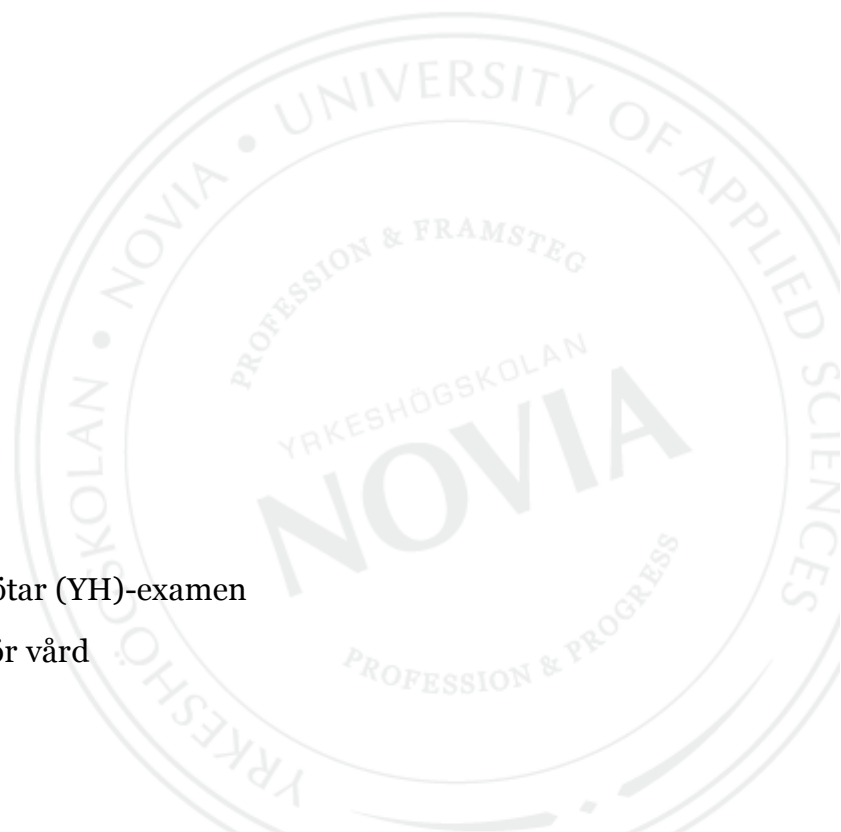


Kronisk smärta och depression – hur sjukskötaren kan stöda patienten

Jennie Hindersson

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen
Utbildningsprogrammet för vård
Åbo 2010



Tillägnas mamma

*Well the doctor comes 'round here with his face all bright
and he says "in a little while you'll be alright"
all he gives is a humbug pill, a dose of dope and a great big bill
tell me how can a poor man stand such times and live*

-Blind Alfred Reed, 1929

EXAMENSARBETE

Författare: Jennie Hindersson

Utbildningsprogram och ort: vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: vårdarbete

Handledare: Heli Vaartio-Rajalin

Titel: Kronisk smärta och depression – hur sjukskötaren kan stöda patienten

Datum 10.10.2010

Sidantal 51

Bilagor 1

Sammanfattning

En patient som är drabbad av kronisk smärta tillhör även riskgruppen för depression. Patienter med kronisk smärta och samtidig depressionsdiagnos är en särskilt utsatt grupp med kraftigt nedsatt livskvalitet. I dagens sjukvård är tyvärr effektiv rehabiliterande vård som berör hela människan ingen självklarhet. Sjukskötare inom varje vårdsektor står i nyckelposition att stöda dessa patienter, men framgångsrik vård och intressebevakning av patienten förutsätter bred kunskap om det komplicerade sambandet mellan kronisk smärta och depression.

Examensarbetets syfte är att bidra sjukskötare med ökad kunskap om hur de kan stöda patienter med kronisk smärta och depression eller risk för depression. Frågeställningarna är, hur kan sjukskötaren stöda patienten till anpassning vid kronisk smärta samt hur kan sjukskötaren förebygga och identifiera depression hos patienter med kronisk smärta? Materialet i denna litteraturstudie bearbetades med innehållsanalys. Resultatet är att sjukskötaren ska stöda smärtpatienten till anpassning genom identifiering, förebyggande och information. Härigenom kan symptom på depression både identifieras, förebyggas och lindras. Slutsatsen är att det centrala förhållningssättet i vårdarbetet bör vara att smärta och depression till viss del ska hållas åtskilda, men förebyggas och behandlas jämsides och kontinuerligt.

Detta examensarbete är en del av projektet "Tillgång, Aktivitet och Gemenskap - T.A.G. i livet", vars övergripande mål är att stöda vuxna klienter till självständighet och funktionsförmåga genom att utveckla metoder för egenvård. Examensarbetets tillämplade del utgörs av en artikel.

Språk: svenska Nyckelord: kronisk smärta, depression, sjukskötare, vård, funktionsförmåga, livsomställning

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jennie Hindersson

Koulutusohjelma ja paikkakunta: hoitoala, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: sairaanhoitaja AMK

Ohjaajat: Heli Vaartio-Rajalin

Nimike: Krooninen kipu ja masennus – miten sairaanhoitaja voi tukea potilasta?

Päivämäärä 10.10.2010

Sivumäärä 51

Liitteet 1

Tiivistelmä

Kroonisesta kivusta kärsivä potilas kuuluu depression riskiryhmään. Kipupotilaat, joilla on samanaikainen depressiodiagnoosi, muodostavat erityisen syrjäytymisvaarassa olevan ryhmän, jolla on vahvasti huonontunut elämänlaatu. Nyky-yhteiskunnassa tehokas, kuntouttava ja koko ihmisen huomioiva hoitotyö ei kuitenkaan ole mikään itsestäänselvyys. Kaikilla hoitosektoreilla sairaanhoitajia on avainasemassa näiden potilaiden tukemisessa, mutta potilaan edunvalvonta edellyttää laajaa tietoa kroonisen kivun ja masennuksen välisestä yhteydestä.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa sairaanhoitajille lisää tietoa siitä, miten kroonisesta kivusta kärsivän potilaan depression tai depressioriskin voi tunnistaa, sekä miten sairaanhoitaja voi tukea potilasta. Kysymyksenasetteluna on, miten sairaanhoitaja voi tukea potilaan krooniseen kipuun sopeutumista sekä miten sairaanhoitaja voi tunnistaa sekä ehkäistä kipupotilaan masennusta?

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä. Tulokset osoittavat, että sairaanhoitajan tulisi tukea kipupotilasta tunnistamisen, ehkäisyn sekä informoinnin keinoilla. Näin masennuksen oireet voidaan sekä tunnistaa, ehkäistä että lievittää. Johtopäätös on, että keskeinen näkökanta kivun hoitotyössä tulisi olla, että kipu ja masennus pidetään osittain kahtena erillisinä ilmiöinä mutta niitä ehkäistään ja hoidetaan rinnakkaisesti ja yhtäjaksoisesti. Tämä opinnäytetyö on osa ”Omaehtoisen toiminnan edistäminen - O.T.E. elämästä” – projektia, jonka kaikenkattava tavoite on aikuisten potilaiden itsenäisyyden ja toimintakyvyn tukeminen itsehoitokeinoja kehittämällä. Opinnäytetyön soveltava osa koostuu artikkelista.

Kieli: ruotsi Avainsanat: krooninen kipu, masennus, sairaanhoitaja, hoito, toimintakyky, sopeutuminen

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla joko ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi tai kirjastossa.

BACHELOR'S THESIS

Author: Jennie Hindersson

Degree Programme: nursing, Åbo

Specialization: nursing care

Supervisors: Heli Vaartio-Rajalin

Title: Chronic pain and depression – how the nurse can support the patient

Date 10.10.2010

Number of pages 51

Appendices 1

Summary

Patients suffering from chronic pain are also in a high risk group for depression. Chronic pain patients diagnosed with depression reports particularly low quality of life. As for health care of today, effective, rehabilitating care that affects all aspects of the human diversity is not guaranteed. Though there are nurses in every care sector in a key position to support these patients, successful nursing and patient advocacy require great knowledge of the complex relationship between chronic pain and depression.

The aim of this thesis is to contribute to nurses' knowledge of how to support patients suffering from chronic pain and depression or risk of depression. The thesis questions are: How can the nurse support patients adapting to chronic pain? How can the nurse promote and identify depression in patients with chronic pain? The data in this literature review were analyzed using content analysis. Results show that the nurse should support the adaptation to chronic pain through identification, promotion and information. Through this, symptoms of depression will also be identified, promoted and reduced. The conclusion is that the nursing care approach should consider pain and depression partly as various phenomena, but they should be promoted and treated continuously, side by side.

This thesis is part of the "Tillgång, Aktivitet och Gemenskap - T.A.G. i livet" -project ("Assets, Activity and fellowship – Hold on life"), with an overall aim to strengthen adult clients independency and ability to function by developing self care methods. The practical part of the thesis is an article.

Language: Swedish Keywords: chronic pain, depression, nurse, nursing, patient functioning, adaptation

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Teoretisk bakgrund	3
2.1 Hälsöfrämjande sjukhus och sjukskötarens roll.....	3
2.2 Reumatologiska enheten vid Pemar sjukhus	4
2.3 Kronisk smärta	4
2.3.1 Prevalensen av kronisk smärta.....	6
2.3.2 Livsomställningen vid utvecklingen av kronisk smärta	7
2.3.3 Om anlag för att utveckla kronisk smärta	9
2.3.4 Psykologiska fenomen som uppträder vid kronisk smärta	11
2.4 Kronisk smärta och depression	14
2.4.1 Prevalensen av kronisk smärta och depression.....	16
2.4.2 Växelverkan mellan kronisk smärta och depression - prognos	16
3 Vården av patienter med kronisk smärta	17
3.1 Hjälpmedel för förebyggande vårdinsatser	17
3.2 Sjukskötarens intressebevakare	19
3.3Handledning och undervisning	20
3.4 Brister i dagens smärtvård.....	22
3.5 Konventionella vårdmetoder	24
3.6 Interventionella vårdmetoder	25
3.6.1 Laserterapi.....	25
3.6.2 Motion	26
3.6.3 Kost	26
3.6.4 Massage.....	27
3.6.5 Musik.....	27

4 Tillämpad del.....	27
4.1 Metod.....	27
4.2 Resultat	29
4.2.1 Identifiering	30
4.2.2 Förebyggande	31
4.2.3 Information	33
4.3 Den praktiska tillämpningen av examensarbetet	35
4.3.1 Artikeln och dess struktur	36
4.3.2 Evaluering av den tillämpade delen	37
5 Tillförlitlighet	39
6 Etik	41
7 Diskussion	42
Källförteckning.....	47
Bilagor: Bilaga 1, Kronisk smärta och depression – hur sjukskötaren kan stöda patienten	

1 Inledning

Det har sagts att kronisk smärta hör till det allra svåraste som en människa kan möta (Vartiovaara 2005, 56). Som en följd av sin mångdimensionella natur rör sig smärtan som fenomen i gränsområdet mellan kropp och psyke (Vainio 2009a, 15). Därför intresserar smärta mig och av samma orsak har jag valt depression som kompletterande nyckelord. Enligt forskning kan nämligen långvarig smärta leda till depression (Linton 2005, 80). Bred kunskap om smärtans komplexitet är en nödvändig bas för behandlings- och rehabiliteringsåtgärder (Gerdle & Gullacksen 2007, 203). Effektiv rehabiliterande vård som beaktar hela människan är dessvärre ännu sällsynt trots den, tack vare forskning, snabbt ökande kunskapen om smärtans uppkomst. Det är därför mitt mål att med examensarbetet indirekt bidra till bättre förutsättningar för dessa patienter att nå ökad hälsa och livskvalitet.

Kronisk smärta är ett betydande samhällsproblem i Finland och en vanlig orsak, måhända den vanligaste orsaken, till att uppsöka läkare. I en befolkningsundersökning gjord 2003 av Pekka Mäntyselkä (2004, 10-11) var prevalensen för kronisk smärta 35 % och av gruppen (n = 4542) rapporterade 25 % kraftigt sänkt sinnesstämning. Patienter med kronisk smärta använder hälsotjänster i större utsträckning än den övriga befolkningen, och det är framförallt besvären till följd av kronisk smärta som ligger bakom detta faktum. Hälsotjänstsystemet belastas således kraftigt av smärtsjukdomar. Mäntyselkä efterlyser ökade insatser för identifiering, diagnostisering och vård. Samtidigt poängterar han att förebyggande av kronisk smärta bör utgöra en väsentlig del av det hälsofrämjande arbetet. Vårdansvaret för patienter med smärta ligger i första hand hos primärvården, som vid behov konsulterar den specialiserade vården (Social- och hälsovårdsministeriet 2009, 215). Med andra ord möter så gott som varje sjukskötare inom alla vårdsektorer kontinuerligt dessa patienter och bör därför ha kunskap om smärtvård (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 13, 26, 178).

Kroniskt smärtsyndrom är inte en officiell diagnos men kronisk smärta och dess sammanhängande sinnestillstånd bildar ändå ofta ett medicinskt, psykologiskt och socialt syndrom oberoende av varifrån smärtan härstammar. Vad som ofta visar sig då är ångest, nedstämdhet, hopplöshet samt svårigheter att vara aktiv och initiativtagande (Granström 2004, 207). Enligt befolkningsundersökningar har personer som klagat på utbredd smärta en tredubbel risk att även insjukna i någon störning av den mentala hälsan, såsom ångest

eller depression (Vainio 2003, 61). Prevalensen av kronisk smärta med samtidig depression varierar i olika forskningar alltifrån 10 till 100 % (Estlander 2003, 74; Vainio 2003; 61).

Forskningar har visat att patienter med långvariga, icke-tumörrelaterade smärttillstånd uppger nedsatt livskvalitet oavsett diagnos, typ av smärta, kön och ålder. Därför har jag valt att inte rikta in mig rakt på någon särskild typ av smärta eller patienter. Patienter med långvarig generaliserad smärta och samtidig psykiatrisk diagnos förefaller dock vara en särskilt utsatt grupp med kraftigt nedsatt livskvalitet. (Mäntyselkä 2004, 10; Andréll m.fl. 2009). I detta arbete valdes fokus på depression med motiveringen att depression även är en folksjukdom i Finland (Finska Läkarföreningen Duodecim och Psykiaterföreningen i Finland r.f. 2009, 2).

Examensarbetet är en del av projektet ”Tillgång, Aktivitet och Gemenskap - T.A.G. i livet”. Projektets mål är att stöda vuxna och äldre klienter till självständighet och funktionsförmåga, även under anstaltsvård, genom att utveckla nya serviceformer och metoder för egenvård. I projektet förstärks även anhörigas och personalens kunnande inom det rehabiliterande arbetet samtidigt som deras eget välmående främjas. Samarbetsparterna utgörs av Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, närmare bestämt Pemar sjukhus och Åbo universitetscentralsjukhus, samt Folkhälsan, Mjölbolsta rehabiliteringssjukhus och högskolenätverket Baltic 21E. Av dessa har den reumatologiska avdelningen 018 vid Pemar sjukhus meddelat ett behov av kunskap om självhjälp för patienter som lider av kronisk smärta. (Vaartio 2009).

Syftet med mitt examensarbete är att bidra sjukskötare med ökad kunskap om hur man kan stöda patienter med kronisk smärta och depression eller risk för depression. De frågeställningar jag formulerat är: Hur kan sjukskötaren stöda patienten till anpassning vid kronisk smärta? Hur kan sjukskötaren förebygga och identifiera depression hos patienter med kronisk smärta?

I examensarbetet förekommer narrativa inslag i form av citat i syftet att belysa ämnet även ur en smärtpatienters synvinkel. Förhoppningsvis kan dessa bidra till djupare verklighetsförankring och göra den teoretiska bakgrunden mer levande och förståelig. Samtliga citat härstammar från samma anonyma källa, som ombads att under tidsperioden för examensarbetsprocessen (december 2009 – oktober 2010) fritt skriva ner tankar om livet med kronisk smärta och allt vad det innebär.

2 Teoretisk bakgrund

Salanterä m.fl. (2006, 26) befarar att den höga användningen av hälso-tjänster är ett tecken på att hälso-tjänstsystemet inte förmår svara på smärtpatienternas verkliga behov, dvs. erbjuda patienterna det de skulle behöva. Vilka dessa behov är har jag i kap. 2 och 3 försökt utreda för att i examensarbetets resultatdel (se kap. 4.2) kunna komma fram till hur sjukskötaren kan stöda patienterna. Hagelberg (2005, 33) hävdar dock att man inte kan dra en enkel parallell mellan hälso-tjänstkonsumtionen och befolkningens vårdbehov, men att statistiken nog återspeglar hur utmanande det är att utveckla fungerande undersöknings-, vård- och rehabiliteringshelheter för patienter med kronisk smärta.

2.1 Hälsöfrämjande sjukhus och sjukskötarens roll

Världshälsoorganisationen WHO (the World Health Organization) tog i anslutning till sin första konferens om hälsöfrämjande 1986 fram Ottawa-manifestet, en strategi för en bättre hälsa för befolkningen som även kom att stå som grund för konceptet Health Promoting Hospitals. Idén var att koppla utvecklingen av det hälsöfrämjande arbetet även till sjukhusens utveckling. (Whitehead 2005, 20; Världshälsoorganisationen 2007, 6, 22). Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och således även Pesar sjukhus är medlemmar i föreningen Health Promoting Hospitals (Hälsöfrämjande sjukhus i Finland r.f. 2010).

WHO definierar hälsöfrämjande som den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över den egna hälsan och förbättra den (Världshälsoorganisationen 2010). Ett hälsöfrämjande sjukhus innebär enligt de mål WHO fastställt, att man tar vara på sjukhusens kompetens, kontaktyta och auktoritet och stärker på så sätt folkhälsoinsatserna samt att man genom en tydlig hälsoorientering skapar effektivare ledning och styrning av sjukhusen. I fokus står att skapa bättre hälsa för patienter, den egna personalen samt för befolkningen i sjukhusets upptagningsområde. I praktiken arbetar man för att en hälsoorientering ska genomsyra all verksamhet och att både förebyggande, sjukdomsbehandling och rehabilitering ses i ett hälsoperspektiv. (Statens folkhälsoinstitut 2004, 40; Världshälsoorganisationen 2007, 6). Även det rehabiliterande arbetssättet, vilket är ett av nyckelorden i både T.A.G. i livet - projektet och mitt examensarbete, ska följaktligen vara hälsöfrämjande. Enligt forskning är dock många sjukskötare antingen omedvetna om konceptet med hälsöfrämjande sjukhus eller överksamma vad gäller att aktivt bidra till det (Whitehead 2005, 20, 24).

Hälso- och sjukvårdssektorn kan inte ensam åstadkomma massiva förändringar i hälsobeteenden men den spelar en betydelsefull roll när det gäller att identifiera hälsoproblem samt uppmärksamma samhället och politiska enheter på dem (Världshälsoorganisationen 2007, 11). Whitehead betonar specifikt sjukskötarens framträdande ställning. Ett hälsofrämjande sjukhus erbjuder nämligen sina sjukskötare större inflytande över hur dess hälsorelaterade ärenden drivs samt en möjlighet att aktivt engagera sig i en större hälsopolitisk roll. Sjukskötarens roll i samhället har även befästs i de etiska riktlinjerna. Sjukskötarna är delaktiga inte enbart i den egna enhetens verksamhet utan i hela sjukhusets organisation samt samhällsrelaterade folkhälsofrågor på såväl nationell som internationell nivå. För att den här potentialen ska förverkligas förutsätts av sjukskötarna att de inser, visar intresse för samt förtjänar den. (Whitehead 2005, 20, 24).

2.2 Reumatologiska enheten vid Pesar sjukhus

Avdelning 018, enheten för reumatologi, har som uppgift att ansvara för den polikliniska patientvård som innefattar konservativ och reumaortopedisk vård i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Verksamheten är organiserad i olika reuma- och ortopedipolikliniker och bygger på ett pararbete mellan specialläkare och sjukskötare, samt samarbete även med sjukhusets andra serviceenheter och yrkesgrupper såsom fysioterapeuter. Patienterna är remitterade till poliklinikerna, som fungerar genom tidbeställning. Vanliga diagnoser är ledgångs-, ryggrads- och muskelreumatism, Sjögrens syndrom, psoriasisartrit, fibromyalgi samt många ovanliga reumasjukdomar. Sjukskötarna stöder patientens anpassning till den kroniska sjukdomen genom undervisning, diskussion samt hjälp till självhjälp.

Depression uppskattas förekomma bland avdelningens patienter i samma utsträckning som den övriga befolkningen. Vid konstaterad depression är praxis screening med DEPS – instrumentet samt vid behov remittering till expert för konsultation. Verksamhetens mål är att sträva efter snabb diagnostik och erbjuda effektiv, optimal vård. Patienthandledning- och undervisning samt dokumentation utgör en central del av det självständiga vårdarbetet, liksom även olika vårdåtgärder i samarbete med läkare. (Jääskeläinen 2009; personlig kommunikation med uppdragsgivarens handledare Heikkinen, 20.4.2010).

