra smärta för den äldre personen i livets slutskede. Sjuksköterskorna beskrev att miljön kunde anpassas på flera sätt, varav musik var ett sätt som de använde för att alternera miljön. Om den äldre personen tidigare tyckt om musik kunde dennes favoriter med fördel spelas annars valdes lugn musik till bakgrunden.

[...] om personen vill med musik, kan ju vara en sådan sak. [...] musik gör ju, om man sätter på rogvande musik så kan ju det vara en sak som gör att man inte upplever smärtan utan man tänker, eh alltså att man har, får en annan dimension. [Informant H]

Att öppna ett fönster eller möjlighet till utevistelse även om den äldre personen var sängliggande var en omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskorna beskrev. Miljöombyte från inomhus till utomhus kunde medföra att den äldre personen inte blev fast i tanken att vara sjuk och att döden närmade sig. I stället kunde den äldre personen få en annan upplevelse för en stund genom att lyssna på fågelkvitter. Ett annat sätt att anpassa miljön var att vända på sängen när den äldre personen inte längre kunde ligga på samma sätt som tidigare. Detta möjliggjorde att det gick att tillgodose om det fanns speciella sätt som den äldre personen ville ligga på.

Som anpassning i miljön beskrev även sjuksköterskorna värme och kyla. Dessa användes som omvårdnadsåtgärd men nämndes även som något de ville utveckla och som skulle kunna tillämpas i större utsträckning. Kyla användes i form av kalla handdukar eller att smärtsamma områden duschades med kallt vatten. Det kunde även vara så enkelt som att få äta glass. Värme som omvårdnadsåtgärd kunde vara att använda varma täcken eller att ett lämpligt kärl fylldes med varmt vatten och då användes mer lokalt på kroppen.

Omvårdnadsåtgärder används för lite

Tid, och då brist på tid, beskrevs av sjuksköterskorna som ett hinder vid användandet av omvårdnadsåtgärder. Det var inte alltid möjligt för sjuksköterskorna att stanna så länge som de önskade. ”Men tiden absolut, att man inte kan vara liksom non-stop hos någon” [Informant F]. Detta blev tydligare på natten då antalet sjuksköterskorna i tjänst var lägre och antalet personer sjuksköterskorna hade ansvar för då ökade. På jourtid kunde det även vara så att sjuksköterskorna fick åka mellan olika boenden vilket kunde påverka möjligheten att ge tid. Det blev då speciellt viktigt att sjuksköterskorna prioriterade att utföra möjliga omvårdnadsåtgärder i smärtlindrande syfte under besöken när de väl var hos den äldre personen som vårdades i livets slutskede. Sjuksköterskorna beskrev även erfarenheter kring hinder gällande hjälpmedel för avlastning och kroppspositionering då de ibland behövde vänta en tid på leveranser.

Trots att tilltron var stor ansågs omvårdnadsåtgärder användas för lite och sjuksköterskorna önskade arbeta mer med omvårdnadsåtgärder i smärtlindrande syfte. Det framkom även att det fanns en rädsla att göra illa personen i stället för att lindra smärta. ”Jag tror att det är många som är rädda över att de ska göra illa patienten med.” [Informant C]. Ofta ansågs dock inte omvårdnadsåtgärder vara tillräckliga för att lindra den äldre personens smärta. Däremot uppgav sjuksköterskorna att det var viktigt att försöka och ge omvårdnadsåtgärderna en chans.

Omvårdnadsåtgärder är inte alltid tillräckligt

När en äldre person vårdas i livet slut var sjuksköterskorna överens om att målet var att lindra den smärtan som kunde förekomma. Sjuksköterskorna hade goda erfarenheter och var positivt inställda till att lindra smärta med omvårdnadsåtgärder i livets slut. ”[...] Jag tycker det är superviktigt med omvårdnadsåtgärder och närvaron vid vård i livets slut”

[Informant E]. Vid själslig och psykisk smärta nämndes omvårdnadsåtgärder som en speciellt viktig del i smärtlindringen. I stor utsträckning ansågs omvårdnadsåtgärderna stå för mycket av den förebyggande smärtlindringen men läkemedel påtalades som ett viktigt komplement, speciellt vid fysisk smärta eller i ett mer akut skede. ”Smärta är ju ändå, alltså symtom som är relativt lätt att åtgärda med injektioner, [...] smärta kan ju vara svårt att komma åt om man inte får medicinering. Tänker jag” [Informant A]. Sjuksköterskorna påtalade även att läkemedel ibland var nödvändigt för att kunna utföra omvårdnad. Det beskrevs som en balansgång, användandet av omvårdnadsåtgärder och läkemedel.

Och det kan ju också brista, det jag pratade om tidigare, just det här att personalen kanske säger att när vi skulle byta inkontinensskydd så ojade sig hon sig jättemycket men sen när vi la henne på rygg igen, då var det bra. Men där skulle ju patienten haft smärtlindring innan omvårdnad, givetvis för att inte det här smärtgenombrottet ska komma. [Informant A]

Sjuksköterskorna ansåg att läkemedel var sista steget i smärtlindringen, det var sista alternativet när omvårdnadsåtgärder inte var tillräckliga. Sjuksköterskornas erfarenhet var att det ofta fanns behov av läkemedel för att lindra smärta då omvårdnadsåtgärder sällan räckte i vård i livets slut. “Jag tror inte att alltid att... Jag tror ofta men man kan inte alltid lindra smärta med omvårdnadsåtgärder utan måste liksom, det får inte bli en princip... Att det finns ju bra läkemedel att ta till när det behövs” [Informant B]. Oavsett metod för lindring så var det viktigt för sjuksköterskorna att valet utgick ifrån människan som helhet.

Ett kvalificerat team främjar omvårdnaden

I kategorin Ett kvalificerat team främjar omvårdnaden presenteras sjuksköterskors erfarenheter av att teamets kompetens är betydelsefullt vid identifiering av smärta och för användandet av omvårdnadsåtgärder. Kategorin presenteras i två underkategorier, Kompetens i teamet är viktig vid identifiering av smärta samt Teamets kompetens har betydelse för användandet av omvårdnadsåtgärder.

Kompetens i teamet är viktig vid identifiering av smärta

Sjuksköterskorna beskrev att teamet var centralt vid identifiering av smärta.