2.3 Kronisk smärta

Den internationella smärtorganisationen IASP (International Association for the Study of Pain) definierar smärta som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med

faktiskt eller potentiell vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada. (IASP Pain Terminology 2010). I definitionen, som beaktar smärtans mångdimensionella natur, konstateras härutöver att eventuell oförmåga hos individen att kommunicera muntligt inte utesluter att han eller hon ändå upplever smärta. Definitionen inbegriper såväl akut som kronisk smärta och tar inte ställning till smärtans ursprung; begreppet omfattar därför smärta som härstammar från såväl vävnads- som nervskador samt sådana smärtformer som saknar tydligt ursprung. Smärta är ett fysiologiskt fenomen och en samtidig känsel- och sinnesupplevelse. Upplevelsen är dessutom kultur- och individbunden samt förknippad med familjen, de anhöriga, vårdomgivningen och samhället patienten lever i. (Salanterä m.fl. 2006, 7; Saarinen 2009, 21). Kronisk smärta inverkar på självkänslan, upplevelserna av det egna jaget, livsplanerna och kan effektivt förstöra framtidens grundvalar. (Estlander 2003, 75; Vainio 2009, 81-8, 118-120).

Kronisk smärta är inte enbart en medicinsk diagnos utan även en s.k. vårddiagnos enligt North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). En vårddiagnos är en klinisk helhetsbedömning av en individ, familj eller grupp och dess respons på ett verkligt eller potentiellt hälsoproblem, och underlättar beslutandet av rätt vårdplan för patienten samt patientsäkerheten. (Nursing Diagnosis 2010).

Förutom grunddefinitionen har IASP även definierat olika typer av smärta. Smärta innebär alltså inte något som kan definieras på ett enhetligt sätt utan är en komplicerad subjektiv upplevelse av lidande hos den drabbade. Ett centralt faktum är just att smärtan alltid är ytterst personlig – samma smärta upplevs av olika människor på olika sätt. Det är därför välmotiverat att IASP i sin definition lyfter fram den känslomässiga eller emotionella upplevelsen som lika viktig som sinnesupplevelsen. Härav följer att smärtidentifiering och vård är krävande och förutsätter stor kunskap och färdighet. Det är vidare känt att långvariga smärtor påverkar och påverkas av komplexa interaktioner mellan patogenetiska smärtmekanismer och psykologiska, sociala och kulturella faktorer. Kronisk smärta är så gott som alltid ett slutresultat av många samverkande faktorer. (Vainio 2003, 20; Salanterä m.fl. 2006, 7; Bergström 2007, 42; Gerdle & Gullacksen 2007, 203; Magnusson & Mannheimer 2008, 10).

Kronisk smärta utgör alltså en gemensam benämning på långvariga smärttillstånd med många olika orsaker. Smärtan fastställs som kronisk då den fortgår efter den normala läkningstiden för en vävnad. Det är känt att kronisk smärta har en från den akuta smärtan

avvikande mekanism och uppkomst. I bakgrunden kan finnas defekter i det centrala nervsystemets smärtregleringsmekanismer, "falskt alarm" eller signalstörning vilka kan upprätthållas av olika biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Då smärtan utvecklas till kronisk förlorar den sin skyddande betydelse och övergår till att endast begränsa funktionsförmågan och orsaka depression. Den exakta tidsgränsen för när en smärta fastslås som kronisk varierar i litteraturen. Gränsen anses allmänt vara 3-6 månader. I detta arbete är begreppen långvarig smärta och kronisk smärta likställda. Långvarig kan som ordval vara att föredra framom kronisk med tanke på att det närmare associeras till resursförstärkning och kan upplevas som ett positivare, mer hoppingivande ord. (Estlander 2003, 19, 48; Vainio 2009b, 15-16).

Kunskapen om smärtans mekanismer har ökat på senare tid men orsakerna bakom många kroniska smärttillstånd är än så länge okända. Forskning har ännu inte lyckats förklara exempelvis varför endast en del av patienter med nervskador utvecklar kronisk neuropatisk smärta medan en del tillfrisknar och förblir smärtfria. Jämfört med många andra sjukdomar har det forskats relativt lite i smärtepidemiologi, och inte mycket är heller känt om incidensen av kronisk smärta. (Salanterä m.fl. 2006, 19-20). Effekten av läkemedel vid kronisk smärta är väldigt varierande och det finns även typer av kronisk smärta, däribland fibromyalgi, som inte visat någon respons på mediciner (Hannonen, 2007). Ny kunskap har inte heller gett upphov till några nya läkemedel mot långvarig smärta utan snarare en ökad insikt om att det är helt andra behandlings- och förhållningssätt som är framgångsrika vid kroniska smärttillstånd. (Magnusson & Mannheimer 2008, 10). Smärtmedicinering behandlas därför inte desto mer ingående i detta examensarbete.

2.3.1 Prevalensen av kronisk smärta

Citatet "Få dör av smärta, många dör i smärta och ännu fler lever i smärta" (Estlander 2003, 11) kan beskriva problematiken vad gäller smärtforskning och bestämning av prevalensen av kronisk smärta. De internationella undersökningar som finns rapporterar att 12-55 % av den vuxna befolkningen lider av kronisk smärta och att tendensen är något mer förekommande hos kvinnor. Förekomsten av kronisk smärta varierar dock stort i olika åldersgrupper. Internationella undersökningar har rapporterat följande uppgifter: 25 % av personer under 18 år lider av kronisk smärta, 33-50 % av personer över 65 år, 73 % av de över 77 år samt 68 % av de över 85 år. Som forskningsområde innebär kronisk smärta en stor utmaning eftersom smärta förekommer som symptom vid väldigt många olika slags sjukdomar, samtidigt som samma sjukdomar även framträder smärtfritt. Även definitionen

av kronisk smärta, dess biopsykosociala natur och skillnaderna i undersökningsgrupper samt datainsamlingsmetoderna försvårar jämförelsen av incidenstalen. (Salanterä m.fl. 2006, 19-20).

Undersökningar över finländarnas hälsa, Mini-Suomi från 1978-1980 och Hälsa 2000, visar att tre av fyra 30-åringar och äldre har upplevt minst en period av ryggsmärta under sitt liv. Ryggsmärta har benägenhet att återkomma, för hälften av alla vuxna har haft över fem sådana perioder. Smärta är vidare ett dominerande symptom även bland en rad andra kroniska sjukdomar. Ungefär 1 % av befolkningen lider av magsår, 0,5 % av migrän, 0,8 % av reuma. Cancerpatienterna är en annan stor grupp av indirekta smärtpatienter, var fjärde finländare insjuknar i något skede av sitt liv i någon cancersjukdom och 25 % av dem uppger smärta som primärt symptom. Enligt Läkemedelsverket som registrerar den finländska läkemedelskonsumtionen uppgick de totala kostnaderna för smärtmedicinerna år 2006 till dryga 100 miljoner euro. (Vainio 2009b, 64-66, 68, 71).

2.3.2 Livsomställningen vid utvecklingen av kronisk smärta

Kronisk smärta förändrar livet fullständigt. Förändringarna ger sig inte alltid genast till känna utan händelsekedjan kan vara långsam, omväxlande och svår att urskilja. Som kärna i hela livsomställningsförloppet kan ses en strävan efter att återfå balansen i livet. Vid rehabiliteringen är det nödvändigt att sjukskötaren har kunskap om livsomställningsprocessen för att kunna erbjuda rätt insatser vid rätt tidpunkt för patienten. Förloppet är dock en mycket personlig upplevelse varför en livsomställningsmodell inte kan betraktas som generell utan fungerar endast som en ram för patientens förändringsarbete. (Vartiovaara 2005, 54; Gullacksen 2007, 25-26, 33).

Vartiovaara (2005, 52-55) har beskrivit processen då smärtan utvecklas till kronisk. Enligt den beskrivningen kan fyra olika faser urskiljas. I den första s.k. akuta fasen som pågår 0-2 månader efter att smärtan börjat orsakar smärtan vanligen inga distinkta psykiska problem eftersom patienten undermedvetet antar att smärtan förr eller senare kommer att upphöra. Eftersom vardagen inte hunnit ändra så radikalt ännu anses smärtans betydelse som stressfaktor oftast övergående. Om detta fortgår längre än två månader inträder den subakuta fasen som varar i 2-6 månader, ibland upp till ett år. I det här skedet börjar patienten bli rädd för att smärtan aldrig kommer att försvinna. En dylik rädsla orsakar stor stress. Patienten är orolig över symptom och de vitala funktionerna över lag samt funderar på ett nytt sätt över livet och framtiden. Detta är oftast tungsint, stressande och

ångestskapande grubblande och patienten kan vara irriterad, lida av sömnstörningar och rädslor. Efter ungefär ett halvt år eller mer följer den tredje s.k. kroniska fasen som kan pågå i många år och kännetecknas av djup depression. Patienten är övertygad om att smärtan antagligen är bestående och att ingen vård kommer att hjälpa. Trots att patienten ännu hoppas på ett smärtfritt liv inser han/hon hur små chanserna är. Den svåraste situationen i denna fas är om smärtan tycks sakna orsak, då är patientens fantasi obegränsad. Härefter följer den subkroniska fasen. Vid det här laget har smärtan pågått i flera tiotals år och patienten har eventuellt accepterat att smärtan kommer att finnas kvar under resten av livet. I den här fasen har patienten tillägnat sig specifika tanke- och beteendemönster som förutsäger framtiden. Ilska, tillbakadragenhet och depression kan finnas i bakgrunden och ersätts delvis av tyst desperation. Enligt Vartiovaara resignerar patienten slutligen helt, accepterar den kroniska smärtan och ger med andra ord upp kampen.

Gullacksen (2007, 25-26) som undersökt kvinnor med långvarig smärta och deras livsförändring, har framställt livsomställningsprocessen på ett annat sätt i form av ett inledande, bearbetande och bekräftande skeende. Samtliga faser är relativt normala reaktioner och ska alltså inte ses som avvikande beteende. Enligt Gullacksens forskning pågår livsomställningsförloppet under kortare eller längre tid, ibland i flera år vilket är förståeligt med tanke på att allt som byggts upp under en hel livstid ska göras om på relativt kort tid. Hon lyfter fram att patientens relation till smärtan förändras från katastrofkänsla, uppgivenhet och maktlöshet, vidare mot erkännande av förändringsbehov, utforskning av nya möjligheter och slutligen mot att integrera erfarenheter i livssituationen som helhet.

Enligt Gullacksen (2007, 28-29) är erkännandet i det första inledande skeendet en viktig vändpunkt i processen. Erkännandet utgör nämligen den egentliga startpunkten för aktiv bearbetning och förändring i livet. Erkännandet kan växa fram gradvis och obemärkt och innebär insikt i att det inte finns någon behandling som slutligt löser problemen. Inledningsvis kan denna vändpunkt leda till utmattning och emotionell kris i och med att de psykiska krafterna utsätts för hårda attacker, men småningom kan de resurser som hittills lagts ner på att dölja besvären i stället inriktas mot ett konstruktivt anpassningsarbete.

Det bearbetande skeendet innebär ett massivt sorgearbete och inre kaos som kan vara svårt att förmedla till omgivningen. I början är känslan av allvarlig ohälsa stark men mot slutet

av detta skeende börjar de friska förmågorna igen bli användbara, smärtan kan hanteras i allt fler situationer som en följd av ominläring. Det är nu som patienten kan förstå innebörden av begreppet att lära sig leva med smärta, och det sker genom att utforska sig själv i olika sammanhang respektive nya strategier för att få kontroll över livet igen. Överlevnadsstrategierna måste utvecklas från att ha haft karaktären av nödlösningar till mer långsiktiga lösningar. Ett viktigt faktum är att ju mer kunskap patienten har om smärtan och konsekvenserna desto säkrare blir valet av en framgångsrik strategi. (Gullacksen 2007, 29-31, 33).

Under det tredje bekräftande skeendet präglas omställningsarbetet av att förändring allt mer ses som en möjlighet och inte som förlust. Patienten är medveten om den förändring han/hon gått igenom och ännu är engagerad i. Fortsättningsvis krävs ändå ett hårt förändringsarbete och planering, begränsningar och prioritering är ständiga villkor för att må bra. Det centrala i denna livsomställningsfas är dock att patienterna inte förmedlar känslan av ett nederlag utan tvärtom intryck av seger. Livet där smärtan blivit en del kan bekräftas som ett gott liv trots allt – man är inte sjuk utan lever med smärta. Många patienter tar dock avstånd från att kalla det att acceptera smärta, de talar hellre om att lära sig leva med den och ha kontroll över livet. (Gullacksen 2007, 32-33).

Patienter som nyss fått höra dåliga nyheter genomgår alla ovanbeskrivna faser av sjukdomskrisen faser på ett för var och en specifikt sätt. I bakgrunden finns dessutom alltid den egna personligheten som ibland kan förklara varför människor klarar av motgångar på olika sätt. Hur processen framskrider är omöjligt att exakt förutsäga. Vårdpersonalen ska ha ett ärligt och empatiskt kommunikationssätt som hjälper patienten från att ta de första vacklande stegen till att slutligen klara sig med egna krafter. De bör även minnas att varje dålig nyhet är ett rätt så hårt slag för patienten och att dämpa det slaget hör till basuppgifterna.

”I synnerhet om det varit en lång jobbig period så betyder det så mycket om man känner omtanke någonstans ifrån. Där har det också så otroligt stor betydelse hur vårdpersonalen är mot en, som patient upplever man ofta just det att ”den eller den är bra” och det kanske är just den personen ifråga som talat extra vänligt, som verkligen lyssnar på en och uppriktigt vill veta vad man har att säga”.

Behovet av informativt stöd från professionella aktörer kan med andra ord vara avgörande för hela livsomställningsförloppet. (Vartiovaara 2005, 52, 54; Gullacksen 2007, 31, 35).

2.3.3 Om anlag för att utveckla kronisk smärta

Att förutsäga vilka patienter som utvecklar kronisk smärta är inte lätt. En vävnads- eller

nervskada leder endast hos vissa människor till långvarig smärta. Riskfaktorer man känner till som kan leda till att smärtan blir kronisk är bl.a. graden på vävnadsskadan och den efterföljande inflammationsreaktionen, den upplevda styrkan av smärtan i dess akuta fas samt psykosociala förhållanden.

Olika smärtpatienter tycks ha olika anlag för att utveckla kronisk smärta. Forskning har visat att bl.a. sociala och genetiska faktorer kan inverka på processen. Sociala omständigheter kan vara närståendes välvilja, t.ex. en överbeskyddande partner som gör för mycket för smärtpatienten och på så sätt försvagar dennes funktionsförmåga ytterligare samt ökar rädslorna gentemot smärtans makt, eller vantrivsel i yrket som gör att patienten inte känner sig engagerad att försöka återgå till arbetet.

"Ibland när man gör saker så kan någon av ens närmaste säga: varför måste du göra det där när du en gång vet att du får ont av det? Ungefär som att dom sen tycker att, skyll dig själv då... eller så får man en känsla av att dom tvivlar på att man faktiskt har det så besvärligt som man säger. Dom tycker ju att det är konstigt att man ibland kan göra saker och ibland inte. Det är säkert svårt att förstå, men man önskar bara att dom kunde lita på att det är som man säger. Det kan vara speciellt jobbigt med arbetskamrater som ju inte har den insynen i ens liv som ens familjemedlemmar har".

Det här kan leda till att rehabiliteringen blir ännu långsammare. (Gullacksen 2007, 35; Saarinen 2009, 21; Föreningen för Smärtforskning i Finland rf 2010). Även Elomaa och Estlander (2009, 110-112) varnar för sådant i negativ bemärkelse förstärkt smärtbeteende som en följd av ofördelaktiga inlärdade beteendemönster. Liknande exempel är att vårdmetoder menade främst för den akuta fasen, såsom vila, aktsamhet och att ty sig till medicinering, i längden övergår till att upprätthålla smärtproblematiken och hämma rehabiliteringen, samt felaktiga föreställningar som t.ex. att symptomfrihet är en förutsättning för fysisk aktivitet. Rörelsefobi bör i högsta grad förebyggas.

Även individuella, genetiskt betingade skillnader i strukturen och egenskaperna hos de system som förmedlar och kontrollerar smärta kan inverka på processen. Vi har med andra ord genetiskt sett olika förutsättningar att bemästra smärta. (Vainio 2003, 19; Salanterä m.fl. 2006, 35; Kalso 2009, 106-107; Föreningen för Smärtforskning i Finland rf 2010). Kalso (2009, 107) redogör dessutom för olika slags förändringar på nervcellnivå som genom olika mekanismer orsakar att smärtsignalerna kan förstärkas, trots att stimulus till och med är oförändrad. Forskning har även visat att kontinuerliga smärtsignaler kan orsaka förändringar i hjärnan med följden att smärtresponsen både förstärks och försnabbas, samt att regelbunden uppmärksamhet riktad mot smärta kan leda till att det småningom uppstår ett nätverk av nerver som redan vid blotta tanken på smärta orsakar en smärtförminnelse

trots avsaknad av egentlig stimulans.

Ytterligare faktorer som påverkar att smärtan utvecklas till kronisk är tidigare händelser i patientens livshistoria.

”När man är sjuk så stiger gamla saker till ytan som inverkar på ens välbefinnande. Man kan bli vemodig, både glad och sorgsen beroende på, då känns också behovet av en förstående medmänniska större”.

Tidiga traumatiska upplevelser som orsakat förändringar på centrala nervsystemet kan göra patienten mer utsatt för psykiska symptom. Utsattheten från tidigare i samband med nya stressfaktorer, egna tolkningar och tillskrivandet av att smärtan har någon form av betydelse, inverkar sedan tillsammans på att smärtan utvecklas till kronisk. (Elomaa & Estlander 2009, 109-111, 549-551).

2.3.4 Psykologiska fenomen som uppträder vid kronisk smärta

Kronisk smärta ger upphov till olika psykologiska fenomen (Estlander 2003, 73-74; Granström 2004, 207; Elomaa & Estlander 2009, 111). Det finns få undersökningar om psykologiska och psykosociala riskfaktorer inverkan på processen under vilken smärtan utvecklas till kronisk, men en del forskningar visar att de har större betydelse än fysiologiska faktorer (Linton 2003, 80; Salanterä m.fl. 2006, 148; Elomaa & Estlander 2009, 109). Via länkar i hjärnan har smärtsignaler ett direkt samband till en rad olika emotionella reaktioner, som i sin tur hör nära samman med både hur patienten tolkar smärtan kognitivt och hur han reagerar beteendemässigt (Linton 2005, 83). I syfte att belysa hur viktigt det är att förstå smärtans psykologi beskrivs här några exempel från patientens upplevelsevärld, vilka även är förknippade med depression.

Depression som följd av smärta torde ur psykologisk synvinkel vara förknippad med upplevelsen av förlust och utsatthet, såsom förlusten av hälsotillståndet, arbetsförmågan, inskränkningen i rörelseförmågan samt förlusten av den egna rollen i familjen. Mycket av det här innebär att bryta vanor och till och med en förändrad identitet. Om man inte förmår bearbeta de här upplevelserna t.ex. genom eget sorgearbete, kan de uppfattas som bestående hot mot att klara sig i livet. När man frågar en smärtpatient om dennes fritidsintressen, fås oftast ett sorgset svar att de inte mera är aktuella. Att byta motionsform upplevs ofta som otänkbart. Patienten kan t.ex. ofta berätta hur han eller hon inte längre kan motionera men drömmer om att springa maraton. (Granström 2004, 207; Saarinen 2009, 21). Thomas (2000, 690, 692) som gjort en fenomenologisk undersökning i vilken

patienter själva berättade hur det är att leva med kronisk smärta, rapporterar att kroppsuppfattningen förändras grundligt, man är i motsats till friska människor ständigt medveten om kroppen samt kontinuerligt påmind om den sänkta funktionsförmågan. Även här framkom att patienter ofta nostalgiskt talar om allt de tyckt om att göra tidigare, t.ex. i motionsväg. Thomas undersökning visade också tydligt att patienterna upplever sig isolerade och distanserade från omvärlden, inklusive nära vänner och familjemedlemmar samt upplever att de inte längre har lika mycket gemensamt eller passar in. Dessutom hade patienterna inte särskilt många förhållanden i vilka de kunde vara fullständigt ärliga.

”Många gånger låter man bli att säga att man inte skulle vilja göra något för att man är för trött och inte orkar. Det kan bli så att man håller tyst för att man är rädd för att någon ska tro att man bara tycker synd om sig själv, för som sagt, det syns ju inte utanpå”.

Aggressivitet och ilska är andra emotioner som forskning visat vara viktiga (Linton 2005, 82). Aggressioner i samband med smärta kan förklaras med den besvikelse som smärtan orsakar, i och med att förhoppningarna om framgång, fullständig livskontroll och sinnesfrid ständigt är antingen hotade eller raserade (Elomaa & Estlander 2009, 112). Om sambandet mellan smärta och aggressivitet finns ännu inte mycket forskningsresultat men man vet att det leder till en aktivering av autonoma nervsystemet och att spändhet kan öka sensitiviteten (Elomaa & Estlander 2009, 107, 112). Ilskans inverkan på smärtan har även biologiskt förklarats med att endogena opioider förbrukas, varvid de inte i lika hög grad räcker till att lindra smärtan (Granström 2004, 208 ref. Bruehl m.fl. 2002). Följden kan vara fenomenet att endast en lätt beröring åstadkommer en smärtförminnelse (Föreningen för Smärtforskning i Finland rf 2010).