Bedömningarna gjordes ofta tillsammans med undersköterskor eller med hjälp av andra sjuksköterskor om möjlighet fanns. Även anhöriga kunde vara en tillgång, framför allt om personen inte kunde förmedla sig själv. Sjuksköterskorna betonade att ansvaret för bedömningen låg hos sjuksköterskan, och att det inte skulle överlåtas till annan personal om denne inte hade rätt kompetens. "Om det är omvårdnadspersonal som jag vet att dom har, alltså kan, alltså har det här, kan konsten." Annars är det ju viktigt att jag som sjuksköterska är med i, i omvårdnadsarbetet för att kunna bedöma själv" [Informant H].

Sjuksköterskorna beskrev att smärtan ibland underskattades av omvårdnadspersonalen och att alla inte hade den rätta kunskapen för att kunna göra en korrekt bedömning. Detta resulterade i att personen i livets slutskede fick en sämre smärtlindring då sjuksköterskan inte fanns på plats vilket ofta var på jourtid, dvs. nätter, kvällar och helger. "[...] Om inte personalen har kunskap, eh, kring det palliativa skedet, hur man tolkar smärta så finns det ju kanske risk att patienten inte får den smärtlindring den behöver" [Informant A]. Det samma gällde för anhöriga, att dessa ibland inte alls gjorde samma bedömning som sjuksköterskorna vilket då blev ett hinder. Det lyftes fram att det var viktigt med teamarbete och att alla hade samma mål i arbetet med palliativ vård och vid bedömning av smärta. Det beskrevs i intervjuerna att sjuksköterskor måste lita, framför allt på sin egen, men även på andras kompetens.

Teamets kompetens har betydelse för användandet av omvårdnadsåtgärder

Samarbete i teamet gällande omvårdnadsåtgärder ansågs vara viktigt. Sjuksköterskorna med sin omvårdnadskompetens hade den centrala rollen i införandet, användandet och uppföljningen av omvårdnadsåtgärderna. Sjuksköterskors handledning av omvårdnadspersonal, som utför majoriteten av all omvårdnad, ansågs vara av vikt för att åtgärderna skulle fungera och användas i önskad utsträckning. Sjuksköterskorna beskrev smärtlindring som ett hantverk, att det var komplext, många gånger konsulterades de mer erfarna sjuksköterskorna om det var svårt att lindra personens smärta. Anhöriga nämndes utav sjuksköterskorna i intervjuerna som en tillgång i omvårdnaden, ofta kunde de bidra med smärtlindring i form av hud mot hudkontakt, till exempel hålla den äldre personens hand. Kompetent omvårdnadspersonal underlättade användning av omvårdnadsåtgärder i

smärtlindrande syfte vid vård i livets slut. Det framkom även i intervjuerna att omvårdnadspersonal ofta hade gott om tid för att utföra omvårdnadsåtgärder i förebyggande syfte mot smärta.

Brist på engagemang och kunskap hos omvårdnadspersonal nämndes som ett hinder i utförandet av omvårdnadsåtgärder. Det förekom att ordinerade omvårdnadsåtgärder inte utfördes, det förekom ofta av att omvårdnadspersonal saknade förståelse för ordinationen och önskade utfall eller effekter av dessa.

Jag upplever att det finns en stor brist hos omvårdnadspersonal när det gäller att jobba med palliativa patienter i livets slut. Och som sagt, det funkar när vi är på plats, för vi sköterskor har ju en utvecklad kunskap men jag tror att det kan fallera lite grann när vi inte är på plats tyvärr. [Informant A]

Det förekom att delar av teamet inte utförde eller deltog i omvårdnadsåtgärder i lika stor utsträckning som andra. Det uttrycktes vara speciellt skört vid tidpunkter när sjuksköterska inte var på plats, till exempel på kvällstid eller helger, och kunde handleda omvårdnadspersonalen eller göra tätare uppföljningar. Sjuksköterskorna beskrev även kommunikation som ett hinder gällande omvårdnadsåtgärder, både gällande användandet och återkoppling gällande bekräftelse av effekt eller utebliven effekt. Vid hinder i omvårdnaden hade sjuksköterskan en stöttande och handledande funktion i teamet.

Nej, det är väl det att man ska ha med hela gruppen. Det är ju det som är det vi, att man är, att hela och att det är, att det fortsätter liksom, att man har samma dygnet runt. Det är väl det som man kan, det som blir ett hinder att hur. Jag kan göra det här under mitt arbetspass men det viktiga är ju att det fortsätter och att alla känner lika liksom att nu ska vi verkligen, eh nu ska vi alltså göra de här åtgärderna och göra uppföljning kring hur den här personen tyckte om åtgärderna liksom.
[Informant H]

Olika professioner nämndes under intervjuerna. Arbetsterapeuter beskrevs vara en stor tillgång i teamet med hjälp med förskrivning av hjälpmedel. "De här med bra madrass, kanske specialkuddar om det behövs, de brukar arbetsterapeuterna vara bra på och fixa

fram väldigt snabbt.” [Informant G]. Fysioterapeut och arbetsterapeut ansågs kunna bidra med kompetens gällande till exempel positionering för bekväma sitt- och liggställningar.

Teamet inkluderade även professioner utanför den kommunala vårdkontexten. Läkare fanns tillgängliga och var med och fattade beslut gällande vård i livets slut. Som den medicinskt ansvariga var smärtlindring i högsta grad även aktuellt utifrån deras ansvar och profession. Vid svåra fall var det naturligt för sjuksköterskorna att konsultera läkare, men det förekom hinder gällande läkarens kompetens kring smärta och smärtlindring som resulterat i att personer blev över- eller underbehandlade för sin smärta. Sjuksköterskorna lyfte även möjligheten att konsultera andra professioner utanför teamet som en insats som kunde gynna personen, till exempel smärtenheter.

DISKUSSION

Nedan presenteras resultat- och metoddiskussion följt av konklusion, projektets kliniska betydelse och förslag till vidare forskning. Sist i avsnittet presenteras en självständighetsdeklaration.

Resultatdiskussion

Ett viktigt resultat av studien var att sjuksköterskorna lyfte fram personkännedomens betydelse både vid identifiering av smärta samt vid val av omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta. Att personkännedom är viktigt vid identifiering styrks i den tidigare forskningen utav Jensen et al. (2017) och Brorson et al. (2014) som beskrivit att när personens livshistoria var känd var det enklare för sjuksköterskor att anpassa omvårdnadsåtgärder utifrån individuella behov. Att den personcentrerade vården är central vid identifiering blir tydlig då Ekman och Norberg (2013) och Håkansson Eklund et al. (2019) beskriver att levnadsberättelsen ökar möjligheten att förstå och lära känna personen. I föreliggande studie framgår det att om sjuksköterskorna själva inte hade personkännedom och om personen själv inte var verbal tog sjuksköterskorna hjälp av omvårdnadspersonal som kände personen bättre. Även anhöriga beskrevs som en resurs vid identifiering av smärta såväl som vid val av omvårdnadsåtgärder. När den äldre personen inte kunde uttrycka sig själv var anhörigas personkännedom till nytta. Detta resultat går i linje med Ekman och Norberg (2013) och McCance och McCormack (2013) som beskrev att både personen och dess anhöriga ska vara en del av hälso- och

sjukvårdsteamet och de bör få vara med och planera vården. Trots att personen är i livets slutskede har vården en uppgift i att stödja de resurser som finns för hälsa eller lindra lidande och om personen själv inte kan uttrycka sig verbalt kan detta kommuniceras med dennes anhöriga. Det här tyder på att anhöriga och framförallt omvårdnadspersonal har en viktig roll och sjuksköterskorna måste ta hjälp av dem när den egna kännedomen om den äldre personen inte är tillräcklig. Alla i teamet kan bidra till att den äldre personens berättelse blir synlig och på så sätt öka chanserna för god personcentrerad vård. Personkännedom ökar möjligheterna att smärta upptäcks i god tid vilket kan minska risken för lidande samt ökar möjligheter att omvårdnadsåtgärdsåtgärder som utförs är personen till gagn.

Ett annat resultat var att föreliggande studie visade att sjuksköterskorna hade erfarenhet av att den äldre personens smärta ibland underskattades av omvårdnadspersonal. Detta kunde resultera i att smärtlindring inte optimerades. Resultatet bekräftas av Beck (2017) och RCC (2021) då det även där framgår att det är svårt att skatta smärta och att det förekommer att vårdpersonalen skattar smärta lägre än vad personen som upplever den skulle ha gjort. Föreliggande studie presenterar att sjuksköterskorna upplevde att det var vanligare med underskattad smärta när en sjuksköterska inte fanns på plats och kunde delta eller handleda vid bedömning. Kunskapsbrist var de attribut som lyftes fram som potentiell orsak till underskattad smärta. Ludvigsson et al. (2020) betonar att teamets samlade kompetens och erfarenhet behövs för att identifiera och bedöma smärta. Beck (2017) och Dobson (2017) beskrev vikten av att personal som deltar i och har ansvar att upptäcka och lindra besvärande symtom måste ha ett genuint intresse för den palliativa vården men även för personen. I föreliggande studie belyses vikten av teamarbete av sjuksköterskorna och att alla i teamet har samma mål i arbetet mot smärta och för palliativ vård samt vikten av att lita på sig själv och andra i teamet. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver att sjuksköterskan är den som har det yttersta ansvaret för den äldre personens omvårdnad och att det är dennes ansvar att utbilda och ge personalen förutsättningar för att kunna ge god vård. Ekman och Norberg (2013) och McCance och McCormack (2013) betonar att teamet behöver varva evidensbaserad kunskap med erfarenhetsbaserad kunskap för att uppnå personcentrerad vård. Ur förekommande studiens resultat går att utläsa att sjuksköterskorna behöver handleda och kompetensförsörja teamet i arbetet med palliativ vård och identifiering av smärta eftersom

en sjuksköterska inte alltid är på plats och kan delta vid bedömningar. Socialstyrelsen (2016) presenterar att kommuner i drygt 20 procent utsträckning erbjöd undersköterskor fortbildning i ämnet sedan införandet av kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slut under 2013. Socialstyrelsen rapporterar även att nationellt bedöms den allmänna palliativa vården som kommunerna bedriver vara bristfällig och att ämnesspecifik kompetens i form av till exempel konsultteam inte är likvärdig över landet. Det blir således enklare att förstå varför omvårdnadspersonal underskattar äldre personer smärta. En adekvat kompetensförsörjning är en nödvändighet för att bedriva god vård, även för sjuksköterskor som har en central roll att handleda teamet.

Sjuksköterskorna i denna studie beskrev hur de utförde skattningar och bedömningar vid identifiering av smärta. Identifieringen upplevdes enklare när de hade en tidigare etablerad relation med den äldre personen. Det framkom att sjuksköterskorna ofta gjorde en skattning i huvudet utan att den dokumenterades i personens journal. Det framkom även att sjuksköterskorna ofta använde sig av den kliniska blicken i stället för att ta stöd av eller använda ett validerat smärtskattningsinstrument vid bedömning. Socialstyrelsen (2017) presenterar målnivåer gällande smärtskattning, att alla som avlider väntat ska bli smärtskattade under sin sista levnadsvecka och där det är möjligt bör denna skattning göras med ett validerat instrument. Tidigare forskning har beskrivit att användning av ett skattningsinstrument möjliggör utvärdering av behandling och ökar förutsättningen att lindra en persons lidande (Ludvigsson et al., 2020; RCC, 2021; Socialstyrelsen, 2013; Socialstyrelsen, 2017). Beck (2017) och RCC (2021) betonar att vid användning av skattningsinstrument kan med fördel även den äldre personen involveras. Den personcentrerade vården beskrivs av Håkansson Eklund et al. (2019) där självmedvetenhet och personens fria vilja är central. Trots fastslagna målvärden gällande smärtskattning av Socialstyrelsen (2017) för att säkra god palliativ vård visas i denna studies resultat att sjuksköterskorna inte alltid väljer att smärtskatta med validerat skattningsinstrument. Dock betonades att smärtskattningsinstrument möjliggjorde mätbarhet av smärtan vilket kunde underlätta utvärdering av vald smärtlindring. Abbey Pain Scale var det instrument som oftast användes även om det inte alltid dokumenterades korrekt. Det förekom dock att trots att sjuksköterskorna använde samma instrument och identifierade smärta lika på skala sattes olika åtgärder in. Vikten av att följa smärtan och se helheten betonades, oavsett om skattningsinstrument användes eller inte. Beck (2017) och RCC (2021)