Kronisk smärta är vidare ett kognitivt hot, vilket betyder att patientens minne samt gestaltnings- och tankeförmåga kan påverkas negativt. Kognitivt sett belastas många smärtpatienter kraftigt av problemen i arbets- och familjelivet samt alla arrangemang kring smärtvården, med tanke på att det i ett normalt liv i dag automatiskt ingår många krävande kognitiva utmaningar. Dessutom försämrar smärtan gestaltningsförmågan genom att den kräver så mycket uppmärksamhet. Vårdpersonalen kan ofta ha svårt att ur en helhetssynvinkel uppmärksamma i hurdan situation smärtpatienten befinner sig i vilket i sin tur försämrar patientens möjlighet till individuell handledning. (Granström 2004, 208 ref. Cottrell m.fl. 2003). Kognition omfattar också uppfattningar, attityder, övertygelser och tankemönster, exempelvis konstant rädsla för smärta och katastroftänkande. Sjukskötaren behöver ta fasta på rädslor eftersom de kan anknyta till okunskap eller missuppfattningar som skulle behöva korrigeras. Katastroftänkar innebär att patienten har

en benägenhet att råka i panik på grund av smärtan, betona dess okontrollerbarhet och negativa inverkan samt den egna hjälplösheten och oförmågan att klara sig – med andra ord många olika problematiska och delvis felaktiga föreställningar. Empiriska undersökningar har upprepade gånger bevisat hur stort inflytande katastroftänkar kan ha t.ex. hos patienter med värk i nedre delen av ryggen är katastroftänkandets inverkan på funktionsförmågans försvagande större än de fysiologiska faktorer som är förknippade med sjukdomen. Det inverkar på den upplevda smärtintensiteten, smärtans uttryckssätt, användningen av hälsojänster och läkemedel samt sjukfrånvaro och vårdperioder. Tillräcklig information och handledning är nyckelord. (Salanterä m.fl. 2006, 180; Elomaa & Estlander 2009, 109-111). Ett förtroligt vårdförhållande där vårdaren är lugn, stödjande och empatisk är också oerhört viktigt för att påverka kognitioner.

"Ibland kanske man tillsammans med patienten kan konstatera att idag är en ovanligt besvärlig dag, vad kan vi göra för att göra det lättare att uthärda. Bara att få höra det av någon som verkligen låter som om den menade det och förstås helst också verkligen menar det hjälper. Sympati kan vara att erbjuda en extra kopp te eller en filt eller sällskap några minuter".

Ett annat exempel på tankemönster som väcker negativa känslor är generalisering och tankar såsom alltid, alla, ingen och aldrig. Hägg (2003, 32-33) lyfter fram tankemönstrets inverkan på sinnestämningen hos smärtpatienter. Hon poängterar att vad vi tänker är viktigt eftersom det styr våra känslor och därmed handlingar. Tankar väcker känslor och om sinnestämningen är låg finns det orsak att utreda tankesättet. Tankar kan ju dock vara blixtnabba, automatiska och ljudlösa varför patienten inte alltid är medveten om sina tankebanor och därför också oförmögen att bemästra dem. Här har sjukskötaren en möjlighet att medvetandegöra tankesätten samt stödja till positiv förändring i dem genom att framhäva allt det patienten klarar av.

Hur patienten finner och upplever känslan av hopp är en central fråga när det gäller kronisk smärta. En del patienter införlivar sin upplevelse av smärtan direkt med sin uppfattning om helhetssituationen och slutligen hela livsprognosen. Utgående från smärtupplevelsen förutspår t.ex. många genast på morgonen hurdan dagen och indirekt de följande månaderna och åren kommer att bli. Ett av de viktiga målen med vården då är att hjälpa patienten finna hopp. Det vore viktigt att förmå se smärtupplevelsen som en skild och begränsad företeelse och samtidigt identifiera människans många dimensioner. Även om det kan vara bra att förmedla att man alltid kommer att vara tvungen att hantera smärta, skulle det vara lika viktigt om smärtpatienten klarar av att i sin prognos av livet ge utrymme också för det alternativet, att smärtan en dag försvinner. Känslan av att det finns hopp har stor betydelse, vilket stöder synsättet att smärtan även existerar "mellan öronen".

Härav följer att varje smärtpatient har möjligheter att varsebli samt påverka den egna livssituationen. Samtidigt måste förväntningarna på smärtvården göras rimliga. Utgångspunkten är att det alltid finns möjligheter att öka sin kunskap samt utveckla sin livsstil och egenvård och därmed öka livskvaliteten. (Sarvimäki, Simonsen-Rehn & Sandelin Benkö 2003, 8; Granström 2004, 211).

2.4 Kronisk smärta och depression

En direkt koppling mellan kronisk smärta och klinisk depression har inte kunnat bevisas men att det finns ett inneboende samband är uppenbart, dock inte ett enkelt orsakssamband (Linton 2005, 77-78, 80). Vid kronisk smärta uppträder ofta symptom på mentala störningar, speciellt depression. Depressionen kan dock bli undanskymd av smärtsymptomen. En betydande del av smärtpatienterna har ändå ingen mental störning. Smärtpatienter påpekar ofta enträget att felet inte sitter "mellan öronen". Ändå sker faktiskt en betydande del av smärtupplevelsens processer och psykets reaktion på smärtan just i hjärnan. Dessutom kan patienten, anhöriga och i bland till och med vårdpersonalen uppleva känslor av hopplöshet. Den psykiatriska vården av en smärtpatient omfattar vissa särdrag åtminstone vad gäller medicinering och psykoterapi. (Granström 2004, 207).

Den vanligaste kopplingen mellan smärta och depression är att depressionen är en följd av smärtan (Granström 2009a, 114). Depression hos smärtpatienter kan härröra sig från väldigt varierande orsaker. Den kan vara följden av en kris på grund av förlorad hälsa och livsförändring, vilket redan i sig kan orsaka sömnlöshet och begränsad funktionsförmåga, men även utvecklas på grund av livssituationen, t.ex. långvariga problem i människorelationer. I bakgrunden kan även finnas en psykiatrisk störning eller en annan kroppslig sjukdom eller vården av en dylik. Dessutom är det möjligt att vissa smärtmediciner kan orsaka depression. Då man utreder orsak - sambanden finner man ofta att psykisk belastning, ångest och depression ofta är en följd av smärtan och att situationen underlättas då man lyckas behandla smärtan. (Estlander 2003, 74 ref. Rodin 1991).

Depressionssymptomen uppträder ofta i det skede då smärtan utvecklas till kronisk och orsakar svårigheter på flera områden i patientens liv, med andra ord, upplevelser av förlust i rörelsefunktion, motion, arbete, familjeliv samt även ekonomin. Känslan av hopplöshet är inte alltid direkt kopplad till just depressionen utan den kan vara patientens syn på livssituationen över lag. I vilket fall som helst upplevs förlusterna som oersättliga. I vården

är en av de svåraste utmaningarna att ända från undersökningsskedet inom realistiska gränser stöda patientens framtidshopp. (Granström 2009a, 114).

För att diagnosen klinisk depression ska kunna ställas måste minst ett av symptomen nedstämdhet eller minskat allmänintresse identifieras. Övriga symptom av vilka minst fem bör föreligga är aptit- och viktförändringar, sömnstörningar, observerbar psykomotorisk agitation eller hämning, daglig svaghetskänsla, dålig självkänsla/känsla av värdelöshet eller skuld, koncentrationssvårigheter/minskad tankeförmåga samt tankar om döden och självmordsförsök. Dessa är de diagnostiska kriterierna för depression enligt det internationella klassifikationssystemet DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Kronisk smärta kan också ses som en riskfaktor för självmord. (Wasserman 2003, 33-42).

Att identifiera depression hos en smärtpatient är inte alltid enkelt. Många smärtpatienter har olika symptom på depression men inte nödvändigtvis i tillräcklig grad för att fylla kriterierna, vilket bl.a. är orsaken till att statistiska uppgifter ofta är missvisande (Bair m.fl. 2003, 2433; Linton 2005, 77). Å andra sidan kan en smärtpatient lätt nå ett högt poängantal genom att fylla i ett mätinstrument för depression utan att egentligen lida av verklig depression. En tredje smärtpatient i sin tur kanske undviker att tala om sina depressiva symptom i rädsla för att inte bli tagen på allvar beträffande de kroppsliga symptomen. Slutligen har man bevisat att det finns patienter med somatiska symptom som helt enkelt är oförmögna att identifiera symptom på depression hos sig själva. (Estlander 2003, 74-75; Granström 2009a, 114).

Anmärkningsvärt är även att i ICD-10:s diagnosbeskrivningar för mentala störningar nämns smärta endast i tre; kroniskt somatoformt smärtsyndrom, generaliserat ångestsyndrom samt somatoform autonom dysfunktion. I övrigt tar alltså sjukdomsklassificeringen inte upp smärta som symptom vid mentala störningar. Av den här orsaken kan man t.ex. inte hitta smärta nämnas under diagnosen depression. (Estlander 2003, 22-23; Granström 2004, 207; Granström 2009a, 114) I det kliniska arbetet är det som sjukskötare viktigt att se kronisk smärta och depression dels som helheter med viktiga anknytningspunkter, dels som helt åtskilda diagnoser med egna, särskilda bakgrundsfaktorer, vårdmetoder och prognoser. På så vis kan man fokusera på det centrala vad gäller bägge områdena (Granström 2009a, 114).

2.4.1 Prevalensen av kronisk smärta och depression

Att erhålla tillförlitliga värden på en prevalens av kronisk smärta och depression är en väldig utmaning för forskarna och sifferuppgifterna bör därför alltid ifrågasättas. Man vet inte heller med säkerhet om depression förekommer oftare hos smärtpatienter än patienter med övriga kroniska sjukdomar. (Estlander 2003, 74).

Smärta i kombination med mentala störningar eller symptom på dylika är med säkerhet relativt vanliga bland befolkningen. Enligt en forskning genomförd i fem europeiska länder uppgav 17,1 % av de intervjuade att de led av minst ett långvarigt smärttillstånd och 16,5 % uppvisade minst ett av symptomen på depression. 4,0 % diagnosticerades med depression och av dem hade 43,4 % åtminstone en typ av långvarig smärta, vilket är fyra gånger mer än dem som inte var deprimerade. På smärtkliniker samt ortopediska och reumatologiska kliniker har över hälften av patienterna även diagnosen depression och hos tandklinikers patienter med smärta i ansiktet uppgår siffran till 85 % (Bair, Robinson, Katon & Kroenke 2003, 2433; Granström 2004 ref. Ohayon m.fl. 2003, 207; Linton 2005, 78; Granström 2009a, 113).

2.4.2 Växelverkan mellan kronisk smärta och depression - prognos

Kronisk smärta och depression innebär en ömsesidig försämring av prognoserna. Sambandet stärks då någondera förvärras. Många undersökningar visar att smärta höjer depressionens svårighetsgrad samt förlänger den. (Bair m.fl. 2003, 2435). Om smärtan lindras, förbättras uppenbarligen depressionsprognosen. Kronisk smärta har särskilt försämrande verkan på depressionsprognosen om smärtan utgjort en betydande faktor i depressionens begynnelsekedje. Depressionen kan å andra sidan, i och med att patientens aktivitet lamslås, försämra prognosen för den kroniska smärtan. Bakom eventuell depression, om den så härrör sig till smärtan i sig eller till andra påfrestande faktorer i livssituationen, ligger ofta orkeslöshet och ett försvagat initiativtagande. En deprimerad patient har t.ex. svårt att ta tag i olika självhjälpsmetoder varvid rehabiliteringen försvåras eller till och med avstannar, vilket i sin tur ökar risken att smärtproblemet blir långvarigt. (Gullacksen 2007, 35).

Eftersom både kronisk smärta och depression utgör långvariga tillstånd måste de vårdas samtidigt - man kan t.ex. inte först vårda depressionen i syfte att underlätta smärtvården och rehabiliteringen. Särskilt viktigt att minnas är ändå att symptomfrihet är

utgångspunkten då det gäller depressionen och den kroniska smärtan får inte skymma detta. (Granström 2009a, 115; 2009b, 254).

3 Vården av patienter med kronisk smärta

Kronisk smärta går ytterst sällan att bota helt. Det centrala målet med vården är förutom smärtlindring och förhöjning av livskvaliteten att upprätthålla och förbättra funktionsförmågan, som alltid ska betraktas som individuell. Med funktionsförmåga förstås relationen mellan individens fysiska, psykiska och sociala egenskaper jämte de förväntningar som finns på dessa. För att uppnå dessa mål är patientens anpassning till kronisk smärta avgörande. (Salanterä m.fl. 2006, 90-91).

3.1 Hjälpmedel för förebyggande vårdinsatser

Utifrån befolkningsundersökningar och biologiska undersökningar kan man dra slutsatsen att många fall av kronisk smärta går att förebygga på många plan (Vainio 2003, 99). Att kartlägga bakgrundsfaktorer som påverkar risken att smärtan blir kronisk hör till en av primärhälsovårdens viktiga uppgifter (Social- och hälsovårdsministeriet 2009, 215). Hälso- och sjukvårdspersonalen och även patienterna anser ofta att bedömningen av smärta görs bäst av personalen. Genom att systematiskt bedöma redan smärtans intensitet effektivteras smärtvården betydligt. Trots att det finns evidens för det används hjälpmedel för att bedöma just smärtintensitet ändå i väldigt liten utsträckning i Finland. (Salanterä m.fl. 2006, 87).

Att smärtan utvecklas till kronisk går att förebygga redan genom det egna förhållningssättet. Viktigt i vårdandet är att minska oro och rädsla samt stöda patientens optimism, tron på den egna förmågan och aktiva coping strategier. Redan i den akuta fasen kan sjukskötaren lindra ångest och rädsla t.ex. genom att ge information, lyssna och på så sätt redan i ett tidigt skede rätta eventuella missuppfattningar. Information och råd ska formuleras på ett sätt som stärker patientens optimism, aktivitet och tron på den egna förmågan med minskad ångest som följd. Det är också viktigt att eventuella psykologiska undersökningar görs omedelbart då behovet av särskild utredning stiger fram, så att hinder för tillfrisknandet och faktorer som inverkar på smärtans kronicitet identifieras i ett tidigt skede. (Salanterä m.fl. 2006, 93; Elomaa & Estlander 2009, 110, 112).

För att kunna identifiera de patienter som löper risk att utveckla ett långvarigt problem kan screening vara ett viktigt verktyg (Linton 2005, 216). För detta förebyggande vårdarbete har en mängd olika mätinstrument utvecklats. Största delen av dem är dock endimensionella och mäter således endast smärtintensiteten. Mätare som närmast mäter fysisk funktionsförmåga och livskvaliteten i relation till denna, däribland SF-36 och 15D – instrumenten vilka används på många håll i Finland, har kritiserats och borde ifrågasättas vid användningen av kronisk smärta. Vid vården av kronisk smärta och framförallt vid bedömning av den individuella funktionsförmågan, bör mer omfattande mätinstrument som bl.a. kartlägger smärthistoriken och smärtans art användas. Helst borde flera olika mätare användas jämsides. (Salanterä m.fl. 2006, 83, 89-91; Kalso, Vainio, Haanpää 2009, 179).

Eftersom psykologiska och psykosociala faktorer har särskilt betydande inverkan på utveckling av kronisk smärta och den upplevda hälsan är det oerhört viktigt att sjukskötaren i ett tidigt skede förmår känna igen just dessa. Optimal screening riktar uppmärksamheten på de psykosociala faktorer som är mest relevanta, något som normalt undgår den kliniska bedömningen (Linton 2005, 217; Lee, Chronister, Bishop 2008, 187). På så sätt kan ändamålsenliga vård- och rehabiliteringsresurser sättas in vid rätt tillfälle och rätt patient, vilket även är en lagstadgad rättighet (Statens författningsdata – Finlex 2004, 2 kap. 4 a §). Ett verktyg man kan använda sig av är Lintons frågeformulär, Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, som utvecklats i syfte att kartlägga riskfaktorer som kan bidra till att smärtan blir kronisk. Formuläret finns översatt till finska men dess statistiska egenskaper är ännu inte undersökta i Finland. (Elomaa & Estlander 2009, 109-111, 549-551). Linton och Boersma (2003, 80) har dock testat mätinstrumentets kliniska validitet och reliabilitet och funnit dem goda. De understryker även betydelsen av användningen av dylika instrument av många olika orsaker, bl.a. för den tydliga kopplingen mellan psykosociala faktorer och utvecklandet av kronisk smärta samt för att grundhälsovården ofta har dåliga metoder och resurser att bedöma dessa variabler.

Smärtdagbok är ett annat användbart hjälpmedel som också kan fungera som mätinstrument, men bör användas med eftertanke eftersom den också konstaterats kunna i negativ bemärkelse öka patientens fokusering på smärtan (Salanterä m.fl. 2006, 89; Kalso m.fl. 2009, 176).

3.2 Sjukskötaren som intressebevakare

Smärta ur omvårdnadsperspektiv innebär bl.a. att sjukskötarens roll är att agera som advokat och intressebevakare för smärtpatienten, vilket även är en central etisk princip. Sjukskötarens medvetenhet om denna roll är avgörande för smärtbehandlingen. (Vaartio Leino-Kilpi, Suominen, Puukka 2008b, 511).

Ett konkret exempel på intressebevakning är att kontrollera att medicineringen är adekvat. Sjukskötarens måste kunna ta initiativ till detta, vilket i sin tur kräver kunskap om hur patienten kan hjälpas. Ett allmänt förekommande exempel där patientens smärtbehandling är helt beroende av kunskaperna hos sjukskötarens är s.k. vid behov ordinationer. I en undersökning av Stridsberg och Billing (1999, 46) behöver sjukskötare generellt mer fördjupad kunskap inom både smärtlärologi och farmakologi så att vårdkvaliteten kan förbättras. Som sjukskötare är man ansvarig samt etiskt förpliktad att kontinuerligt utveckla sin kunskap om yrkeskunskap. (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Stridsberg & Billing 1999, 44-46; Salanterä & Hovi 2000, 13). Enligt Thorsteinsson (2002, 35) är förtroendet för sjukskötarens kliniska kompetens av stor betydelse för hur vården upplevs av patienten. Ökad förståelse för patienter som lever med kronisk smärta hjälper sjukskötare att ha ett öppnare förhållningssätt och upptäcka hur patienters livssituation ter sig för dem (Lee m.fl. 2008, 187). Vi kan aldrig nå fullständig förståelse för en patients smärtupplevelse men ibland är sjukskötarens allra viktigaste uppgift att stöda genom att lyssna.

”Dessutom kan man ibland vara så styv och stel att man bara skulle ha lust att stöna. Även om det inte direkt hjälper, så kan det hjälpa på samma sätt som det hjälper när man får säga ett bekymmer högt, dvs. lätta sitt hjärta”.

Sjukskötarens ska också alternativt respektera att patienten inte nödvändigtvis vill berätta om sin upplevelse. Som sjukskötare är man ansvarig för att ta reda på vad patienten önskar av sin smärtbehandling. Varje patient ska beredas möjlighet att själv beskriva sin smärtupplevelse och sin egen strategi för att klara den. Detta bestyrks även av lagen om patientens ställning och rättigheter (Statens författningsdata – Finlex 2004, 2 kap. 4a §) som säger att vård och behandling ska ges i samförstånd med patienten.

”Det är så att ibland när man försökt allt möjligt för att må bättre och ingenting verkar hjälpa så tycker man att nej, nu vill jag göra något som jag själv tycker om..när det ändå gör ont så kan jag väl få välja själv för vad jag värker”.

Sjukskötarens förverkligar detta genom att förmedla meningsfull kunskap. Om man som sjukskötare lyckas med att klargöra patientens behov och önskemål, är utgångspunkten

god för att skapa en vårdprocess som uppfyller dessa. Patienter som lever med kronisk smärta kan vara bäst på att lära ut hur sjukskötarens vård borde se ut. Undersökningen, som resulterade i ovanstående slutsatser, hävdar även att kvaliteten på vården kan förbättras om sjukskötare i ett tidigt skede beaktar smärta som ett komplext fenomen i patientens upplevelsevärld. En utmaning för sjukskötaren blir att bibehålla ett öppet, ödmjukt förhållningssätt gentemot patienternas personliga upplevelse. (Carson & Mitchell 1998, 1247).

Att lära sig leva med långvarig smärta medför en omfattande personlig livsomställning som kan ta flera år (se kap. 2.3.2) och omställningen bör därför ses som en del av rehabiliteringen. Den smärtdrabbade är ofta utlämnad till sig själv för att återskapa trygghet i livet och få kontroll över smärtan. Insatser i samband med medicinsk utredning, behandling och rehabilitering har stor betydelse för hur livsomställningen kan fortskrida. Att utgå från livsomställningsmodeller kan vara till hjälp i vårdarbetet och därför är det viktigt att professionella, däribland sjukskötaren som innehar en av nyckelpositionerna, har kunskap om dem. (Gullacksen 2007, 38).

Patienten har lagstadgad rätt till gott bemötande med respekt för människovärde, övertygelse och integritet. I mån av möjlighet ska patientens modersmål, individuella behov och kultur ska i mån av möjlighet beaktas i bemötandet. (Statens författningsdata - Finlex 1992, 2 kap. 3 §). Dessa utgör även etiska riktlinjer (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996) och därigenom ytterligare ett av sjukskötarens intressebevakningsområden.

3.3 Handledning och undervisning

En väsentlig del av omvårdnaden är handledning och undervisning som ska göra det möjligt för patienten att fungera som expert på sin egen smärta. Omvårdnadsresultatet kan anses vara lyckat om patienten maximalt kan utnyttja sjukskötaren som resurs. (Salanterä & Hovi 2000, 14). Patienter som av sjukskötaren fått individuell undervisning om kronisk smärta är även nöjda med omvårdnaden. (Thorsteinsson 2002, 35-36). Patientens rätt till information är även tryggad i den finländska lagstiftningen (Statens författningsdata – Finlex 2004, 2 kap. 5 §).

Informationen som ges ska vara ändamålsenlig, uppdaterad och icke motstridig samt riktad till såväl patienten som de anhöriga (Salanterä m.fl. 2006, 91, 93). Även detta återfinns i de etiska riktlinjerna för sjukskötare, som säger att sjukskötaren ska samarbeta med patientens

anhöriga och andra närstående och uppmuntra dem att delta i vården (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996).

”Information till anhöriga, anhörigkurser vore bra. Tyvärr är det ju ofta så att man tror mera på främmande. Där kunde anhöriga få ställa frågor både muntligt och skriftligt, och om anhöriga fick höra av någon annan hur det kan kännas, så kanske dom skulle ha lättare att förstå. Det behöver inte alltid vara på rehabcenter, det kan lika gärna vara några kvällskurser eller korta stunder för oftast kan man inte ta in så mycket på en gång. Så kan man fundera till följande gång och komma underfund med vad man skulle vilja veta mera om”.

Salanterä m.fl. (2006, 91, 93) understryker även att handledning av en patient med kronisk smärta inte enbart får bestå av att ge råd, utan även att lyssna samt bedöma patientens individuella behov och uppfylla dem.

”Att lyssna uppriktigt och ärligt, ställer du en fråga så kom ihåg att lyssna aktivt på svaret och följ upp det. Just uppföljning är viktigt, då har man som patient känslan av att man inte är ensam, övergiven och utlämnad, att känna att det finns någon att stöda sig på och vända sig till”.

Eftersom många patienter går i tron vårdpersonalen är medvetna om hur sjuka de är, beskriver de endast en bråkdel av sin situation och smärtupplevelse och som sjukskötare borde man därför ibland uppmäna patienterna att berätta mera. En av sjukskötarens allra viktigaste uppgifter när det gäller vården av kronisk smärta är enligt Salanterä m.fl. att gestalta patientens helhetssituation inklusive samtliga inverkanse faktorer. Om detta görs bristfälligt eller om växelverkan mellan sjukskötare och patient inte fungerar blir handledningen inte lyckad. Patienten kan ha orealistiska uppfattningar om och förväntningar på smärtvården så informationen som sjukskötaren ger ska vara saklig, relevant och inom ramarna för varje enskild patients vård. Patienten behöver information om smärtan och dess inverkan på människan; hur den inverkar på känslor (sorg, hat, rädsla), funktionsförmågan (motion och dess betydelse) och ekonomiska faktorer (sjukledighet, ekonomiska stödformer). Dessutom behöver patienten informeras om sina egna rättigheter och möjligheter att påverka sin egen situation och vård, samt slutligen handledning och uppmuntran gällande olika egenvårdsmetoder och fysisk aktivitet för att upprätthålla rörelseförmågan.

Ur undersökningar om patienter med kronisk smärta har det framgått att de patienter som bedömer att de klarar av att hantera sin smärta och fungera i vardagen har en positivare sinnesstämning och färre depressionssymptom än de som har svag tilltro till den egna förmågan. Som sjukskötare kan man stöda patienten och tilltron till den egna förmågan t.ex. genom att observera och bekräfta patientens försök till självhjälp, speciellt lyckade erfarenheter. Att ge tips om och uppmuntra att delta i stödgrupper är ett annat konkret sätt att stöda patienten eftersom stödgrupper kan ha samma bekräftande och hoppingivande

effekt. Sjukskötarens samarbete med t.ex. frivillig-, handikapp- och patientorganisationer ingår dessutom i de etiska riktlinjerna (Finlands sjukskötarförbund r.f 1996). Som sjukskötare kan man även bekräfta patientens uppfattningar och förväntningar genom att uppmuntra till olika saker då patientens egen tilltro inte är tillräcklig.

”När smärtan är kronisk och man tänker att allt är det gamla vanliga och går inte att göra något åt, så kunde vårdpersonalen visa sympati. Man ska inte vara alltför hurtfrisk och försöka smitta patienten med det men man kan uppmuntra på ett lugnt och behagligt sätt”.

Med andra ord kan vägledning, uppmuntran och lockande få patienten att ta ett steg utanför de egna gränserna och överträffa sig själv. Rollen som professionell är en fördel i den här typen av stödjande arbete i och med yrkeskunskapen och att patientens bästa då alltid är i åtanke. (Hägg 2003, 32-33; Salanterä m.fl. 2006, 156; Elomaa & Estlander 2009, 109-111).

3.4 Brister i dagens smärtvård

Då smärtan blir långvarig kan patienten uppleva att den kontrollerar hela livet. När patienten trots upprepade vårdförsök inte får någon botande hjälp uppträder känslan av hjälplöshet och att vara en villrådig försökskanin i hälsovårdssystemet utan något som helst inflytande över det egna livet. Känslorna hos smärtpatienten kan ibland leda till ett konstruktivt försök till att klara sig själv men de kan även förvärra smärtupplevelsen och försvåra människo- och vårdrelationer (Granström 2004 ref. Greenwood m.fl. 2003). Då borde man stanna upp och tillsammans med experter fundera över i vilken grad och hur man själv kunde förbättra den fysiska och psykiska hälsan trots smärtan - hur man igen kunde ta tag i det egna livet. (Föreningen för Smärtforskning i Finland rf 2010).

Exempel på iatrogena faktorer, dvs. problem orsakade av sjukvården, är resursbrist, avsaknad av kontinuitet i vården samt samarbetsproblem mellan olika nivåer i hälso- och sjukvårdsorganisationen vilka förlänger vårdtiden och i värsta fall medverkar till att smärtan blir kronisk. Också sjukskötare kan tyvärr, t.ex. genom motstridig information, otydlig handledning eller okunskap, utgöra en dylik riskfaktor. (Elomaa & Estlander 2009, 112). Ur en undersökning av Vaartio m.fl. (2008b, 507) framkom t.ex. att 78 % av sjukskötarna inte kände till patientens rättigheter, och endast 30 % hade goda eller relativt goda kunskaper om innehållet i de etiska riktlinjerna.

Beklagliga felbedömningar i vården sker ofta och framförallt vid oklar smärtdiagnos. En patient med symptom som vetenskapen ännu inte klarar av att mäta drabbas lätt av

felbedömningar och känner sig missförstådd samt nedvärderad och sårad av känslan att smärtupplevelsen förringas av vårdpersonalen.

"Har man en konkret sjukdom är liksom även smärtan konkret och kan förklaras, smärtan är liksom godkänd".

Då kronisk smärta utreds försummas dessutom ofta beaktandet av hur den av smärtan orsakade psykosociala stressen inverkar på människans liv. (Vartiovaara 2005, 52-53). I dagens smärtvård finns tydligt problem vad gäller helhetsbedömning, dvs. att se till alla samverkande faktorer (Granström 2004, 208 ref. Cottrell m.fl. 2003).

Det är primärhälsovården som vårdar flest smärtpatienter men det mångprofessionella specialkunnandet är främst förlagt till specialsjukvården. Med dagens system utvecklas många av smärtpatienternas problem till kroniska innan man konsulterar specialsjukvården vars kapacitet därför blir allt mer ansträngd. Föreningen för Smärtforskning i Finland har kartlagt resurserna hos smärtpoliklinikerna vid de finländska central- och universitetssjukhusen och funnit dem otillräckliga. (Salanterä m.fl. 2006, 63-64, 158). Det finns med andra ord stora behov av ökade resurser och utveckling inom smärtvården. Hagelberg (2005, 33) som är smärtforskare och läkare vid Åbo Universitets centralsjukhus smärtpoliklinik, hävdar att den centrala frågeställningen vid vårdutvecklingen bör vara hur det kommer sig att smärtpatienter använder hälsotjänstsystemet i så mycket större utsträckning än den övriga befolkningen.

Den kroniska smärtpatienten kan länge söka efter en förklaring genom läkare, specialister, tester, undersökningar och vårdförsök utan att nödvändigtvis få en diagnos. Patienten kan i den situationen inte ens sörja över förlusten av hälsan på grund av all oklarhet och vacklande känslor av hopp, som kanske sätts till följande nya läkare eller vårdform varvid det s.k. doctor shopping - fenomenet uppstår (Vainio 2009a). Härutöver får patienten känslan av att inte tas på allvar. Att få en diagnos har därför ofta en klart underlättande verkan på situationen och patienten känner sig befriad från skuld-känslor då smärtan får ett namn. Det förändringsarbete som krävs vid kronisk sjukdom försvåras och stannar kanske till och med av om besvären inte får en förklaring (Gullacksen 2007, 28). Ett närliggande problem är smärtans osynlighet utåt trots att förändringarna i kroppen är synnerligen kännbara för patienten själv.

"Man kan ha så ont att man tycker att man borde kunna se värken utanpå benen, armarna...man kan få känslan att motparten inte tror på en, att det verkligen kunde ha gjort så ont, och det i sin tur gör också ont - att inte bli trodd".

Människan och den kroniska smärtan är ofta väldigt insnärjda i varandra genom hela livet; smärtan utgör ett starkt hot mot den egna identiteten och inkräktar på livets alla övriga områden. (Salanterä & Hovi 2000, 13; Thomas 2000, 691; Vartiovaara 2005, 53).

Enligt en undersökning av Kankkunen, Nousiainen och Kylmä (2009, 18) om resurser hos patienterna (n=103) vid smärtpoliklinikerna på fyra olika sjukhus, upplevde en fjärdedel att de inte hade tillräckliga metoder att hantera smärtan. Härtill framkom att män har svagare resurser än kvinnor vad gäller smärthantering. Undersökningen visade dock att patienterna besatt många inre och yttre kraftresurser som kunde stödas i vårdarbetet. De inre resurserna förstärktes särskilt om antalet individuella smärtlindringsmetoderna ökade, varför jag i detta examensarbete valt att ta upp några sådana (se kap. 3.6).

Utveckling av smärtvården borde styras av det hälsofrämjande synsättet. Det finns många orsaker som understryker vikten av att arbeta enligt Health Promoting Hospitals - konceptet. Största delen av patienterna i många sjukhus lider av en eller flera kroniska sjukdomar. Det vore värdefullt att särskilt i vården av kroniskt sjuka kontinuerligt implementera konceptets synsätt. Dessa patienter behöver förutom medicinska åtgärder och läkemedelsbehandling även stöd och hjälp att uppnå bästa möjliga hälsorelaterade livskvalitet och på så sätt tackla sjukdomen vilket oftast kräver någon form av livsstilsförändring, och det finns belegg för att patienter är mer mottagliga för information och handledning i situationer då de själva upplever ohälsa. Med andra ord finns det möjligheter att under sjukhusvistelsen få patienten att inse vikten av en beteendeförändring. Forskning visar dock att dessa möjligheter inte utnyttjas konsekvent och metodiskt i dag. (Linton 2005, 193; Världshälsoorganisationen 2007, 10). Dessa slutsatser är relevanta i och med att det i målbeskrivningen av projektet T.A.G. i livet ingår att även under anstaltsvård stöda patienter till självständighet och funktionsförmåga.

3.5 Konventionella vårdmetoder

Den traditionella vården av patienter med kronisk smärta består av en kombination av olika behandlingsmetoder. Läkemedelsbehandling, fysioterapi och transkutan elektrisk nervstimulering är allmänna traditionella vårdmetoder. (Magnusson & Mannheimer 2008, 21-25). Läkemedelsbehandling är ett viktigt inslag i smärtvården men representerar endast ett delområde i smärtvården (Salanterä m.fl. 2006, 98).

Det är viktigt att notera att en patient med långvarig smärta sällan blir hjälpt av enbart

medicinska lösningar. Patientens egen aktivitet vad gäller t.ex. självhjälp är avgörande. Framsteg i rehabiliteringen sker ofta långsamt genom olika vårdmetoder. Det kräver i sin tur ett fortlöpande, tätt samarbete mellan patienten och olika experter. (Föreningen för Smärtforskning i Finland r.f. 2010).

3.6 Interventionella vårdmetoder

Icke farmakologiska åtgärder för smärtlindring har få biverkningar, aktiverar och rehabiliterar patienten samt är lätta för både patienten och anhöriga att använda. Enligt Stridsberg och Billing (1999, 45) samt Baumann (2009, 81) är det här troligen ett område där sjukskötaren kan utveckla en mycket aktivare roll. Egenvård av kronisk smärta har tidigare givits endast liten uppmärksamhet (Salanterä m.fl. 2006, 98). Även Salanterä och Hovi (2000, 14) påpekar att en skicklig sjukskötare känner till kognitiva, behaviorala och fysikaliska vårdmetoder förutom de medicinska, samt kan utnyttja och erbjuda dem enligt patienternas individuella behov. Jag presenterar därför här några sådana interventionella vårdmetoder som i högre grad kunde tillämpas i vårdarbetet. Metoder som fokuserar på smärta men även på depression, och som sjukskötaren kan ha en roll i, valdes ut. Härtill kan de betraktas som användbara lösningar ur hållbarhetssyn. Samtliga är lämpliga även för den reumatiska patientgrupp som sjukskötarna på Pemar sjukhus avdelning 018 möter i sitt arbete.

3.6.1 Laserterapi

Trots över 3000 publicerade medicinska undersökningar om laserterapi från 80 olika länder är medicinsk laser en relativt oanvänd behandlingsmetod. Som sjukskötare kan det vara bra att känna till denna relativt nya behandlingsmetod för att kunna informera patienten om laserbehandling som en möjlighet. Olika typer av laser har visat sig ha medicinska effekter genom biostimulering, dvs. förändringar i ämnesomsättning och immunologisk påverkan. Smärtlindringen har antagits grunda sig på liknande mekanismer som i akupunktur och elchock. Enligt en översikt av Cochrane har laservård effekt på bl.a. reumatpatienter, åtminstone har kortvarig smärtlindring, minskad morgonstelhet, ökad mobilitet och minskad svullnad kunnat bevisas. Chansen för att reumatisk smärta lindras är enligt Lars Hode, fysiker och laserspecialist, omkring 50 %. Kroniska smärttillstånd reagerar ofta med en initial smärtökning som kan vara i några dagar, vilket är ett positivt tecken eftersom det indikerar att en läkningsprocess börjat. Det är viktigt att värkreaktionen förklaras för patienten så att denne inte avbryter behandlingen. Man märker

vanligen en effekt inom fem behandlingstillfällen men kroniska tillstånd kräver i regel upprepade behandlingar. En fördel med laserterapi är att den är helt riskfri och saknar biverkningar. (Hode 2008, 2, 4-6; Pohjolainen 2009, 241).

3.6.2 Motion

Jag vill lyfta fram motion i detta sammanhang eftersom patienter med kronisk smärta ofta automatiskt minskar sin fysiska aktivitet och det därför är särskilt angeläget att i kontakten med speciellt dessa patienter informera om dess betydelse. Eftersom motion visat sig kunna öka både prestationsförmågan och muskelstyrkan hos patienter med långvarig smärta är det nödvändigt att stöda patienten till fysisk aktivitet. Forskning har visat att smärtlindring är en direkt effekt av motionen bl.a. för att smärtrösklarna höjs. I en studie förbättrades hälften av fibromyalgipatienterna efter ett år av strukturerad fysisk aktivitet så att de inte längre uppfyllde diagnoskriterierna. Motion har dessutom positiva effekter på de psykiska symptomen jag tidigare redogjort för, däribland depression. Som sjukskötare är det med andra ord viktigt att i handledningen alltid ta upp motion som behandlingsform och motivera genom att berätta om de evidensbaserade effekterna. Individuella träningsprogram kan sedan göras upp även genom att utnyttja specialister såsom fysioterapeuter. Ett viktigt komplement till den fysiska aktiviteten är avslappningstekniker som även de lindrar de psykiska symptomen. (Salanterä m.fl. 2006, 154, 159, 162, 180; Magnusson & Mannheimer 2008, 21-22).

3.6.3 Kost

Bristande kunskaper om hälsosam kost, oregelbundna måltider samt hög konsumtion av nikotin och koffein är vanligt bland smärtpatienter. Sjukskötaren borde därför medvetet ta upp kostvanor vid undervisning av smärtpatienten eftersom det finns ett samband mellan smärta och nutrition. Dessutom kan brister i dieten hos smärtpatienter medverka till bl.a. depression. Mellan kost, motion och sömn finns dessutom ett inbördes samband, och de kan även ha en negativ påverkan sinsemellan vilket bidrar till symptom på depression. (Kubicek 2008, 28-31; Bell 2009, 18-19).

Kost har potential att inverka på fysiologiska mekanismer i samma utsträckning som mediciner har. Ett exempel är att ett ökat intyg av omega 3 fettsyror kan ha anti-inflammatorisk effekt, minska morgonstelhet och minska användningen av analgetika hos

bl.a. reumatiska patienter. Forskning har även visat att sojabönor och grönt te kan fungera som vårdmetod för smärta. (Kubicek 2008, 28-31; Bell 2009, 18-19; Weiss 2010, 118).

3.6.4 Massage

Massage har en lång tradition bakom sig, finns i en mängd olika former och kan ge goda vårdresultat hos smärtpatienter varför man som sjukskötare kan rekommendera den som vårdmetod (Pohjolainen 2009, 239; Weiss 2010, 118). Massage kan även lindra depression. En undersökning av Walach, Gütthlin och König (2003, 837) visade att massage kan ha minst lika stor effekt som traditionella medicinska vårdmetoder hos patienter med kronisk smärta vilket talar för massage som en interventionell vårdmetod.

3.6.5 Musik

Musik har visat sig ha en lindrande effekt på både smärta, depression och funktionsförmåga. En undersökning av Siedliecki och Good (2006, 553) har tagit fram detta samband och visat att musik kan ha god effekt. Musik är dessutom tryggt, ekonomiskt fördelaktigt samt enkelt att tillämpa som vårdmetod, t.ex. i samband med motion och avslappning. Undersökningen talar för att sjukskötare kunde undervisa smärtpatienter med depression eller risk för depression i att använda musik för att höja välmåendet och förmedla positiva känslor av energi och ork.

4 Tillämpad del

I examensarbetets tillämpade del nedan beskrivs litteraturstudieprocessen, resultatframställningen samt den produkt som examensarbetet resulterat i.

4.1 Metod

Med utgångspunkt i ämnesområdet kronisk smärta och depression inledde jag denna arbetsprocess med att definiera begrepp som jag omarbetade till MeSH - sökord, exempelvis pain, chronic pain, depression, quality of life, nursing, nurses skills och patient needs. Sökorden översatte jag till svenska, finska och engelska. Sökorden kopplades sedan samman till olika systematiska kombinationer, exempelvis chronic pain och depression samt chronic pain och nursing. I strävan efter hög tillförlitlighet hos källorna valde jag att använda de rekommenderade databaserna Cinahl, Ebsco och Medic för min sökning. Jag

begränsade sökningen efter datum, relevans och kvalitet samt beaktade i vilken tidsskrift artikeln publicerats (Elomaa & Mikkola 2006, 19, 31). Kriterier för data var att den skulle vara publicerad så nyligen som möjligt och åtminstone inom de tio senaste åren, samt ha innehållsmässig relevans med tanke på mitt ämnesval. Avgränsningar gjordes bl.a. genom att utesluta källor med innehåll som inte berörde varken sjukskötaren eller patienten, bl.a. källor som behandlade smärta och depression ur enbart t.ex. medicinskt eller psykologiskt perspektiv. Dessutom var ett kriterium att källorna skulle vara primära och oberoende, dvs. inte referat av annan källa. Beträffande artiklarna skulle de vara publicerade i vetenskapliga – främst vårdvetenskapliga och medicinska - tidsskrifter. På basen av Yrkeshögskolan Novias rekommendation (Nyman & Fagerudd 2009, 11) att undvika material som enbart finns i elektronisk form uteslöts dylika källor.

Genom den ovan beskrivna litteratursökningen växte en teoretisk bakgrund som står som grund för detta examensarbete fram. Med hjälp av innehållsanalys bearbetades därefter all data. Innehållsanalys är per definition en grundläggande vetenskaplig forskningsmetod som är brukbar i kvalitativ forskning. Det är en metod med vilken man strävar efter att systematiskt och objektivt analysera dokument samt finna innehållets betydelse genom logiska slutledningar, samt med hjälp av ord skapa en tydlig beskrivning av dem utan att förlora den viktiga informationen i innehållet. Målet är att därefter kunna dra tydliga och tillförlitliga slutsatser. Dokument betyder t.ex. böcker, artiklar, brev, intervjuer, tal, diskussion, rapporter, i princip all typ av material som satts i skriftlig form. Som metod lämpar sig innehållsanalys väl även för analys av helt ostrukturerat material. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93, 103, 108).