betonar att smärtskattningsinstrument möjliggör ett gemensamt språk och minimerar risken att underbehandla symtom. Att använda smärtskattningsinstrument vid identifiering av smärta påtalas även av Beck (2017), Ebrahimi et al. (2017), Vigstad et al. (2018), viktigt ur den aspekten då alla dimensioner av smärta inkluderas och helheten av personens symtom kan fångas upp. Den personcentrerade vården betonar att erfarenhet är viktigt vid vårdandet och ska varvas med evidensbaserad kunskap (Ekman & Norberg, 2013; McCance & McCormack, 2013). Denna studies resultat tyder på att sjuksköterskorna upplever identifiering av smärta enklare när en relation föreligger. Om sjuksköterskors erfarenhet vävs ihop med den evidensbaserade kunskapen, att använda smärtskattningsinstrument vid identifiering av smärta, skulle möjligheten att vårda personcentrerat således kunna öka. För att öka användningen av skattningsinstrument bland sjuksköterskor behöver även deras kompetensförsörjning ses över, Socialstyrelsen (2016) presenterar vid utvärdering av det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede som kom 2013 att endast 40 procent av kommunerna hade erbjudit sjuksköterskor fortbildning i ämnet. Om kompetensförsörjning av kommunalt arbetande sjuksköterskor som bedriver en stor del av den allmänna palliativa vården ökar ger det möjlighet till bättre kompetensförsörjning i teamet men även, och premierat, en mer korrekt smärtbedömning och möjlighet till lindring för den äldre personen.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att smärta är vanligt förekommande när den äldre personen vårdas i livets slut och att deras vilja är att hjälpa personen med lindring. Det beskrivs av WHO (2023) att vården har ett etiskt ansvar att lindra smärta oavsett genes och Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att det åligger sjuksköterskan att främja välbefinnande och livskvalitet livet ut. Sjuksköterskorna beskrev även att smärta kan manifesteras på olika sätt och att smärta hos den äldre personen kan vara diffus och därmed att det ibland kan vara svårt att identifiera olika symtom. Smärta härrör från fyra möjliga dimensioner, psykisk, existentiell, social och fysisk smärta, vilket presenteras i tidigare forskning från Clark (1999), Dobson (2017), Streeck (2020) och RCC (2021). Det har visat sig att dimensionerna påverkar och samverkar, psykisk smärta kan manifesteras som oro (RCC, 2021). Detta bekräftas även av denna studies resultat. Sjuksköterskorna i studien kopplade ofta samman oro och ångest. Symtomen beskrevs förekomma samtidigt som smärta eller att de kunde intensifiera varandra. Utöver detta beskrevs inte de olika dimensionerna,

fysisk, psykisk, social och existentiell, i någon större utsträckning, utan sjuksköterskorna talade i stället om smärta mer generellt. Studien presenterar även att sjuksköterskorna kunde ha svårt att initiera samtal om existentiell smärta. Clark (1999), Oliviera Vargas et al., (2013) och RCC (2021) betonar att smärta har en negativ inverkan på personen som minskar välbefinnandet och orsakar ett lidande. Smärta är ett lidande oavsett vilken av dimensionerna detta ger uttryck för och sjuksköterskor har ett etiskt ansvar att stödja personen i hans lidande. Föreliggande studiens resultat tyder på att förståelsen för smärta och de fyra dimensionerna inte är fullgod. Det beskrivs av Ekman och Norberg (2013) och Håkansson Eklund et al. (2019) som centralt att utgå från personens berättelse i den personcentrerade vården därför kan det antas att alla dimensioner av smärta måste få ta plats och inkluderas i samtal för att öka möjligheten att se hela människan.

I föreliggande studie beskrev sjuksköterskorna om deras tilltro till omvårdnadsåtgärder i syfte att lindra smärta vid vård i livets slut. Omvårdnadsåtgärder beskrevs både lindra smärta och förebygga uppkomsten av smärta. Lägesändringar användes både för att föregå uppkomst av smärta och minska redan uppkommen smärta. Detta bekräftas av tidigare presenterad forskning av RCC (u.å.) och Zeleke et al. (2021) att positionering och lägesändringar kan motverka och lindra smärta. Musik beskrevs även de i föreliggande studie ha en smärtlindrande effekt vilket styrks av tidigare forskning av Brorson et al. (2014) och Zeleke et al. (2021). Värme beskrivs av Brorson et al. (2014), Oliviera et al. (2017) och Zeleke et al. (2021) som en omvårdnadsåtgärd mot smärta, och sjuksköterskorna i föreliggande studier beskrev deras arbete med värme. Arbetssätten kunde vara enkla med extra täcken eller käril med varmt vatten, tyvärr användes de sällan. Sjuksköterskorna uttryckte dock ett intresse för värme som omvårdnadsåtgärd och det var något som de önskade arbeta mer med.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie påtalade att förtroendet för omvårdnadsåtgärder till trots ansågs läkemedel vara ett viktigt komplement som i mångt och mycket nyttjades vid vård i livets slut. Oliviera et al. (2017) beskriver att valet av omvårdnadsåtgärd ska grunda sig på bedömningen av smärta och utgå ifrån personen. Smärta är multidimensionell och det blir således nödvändigt för sjuksköterskor att ha kunskap om identifiering av smärta för att val av åtgärd blir personcentrerad. Sjuksköterskorna i föreliggande studie betonade att fysisk smärta inte kunde lindras helt med omvårdnad utan att farmakologiska åtgärder

var nödvändiga däremot ansågs omvårdnadsåtgärder vara speciellt viktig vid själslig och psykisk smärta.

Metoddiskussion

Studien syftade att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera smärta och att lindra smärta med omvårdnadsåtgärder hos den äldre personen vid vård i livets slut. För att möta och kunna besvara syftet tillämpades en metod av kvalitativ ansats. Den datainsamlingsmetod som valdes var semistrukturerade intervjuer där sjuksköterskor med erfarenheter av ämnet intervjuades. Henricson och Billhult (2017) betonar att när erfarenheter ämnas beskrivas är en kvalitativ metod lämplig att applicera. Val av ansats, datainsamlingsmetod och analysmetod ökar studiens giltighet utifrån trovärdigheten för den inhämtade datan.