Jag valde att genomföra innehållsanalys enligt induktiva principer vilket betyder att analysen utgår från materialet och inte från en redan färdig teori eller begreppskarta, som kallas deduktiv innehållsanalys (Jacobsen 2009, 139). Den induktiva processen kan indelas i tre faser där datan först åtskiljs i små delar och begrepp (reducering), varefter man genom att ordna det som verkar höra ihop (gruppering) på ett nytt sätt sammanställer materialet på till en logisk helhet (abstrahering eller kategorisering). Först studerade jag således noggrant litteraturöversikten och försökte urskilja vilka meningsbärande enheter som steg fram ur min text. Enhet kan innebära ett ord, en kombination av ord, en mening, en fras, ett begrepp eller en helhet av tankar och idéer. Rent konkret försökte jag alltså identifiera och plocka ut enheter som tycktes bilda logiska teman eller grupper (se figur 1 för exempel). Dessa ordnades sedan ytterligare i tre övergripande kategorier som gavs lämpliga, beskrivande samlingsnamn - identifiering, förebyggande, information. Dessa redogörs

under resultat (kap. 4.2) och tillsammans svarar dessa kategorier inklusive innehåll på mina frågeställningar. (se Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 93, 103, 108-113).

I alla faser av analysen bör man som forskare sträva efter att förstå forskningsobjekten ur deras egen synvinkel (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Jag har under hela processen och speciellt vid dragning av slutsatser därför försökt analysera vad resultaten kan innebära för målgruppen, sjukskötare och patienter. I min arbetsprocess var fördelen med innehållsanalys att det är en metod med syfte att skapa en meningsfull, komprimerad men tydlig och enhetlig helhetsbild av all information, även spridd sådan, och på så sätt öka informationsvärdet. Detta är nämligen förenligt med mitt syfte att genom examensarbetet bidra sjukskötare med ökad kunskap. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103, 113)

Enheter		Grupper		Kategorier
aggressivitet katastroftankar rörelsefobi	→	psykologiska fenomen	→	identifiera
nedstämdhet orkeslöshet isolering	→	nedsatt livskvalitet	→	förebygga
identitetsförändring hotad självkänsla negativ framtidssyn	→	smärtans inverkan på psyket	→	informera

Figur 1. Exempel ur innehållsanalysen.

4.2 Resultat

En patient som är drabbad av kronisk smärta tillhör automatiskt riskgruppen för depression. Ur litteraturöversikten framgick att sambandet mellan kronisk smärta och depression är evident och förekommande samt komplext och framförallt tungt vägande, och bör därför genomgående tas i beaktande i vårdarbetet. (Bair m.fl. 2003, 2435; Linton 2005, 77-78, 80). Symptom på depression kan både förebyggas och lindras genom effektiv, rehabiliterande vård som berör hela människan (Hägg 2003, 32-33; Salanterä m.fl. 2006, 90-91). Sjukskötarens arbete med smärtpatienter ska därför omfatta både förebyggande, reparativ, rehabiliterande och palliativ vård och det ska genomsyras av ett hälsoorienterat synsätt (Världshälsoorganisationen 2007, 10). Patientundervisning och handledning är

ytterst centralt i vårdarbetet (Thorsteinsson 2002, 35-36; Salanterä m.fl. 2006, 180; Elomaa & Estlander 2009, 109-111).

Som svar på mina frågeställningar har jag funnit att identifiering, förebyggande och information tillsammans utgör de huvudsakliga förutsättningarna för att framgångsrikt stöda smärtpatienten till anpassning samt förebygga respektive identifiera depression. Vad som ska identifieras, förebyggas, och informeras om är i resultatredovisningen nedan märkt med mörk font för att en tydlig helhet lättare ska kunna gestaltas.

4.2.1 Identifiering

Sjukskötaren bör identifiera en mängd olika faktorer hos patienten för att depression ska kunna förebyggas och patienten ska kunna anpassa sig till ett liv där kronisk smärta ingår.

I strävan efter snabb diagnostik bör sjukskötaren kunna identifiera störningar i den mentala hälsan, däribland **symptomen på depression** enligt klassifikationssystemet DSM-IV (se kap. 2.4). Symptomidentifiering borde förverkligas bl.a. med hjälp av relevanta mätinstrument som i tillräcklig grad tar även den psykiska dimensionen i beaktande. Kontinuerlig, automatisk screening efter symptom på depression ska ingå i vårdarbetet för att i ett tidigt skede kunna identifiera dessa patienter. Symptomen borde inte få fortgå så länge att kriterierna för depression uppfylls utan i tid förebyggas på bred basis. (Linton 2005, 216; Salanterä m.fl. 2006, 89-91). Vidare bör även en korrekt **vård diagnos** fastslås, dvs. man behöver göra en klinisk helhetsbedömning av patienten och dess respons på ett verkligt eller potentiellt hälsoproblem (Nursing Diagnosis 2010).

Psykosociala faktorer såsom den sociala kontexten och patientens möjliga **yttre resurser**; yrke, vårdomgivning, nära relationer, anhöriga inklusive deras roll och behov i sammanhanget m.m., borde få en särskild uppmärksamhet av sjukskötaren med tanke på dessas ansevliga inverkan på patienten och sjukdomen (Linton 2005, 217; Vartiovaara 2005, 52-53). Likaså bör sjukskötaren kontinuerligt identifiera och stärka patientens **inre resurser** såsom personliga förutsättningar och egenskaper; t.ex. optimism, hoppfullhet, aktivitet, kunskapsintresse och engagemang (Hägg 2003, 32-33; Salanterä m.fl. 2006, 93; Elomaa & Estlander 2009, 110, 112). Resursförstärkande verksamhet – att stärka såväl yttre som inre resurser - kan i praktiken betyda att man som sjukskötare exempelvis kan berömma patienten och uppmana denne att i sin tur upptäcka samt utnyttja de egna hälsofrämjande resurserna. Helhetsbedömning innebär med andra ord att identifiera olika samverkande faktorer eftersom smärtan alltid är ett slutresultat av dessa.

För att kunna möta patienten i den situation hon befinner sig i och kunna erbjuda rätt patient rätt vårdinsatser vid rätt tidpunkt, måste sjukskötaren kunna urskilja de olika **faserna och särdragen i sjukdomsförloppet och livsomställningen** (Vartiovaara 2005, 54; Gullacksen 2007, 25, 33). Sjukskötaren behöver kunna identifiera **psykologiska fenomen**, dvs. smärtbeteenden, känsloupplevelser och kognitioner - uppfattningar, tankemönster, övertygelser - som är förknippade med kronisk smärta (se kap. 2.3.4), speciellt i sjukdomens begynnelsekedje, för att kunna förbereda patienten på dem samt förklara och diskutera dem, i syftet att göra dem mer begripliga. Redan att medvetandegöra patienten om sådant som inte gynnar hälsan och välbefinnandet är ett steg i rätt riktning. Det är viktigt att patientens kunskapsluckor och missuppfattningar kontinuerligt identifieras. (Elomaa & Estlander 2009, 109-111).

Till identifiering hör även att som patientens ställföreträdare värna om patientens lagstadgade **rättigheter** och då framför allt identifiera **eventuella brister** i förverkligandet av dem (Salanterä m.fl. 2006, 91, 93; Vaartio m.fl. 2008b, 507). Att ta reda på patientens **behov och önskemål**, samt beakta dem i vården är även en av sjukskötarens uppgifter (Carson & Mitchell 1998, 1247). Sjukskötaren ska vidare identifiera **brister i den egna yrkeskunskapen** som professionell sjukskötare med ansvar för den egna expertisen och fortbildningen (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Salanterä m.fl. 2006, 69). Slutligen bör sjukskötaren vidare försöka upptäcka och larma om eventuella **problem på samhällelig och organisatorisk nivå**, t.ex. resursbrist och avsaknad av kontinuitet i vården (Världshälsoorganisationen 2007, 11; Elomaa & Estlander 2009, 112).

4.2.2 Förebyggande

Att stöda till anpassning vid kronisk smärta samt att förebygga depression borde vid sidan av identifiering förverkligas genom förebyggande på många plan (Vainio 2003, 99). Premiär prevention sker på en nivå då ingen diagnos ännu fastställts, dvs. åtgärder för att förhindra att sjukdom överhuvudtaget uppträder medan sekundär prevention innebär att symptom kan identifieras men inte i tillräcklig grad för att uppfylla en diagnos. Åtgärder på denna nivå är bl.a. tidig identifiering och behandling av symptom innan de utvecklas till långvariga problem. Att genom rehabilitering förebygga en försämring av prognosen och hos en patient med redan fastslagen diagnos, dvs. konstaterad kronisk smärta och depression, kallas prevention på tertiär nivå. (Kauhanen, Myllykangas, Salonen, Nissinen 1998, 255-257).

Förebyggande innebär att sjukskötaren bör motarbeta **ohälsa, försämrad funktionsförmåga och nedsatt livskvalitet** hos patienten, i ytterligare högre grad om **depressiva symptom** såsom nedstämdhet, minskat allmänintresse, orkeslöshet, försvagat initiativtagande, isolering, distansering och andra symptom som är förknippade med framförallt depression uppträder samtidigt som kronisk smärta. Även att förebygga **prognosförsämring**, bl.a. genom att uppmärksamma växelverkan mellan kronisk smärta och depression, hör till viktigt tertiärt förebyggande.

Förebyggande av ohälsa, nedsatt livskvalitet och depression borde förverkligas genom att visa förståelse och engagemang. Sjukskötaren kan i stor grad stöda patienten till anpassning genom sitt eget förhållningssätt, som ska kännetecknas av öppenhet, respekt, ödmjukhet och bekräftande. Såväl lyssnande som diskussion är viktiga komponenter i vårdrelationen. (Carson & Mitchell 1998, 1247; Salanterä m.fl. 2006, 180; Elomaa & Estlander 2009, 111). Det egna förhållningssättet är ett viktigt verktyg även när det gäller för sjukskötaren att förebygga **emotionella tillstånd som hämmar känslan av upplevd hälsa**. Vid sidan av symptomen på depression är exempel på sådana känslor ensamhet, hjälplöshet, distansering samt känslan av att vara utlämnad och inte bli tagen på allvar. Att förebygga **förlust av framtidshoppet** är särskilt betydelsefullt i den förebyggande verksamheten och för helhetssituationen (Granström 2009a, 114). **Sociala faktorer** **negativa inverkan** på patientens välmående kan förebyggas av sjukskötaren bl.a. genom tillräckligt anhörigstöd. Sjukskötare bör också förebygga **misstro till den egna förmågan**, t.ex. genom att observera och bekräfta patientens försök till självhjälp och lyckade erfarenheter. Sjukskötaren kan bekräfta uppfattningar och förväntningar genom att uppmuntra och locka till olika saker då patientens egen tilltro och ork inte är tillräcklig. Under processen byggs samtidigt på detta sätt en **god vårdrelation** mellan sjukskötare och patient upp, vilket i sig stöder patienten och förebygger ohälsa. (Hägg 2003, 32-33; Salanterä m.fl. 2006, 93; Elomaa & Estlander 2009, 109-112).

Sjukskötaren ska vidare bidra till förebyggande insatser genom att bistå med den kunskap och det stöd som behövs för att uppnå goda resultat i förändringsarbetet och ominläringen (Linton 2005, 193). Sjukskötaren borde stöda patienten genom att förebygga **negativ kroppsuppfattning, ständig ofördelaktig medvetenhet om kroppen samt rörelsefobi** (Thomas 2000, 690, 692; Granström 2004, 207). Genom att erbjuda information om och hjälp vid utarbetandet av individuella vårdmetoder samt livsvanor, något som kräver planering, begränsningar och prioritering, kan **ogynnsamma strategier** undvikas. Information om interventionella vårdmetoder förebygger en **alltför ensidig vård**

(Baumann 2009, 77; Stridsberg och Billing 1999, 45) (se kap. 3.6). Sjukskötaren hjälper på dessa sätt patienten att återvinna kontroll över livet (Gullacksen 2007, 32-33).

Genom noggrannhet samt uppmärksammande av människans alla dimensioner kan sjukskötaren förebygga **vårdfel och felbedömningar** i vården samt missförstånd från personalens sida (Sarvimäki m.fl. 2003, 8; Granström 2004, 208 ref. Cottrell m.fl. 2003). Gott samarbete med övrig vårdpersonal är därför en given utgångspunkt samt etisk princip. Att i tid konsultera och vid behov koppla in specialistsjukvården är ett annat sätt att förebygga såväl **patientlidande** som **ansträngda resurser**. Även **samarbetsproblem och avsaknad av kontinuitet i vården** ska förebyggas av sjukskötaren, t.ex. genom att denne antar rollen som patientens ställföreträdare samt aktiv hälsopolitisk aktör, vilket konkret innebär t.ex. deltagande i diskussioner och samhälleliga beslut som gäller människans hälsa, livskvalitet och välbefinnande. (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Elomaa & Estlander 2009, 112).

4.2.3 Information

Vid stödandet till anpassning vid kronisk smärta och förebyggande av depression är information en av grundvalarna. Information likställs här med synonyma begrepp så som undervisning, handledning, rådgivning och vägledning. Endast omfattande information under hela vårdprocessen kan garantera effektiv, optimal vård. Patientens rätt till information är även en etisk princip (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996).

Sjukskötaren bör som informatör förmedla meningsfull, bred kunskap om **smärtans möjliga bakgrundsfaktorer, fysiologi, komplexitet och mångdimensionalitet**. Viktigt är också att i det här sammanhanget ge information om **risken för depression**. Information om framförallt den **kroniska smärtans inverkan på människan och psyket** får inte förbises. Sjukskötaren ska utgående från sin kunskap om processen hur smärtan blir kronisk och den livsomställning den medför, informera patienten om **hur denne kan ta del i vården och hjälpa sig själv**. Det här betyder t.ex. att sjukskötaren måste hjälpa patienten att varsebli processens olika faser, **psykosociala faktorer** som inverkar på den och förbereda patienten på motgångar. Hit hör bl.a. att upplysa patienten om att identiteten och självkänslan står inför ett hot och att livet utanför smärtan, däribland människorelationer och framtidsaspekterna, ohjälpligt påverkas. Endast om patienten görs uppmärksam på **smärtans inverkan på psyket under de olika faserna av livsomställningen** har denne förutsättningar att aktivt bearbeta detta. På så sätt stöds patienter med risk för depression

att själva känna igen symptomen och uppmanas till att i tid rapportera om dem. (Salanterä & Hovi 2000, 14; Thorsteinsson 2002, 35-36; Salanterä m.fl. 2006, 91, 93).

Patienten behöver få information om sina egna **rättigheter och möjligheter** att påverka sin situation och vård (Salanterä m.fl. 2006, 91, 93). Sjukskötaren ska även i det här sammanhanget fungera som patientens advokat och ge patienten möjlighet att själv fatta beslut vilket dessutom är en etisk princip (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Vaartio 2008a, 357-358). Samtidigt kontrollerar man att patientens förväntningar på smärtvården är realistiska (Salanterä m.fl. 2006, 91, 93). De av sjukskötaren identifierade kunskapsluckorna och missuppfattningarna kan korrigeras genom att ge information (Salanterä m.fl. 2006, 93; Elomaa & Estlander 2009, 110, 112).

Sjukskötaren bör handleda smärtpatienten till en **hälsofrämjande livsstil** genom att uppmärksamma patienten på sitt hälsobeteende och erbjuda en möjlighet för patienten att varsebli och påverka den egna livssituationen (Whitehead 2005, 20, 24). Sjukskötaren ska på ett konstruktivt sätt kunna vägleda till **förändring i hälsobeteende** och **förändring i tankemönster** enligt patientens individuella behov. Välgrundade förklaringar och motiveringar underlättar det mödosamma förändringsarbetet betydligt för patienten. (Linton 2005, 193; Gullacksen 2007, 32-33).

Med tanke på målet i projektet T.A.G. i livet – att stöda patienten till självständighet och funktionsförmåga - är en av sjukskötarens viktigaste uppgifter beträffande information, att lära ut **metoder för egenvård** (Salanterä & Hovi 2000, 14; Granström 2004, 211; Salanterä m.fl. 2006, 91, 93). Sjukskötaren står i nyckelposition i att upplysa om dylika och bör därför ansvara för att öka såväl **sin egen som andras kunskap** om dem, speciellt då det stigit fram att många undersökningar pekar på olika slag av brister i sjuksköternas kunskaper om och vård av smärta och depression (Stridsberg & Billing 1999, 44-46; Salanterä & Hovi 2000, 13). Självhjälp är ett ovärderligt och framförallt hållbart sätt för patienten att själv ta aktiv del i vården, men stöd av sjukskötaren i form av information är ett villkor för att lyckas. Vid sidan av självhjälp och egenvård är det dock minst lika viktigt att ge patienten rådet att vid behov be om extra stöd, t.ex. vända sig till sjukskötaren.

Sjukskötaren borde dessutom informera och medvetandegöra patienterna om **övriga, kompletterande vårdmetoder som är evidensbaserade men relativt oanvända** (se kap. 3.6) samt undervisa i hur dessa kan tillämpas. Att patienten får vetskap om och tar i bruk individuella smärtlindringsmetoder betyder att patientens resurser förstärks och såväl

smärtan som depressionen förebyggs. Information innebär också att uppmuntra och ge konkreta tips om var patienten kan söka **ytterligare stöd**, t.ex. patientföreningar, stödgrupper, rehabiliteringskurser, utbildande organisationer och övriga samhällsinstanser (Lee m.fl. 2008, 187).

Det är viktigt att information om patientens smärta och vårdbehov når även **kolleger** vilket bl.a. kan säkerställas genom systematisk dokumentation och god kommunikation (Salanterä m.fl. 2006, s 102, 177). I rollen som aktiv hälsopolitisk aktör innebär information att sjukskötarens uppgift också är att informera **organisationen och samhället**, exempelvis politiker, om angelägenheter som rör smärtvården. Sjukskötarens expertis ska stå alla till buds. (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Whitehead 2005, 20, 24; Salanterä m.fl. 2006, s 70-71, 177).

Det centrala förhållningssättet i vårdarbetet med smärtpatienter bör vara att smärta och depression till viss del ska hållas åtskilda, men förebyggas och behandlas jämsides och kontinuerligt.

4.3 Den praktiska tillämpningen av examensarbete

Den praktiska tillämpningen av examensarbetet förverkligas genom en produkt som förmedlar kunskap om mitt ämnesområde. Eftersom jag i syftet med mitt examensarbete riktar mig till sjukskötare är det lämpligt att även den tillämpade delen har sjukskötare som målgrupp. Den tillämpade delen utgörs av en artikel (se bilaga 1) som sänds till yrkestidskriften *Vård i Fokus* för eventuell publikation. På detta sätt vill jag nå ut till sjukskötare för att öka deras kunskap om hur de kan stöda patienter med kronisk smärta och depression eller risk för depression – hur de i sitt arbete förverkligar en effektiv rehabiliterande vård som beaktar hela människan. De flesta sjukskötare kommer dagligen i kontakt med patienter som lider av smärta (Stridsberg & Billing 1999, 44; Salanterä m.fl. 2006, 13, 178) varför artikeln kan antas angå de flesta som läser den.

Målet med artikeln är att bidra till fördjupandet av yrkesinnehållet och ökandet av sakkunskapen hos sjukskötarna, så att de även aktivt tillämpar den i sitt arbete ute i vårdverkligheten. Jag hoppas att artikeln kan ge upphov till en förändring i form av utveckling av vårdarbetet där brister finns, t.ex. vad gäller identifiering och stödande av smärtpatienter med depression eller risk för depression. På så sätt kunde förutsättningarna för patienter med kronisk smärta förbättras och deras hälsa och livskvalitet främjas.

Valet av artikel som metod för tillämpning av examensarbetet motiverar jag med bl.a. att informationen på så sätt når ut till ett relativt obegränsat antal sjukskötare. Eftersom tidsskriften *Vård i Fokus* distribueras till yrkeshögskolorna och universitet med vårdvetenskaplig utbildning, Nordiska Hälsovårdshögskolan samt de nordiska sjuksköterskeorganisationerna har jag genom artikeln förutsättningar att nå ut till ett stort antal läsare och yrkesutövare (Sjuksköterskeföreningen i Finland 2010b). Enligt en undersökning om registrerade sjukskötares läsarvanor och informationskanaler framgår dessutom att sjukskötare främst söker information via kanaler som *Terveysportti*, *Ohjepankki*, andra internetkällor samt yrkestidsskrifterna *Tehy* och *Sjukskötaren*, och sällan tar del av internationella vårdvetenskapliga publikationer (Lahtonen, Johansson, Fellow, Hupli 2010, 115). Min tanke är att artikeln kunde fylla just ett sådant kunskapsbehov i och med att den presenterar evidensbaserad information som till största delen baserar sig på vetenskapliga artiklar.

En tidsskrift som artikeln kunde publiceras i är förslagsvis *Vård i fokus* som utges av Sjuksköterskeföreningen i Finland och innehåller varierande artiklar om omvårdnad och omvårdnadsyrket. *Vård i fokus* når föreningens alla medlemmar dvs. sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor samt studerande inom vårdyrket, och bidrar till den professionella utvecklingen vilket sammanfaller med syfte i mitt examensarbete. (Sjuksköterskeföreningen i Finland 2010a).

Eftersom särskilt den reumatologiska avdelningen vid Pemar sjukhus meddelat ett behov av ökad kunskap om området, kommer artikeln att översättas till finska och distribueras till avdelningen för att kunskapen ska nå fram även till dem. Merparten av personalen vid avdelningen är finskspråkig varför en artikel på svenska inte skulle uppnå sitt syfte.

4.3.1 Artikeln och dess struktur

I artikeln presenteras systematiserad och strukturerad kunskap i enlighet med den teoretiska delen men i ytterligare komprimerad form, som ett resultat av innehållsanalysen. Det ska vara rätt form på rapporteringen och den ska följa de krav som ställs på en vetenskaplig publicering (Hanson 2006, 1-2). I artikeln har jag, i enlighet med anvisningar för hur man skriver vetenskapliga artiklar (Hanson 2006, 1-2) framförallt lyft fram resultatdelen i mitt examensarbete, dvs. svaren på frågeställningarna hur sjukskötaren kan stöda patienten till anpassning vid kronisk smärta samt hur sjukskötaren kan förebygga och identifiera depression hos patienter med kronisk smärta.

Tidsskriften *Vård i Fokus* utkommer i mars, juni, september och december, och om min artikel antas för publicering kunde den utkomma t.ex. i december 2010. Enligt *Vård i fokus* anvisningar ska artikeltexten vara cirka 2000 ord lång samt innehålla en sammanfattning på cirka 150 ord i form av abstrakt eller ingress med information om frågeställning, material, metoder, resultat samt slutsatser. För referenser tillämpas Vancouver-systemet med nummer inom parentes vilket är allmänt i vetenskapliga tidskrifter. Referensförteckningen i slutet av artikeln upptar sedan hänvisningarna i nummerordning. Jag kan lämna in min artikel enligt Harvardsystemet som tillämpas i examensarbetet och omarbetas i så fall av redaktionen. (Sjuksköterskeföreningen i Finland 2010b).

Ett önskemål från medlemmarna är att tidningen skulle innehålla mera kliniskt praktiska artiklar, varför en artikel baserad på mitt examensarbete kan motiveras i och med att den skulle fylla detta behov. (Sjuksköterskeföreningen i Finland 2010a).

4.3.2 Evaluering av den tillämpade delen

Eftersom jag inte möter de som läser min artikel kan jag inte genom dem evaluera artikeln. Jag får alltså inte veta om jag bidragit till ökad kunskap om patienter med kronisk smärta och depression eller risk för depression. Huruvida smärtpatienterna, som läsarna sedan möter, effektivare stöds till anpassning eller ej förblir obesvarat. Det är även svårt att evaluera om läsarna efter att ha läst artikeln även i praktiken utvecklas i sitt arbete och t.ex. bättre förmår identifiera smärtpatienter med risk för depression. Jag kommer därför att förverkliga utvärdering av artikeln genom det referee- eller bedömningssystem som nyligen tagits i bruk i *Vård i fokus*. Syftet med systemet är att öka kvaliteten speciellt på vetenskapliga artiklar. Kriterier som redaktionen ställt för artiklar som skall publiceras är bl.a. om artikeln är lämpad för tidsskriftens syfte och läsekrets, om skribenten beaktat etiska synpunkter, om artikeln tillför något nytt inom området, om artikeln är logiskt uppbyggd och språket läsarvänligt och om referenserna till använd litteratur är tillräckliga. *Vård i fokus* har ett refereeregister av experter från olika områden och artikeln skickas till två sakkunniga som bedömer artikeln utgående från kriterierna och utan att känna till skribentens identitet. Om refereen inte anser att artikeln kan publiceras får jag som skribent anvisningar om hur den kunde förbättras. Redaktionen avgör i sista hand om publicering eller refusering. Fördelarna med ett dylikt bedömningssystem är att en utomståendes syn på artikeln förbättrar innehållet och jag kan få värdefull kritik, korrigeringsförslag t.ex. om hur man komprimerar innehållet så att budskapet tydligare stiger fram. (se *Vård i fokus*

2010, 41). Dessutom får jag lära mig mycket om artikelskrivning.

Synpunkter gällande resultaten i mitt examensarbete fick jag ta del av före själva artikeln slutfördes genom att jag stod i kontakt med avdelningen. Eftersom resultaten utgör en central del av artikelinnehållet, sändes i september 2010 till avdelning 018 ett artikelutkast där enbart resultatdelen i mitt examensarbete fanns presenterad på finska, i syftet att erhålla konstruktiv kritik och kommentarer direkt från fältet. Avdelningens sjukskötare fick fritt och anonymt delta i denna utvärdering. Denna kontakt sköttes per e-post. Som bilaga till artikelutkastet eller den s.k. resultatpresentationen bifogade jag ett följebrev där jag presenterade mig själv och mitt examensarbete i korthet samt några stödfrågor i hopp om att dessa kunde bidra till att en intensivare diskussion skulle uppstå och på så sätt att feedbacken skulle bli så omfattande som möjligt. Dessa stödfrågor var: Vilka tankeställare gav informationen dig? Kommentera gärna graden av ny information beträffande mina resultat. Beskriv hur resultaten ökade din insikt om hur du effektivare kunde stöda smärtpatienter, bl.a. med tanke på depressionsrisken. Vilka är dina egna behov av utveckling i ditt vårdarbete vad gäller kronisk smärta och identifiering av depression. Vad skulle du vilja att tagits upp bland dessa resultat, var det något som förblev oklart? Synpunkter beträffande dessa frågor fungerade som personlig feedback.

Tyvärr deltog inte avdelningens samtliga sjukskötare i utvärdering av resultaten och stödfrågorna besvarades inte heller genomgående, vilket var min tanke och uppmaning. Endast två svar erhöles och utvärderingens tillförlitlighet kan därför ifrågasättas. Resultaten bedömdes av dessa sjukskötare som lyckade och med säkerhet komma till hjälp för sjukskötare i deras vårdarbete. Man ansåg att fördjupning i ämnet skett på ett brett plan och skapat en enhetlig helhet. Resultaten sammanställer på ett allmänt plan väl ihop sambanden mellan kronisk smärta och depression, var en annan kommentar. Det här stöder naturligtvis vårdpersonalen tilltro till den egna förmågan att känna igen depressionspatienter. Resultaten ansågs inte innehålla något överraskande. Önskemål som framfördes i utvärderingen var information om mer praktiska tillvägagångssätt som ännu bättre kunde stöda sjukskötare som redan är i arbetslivet. Resultaten fungerar dock som en bra sammanfattning av smärtvården och mina resultat bedömdes därigenom stöda det professionella kunnandet.

5 Tillförlitlighet

En lyckad informationssökning är systematisk och bygger på eftertänksam planering och en medveten strategi, vilket eftersträvades i detta examensarbete. Genom att användning av kontrollerade databaser såsom Ebsco, Cinahl och Medic, vilka samlar artiklar som redan genomgått vetenskaplig granskning och publikation i vetenskapliga tidskrifter, hittades en mängd tillförlitliga, relevanta artiklar. (Elomaa & Mikkola 2006, 32-33). Informationssökningen är ett krävande och avgörande skede i arbetsprocessen. Som en svaghet ser jag här brister i mina egna färdigheter vad gäller informationssökning och användning av databaser. I slutet av arbetsprocessen hade jag större kunskap och erfarenhet av datainsamling och skulle nu gå till väga på ett ännu mer systematiskt sätt, t.ex. vad gäller ordnandet av datan och arkivering av material. Jag kunde också använt mig av flera databaser, t.ex. Cochrane Library som är huvudforum för systematiska undersökningar med den högsta graden av evidens (Elomaa & Mikkola 2006, 19, 31) men var omedveten om denna möjlighet vid datainsamlingskedet. Ännu större tonvikt kunde ha lagts på artiklar i stället för böcker för att uppnå högre kvalitet och informationsvärde. Tillförlitligheten torde ändå inte ha lidit av detta eftersom jag noggrant valt ut samtliga källor.

I arbetsprocessen har jag genomgående varit källkritisk. Källkritik innebär att värdera kunskapskällorna, datan man använder i den egna arbetsprocessen, och är avgörande för resultatet. Jag har undantagslöst följt källkritiska principer såsom att bedöma källans äkthet och tidssamband, dvs. avgöra källans relevans på basen av när den är publicerad och av vem. Mitt mål har varit att hitta så ny information som möjligt, min gräns i det här skedet är högst sju år tillbaka dvs. 2003. De få äldre källor som använts har noga övervägts och kan antas vara gällande på basen av den typ av information som söktes ur dem, främst forskningsmetodik och etik. Jag har även beaktat källans oberoende, den ska t.ex. inte vara ett referat av en annan källa. I mitt arbete har jag strävat efter att använda mig enbart av enbart primära källor. (Thurén 2000, 7, 11; Ejvegård 2003; 17). Jag har prövat källornas objektivitet genom att försöka bilda mig en uppfattning om källan är vinklad eller styrd av författarens intressen. Mitt arbete fyller även språkligt sett kravet på objektivitet genom att jag inte använt värdeladdad terminologi utan neutrala ord. (Ejvegård 2003, 19-20).

Då man använder sig av böcker som källor finns en risk att informationen inte längre är tidsenlig på grund av att det kan vara flera år mellan utarbetning och publicering.

Översättning kräver dessutom ytterligare tid innan utgivning är möjlig. (Elomaa & Mikkola 2006, 20). Därför har jag varit särskilt kritisk i urvalet och granskning av böcker och begränsat mig till de senaste tio åren samt finländska och svenska experters verk som inte krävt tid för översättning. Viss risk finns ändå för svaghet i dessa källor eftersom det är svårt att utreda innehållets ursprung. Jag har därför strävat efter att kontinuerligt jämföra olika källors förenlighet gällande samma ämne samt söka kompletterande evidens med hjälp av artiklar. De finländska verk som användes är dock skrivna av framstående forskare inom ämnet smärta och kan därför antas vara tillförlitliga. I strävan efter att garantera informationens riktighet har jag i enlighet med Yrkeshögskolan Novias och Åbo yrkeshögskolas rekommendationer (TAMK 2006, 20; Novia 2009, 11) undvikit material som enbart finns i elektronisk form, däribland internetkällor och virtuella tidsskrifter, trots att det finns rikligt med dylika källor gällande mitt ämne. Material i elektronisk form är nämligen inte lika beständigt och genomgår inte samma kontroll som tryckt material.

Sexton internationella artiklar på engelska ingick i litteraturstudien men tonvikten har huvudsakligen lagts på finländska och svenska källor. Detta har delvis varit ett medvetet val eftersom jag i examensarbetet utgick från situationen i vårt land och bristerna i smärtvården här. Sökordet Finland användes regelbundet och referenserna i många artiklar ledde mig i sin tur vidare till andra finländska artiklar. Eftersom mina resultat och artikeln ska komma finländska sjukskötare till nytta anser jag detta motiverat, men grundligare användning av internationella studier kunde ha gett intressanta inslag och en bredare syn samt större möjligheter till jämförelser.

Validiteten i denna litteraturstudie, dvs. i vilken utsträckning studien utrett det jag avsett, är enligt min grundläggande bedömning på god nivå, bl.a. eftersom de källor jag använt var relevanta och analys av dem gav svar på mina frågeställningar. Bägge frågeställningar har genomgående besvarats i arbetet i såväl den teoretiska som tillämpade delen. Innehållsanalysens lämplighet som metod kan därmed anses vara tillfredsställande. Resultatet blev en relativt tydlig beskrivning av ämnet utan att förlora den viktiga informationen i källornas innehåll. Trovärdigheten kunde ökas genom användning av flera olika perspektiv, metoder eller personer som analyserar datan, något som inom forskningsmetodik benämns triangulering. (Björklund & Paulsson 2003, s 60, 76-77).

Reliabiliteten anger graden av tillförlitligheten, dvs. i vilken utsträckning man får samma resultat om man upprepar undersökningen (Björklund & Paulsson 2003, s 59-60). I denna studie finns risker för sänkt reliabilitet vid skedet för datainsamling samt dataanalys, vid

vilken en betydande del av tolkningen sker. Data har tolkats av en enda person och chansen är stor att en annan person skulle göra ett annorlunda urval och tolkning vilket kunde leda till avvikande resultat. En annan tolkning av datan kunde dock vara intressant. Huruvida målet med denna studie, att indirekt bidra till bättre förutsättningar för smärtpatienter att nå ökad hälsa och livskvalitet, uppnåtts eller ej går inte att avgöra inom ramarna för detta arbete. (Björklund & Paulsson 2003 s 39-41). Hälsa och livskvalitet är för övrigt abstrakta, subjektiva begrepp som vore svåra att mäta, så målet kunde ha varit mer väldefinierat.

6 Etik

Enligt nyttoprincipen i Helsingforsdeklarationen, som är en grundläggande forskningsetisk kod, finns en moralisk skyldighet att inrikta sin forskning så att den på kort eller lång sikt bidrar till att minska och förebygga lidande samt främja välbefinnande. Jag anser att mitt ämnesval för examensarbetet följer denna princip i och med syftet att öka sjukskötarens kunskap att stöda patienter som lider av kronisk sjukdom. Då mitt arbete tillför sjukskötare som läser artikeln samt personalen på reumatologiska avdelningen kunskap om kronisk smärta och depression utgör arbetet indirekt ett led i förbättrandet av folkhälsan, vilket är en av nyttoprincipens huvudidéer. Mitt ämnesval kan därför ses som etiskt även ur ett samhällligt hållbarhetsperspektiv. Även examensarbetets mål och syfte i sig tangerar de etiska riktlinjerna. Avdelningens uttalade behov av ökad kunskap inom området stöder antagandet att mitt arbete kommer till nytta. (Nilstun 1994, 70).

Forskningsetiska delegationen har fastställt principer som bör följas för att den vetenskapliga forskningen ska vara etiskt godtagbar och tillförlitlig. I enlighet med god vetenskaplig praxis har jag i mitt arbete iakttagit ärlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i dataanskaffning, dokumentering, presentation av resultat samt i bedömning av undersökningar. Av språkliga skäl förekommer dock en viss risk för misstolkningar då jag översatt finsk och engelsk information. Jag har respekterat andra forskares arbete och resultat på ett korrekt sätt, bl.a. genom korrekta hänvisningar och tillämpningar som inte förvränger eller manipulerar de ursprungliga resultaten. I mitt arbete förekommer inte fabricering, förfalskning, plagiat eller stöld. (Forskningsetiska delegationen 2002, 11-13).

Enligt de etiska riktlinjer för sjukskötare som fastställdes 1996 av Finlands sjukskötarförbund ansvarar man som medlem av sjukskötarkåren för sakkunskapen på sitt eget område. Det här innebär bl.a. att sträva efter att fördjupa yrkesinnehållet och öka

sakkunskapen hos sjukskötarkåren vilket jag hoppas åstadkomma genom mitt examensarbete. Detta ska sedan ta sig uttryck i ett bättre välbefinnande hos befolkningen, vilket är mitt indirekta mål.

7 Diskussion

Det har inte forskats mycket kring sambandet mellan kronisk smärta och depression vilket bl.a. märks på den ställvis osäkra statistiken (Mäntyselkä 2004,10). Därför hoppas jag att detta examensarbete har informationsvärde, speciellt då jag utrett bakgrundsfaktorer, pekat på brister i dagens smärtvård, gett förslag på vårdutveckling och lyft fram interventionella vårdmetoder. I datan framställdes kronisk smärta och depression ofta som åtskilda begrepp trots sitt inbördes samband, vilket tyder på att det behövs mer forskning. Jag strävade därför efter att föra begreppen närmare varandra för att öka sjukskötarnas förståelse för fenomenet. Att döma av litteraturen är hälsojätjänstsystemet idag ytterst belastat och förmår inte möta smärtpatienternas behov, vilket också talar för att examensarbetet har praktisk relevans. Dessutom meddelade avdelning 018 att depression förekommer bland deras patienter i samma utsträckning som den övriga befolkningen. Jag tolkar detta som tecken på att det finns rum för förbättring i vården även där.

Syftet att bidra sjukskötarna med ökad kunskap kan förmodas vara uppnått i och med att min resultatframställning och produkt erbjuder en stor mängd information i komprimerad form, vilka även preliminärt utvärderats genom granskning och utlåtande från fältet; avdelning 018 bedömde att resultaten kan stöda sjukskötarnas professionella kunnande. Resultaten kan antas gälla även på basen av att de överensstämmer med övriga studier. Resultatframställningen försökte göras så åskådlig som möjligt, eventuellt kunde en tabell ha varit ännu tydligare för att fånga det väsentliga. Figur 1 ger hur som helst insyn i analysprocessen. Graden av ny information kan ifrågasättas bl.a. med tanke på avdelningens synpunkter. Mitt eget antagande är att sjukskötare ute på fältet förmodligen utför många av de vårdaktiviteter jag beskriver, men frågan är i hur stor utsträckning, hur medvetet, evidensbaserat, systematiskt och dokumenterat det sker. Förhoppningsvis kan vårdpersonal ändå få insikt om att de saknar kunskap inom något delområde och börjar intressera sig mera för smärta och depression. På så sätt kan examensarbetet förväntas bidra till att åtminstone väcka uppmärksamhet kring problemområdet. En viktig slutsats av denna studie, dragen bl.a. på basen av bristerna i dagens smärtvård samt kraven på

fördjupade kliniska kunskaper som förutsättning för förståelse för patienten, är att smärtvård borde ges större roll i sjukskötartutbildningen.

Eftersom sjukskötarna i Pemar hade tillgång till endast resultaten och utvärderingen således begränsades till enbart den delen av examensarbetet, är jag osäker på hur jag ska tolka utvärderingen och vilka slutsatser som kan dras. Tillgång till hela examensarbetet på finska och ett större antal sjukskötare som deltog i utvärderingen hade gett en mer omfattande respons som varit till större nytta för mig, speciellt om det hade varit möjligt att göra redan våren 2010. Ett alternativt sätt att granska resultaten och artikeln hade varit att hålla ett informations- och diskussionstillfälle vid avdelningen för en mer utförlig utvärdering. Tyvärr fanns det inte utrymmet i tidtabellen för detta. Vad gäller artikeln kan man endast spekulera om den kan öka patienternas förutsättningar till ökad hälsa och livskvalitet men på basen av slutsatserna och den utvärdering som varit möjlig att göra kan den åtminstone ses som ett bidrag. Att döma av avdelningens utslagsgivande har specialsjukskötare eventuellt inte så stor praktisk nytta av produkten. Å andra sidan framhävde ju litteraturen att huvudansvaret ligger på primärhälsovården, varför dessa kan tänkas få mest ut av artikeln.

Resultaten påverkades troligen av ställvis slumpmässiga faser i arbetsprocessen, såsom att litteratursökningen inte alltid varit jämnt systematisk under den nio månader långa examensarbetsprocessen, inläsningen i ämnet kunde varit ännu mer strukturerad, artiklar i fulltext har inte alltid letats upp och tid att bekanta sig med angränsande forskningsområden (t.ex. fler behandlings- och terapiformer för en noggrannare jämförelse) tyvärr saknats. Även de enbart grundläggande kunskaperna i forskningsmetodik och litteratursökning lade vissa gränser för examensarbetet. Tillämpningen av metoden induktiv innehållsanalys skedde på en relativt fundamental nivå pga. oerfarenhet. Å andra sidan kan examensarbetet särskilt på denna punkt ses som en givande lärdomsprocess och inläringstillfälle. Nackdelen med innehållsanalys är att analysen ofta beskrivs noggrant medan de meningsfulla slutledningarna lätt blir ogjorda och risken att den ordnade datan i sig kan framstå som identiskt med resultatet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Med vetskap om detta har jag försökt sätta mina resultat i ett större perspektiv och analysera dem på nytt vilket är en utmaning i sig. Ett annat problem med innehållsanalys är att det är svårt att fullständigt objektivt utföra analysprocessen, den subjektiva synen påverkar ohjälpligt resultatet. Härtill påverkar ju förförståelsen ofrånkomligt all forskning. Exempel på detta är att datainsamlingen förmodligen styrdes av eget intresse och min egen övertygelse för interventionella vårdmetoder. Jag fann hur som

helst evidens för dessa data. Det finns naturligtvis en mängd andra dylika metoder, men jag har i kap 3.6 redogjort för och motiverat mitt urval. Graden av ny information hade jag gärna sett att varit högre, samt bidrag med konkreta tillvägagångssätt i större utsträckning p.g.a. även avdelningen efterlyste det i utvärderingen.

Detta examensarbete faller väl inom ramarna för T.A.G. – livet och bidrar till projektet i och med att det egna målet och projektets mål, att stöda vuxna och äldre klienter till självständighet och funktionsförmåga även under anstaltsvård, sammanfaller. Mina resultat sammanfaller som helhet med projektets riktlinjer, t.ex. betydelsen av ett rehabiliterande arbetssätt samt hjälp till självhjälp.