Vid val av informanter till en kvalitativ studie ska det göras strategiskt då de är färre till antalet (Henricson & Billhult, 2017). De sjuksköterskor som deltog i studien hade en varierande erfarenhet i ämnet. Studien tillämpade begränsningar i både kontext och gällande geografiskt område detta för att få ett resultat som är jämförbart mellan informanterna. I studien avsågs det att intervjua tio sjuksköterskor det var däremot initialt svårt att locka informanter på grund av bland annat arbetsbelastningen vid studiens tidpunkt för datainsamling. Det genomfördes totalt åtta intervjuer med sjuksköterskor från tre kommuner i Västmanland. Det är möjligt att begränsning i kontext kan påverka överförbarheten. Studien geografiska kontext är begränsad till ett län och endast tre kommuner av länets tio är representerade. Överförbarheten mellan länets kommuner kan ses som god då strukturen på vården har liknande arbetssätt i och med att kommunerna tillhör samma region. I och med att kommuner och regioner har under lagen samma skyldigheter när det kommer till vårdkontexten, särskilt boende, anses resultatet även vara överförbart i andra län och kommuner. Efter det genomfördes en första analys och tydliga mönster, likheter och skillnader, i materialet kunde ses. Studien är författarnas första empiriska forskning, varpå ytterligare två intervjuer ansågs vara övermäktig i material att bearbeta inom den angivna tidsramen för uppgiften. En diskussion fördes om det förelåg behov av att inhämta mer data för att bekräfta resultatet ytterligare. Beslut fattades emot detta med motivationen av att det inhämtade materialet upplevdes tillräckligt för att besvara föreliggande studies syfte.

Under de första två intervjuerna deltog båda författarna, en ledde intervjun och den andra förde stödanteckningar. Danielsson (2017) understryker att provintervjuer är ett ypperligt tillfälle att bekanta sig med den tekniska utrustningen såväl som en intervjusituation och intervjuguiden. Frågorna i intervjuguiden utformades som öppna frågor med ett par sonderande frågor att använda utifrån informanten för att få en djupare förståelse för berättelsen. Att använda öppna frågor var ett sätt att öka studiens giltighet. De andra sex intervjuerna genomfördes enskilt och transkribering efterföljde var intervju. Oavsett vem som genomförde intervjun och transkribering delade författarna de inspelade ljudfilerna med varandra för att kunna återlyssna på data inför och under analysen. Det upplevdes svårt att avgöra huruvida informanterna hade den äldre personen som vårdades i livets slut i åtanke under hela intervjun, detta kan ha kommit att påverka studiens trovärdighet. Inför intervjun beskrevs studien syfte för att försäkra sig om att informanterna hade den erfarenhet som fanns beskrivet utifrån inklusions- och exklusionskriterier. För att öka studiens trovärdighet upprepade författarna under intervjuns gång att frågorna relaterat till den äldre personen i livets slut.

Innehållsanalys med utgångspunkt i Graneheim och Lundmans (2004) beskrivna metod implementerades i studien. Efter transkribering lästes materialet av båda författarna ett flertal gånger vilket ökar förståelsen för materialet. Samtliga steg i analysen genomfördes utav båda författarna fysiskt på plats vilket anses som en styrka i studien och materialets giltighet, tillförlitlighet samt bekräftelsebarhet. Diskussioner och återkallningar av både ljudfiler och transkribering har gjorts under tiden analysen och resultatet vuxit fram. Ännu en styrka för studiens bekräftelsebarhet anses vara att samtliga informanter finns representerade i resultatet med citat.

Författarna har beaktat sin förförståelse då de båda har flerårig erfarenhet av ämnet, oavsiktligt kan det ha kommit att påverka studiens resultat. Bias beskrivs som slumpmässiga fel relaterat till förförståelse av Billhult (2017). Studien har reducerat risken för bias både genom att exkludera den kommun där författarna själva är verksamma för att inte behöva intervjua sjuksköterskor som de har kollegiala relationer till samt genom val av analysmetod. Exklusion av informanter med relation är även ett medvetet val för att öka studiens överförbarhet. Följsamhet till Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys minimerar riskerna att förförståelsen färgar resultatet då

den inhämtade datan systematiskt gås igenom och koder bildas där meningsenheterna kondenserades och dess kärna är tydligt representerad. Samtliga steg i analys och metod som helhet finns transparent och tydligt beskriven under avsedd rubrik i bakgrunden, detta anses öka studiens överförbarhet och tillförlitlighet.

Konklusion

Slutsatsen av föreliggande studies resultat tyder på att personkänedom är centralt vid vård i livets slut av den äldre personen och både ökar möjligheten att identifiera smärta i god tid och individanpassa omvårdnadsåtgärder för att lindra förekommen smärta. Personkänedom ökade även integreringen av personcentrerad vård och här hade både anhöriga och omvårdnadspersonal en central roll. Resultatet visar att omvårdnadspersonalen många gånger saknar tillräcklig kunskap gällande identifiering av smärta och smärtlindring. Trots detta är de en stor del av omvårdnadsprocessen kring både identifiering och åtgärder av smärta hos den äldre personen i livets slut. Som omvårdnadsansvarig är sjuksköterskor den profession som besitter kunskapen som behövs för att handleda och kompetensförsörja teamet. Resultatet visar att trots sjuksköterskornas kunskap om att skattningsinstrument ska användas vid identifiering av smärta används inte dessa i önskad utsträckning. Omvårdnadsåtgärder lyfts av sjuksköterskorna som en viktig del i smärtlindringen i livets slut men att farmakologiska åtgärder ofta behövdes nyttjas. Resultatet tyder på att sjuksköterskorna har en begränsad kunskap om de fyra dimensionerna av smärta.

Klinisk betydelse för samhället

Studien belyser med sitt resultat vikten av personcentrering vid vård i livet slut för den äldre personen. Personcentrerad vård har betydelse för den enskilda individen men även för patientgruppen i stort. Identifiering av smärta och smärtlindring behöver utgå från den enskilda individen. Det är till fördel att sjuksköterskor använder ett smärtskattningsinstrument vid identifiering av smärta. Ett validerat instrument ger stöd i bedömningen vilket gynnar sjuksköterskors kompetensutveckling men även den äldre personen i att få en mer korrekt och likvärdig bedömning av smärta oavsett vem som utför den. God kompetensförsörjning i teamet kan främja omvårdnaden för den äldre personen då smärta kan identifieras i ett tidigare skede samt öka följsamheten till omvårdnadsåtgärder. Det är även utifrån ett samhälleligt perspektiv av vikt att se över