Grupphandledningen tillsammans med projektmedlemmarna i T.A.G. – livet har varit ett komplementär stöd vid sidan av den individuella handledningen ända sedan examensarbetsprocessens början. Diskussioner kring arbetsprocessen, litteratursökning, metoder och om olika problem som dykt upp gav en känsla av samhörighet. Grupphandledningen har fungerat som en påminnelse om att det finns lika många sätt att gå till väga som det finns synsätt och åsikter. Att diskutera varandras ämnen och jämföra resultat var givande och gav dessutom ett bredare perspektiv i det egna skrivandet. Bl.a. hälsoskillnader på grund av socioekonomiska ojämlikheter intresserar mig starkt. Vad bör man beakta för att stöda en patient som lider av kronisk smärta och risk för depression och dessutom tillhör en lägre socioekonomisk grupp i samhället? En kombination av dessa problemområden vore en intressant grund för vidareforskning. Jag skulle också gärna djupare utreda konkreta handlingsprogram för smärtvården, t.ex. hurdan typ av motion olika smärtpatienter kan rådges, konkret patientmaterial beträffande egenvårdsmetoder samt informationsmaterial för anhöriga. Att göra en empirisk enkät- eller intervjustudie om vad smärtpatienterna vid exempelvis en hälsovårdscentral eller rehabiliteringsenhet önskar sig av vården och särskilt sjukskötaren skulle intressera. Forskningsresultaten kunde jämföras med resultaten i detta examensarbete och antingen stöda eller förkasta dem. Utanför detta examensarbete blev även smärtans inverkan på den sexuella dimensionen samt sjukskötarens roll vad gäller smärtmedicineringen, t.ex. vilka läkemedel som kan orsaka depression. Hur sjukskötaren konkret kontrollerar och följer upp läkemedelsbehandling vore viktigt att utreda med tanke på de rapporterade höga läkemedelskostnaderna. En annan studie efterlyser forskning om sambandet mellan hälsan hos långtidssjuka och sociala förhållanden, studier, arbete och fritidsintressen (Pietilä, Matero, Kankkunen & Häggman-Laitila 2008, 9). Jag kan tänka mig att även andra

yrkesgrupper i samhället såsom studiehandledare, socialarbetare och ungdomsarbetare har ett behov av sådan kunskap.

Mitt personliga mål var att reda ut problemen i det dagliga vårdarbetet med hjälp av forskning och teori. Konkretin är viktig inom vårdvetenskapen, därför strävade jag efter att verkligen finna konkreta exempel på hur sjukskötaren borde stöda patienten, vad det är som ska identifieras och förebyggas samt vad informationen borde omfatta. Jag anser att jag nådde relativt långt här på basen av den litteratursökning jag gjorde. De citat som finns i examensarbetet kom att utgöra litet av ett personligt facit. Jag valde att medvetet ta del av dem först i examensarbetsprocessens slutskede för att de inte skulle påverka resultatet. Det glädde mig då att de sammanföll väl med den teoretiska bakgrunden, de föll väl på plats och exemplifierar teorin på ett bra sätt. Särskilt abstrakta, flyktiga begrepp som empatisk, stöda, bemötande, förhållningssätt fick mer liv och verklighetsförankring. Eventuellt kan citaten dock uppfattas dra ner på arbetets läslighet.

Då resultatframställningen stod klar insåg jag, att den sammanfaller med de etiska riktlinjerna för sjukskötare vilket kan antas stöda dess giltighet. De etiska riktlinjerna kan inte nog poängteras med tanke på hur få sjukskötare idag som känner till innehållet i dem. De etiska riktlinjerna samt hållbarhetsprincipen går som en röd tråd igenom detta arbete. Förhoppningsvis integreras de lika väl i vårdarbetet på fältet.

Examensarbetet har haft en betydelsefull del i den personliga processen från novis till expert, som startat i och med sjukskötarutbildningen och som ännu bara befinner sig i sin början. Framförallt har det gett mig en helt ny förståelse för långtidssjuka patienter, smärtans komplexitet, begreppen hälsofrämjande och rehabiliterande arbetssätt samt insikt i problematiken och utmaningarna i smärtvården. En större medvetenhet om sjukskötarrollens möjligheter och ansvar, etiska principer och ställföreträdarskap är andra exempel på personlig utveckling. Att enkla medel såsom det egna förhållningssättet och bemötandet verkligen är avgörande är en annan värdefull insikt. Förmågan att kritiskt granska och tillämpa vårdvetenskaplig teori i praktisk vårdverklighet har utvecklats. I början av arbetsprocessen ställde jag mig skeptisk till mycket, bl.a. till om jag skulle finna tillräckliga och fungerande svar på mina frågeställningar. Jag ifrågasatte till och med sjukskötarens möjligheter till att påverka att depression verkligen kunde förebyggas vid kronisk sjukdom allt eftersom jag lärde mig om hur många faktorer som inverkar samt om bristerna i dagens smärtvård. Det viktigaste jag lärde mig här var att oberoende av inverkan faktorer finns alltid ett sätt för sjukskötaren att stöda patienten, att

vårdrelationen är ett ovärderligt stöd för patienten förutsatt att sjukskötaren verkligen agerar som patientens ställföreträdare. Slutligen har under examensarbetsprocessens gång en utmärkt grund för en framtida reflekterande yrkesutövning växt fram.

Källförteckning

- Andréll, P., Börjesson, M., Peilot, B., Mannerkorpi, K., Sterner, Y., Eliasson, T., Mannheimer, C. (2009). Viktigt mäta livskvaliteten vid långvarig smärta. *Läkartidningen*, 106 (4), 202-206.
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. A Literature Review. *Archives of Internal Medicine*, 163 (20), 2433-45.
- Baumann, S. (2009). A nursing approach to pain in older adults. *Medsurg nursing* 18 (2), 77-82.
- Bell, R. (2009). Food and pain. *Kipuviesti*, (1), 18-19.
- Bergström, G. (2007). Psykosociala perspektiv på långvarig smärta. Ingår i: Jakobsson, U. (red.). *Långvarig smärta*. Polen: Pozkal.
- Björklund, M. & Paulsson, U. (2003). *Seminarieboken : att skriva, presentera och opponera*. Lund : Studentlitteratur.
- Carson, M. & Mitchell, G. (1998). The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing*. 28(6), 1242-1248.
- Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. (2009). Miten kivusta tulee krooninen? Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Estlander, A-M. (2003). *Kivun psykologia*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Finlands sjukskötarförbund r.f. (1996). *Etiska riktlinjer för sjukskötare*.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/etiska_riktlinjer_for_sjukskotar/
- Finska Läkarföreningen Duodecim och Psykiaterföreningen i Finland rf. (2009). *Depressio – Käypä hoito suositus*. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf> (hämtat 3.10.2010).
- Forskningsetiska delegationen. (2002). *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. (2. uppl.) Helsingfors: Edita Prima Oy.
- Föreningen för Smärtforskning i Finland rf. (2010). *Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille*.
http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/default.asp?PageID=P03&PPI_ID=1 (hämtat: 21.4.2010).
- Gerdle, B. & Gullacksen, A-C. (2007). Rehabilitering vid långvarig benign smärta – ett biopsychosocialt perspektiv. Ingår i: Jakobsson, U. (red.). *Långvarig smärta*. Polen: Pozkal.

- Granström, V. (2004). Kipu on aina myös korvien välissä. *Duodecim*, 120 (2), 207-211.
- Granström, V. (2009a). Kipu, unettomuus ja masennus. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Granström, V. (2009b). Kipupotilaan mielenterveyden häiriön hoito. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Gullacksen, A-C. (2007). När smärtan blir en del av livet – livsomställning vid långvarig smärta. Ingår i: Jakobsson, U. (red.). *Långvarig smärta*. Polen: Pozkal.
- Hagelberg, N. (2005). Krooninen kipu ja terveystalvelujen käyttö. *Kipuviesti*, (1), 33-34.
- Hannonen, K. (2007). *Fibromyalgian lääkehoito*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00247&p_haku=fibromyalgian%20l%24%24kehoito (hämtat 1.10.2010).
- Hanson, U. (2006). *Vad är en vetenskaplig artikel?*
<http://ki.se/content/1/c4/54/02/Vetenskaplighet.pdf> (hämtat: 8.4.2010)
- Hägg, V. (2003). Krooninen kipu ja masennus. *Niveltieto* 1, 32-33.
- Hälsofrämjande sjukhus i Finland rf. (2010).
<http://www.stes-hsf.fi/svenska/foreningen/medlemmar> (hämtat: 20.4.2010).
- IASP Pain Terminology. (2010).
http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728 (hämtat: 4.5.2010).
- Jacobsen, D.I. (2009). *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Jääskeläinen, M. (2009, 4 februari). *Osasto 018 reumahoitoyksikkö, ajanvarauspoliklinikat - sisätautien klinikka - TYKS Paimion sairaala*. <http://www.tyks.fi/fi/2805/37792/> (hämtat: 16.4.2010).
- Kalso, E. (2009). Akuutti ja krooninen kipu. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Kalso, E., Vainio, A., Haanpää, M. (2009). Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P., Nousiainen, H., Kylmä, J. (2009). Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. *Tutkiva hoitotyö*, 7 (2), 13-20.
- Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, J. & Nissinen, A. (1998). *Kansanterveystiede*. (2-3 uppl.) Finland: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kubicek, H. (2008). *Fri från depression med kost, motion och sömn*. (2. uppl.) Finland: WS Bookwell.

- Lahtonen, P., Johansson, K., Hupli, M. (2010). Nurse as a user of research utilization. *Hoitotiede* 22 (2), 108-117.
- Lee, G.K., Chronister, J., Bishop, M. (2008). The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 51 (3), 177-189.
- Linton, S.J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Linton, S.J. & Boersma, K. (2003). Early Identification of Patients at Risk of Developing a Persistent Back Problem: The Predictive Validity of The Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 19 (2), 80-86.
- Magnusson, S. & Mannheimer, C. (2008). *Långvarig smärta. Behandling och rehabilitering*. Malmö: Holmbergs i Malmö AB.
- Mäntyselkä, P. (2004). Krooninen kipu ja koettu terveys suomalaisilla. *Kipuviesti*, (1), 10-11.
- Nilstun, Tore. (1994). *Forskningsetik i vård och medicin*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Novia. (2009). *Skrivanvisningar för examensarbete*.
https://intra.novia.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=137&Itemid=504&lang=swe (hämtat: 21.4.2010).
- Nursing Diagnosis. (2010). *Nursing diagnosis – defining the knowledge of nursing. Frequently asked questions*. <http://www.nanda.org/NursingDiagnosisFAQ.aspx> (hämtat: 27.4.2010).
- Pietilä, A-M., Matero, H., Kankkunen P. & Häggman-Laitila, A. (2008). Koherenssin tunne ja siihen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä: systemoitu katsaus pitkäaikaissairauksia käsittävään kirjallisuuteen. *Tutkiva hoitotyö*, 6 (3), 4-9.
- Pohjolainen, T. (2009). *Fysioterapeutiset menetelmät*. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Saarinen, R. (2009). Kipu ja perhe. *Kipuviesti*, (1), 21-23.
- Salanterä, S. & Hovi, S-L. (2000). Sjukskötarens omvårdnad av patienter med smärtor. *Sairaanhoitaja - Sjuksköterskan* 73 (1), 13-14.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. (2006). *Kivun hoitotyö*. Borgå: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sarvimäki, A., Simonsen-Rehn, N., Sandelin Benkö, S. (2003). Pain and quality of life in cancer patients. *Vård I Norden* 69 (3), 4-9.
- Siedliecki, S., Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *The Journal of Advanced Nursing*. 4(5), 553-562.
- Sjuksköterskeföreningen i Finland. (2010a). *Vård i Fokus*. <http://www.sffi.fi/> (hämtat: 8.4.2010).

Sjuksköterskeföreningen i Finland. (2010b). Referee systemet – ett stöd för skribenten! *Vård i fokus*, 27 (1), 41.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2009). *Enhetliga grunder för icke-brådskande vård. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:6*.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10484.pdf
(hämtat: 3.10.2010).

Statens folkhälsoinstitut. (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning*. Sandviken: Sandvikens tryckeri.

Statens författningsdata – Finlex. (1992). *Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785*.
[http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=patienten%201998](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=patienten%201998) (hämtat 3.10.2010).

Statens författningsdata – Finlex. (2004). *Lag om patientens ställning och rättigheter 17.9.2004/857*.
[http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=patienten%201998](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=patienten%201998) (hämtat 3.10.2010).

Stridsberg, M. & Billing, E. (1999). Sjuksköterskornas kunskaper om smärta och smärtbehandling. *Vård i Norden* 19 (1), 41-46.

TAMK. (2006). *Näytön jäljillä – tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä*. (3. uppl.) Åbo: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.

Thomas, S. (2000). A phenomenologic study of chronic pain. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (6), 683-705.

Thorsteinsson, L. (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing* 11, 32-40.

Thurén, T. (1997). *Källkritik*. Stockholm: Liber.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (5 uppl.) Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., Puukka, P. (2008a). Nursing Advocacy in procedural pain care. *Nursing ethics* 16 (3), 340-362.

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., Puukka, P. (2008b). The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 504-513.

Vaartio, H. (2009). *Projektbeskrivning 2009-2010*.
https://intra.novia.fi/images/stories/campus_abo/sociala_omrdet/tag_projektplan_2009-2010.pdf (hämtat: 16.4.2010).

Vainio, A. (2003). *Kipu*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainio, A. (2009a). *Sattuu. Kroonisen kivun hallinta*. Borgå: WS Bookwell Oy.

Vainio, A. (2009b). Kroonisen kivun epidemiologiaa. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.

Vartiovaara, I. (2005). *Terveystä ja ei-terveydestä*. Helsinki: Kirjapaja.

Världshälsoorganisationen. (2007). *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services - concept, framework and organization*.

<http://www.euro.who.int/document/E90777.pdf>

(hämtat: 20.4.2010).

Världshälsoorganisationen. (2010). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> (hämtat: 20.4.2010)

Walach, H., Güthlin, C., König, M. (2003). Efficacy of Massage Therapy in Chronic Pain: A Pragmatic Randomized Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 9 (6), 837-846.

Wasserman, D. (2003). *Depression - en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Finland: WS Bookwell.

Weiss, J. (2010). Natural Cures YOU CAN TRUST. *Prevention* 62 (8), 118-125.

Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 20-27.

Kronisk smärta och depression – hur sjukskötaren kan stöda patienten

Kronisk smärta är ett betydande samhällsproblem i Finland (Mäntyselkä 2004, 10-11) Dessvärre tillhör en patient som är drabbad av kronisk smärta automatiskt även riskgruppen för depression, vilket innebär en ömsesidig försämring av prognoserna. Sjukskötare inom varje vårdsektor står i nyckelposition att stödja dessa patienter, men för att kunna agera som patientens intressebevakare behövs bred kunskap om smärtvård inklusive det komplicerade sambandet mellan smärta och depression. (Bair, Robinson, Katon & Kroenke 2003, 2435; Linton 2005, 77-80; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 13, 178; Gerdle & Gullacksen 2007, 203; Vaartio 2008a, 357-358).

Följande artikel baserar sig på mitt examensarbete vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo, som en del av projektet ”Tillgång, Aktivitet och Gemenskap - T.A.G. i livet” (Vaartio 2009). Handledare var Heli Vaartio-Rajalin, lektor och filosofie doktor i hälsovård. Syftet med mitt examensarbete var att bidra sjukskötare med ökad kunskap om hur man kan stöda patienter med kronisk smärta och depression eller risk för depression. Frågeställningarna löd: Hur kan sjukskötaren stöda patienten till anpassning vid kronisk smärta och hur kan sjukskötaren förebygga och identifiera depression hos patienter med kronisk smärta? Ur min litteraturstudie (n=50) framkom med hjälp av induktiv innehållsanalys att identifiering, förebyggande och information tillsammans utgör de huvudsakliga förutsättningarna för att framgångsrikt stöda smärtpatienten till anpassning. Symptom på depression kan både identifieras, förebyggas och lindras om sjukskötaren kan förverkliga effektiv rehabiliterande vård som berör hela människan, vilket i dagsläget inte är en självklarhet (Hägg 2003, 32-33; Salanterä m.fl. 2006, 90-91).

Hälso- och sjukvården kraftigt belastad av smärtsjukdomar

Undersökningar över finländarnas hälsa, Mini-Suomi från 1978-1980 och Hälsa 2000, visar bl.a. att tre av fyra 30-åringar och äldre har upplevt minst en period av ryggsmärta under sitt liv. Enligt befolkningsundersökningar har personer som klagat på utbredd smärta en tredubbel risk att även insjukna i någon störning av den mentala hälsan, såsom ångest eller depression (Vainio 2003; 61). Patienter med långvarig smärta och samtidig psykiatrisk diagnos är en särskilt utsatt grupp med kraftigt nedsatt livskvalitet (Mäntyselkä

2004, 10; Andréll m.fl. 2009). På smärtkliniker samt ortopediska och reumatologiska kliniker har över hälften av patienterna även diagnosen depression och hos tandklinikers patienter med smärta i ansiktet uppgår siffran till 85 % (Bair m.fl. 2003, 2433; Granström 2004 ref. Ohayon m.fl. 2003, 207; Granström 2009a, 113; Linton 2005, 78). Patienter med kronisk smärta använder hälsotjänster i större utsträckning än den övriga befolkningen (Mäntyselkä 2004, 10-11), vilket är ett tecken på att hälsotjänstsystemet inte förmår svara på smärtpatienternas verkliga behov (Salanterä m.fl. 2006, 26). Enligt Läkemedelsverket uppgick de totala kostnaderna för smärtmedicinerna år 2006 till dryga 100 miljoner euro. (Vainio 2009b, 64-66, 68, 71).

Från tillfällig till kronisk smärta...

Smärta kan inte definieras på ett enhetligt sätt utan är en komplicerad subjektiv upplevelse av lidande hos den drabbade och alltid ett slutresultat av många samverkande faktorer (Vainio 2003, 20; Salanterä m.fl. 2006, 7; Bergström 2007, 42; Gerdle & Gullacksen 2007, 203; Magnusson & Mannheimer 2008, 10; IASP Pain Terminology 2010). Olika människor har olika förutsättningar att utveckla kronisk smärta; sociala faktorer såsom vantrivsel i yrket kan inverka (Gullacksen 2007, 35; Elomaa och Estlander 2009, 110-112; Föreningen för Smärtforskning i Finland rf 2010), likaså tidigare trauman och genetiska faktorer (Vainio 2003, 19; Salanterä m.fl. 2006, 35; Elomaa & Estlander 2009, 109-111, 549-551; Kalso 2009, 106-107; Föreningen för Smärtforskning i Finland rf 2010). Aggressivitet och ilska är vanligt vid kronisk smärta (Linton 2005, 82), vilket förklaras med den besvikelse som smärtan orsakar i och med att förhoppningarna om framgång, fullständig livskontroll och sinnesfrid ständigt är antingen hotade eller raserade (Elomaa & Estlander 2009, 112). Kognitiva hot såsom attityder, övertygelser, t.ex. katastroftankar, samt försvagad gestaltnings- och tankeförmåga inverkar också. Dessa psykologiska och psykosociala faktorer kan ha större betydelse än fysiologiska faktorer för utvecklingen av smärtan från tillfällig till kronisk. (Elomaa & Estlander 2009, 109; Linton 2003, 80; Salanterä m.fl. 2006, 148). Oberoende av bakgrundsfaktorer inverkar kronisk smärta på självkänslan och livsplanerna och kan effektivt förstöra framtidens grundvalar. (Estlander 2003, 75; Vainio 2009, 81-8, 118-120).

...och depression

Den vanligaste kopplingen mellan smärta och depression är att depressionen är en följd av smärtan (Granström 2009a, 114). Bakom depression, om den så härrör sig till smärtan i sig

eller till andra påfrestande faktorer i livssituationen, ligger ofta orkeslöshet och ett försvagat initiativtagande (Gullacksen 2007, 35). Depression kan vara följden av en kris på grund av förlorad hälsa och livsförändring, vilket redan i sig kan orsaka sömnlöshet och begränsad funktionsförmåga, men även utvecklas på grund av livssituationen, t.ex. långvariga problem i människorelationer. I bakgrunden kan även finnas en psykiatrisk störning eller en annan kroppslig sjukdom eller vården av en dylik. Dessutom är det möjligt att vissa smärtmediciner kan orsaka depression (Estlander 2003, 74 ref. Rodin 1991, Orenius 2004). Forskning har tydligt visat att smärtpatienterna upplever sig isolerade och distanserade från omvärlden, inklusive nära vänner och familjemedlemmar samt upplever att de inte längre har lika mycket gemensamt eller passar in. Dessutom har dessa patienter inte särskilt många förhållanden i vilka de kunde vara fullständigt ärliga. (Thomas 2000, 690, 692) En deprimerad patient har t.ex. svårt att ta tag i olika självhjälpsmetoder varvid rehabiliteringen försvåras vilket i sin tur ökar risken att smärtproblemet blir långvarigt (Gullacksen 2007, 35). Att identifiera depression hos en smärtpatient är inte enkelt. Många smärtpatienter har olika symptom på depression men inte nödvändigtvis i tillräcklig grad för att fylla kriterierna för klinisk diagnos, vilket bl.a. är orsaken till att statistiska uppgifter ofta är missvisande (Bair m.fl. 2003, 2433; Linton 2005, 77). En smärtpatient kanske undviker att tala om sina depressiva symptom i rädsla för att inte bli tagen på allvar beträffande de kroppsliga symptomen. Dessutom finns patienter med somatiska symptom som helt enkelt är oförmögna att identifiera symptom på depression hos sig själva. (Estlander 2003, 74-75; Granström 2009a, 114).