kompetensförsörjningen samt kompetensutvecklingen för de som bedriver den allmänna palliativa vården på särskilda boenden och i annan kommunal regi. Ett steg kan vara att införa kunskapsstödet utarbetat av Socialstyrelsen. En livärdig vård oavsett var du vårdads är något som framhålls i olika styrdokument för den palliativa vården. I denna studie har anhörigas och omvårdnadspersonalens betydelse lyfts för att tillsammans med sjuksköterskorna kunna erbjuda en personcentrerad vård till äldre personer i livets slut. Anhöriga och omvårdnadspersonalens kännedom om den äldre personen tillsammans med sjuksköterskornas kunskaper om smärtlindring är en god förutsättning för att nå målet med en optimal smärtlindring hos äldre personer i livet slut. Sjuksköterskornas handledning av omvårdnadspersonal kan ses som kunskapsutvecklande med fokus på identifiering och åtgärder av smärta. Dock kan sjuksköterskornas tidsbrist ses som hindrande i strävan mot en optimal smärtlindring av äldre personer i livets slut. Studien visar på att identifiering av smärta och smärtlindring med relevanta omvårdnadsåtgärder är svårt och kräver kompetens, av sjuksköterskorna såväl som omvårdnadspersonalen.

Förslag till vidare forskning

Studiens resultat visar att sjuksköterskor inte använder smärtskattningsinstrument i den utsträckning som Socialstyrelsen önskar. Utifrån detta ses ett behov att mer specifikt ta reda på hur sjuksköterskor ser på att arbeta mer systematiskt med smärtskattningsinstrument för att föregå smärta och utvärdera vald behandling. Vi ser även ett behov av att vidare studera hur kompetensförsörjning i teamet går till och hur den kan stärkas för att säkerställa personcentrerad palliativ vård.

Självständighetsdeklaration

Författarna av studien, Stina Agemalm och Maria Aldén, har bidragit till studien samtliga delar i lika stor omfattning.

REFERENSER

- American Geriatric Society. (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. *AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons*, 50(6) s. 205–224. DOI: [10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x](https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x)
- Andersson, S., Årestedt, K., Lindqvist, O., Fürst, C.-J., & Brännström, M. (2018). Factors Associated with Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National Register-Based Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 55(5) s. 1304–1312. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489)
- Beck, I. (2017). Palliativ vård. I K. Blomqvist, A. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad och äldre* (s. 507–530). Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 275–284). Studentlitteratur.
- Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Blomsjö, I. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315–323. DOI: [10.1016/j.pmn.2012.10.005](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005)
- Clark, D. (1999). Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine* (1982), 49(6), 727–736. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)
- CODEX. (6 mars 2021). *CODEX regler och riktlinjer för forskning*. CODEX. <https://codex.uu.se/forskning-pa-manniskor/>
- Collinge, W., Kahn, J., Walton, T., Kozak, L., Bauer-Wu, S., Fletcher, K., Yarnold, P., & Soltysik, R. (2012). Touch, Caring, and Cancer: Randomized controlled trial of multimedia caregiver education program. *Supportive Care in Cancer*, 21(5), 1405–1414. DOI: [10.1007/s00520-012-1682-6](https://doi.org/10.1007/s00520-012-1682-6)
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 143–154). Studentlitteratur.
- Dataskyddslagen (2018:218). Justitiedepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218

- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrisk*. (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Dobson, J. (2017). Dame Cicely Saunders - an inspirational nursing theorist. *Cancer Nursing Practice*, 16(7), 31–34. DOI: [10.7748/cnp.2017.e1414](https://doi.org/10.7748/cnp.2017.e1414)
- Duckworth, A. (2018). Caring for dying patients in the community setting. *Journal of Community Nursing*, 32(3), 62–65.
- Ebrahimi, N., Naderi, M., Atashzadeh-Shoorideh, F., Ilkhani, M., & Shakeri, N. (2017). Auditing Palliative Care Provided for Chronic Pain Management in the Elderly. *Advances in Nursing and Midwifery*, 27(1), 45–49. DOI: [10.21859/ANM-027038](https://doi.org/10.21859/ANM-027038)
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A. Edberg., A. Ehrenberg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1 uppl. s. 29–61). Studentlitteratur.
- Ernst Bravell, M. (2013). Vård i livets slutskede bland de allra äldsta. I M. Ernst Bravell (Red.). *Äldre och åldrande - Grundbok i gerontologi*. (2 uppl., s. 273–281). Gleerups.
- Gilmore-Bykovskiy, L. A., & Bowers, J. B. (2013). Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Gerontological Nursing*, 6(2), 127–138. DOI: [10.3928/19404921-20130110-02](https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02)
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111–120). Studentlitteratur.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education & Counseling*, 102(1), 3–11. DOI: [10.1016/j.pec.2018.08.029](https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029).
- Högskolan Dalarna. (6 juli 2021). *Personuppgifter & dataskydd: Handledare & student*. Högskolan Dalarna. <http://libguides.du.se/c.php?g=660983&p=4670719>

Hälso- och sjukvårdslag. (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2023:191 - Riksdagen](#)

Jansen, D. W. B., Brazil, K., Passmore P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, J. S., Morgan. M. S., Watson, M., Parsons, C. (2017). Exploring healthcare Assistants' role and experience in pain assessment and management for older people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 16(6) s. 2–11. DOI: 10.1186/s12904-017-0184-1

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.

Kozak, L., Vig, E., Simons, C., Eugenio, E., Collinge, W., & Chapko, M. (2013). A feasibility study of caregiver-provided massage as supportive care for Veterans with cancer. *The Journal of Supportive Oncology*, 11(3), 133–143. DOI: [10.12788/j.suponc.0008](#)

Lambert, B.L., Street, R. L., Cegala, D. H., Smith, S., Kurtz, T., Schofield. (1997). Provider patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *Health Commun*, 9(1). 27–43. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327027hc0901_3

Ludvigsson, C., Isaksson, U., & Hajdarevic, S. (2020). Experiencing improved assessment and control of pain in end-of-life care when using the Abbey Pain Scale systematically. *Nursing Open*, 7, 1798–1806. DOI: 10.1002/nop2.566

McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (1 uppl., s 81–110). Liber.