Hur sjukskötaren kan stöda smärtpatienten

Kronisk smärta går ytterst sällan att bota helt. Det centrala målet med vården är därför smärtlindring, förhöjning av livskvaliteten samt att upprätthålla och förbättra funktionsförmågan. För att uppnå dessa mål är patientens anpassning till kronisk smärta avgörande. (Salanterä m.fl. 2006, 90-91). Eftersom både kronisk smärta och depression utgör långvariga tillstånd måste de vårdas samtidigt - man kan t.ex. inte först vårda depressionen i syfte att underlätta smärtvården och rehabiliteringen. Särskilt viktigt att minnas är ändå att symptomfrihet är utgångspunkten då det gäller depressionen och den kroniska smärtan får inte skymma detta. (Granström 2009a, 115; 2009b, 254). I det kliniska arbetet är det som sjukskötare viktigt att se kronisk smärta och depression dels som helheter med viktiga anknytningspunkter, dels som helt åtskilda diagnoser med egna, särskilda bakgrundsfaktorer, vårdmetoder och prognoser.

Identifiering

Sjukskötaren bör identifiera olika faktorer hos patienten för att depression ska kunna förebyggas och patienten ska kunna anpassa sig till ett liv där kronisk smärta ingår. I strävan efter snabb diagnostik bör sjukskötaren kunna identifiera störningar i den mentala hälsan, däribland symptomen på depression (Wasserman 2003, 33-42). Detta borde förverkligas bl.a. med relevanta mätinstrument som i tillräcklig grad tar även psykologiska och psykosociala faktorer i beaktande, eftersom dessa har stor inverkan på utveckling av kronisk smärta. Kontinuerlig, automatisk screening borde ingå i vårdarbetet - framförallt i grundhälsovården som ofta har dåliga metoder och resurser att bedöma dessa variabler - för att i ett tidigt skede identifiera dessa patienter. (Linton & Boersma 2003, 80; Linton 2005, 216-217). Vidare bör även en korrekt vårddiagnos fastslås, dvs. man behöver göra en klinisk helhetsbedömning av patienten (Nursing Diagnosis 2010). Det innebär att man identifierar olika samverkande faktorer eftersom smärtan alltid är ett slutresultat av dessa. Sjukskötaren bör identifiera den sociala kontexten och patientens möjliga yttre resurser; yrke, vårdomgivning, nära relationer, anhöriga inklusive deras roll och behov i sammanhanget. (Linton 2005, 217; Vartiovaara 2005, 52-53). Likaså bör sjukskötaren identifiera och stärka patientens inre resurser såsom personliga förutsättningar och egenskaper, t.ex. optimism, hoppfullhet, aktivitet, kunskapsintresse och engagemang (Hägg 2003, 32-33; Salanterä m.fl. 2006, 93; Elomaa & Estlander 2009, 110, 112). För att kunna möta patienten i den situation hon befinner sig i och kunna erbjuda rätt patient rätt vårdinsatser vid rätt tidpunkt måste sjukskötaren också kunna urskilja de olika faserna och särdragen i den livsomställning som sker när en människa drabbas av kronisk sjukdom (Vartiovaara 2005, 54; Gullacksen 2007, 25, 33). Sjukskötaren borde vidare identifiera smärtbeteenden, känsloupplevelser och kognitioner – (miss)uppfattningar, tankemönster, övertygelser- som är förknippade med kronisk smärta, speciellt i sjukdomens begynnelsekedje, för att kunna förbereda patienten på dem samt förklara och diskutera dem, i syftet att göra dem mer begripliga. Redan att medvetandegöra patienten om sådant som inte gynnar hälsan och välbefinnandet är ett steg i rätt riktning. (Elomaa & Estlander 2009, 109-111).

Till identifiering hör även att som patientens ställföreträdare värna om patientens lagstadgade rättigheter och framför allt identifiera eventuella brister i förverkligandet av dem (Salanterä m.fl. 2006, 91, 93; Vaartio m.fl. 2008b, 507). Att ta reda på patientens behov och önskemål för att kunna beakta dem i vården är en annan central uppgift (Carson & Mitchell 1998, 1247). Identifiering av brister i den egna yrkeskunskapen som

professionell sjukskötare med ansvar för den egna expertisen och fortbildningen är en etisk skyldighet. (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Salanterä m.fl. 2006, 69). Sjukskötaren borde anta en aktivare roll som hälsopolitisk aktör och försöka upptäcka eventuella problem på samhälls- och organisatorisk nivå, t.ex. resursbrist och avsaknad av kontinuitet i vården (Världshälsoorganisationen 2007, 11; Elomaa & Estlander 2009, 112). Konkret innebär detta t.ex. deltagande i diskussioner och samhällsbeslut som gäller människans hälsa och livskvalitet (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Elomaa & Estlander 2009, 112).

Förebyggande

Förebyggande innebär att sjukskötaren bör motarbeta ohälsa, försämrad funktionsförmåga och nedsatt livskvalitet hos patienten, i ytterligare högre grad om depressiva symptom uppträder. Även att förebygga prognosförsämring genom att uppmärksamma växelverkan mellan kronisk smärta och depression hör till viktigt förebyggande (Kauhanen, Myllykangas, Salonen, Nissinen 1998, 255-257).

Det egna förhållningssättet som ska kännetecknas av förståelse och engagemang är ett viktigt verktyg även när det gäller för sjukskötaren att förebygga emotionella tillstånd som hämmar känslan av upplevd hälsa (Carson & Mitchell 1998, 1247; Salanterä m.fl. 2006, 180; Elomaa & Estlander 2009, 111). Vid sidan av symptomen på depression är exempel på sådana känslor ensamhet, hjälplöshet, distansering samt känslan av att vara utlämnad och inte bli tagen på allvar. Att förebygga förlust av framtidshoppet är särskilt betydelsefullt i den förebyggande verksamheten (Granström 2009a, 114). Sjukskötare bör också förebygga mistro till den egna förmågan hos patienten, t.ex. genom att observera och bekräfta dennes försök till självhjälp och lyckade erfarenheter. Sjukskötaren kan uppmuntra och locka till olika saker då patientens egen tilltro och ork inte är tillräcklig. Under processen byggs samtidigt på detta sätt en god vårdrelation mellan sjukskötare och patient upp, vilket i sig stöder patienten och förebygger ohälsa. (Hägg 2003, 32-33; Salanterä m.fl. 2006, 93; Elomaa & Estlander 2009, 109-112).

Sjukskötaren borde förebygga negativ kroppsuppfattning, ständig ofördelaktig medvetenhet om kroppen samt rörelsefobi (Thomas 2000, 690, 692; Granström 2004, 207). Genom att erbjuda hjälp vid utarbetandet av nya livsvanor, något som kräver planering, begränsningar och prioritering, kan ogynnsamma strategier undvikas (Gullacksen 2007, 32-33). Sociala faktorerens negativa inverkan på patientens välmående kan förebyggas av

sjuuskötaren bl.a. genom tillräckligt anhörigstöd (Gullacksen 2007, 35; Elomaa och Estlander 2009, 110-112). Information om mindre kända, oanvända vårdmetoder förebygger en alltför ensidig vård (Salanterä och Hovi 2000, 14).

Sjuuskötarens intressebevakning samt noggranna uppmärksammande av människans alla dimensioner kan förebygga vårdfel och felbedömningar i vården samt missförstånd från personalens sida (Sarvimäki m.fl. 2003, 8; Granström 2004, 208 ref. Cottrell m.fl. 2003). Gott samarbete med övrig vårdpersonal är därför en given utgångspunkt samt etisk princip. Att i tid konsultera och vid behov koppla in specialistsjukvården, något som i dagsläget görs alltför sent (Salanterä m.fl. 2006, 63-64, 158), är ett annat sätt att förebygga såväl patientlidande som ansträngda resurser.

Information

Information om de egna rättigheterna och möjligheterna gör det möjligt för patienten att fungera som expert på sin egen smärta (Salanterä m.fl. 2006, 91, 93). Patienter som av sjuuskötaren fått individuell handledning om kronisk smärta är även nöjda med omvårdnaden (Thorsteinsson 2002, 35-36). Sjuuskötaren ska även i det här sammanhanget fungera som patientens advokat och ge patienten möjlighet att delta i beslutsfattande, något som dessutom är såväl en etisk princip som lagstadgad rättighet (Finlands sjuuskötarförbund r.f. 1996; Statens författningsdata – Finlex 2004, 2 kap. 4a §; Vaartio 2008a, 357-358). De av sjuuskötaren identifierade kunskapsluckorna och missuppfattningarna korrigeras genom att ge information (Salanterä m.fl. 2006, 93; Elomaa & Estlander 2009, 110, 112).

Sjuuskötaren bör som informatör förmedla meningsfull, bred kunskap om smärtans möjliga bakgrundsfaktorer, fysiologi, komplexitet och mångdimensionalitet. Viktigt är också att i det här sammanhanget ge information om risken för depression. Information om framförallt den kroniska smärtans inverkan på människan och psyket får inte förbises. Sjuuskötaren ska utgående från sin kunskap om processen hur smärtan blir kronisk och den livsomställning den medför, informera patienten om hur denne kan ta del i vården och hjälpa sig själv. Det här betyder t.ex. att sjuuskötaren måste hjälpa patienten att varsebli processens olika faser, psykosociala faktorer som inverkar på den och förbereda patienten på motgångar. Hit hör bl.a. att upplysa patienten om att identiteten och självkänslan står inför ett hot och att livet utanför smärtan, däribland människorelationer och framtidsaspekterna, ohjälpligt påverkas. Endast om patienten görs uppmärksam på

smärtans inverkan på psyket under de olika faserna av livsomställningen har denne förutsättningar att aktivt bearbeta detta. På så sätt stöds patienter med risk för depression att själva känna igen symptomen och uppmanas till att i tid rapportera om dem. (Salanterä & Hovi 2000, 14; Thorsteinsson 2002, 35-36; Salanterä m.fl. 2006, 91, 93).

Sjukskötaren bör handleda smärtpatienten till en hälsofrämjande livsstil genom att bl.a. uppmärksamma patienten på sitt hälsobeteende och erbjuda möjlighet för patienten att varsebli och påverka den egna livssituationen (Whitehead 2005, 20, 24). Sjukskötaren ska på ett konstruktivt sätt kunna vägleda till förändring i hälsobeteende och förändring i tankemönster enligt patientens individuella behov. Välgrundade förklaringar och motiveringar underlättar det mödosamma förändringsarbetet betydligt för patienten (Linton 2005, 193; Gullacksen 2007, 32-33). Med tanke på patientens självständighet och funktionsförmåga är en av sjukskötarens viktigaste uppgifter att lära ut metoder för egenvård (Salanterä & Hovi 2000, 14; Granström 2004, 211; Salanterä m.fl. 2006, 91, 93). Sjukskötaren står i nyckelposition i att upplysa om dylika (Stridsberg & Billing 1999, 44-46; Salanterä & Hovi 2000, 13) och bär därför ett etiskt ansvar för att öka såväl sin egen som andras kunskap om dem (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996). Självhjälp är ett ovärderligt och framförallt hållbart sätt för patienten att själv ta aktiv del i vården, men stöd av sjukskötaren i form av information är ett villkor för att lyckas.

En skicklig sjukskötare känner till och kan enligt patientens individuella behov erbjuda inte bara traditionella medicinska metoder, utan även kompletterande vårdmetoder som är evidensbaserade men relativt oanvända (Salanterä och Hovi (2000, 14). Sådana är exempelvis laserterapi, motion, kost, massage och musik. Trots över 3000 publicerade medicinska undersökningar om laserterapi från 80 olika länder är medicinsk laser en relativt oanvänd behandlingsmetod (Hode 2008, 2, 4-6; Pohjolainen 2009, 241). Att patienten får vetskap om och tar i bruk individuella smärtlindringsmetoder betyder att patientens resurser förstärks och både smärtan och depressionen förebyggs.

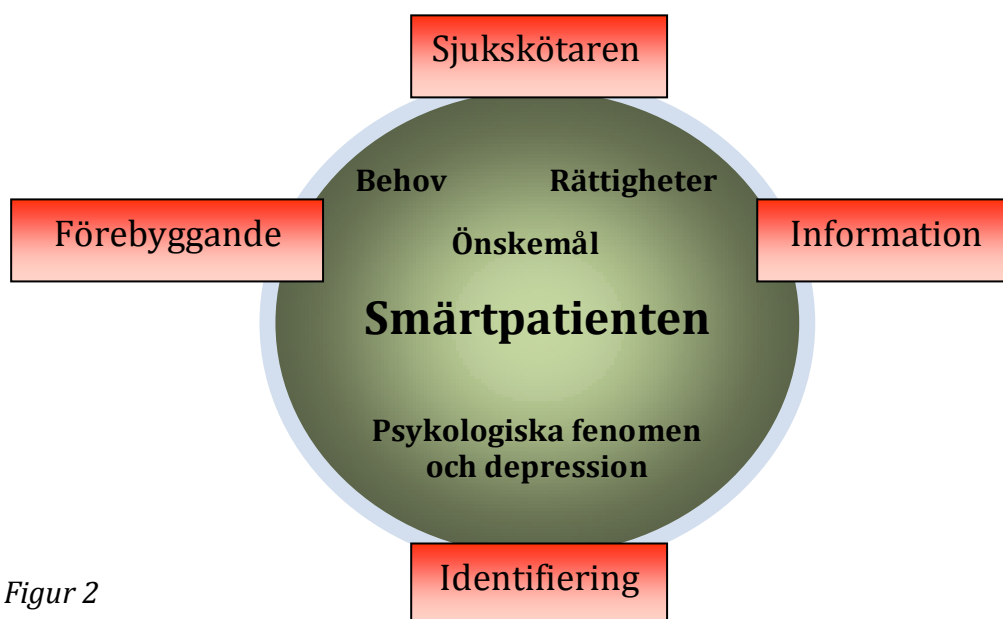
Information innebär också att uppmuntra och ge konkreta tips om var patienten kan söka ytterligare stöd, t.ex. patientföreningar, stödgrupper, rehabiliteringskurser, utbildande organisationer och övriga samhällsinstanser (Lee m.fl. 2008, 187). Det är viktigt att information om patientens smärta och vårdbehov når även kolleger vilket bl.a. kan säkerställas genom systematisk dokumentation och fungerande kommunikation. (Salanterä m.fl. 2006, s 102, 177). I rollen som aktiv hälsopolitisk aktör innebär information att sjukskötarens uppgift också är att informera organisationen och samhället, exempelvis

politiker, om angelägenheter som rör smärtvården. Sjukskötarens expertis ska stå alla till buds (Finlands sjukskötarförbund r.f. 1996; Whitehead 2005, 20, 24; Salanterä m.fl. 2006, s 70-71, 177).

”Jag är inte sjuk – jag lever med smärta”

Det centrala förhållningssättet i vårdarbetet med smärtpatienter bör vara att smärta och depression till viss del ska hållas åtskilda, men förebyggas och behandlas jämsides och kontinuerligt. Vårdrelationen är ett ovärderligt stöd för patienten förutsatt att sjukskötaren verkligen agerar som patientens ställföreträdare. Ökad kunskap hos sjukskötaren är nyckeln till äkta förståelse för smärtpatienten och dennes smärtupplevelse, vilket i sin tur utgör grunden för ett gott bemötande där såväl lyssnande som diskussion är viktiga komponenter (Carson & Mitchell 1998, 1247; Salanterä m.fl. 2006, 180; Elomaa & Estlander 2009, 111). Endast omfattande information under hela vårdprocessen kan garantera effektiv, optimal vård, varför patientundervisning och handledning är ytterst centralt i sjukskötarens arbete (Thorsteinsson 2002, 35-36; Salanterä m.fl. 2006, 180; Elomaa & Estlander 2009, 109-111).

Det har sagts att kronisk smärta hör till det allra svåraste som en människa kan möta (Vartiovaara 2005, 56). Ett av smärtvårdens mål borde därför vara att ingen smärtpatient ska behöva drabbas ytterligare av depression. Även om det kan vara bra att förmedla att patienten alltid kommer att vara tvungen att hantera smärta, skulle det vara lika viktigt om smärtpatienten klarar av att i sin prognos för livet ge utrymme också för alternativet att smärtan en dag upphör. (Granström 2004, 211).



Figur 2

Källförteckning

- Andréll, P., Börjesson, M., Peilot, B. Mannerkorpi, K., Sterner, Y., Eliasson, T., Mannheimer, C. (2009). Viktigt mäta livskvaliteten vid långvarig smärta. *Läkartidningen*, 106 (4), 202-206.
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. A Literature Review. *Archives of Internal Medicine*, 163 (20), 2433-45.
- Bergström, G. (2007). Psykosociala perspektiv på långvarig smärta. Ingår i: Jakobsson, U. (red.). *Långvarig smärta*. Polen: Pozkal.
- Carson, M. & Mitchell, G. (1998). The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing*. 28(6), 1242-1248.
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. (2009). Miten kivusta tulee krooninen? Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Estlander, A-M. (2003). *Kivun psykologia*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Finlands sjukskötarförbund r.f. (1996). *Etiska riktlinjer för sjukskötare*.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty_ sair_ aanhoitajan_eettiset_ohjeet/etiska_riktlinjer_for_sjukskotar/
- Föreningen för Smärtforskning i Finland rf. (2010). *Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille*.
http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/default.asp?PageID=P03&PPI_ID=1 (hämtat: 21.4.2010).
- Gerdle, B. & Gullacksen, A-C. (2007). Rehabilitering vid långvarig benign smärta – ett biopsychosocialt perspektiv. Ingår i: Jakobsson, U. (red.). *Långvarig smärta*. Polen: Pozkal.
- Granström, V. (2004). Kipu on aina myös korvien välissä. *Duodecim*, 120 (2), 207-211.
- Granström, V. (2009a). Kipu, unettomuus ja masennus. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Granström, V. (2009b). Kipupotilaan mielenterveyden häiriön hoito. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Gullacksen, A-C. (2007). När smärtan blir en del av livet – livsomställning vid långvarig smärta. Ingår i: Jakobsson, U. (red.). *Långvarig smärta*. Polen: Pozkal.
- Hagelberg, N. (2005). Krooninen kipu ja terveyspalvelujen käyttö. *Kipuviesti*, (1), 33-34.
- Hägg, V. (2003). Krooninen kipu ja masennus. *Niveltieto 1*, 32-33.
- IASP Pain Terminology. (2010).
http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728 (hämtat: 4.5.2010).

Kalso, E. (2009). Akuutti ja krooninen kipu. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.

Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, J. & Nissinen, A. (1998). *Kansanterveystiede*. (2-3 uppl.) Finland: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Lee, G.K., Chronister, J., Bishop, M. (2008). The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 51 (3), 177-189.

Linton, S.J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Linton, S.J. & Boersma, K. (2003). Early Identification of Patients at Risk of Developing a Persistent Back Problem: The Predictive Validity of The Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 19 (2), 80-86.

Magnusson, S. & Mannheimer, C. (2008). *Långvarig smärta. Behandling och rehabilitering*. (1. uppl.) Malmö: Holmbergs i Malmö AB.

Mäntyselkä, P. (2004). Krooninen kipu ja koettu terveys suomalaisilla. *Kipuviesti*, (1), 10-11.

Nursing Diagnosis. (2010). *Nursing diagnosis – defining the knowledge of nursing. Frequently asked questions*. <http://www.nanda.org/NursingDiagnosisFAQ.aspx> (hämtat: 27.4.2010).

Pohjolainen, T. (2009). *Fysioterapeutiset menetelmät*. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.

Salanterä, S. & Hovi, S-L. (2000). Sjukskötarens omvårdnad av patienter med smärtor. *Sairaanhoitaja - Sjuksköterskan* 73 (1), 13-14.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. (2006). *Kivun hoitotyö*. Borgå: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sarvimäki, A., Simonsen-Rehn, N., Sandelin Benkö, S. (2003). Pain and quality of life in cancer patients. *Vård i Norden* 69 (3), 4-9.

Statens författningsdata – Finlex. (2004). *Lag om patientens ställning och rättigheter* 17.9.2004/857.

[http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=patienten%201998](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=patienten%201998) (hämtat 3.10.2010).

Stridsberg, M. & Billing, E. (1999). Sjuksköterskornas kunskaper om smärta och smärtbehandling. *Vård i Norden* 19 (1), 41-46.

Thomas, S. (2000). A phenomenologic study of chronic pain. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (6), 683-705.

Thorsteinsson, L. (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing* 11, 32-40.

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., Puukka, P. (2008a). Nursing Advocacy in procedural pain care. *Nursing ethics* 16 (3), 340-362.

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., Puukka, P. (2008b). The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 64(5), 504-513.

Vaartio-Rajalin, H. (2009). *Projektbeskrivning 2009-2010*.
https://intra.novia.fi/images/stories/campus_abo/sociala_omrdet/tag_projektplan_2009-2010.pdf (hämtat: 16.4.2010).

Vainio, A. (2003). *Kipu*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainio, A. (2009). Kroonisen kivun epidemiologiaa. Ingår i: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. (3. uppl.) Kustannus Oy Duodecim.

Vartiovaara, I. (2005). *Terveystä ja ei-terveydestä*. Helsinki: Kirjapaja.

Världshälsoorganisationen. (2007). *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services - concept, framework and organization*.
<http://www.euro.who.int/document/E90777.pdf>
(hämtat: 20.4.2010).

Wasserman, D. (2003). *Depression - en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Finland: WS Bookwell.

Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 20-27.