Oliviera, NJ., Oliviera, SBS., Migowski, ER., & Riegel, F. (2017). Nurses' role in the non-pharmacological pain treatment in cancer patients. *Revista Dor*, 18(3), 261–265. DOI: 10.5935/1806-0013.20170112

Oliviera Vargas, M. A., Vivan, J., Wittman Vieira, R., Rolim Mancia, J., Souza Ramos, F. R., Ferrazzo, S., & Oliviera Vargas Bitencourt, J. V. (2013). Redefining Palliative Care at a Specialized Care Center: A Possible Reality? *Context Nursing*, 22(3), 637–645. DOI: [10.1590/S0104-07072013000300009](#)

- Pakkonen, M., Stolt, M., Charalambous, A., & Suhonen, R. (2021). Continuing education interventions about person-centered care targeted for nurses in older people long-term care: a systematic review. *BMC Nursing*, 20(1), 1–20. DOI: <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1186/s12912-021-00585-4>
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research - Generation and assessing Evidence for Nursing Practice*, (8 uppl.). Wolters Kluwer.
- Regionala Cancercentrum. (2021). *Palliativ vård. Nationellt vårdprogram*. Regionala cancercentrum. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/nationellt-varprogram-palliativ-var.pdf>
- Regionala Cancercentrum. (u.å.). *Omvårdnad relaterad till palliativa vårdbehov*. Regionala cancercentrum. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-var/vardprogram/omvardnad-relaterad-till-palliativa-vardbehov/>
- Statistiska centralbyrån. (22 februari 2023). *Döda efter region, ålder (uppnådd under året) och kön. År 1968–2022*. SCB. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101I/DodaHandelseK/
- Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Socialdepartementet. [Socialtjänstlag \(2001:453\) Svensk författningssamling 2001:2001:453 t.o.m. SFS 2022:1034 - Riksdagen](#)
- Socialstyrelsen. (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (22 oktober 2017). *Nationella riktlinjer - Målnivåer palliativ vård i livets slutskede: målnivåer för indikationer*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-10-22.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016. Palliativ vård i livet slutskede – Indikatorer och underlag för bedömningar. [*Palliativ vård i livets slutskede - Indikatorer och underlag för bedömningar \(socialstyrelsen.se\)](#)
- Socialstyrelsen. (2023). Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2023. [Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2023 \(socialstyrelsen.se\)](#)

- Svensk sjuksköterskeförening. (2017.) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>
- Svenska Palliativregistret (2023). Svenska palliativregistrets utdataportal. <https://data.palliativregistret.se/utdata/sv/home>
- Sveriges kommuner och Regioner (2020a). Palliativ vård i SÄBO – En värdig vård i livets slut. Palliativ vård i SÄBO (skr.se)
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020b). Utbildningsbakgrund undersköterskor, vårdbiträden och stödassistenter – Fakta och statistik för 2020. [Utbildningsbakgrund undersköterskor, vårdbiträden och stödassistenter - SKR Rapportwebb](#)
- Steindal, S. A., Wergeland Sørbye, L., Schou Bredal, I., & Lerdal, A. (2011). Agreement in documentation of symptoms, clinical signs, and treatment at the end of life: a comparison of data retrieved from nurse interviews and electronic patient records using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. *Journal of Clinical Nursing*, 21 s. 1416–1424. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03867.x
- Streeck, N. (2020). Death without distress? The taboo of suffering in palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23, 343–351. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09921-7>
- Tapp, D., Schenacher, S., Gérard, A. P. N., Bérubé-Marcier, P., Gelinas, C., Douville, F., & Desibens, J-F. (2019). Observational Pain Assessment Instruments for Use with Nonverbal Patients at the End-of-Life: A systematic Review. *Journal of Palliative Care*, 34(4) 255–266. DOI: 10.1177/0825859718816073
- Vigstad, S., Clancy, A., & Broderstad, A. R. (2018). Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures. *Sykepleien Forskning (Oslo)*. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>
- Vård i Norden (1982). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. *Vård i Norden*, 2(1). 42–43. DOI: DOI:10.1177/010740838200200104
- Wijk, H., & Grimby, A. (2008). Needs of Elderly Patients in Palliative Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 25(2), 106–111. DOI: 10.1177/1049909107305646

- World Health Organization. (9 december 2020). *The top 10 causes of death*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World health organization (WHO), 2023. Palliative Care. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- World medical association. (6 September 2022). 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/>
- Zelege, S., Kassaw, A., & Eshetie, Y. (2021). Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *PloS ONE*, 16(6), 1–11. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253086>

Bilagor

Bilaga 1 Informationsbrev och samtyckesblankett till verksamhetschef

Information om studien ”Identifiering av smärta och smärtlindrande omvårdnadsåtgärder vid vård av äldre personer i livets slut - En kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor arbetandes på särskilt boende”

Du tillfrågas i egenskap av verksamhetschef om tillåtelse att genomföra en studie i din verksamhet. Bifogat finns blankett för samtycke om studien får bedrivas. Om samtycke ges önskar författarna hjälp med att skicka ut informationsbrev och samtyckesblankett till sjuksköterskor i er verksamhet som uppfyller studiens inklusionskriterier.

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera smärta och använda omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta hos den äldre personen boende på särskilt boende i livets slut.

Cirka 30 000 personer avlider årligen inom kontexten för särskilt boende. Av dessa hade 73,6% registrerad smärta under sista veckan i livet. Den palliativa vården handlar om att lindra lidande och främja livskvalitet. Smärta härrör från fyra dimensioner; fysisk, psykisk, social och existentiell. Det är viktigt att ha kunskap om inte bara farmakologiska åtgärder utan även omvårdnadsåtgärder för att se och vårda hela människan. Vi ämnar därför att studera sjuksköterskors erfarenhet av att identifiera smärta och använda omvårdnadsåtgärder i syfte att lindra smärta vid vård i livets slut på särskilda boenden.

Inklusionskriterier som kommer tillämpas är minst ett års erfarenhet av att arbeta på särskilda boenden, erfarenhet av att vårda äldre personer vid vård i livets slut, erfarenhet av att identifiera smärta samt att använda omvårdnadsåtgärder i smärtlindrande syfte.

En kvalitativ studie som genomförs med insamlade data från semistrukturerade intervjuer. Vi söker totalt tio informanter för intervjuer som kan ske i person eller via digitala kanaler om så önskas. Om möjligt utförs intervjun på arbetstid, uppskattningsvis tar varje intervju max 60 minuter. Informanternas deltagande i studien är helt frivillig och kan avbrytas när som helst utan närmare motivering. Det inhämtade materialet kommer att behandlas

konfidentiellt. Intervjuerna kommer att inspelas, i övrigt kommer inga personuppgifter att inhämtas. Anteckningar kommer eventuellt tas under tiden. Materialet kommer att förvaras i en lösenordskyddad fil endast åtkomlig för författarna av studien. Vid redovisningen av resultatet kommer det inte att kunna spåras till någon enskild person. Högskolan Dalarna ansvarar för att personuppgifter hanteras på rätt sätt och hänsyn kommer att tas till dataskyddsförordningen (GDPR). När arbetet är godkänt kommer allt material att raderas och alla eventuella papper kommer att förstöras. Endast det färdigställda anonymiserade arbetet kommer att sparas.

Ansvariga för studien är Stina Agemalm och Maria Aldén, specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre vid Högskolan Dalarna. Intervjuerna är en del av examensarbetet och kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga

Sala 230119

Stina Agemalm v21stiag@du.se

Maria Aldén h21maald@du.se

Handledare Ingrid From, Högskolan Dalarna ifr@du.se

Samtycke av verksamhetschef att genomföra presenterad studie inom verksamheten

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att studien ”Identifiering av smärta och smärtlindrande omvårdnadsåtgärder vid vård av äldre personer i livets slut - En kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor arbetandes på särskilt boende”

Jag samtycker till att skicka ut informationsbrev och samtyckesblankett till sjuksköterskor i min verksamhet som uppfyller studiens inklusionskriterier

Ort och datum	Underskrift

Ansvariga för studien

Ort och datum: _____

Namnteckning: _____

Bilaga 2 Informationsbrev och samtyckesblankett till informant

Information om studien ”Identifiering av smärta och smärtlindrande omvårdnadsåtgärder vid vård av äldre personer i livets slut - En kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor arbetandes på särskilt boende”

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie.

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera smärta och använda omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta hos den äldre personen boende på särskilt boende i livets slut.

Cirka 30 000 personer avlider årligen inom kontexten för särskilt boende. Av dessa hade 73,6% registrerad smärta under sista veckan i livet. Den palliativa vården handlar om att lindra lidande och främja livskvalitet. Smärta härrör från fyra dimensioner; fysisk, psykisk, social och existentiell. Det är viktigt att ha kunskap om inte bara farmakologiska åtgärder utan även omvårdnadsåtgärder för att se och vårda hela människan. Vi ämnar därför att studera sjuksköterskors erfarenhet av att identifiera smärta och att använda omvårdnadsåtgärder i syfte att lindra smärta vid vård i livets slut på särskilda boenden.

Du som erbjuds delta i studien ska ha minst ett års erfarenhet av att arbeta på särskilda boenden, erfarenhet av att vårda äldre personer vid vård i livets slut, erfarenhet av att identifiera smärta samt att använda omvårdnadsåtgärder i smärtlindrande syfte.

En kvalitativ studie som genomförs med insamlade data från semistrukturerade intervjuer. Uppskattningsvis tar intervjun max 60 minuter, om möjligt planeras intervjun genomföras på arbetstid i person eller via digitala kanaler så som Zoom eller Teams. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan närmare motivering. Det inhämtade materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Intervjuerna kommer att spelas in, i övrigt kommer inga personuppgifter att inhämtas. Eventuellt kommer anteckningar att tas under tiden. Materialet kommer att förvaras i en lösenordskyddad fil endast åtkomlig för författarna av studien. Vid redovisningen av resultatet kommer det inte att kunna spåras till någon enskild person. Högskolan Dalarna ansvarar för att

personuppgifter hanteras på rätt sätt och hänsyn kommer att tas till datasyddsförordningen (GDPR). När arbetet är godkänt kommer allt material att raderas och alla eventuella papper kommer att förstöras. Endast det färdigställda anonymiserade arbetet kommer att sparas.

Ansvariga för studien är Stina Agemalm och Maria Aldén, specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre via Högskolan Dalarna. Intervjuerna är en del av examensarbetet och kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga. Vid intresse att delta i studien vänligen kontakta författarna på nedanstående mailadresser, gärna så snart som möjligt.

Sala 230119

Stina Agemalm v21stia@du.se

Maria Aldén h21maald@du.se

Handledare Ingrid From, Högskolan Dalarna ifr@du.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att:

- delta i studien ”Identifiering av smärta och smärtlindrande omvårdnadsåtgärder vid vård av äldre personer i livets slut - En kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor arbetandes på särskilt boende”
- att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i studiepersonsinformationen
- de insamlade uppgifterna kommer att bevaras konfidentiellt tills att uppsatsen är godkänd

Ort och datum	Underskrift

Ansvarig för studien

Ort och datum: _____

Namnsteckning: _____

Bilaga 3 Intervjuguide

Kan du berätta om dina erfarenheter av att identifiera äldre personers smärta i livets slut?

Kan du berätta om du ser några möjligheter vid identifiering av smärta?

Kan du berätta om du ser några hinder vid identifiering av smärta?

Kan du berätta om dina erfarenheter av att arbeta med omvårdnadsåtgärder för att lindra äldre personers smärta i livets slut?

Kan du berätta om du ser några möjligheter med att använda omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta?

Kan du berätta om du ser några hinder med att använda omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta?

Kan du utveckla?

Kan du berätta om ett exempel?

Hur gjorde du då?

Kan du berätta mer om ...?

Är det något du vill tillägga?

Bilaga 4 Etisk egengranskning

Projekttitel: ”Identifiering av smärta och smärtlindrande omvårdnadsåtgärder vid vård av äldre personer i livets slut - En kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor arbetandes på särskilt boende”

Studenter: Stina Agemalm & Maria Aldén

Handledare: Ingrid From

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas dvs. omfattar studien deltagare som kan betraktas tillhör en sårbar grupp t.ex. barn (under 18 år), personer med nedsatt kognitiv förmåga, psykisk funktionsnedsättning eller sådana som har en beroendeställning till den som genomför studien t.ex. som patienter eller elever till densamma?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?			X
7	Avser du behandla personnummer om lagöverträdelse, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?			X
8	Avser du behandla personuppgifter? Observera att: <ul style="list-style-type: none"> • Samtliga uppgifter som kan kopplas till en levande person betraktas som personuppgifter, även om de är kodade eller krypterade. • I händelse av att studentarbetet INTE omfattar några känsliga personuppgifter och heller INTE deltagare som tillhör en sårbar grupp eller deltagare som INTE står i beroendeställning till den som genomför studien, behöver inte någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna göras. • - Vid behandling av personuppgifter ska dock ALLTID anmälan om detta göras på avsedd blankett som sänds till: dataskydd@du.se 	X		