

Berit Seiger Cronfalk  
Ersta Sköndal Bräcke högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Stigbergsgatan 30  
Box 11189  
100 61 Stockholm

## SLUTRAPPORT EKHAGASTIFTELSEN

Projekt; 2014-84: " Mjuk massage vid smärta; en interventionsstudie bland äldre multisjuka personer på vård- och omsorgsboende"

## **Introduktion**

Föreliggande rapport beskriver äldre personers upplevelser av mjuk massage i syfte att lindra smärta. Rapporten visar att mjuk massage bland annat har fysiologiska effekter på blodtryck och puls och överensstämmer med tidigare forskning i området.

## **Mjuk massage**

Mjuk massage (MM) är ett samlingsbegrepp för metoder som syftar till att ge mjuka men fasta strykningar, lätta tryck- och cirkelrörelser av hudens ytliga strukturer. Begreppet mjuk massage (MM) inkluderar metoder som taktil massage, taktil stimulering, aromamassage, hudmassage och beröringsmassage (SBU, 2002, Fellowes, 2004). I föreliggande studie erbjöds hand eller fotmassage under tjugo minuter av utbildad massageterapeut/vårdpersonal, tre gånger per vecka i tre veckor.

## *Kunskapsläge - nationell forskning*

Nationellt finns idag ett antal studier och avhandlingar inom MM som visat positiva effekter hos olika patientgrupper. Egen forskning (Cronfalk et al., 2009, 2009, 2010) inom palliativ vård visar att patienter och närstående upplevde MM positivt och lyxigt och ett tillskott till vården. Mjuk massage beskrevs generera energi och kraft, skapa trygghet, lindra symtom som smärta, illamående, ångest och oro samt bidra till avslappning (positiva effekter på systoliskt och diastoliskt blodtryck och puls) och lindrad existentiell smärta. Billhult et al (2007), visade att kvinnor under cytostatika behandling för bröstcancer hade positiva effekter av MM avseende illamående och känsla av omhändertagande. Billhult et al., (2009, 2009) har även visat att kvinnor som genomgår radioterapi behandling för bröstcancer och som fick MM hade kortvarigt positiva effekter på NK-cellers aktivitet, systoliskt blodtryck och andningsfrekvens och ångest. Lämås et al, (2009, 2011, 2012) har studerat patienter med förstoppningsproblematik och användning av MM, resultaten visade att MM hade positiv effekt på tarmperistaltik och bidrog till att öka välbefinnande hos patientgruppen. I en studie av Henricson et al (2008) visade man minskad ångest hos patienter som vårdades på intensivvårdsavdelning medan Skovdahl et al. (2007) visade att taktil stimulering kan användas som ett ickeverbalt redskap i kommunikationen

med personer som uppvisar särskilt aggressivt beteende relaterat till demenssjukdom. Vidare har Lindgren et al (2012, 2013) påvisat positiva neurofysiologiska effekter hos kirurgpatienter inför en planerad aortaoperation medan Airoso et al (2011) har visat att personal inom akutvård upplevde att MM reducerade stress och smärta som hälsofrämjande åtgärd. Den senaste forskningen av Skogars et al., (2013) visade att personer  $\geq 65$  år och med Parkinsons sjukdom (PD) som erbjudits MM (Parkytouch) hade kortvarigt positiva effekter på smärta och signifikanta skillnader i kortisol nivåer jämfört med en kontrollgrupp. Däremot påvisades inga långtidseffekter i någon av grupperna (Törnhage, et al, 2013). Internationellt har forskning om massage till äldre personer på sjukhem visat positiva effekter på bland annat vid smärta (McFeeters et al., 2016).

Inom neurofysiologisk forskning har man kunnat identifiera särskilda nervfibrer som aktiveras vid lätt hudberöring sk CT- fibrer (Löken et al., 2009, Björnsdotter et al. 2010, Olausson et al 2002) och som förklarar känslan av välbehag (Triscoli et al., 2013, Sailer et al., 2016). De specifika nervtrådarna som återfinns i hårig hud förbinder sig direkt med den del av hjärnan som styr känslor. Beröring som ges med långsamma och återkommande strykningar på huden stimulerar CT- nerverna och leder till att det upplevs behagligt. Forskning visar också att oxytocin frisätts vid lätt hudberöring, med kända effekter på smärta, spänningar, och avslappning (Ellingsen et al., 2014, Morrison et al. 2010, 2011). Vid smärta hänvisar man till teorin kring "gate kontroll" (Moayed & Davies, 2012) som bygger på kunskaper om hur hjärnans och ryggmärgens kontrollmekanismer styr smärtimpulser till sensoriska parietalcortex.

Trots omfattande nationell forskning om betydelsen av beröring och MM har inga tidigare studier beskrivit effekter av MM hos äldre personer med komplex multisjukdom och smärta.

**Syftet** har därför varit att undersöka upplevelser och korttidseffekter av MM hos äldre personer med multisjukdom och smärta på vård och omsorgsboende.



**Resultatbeskrivning**

Nedan

följer beskrivning av projekts genomförande samt resultat.

**Metod och Design**

Studien har haft kvantitativ och kvalitativ ansats med en cross-over design. Cross-over designen beskrivs inbegripa två scenarios och innebär att informanterna inkluderas till båda grupperna. I föreliggande studie utgörs dessa av interventionsgrupp (G1) och kontrollgrupp (G2). Huvudsyftet med cross-over design är att tillhandahålla en bas för att separera behandlingseffekterna från tids eller period effekter (Wellek & Blettner, 2012).

*Analys och databearbetning*

Analys av kvantitativa data genomförs med icke-parametrisk och parametrisk statistik utifrån typ och fördelning av data. Intervjuerna analyseras med induktiv kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna har transkriberats ord- för- ord av professionell transkriberare. Valet av analysmetoder möjliggör olika nivåer av förståelse för hur MM har upplevts av informanten.

**Genomförande**

Inledningsvis tillfrågades tre verksamhetschefer om intresse att delta i projektet via email och telefonsamtal. Verksamhetscheferna deltog i såväl enskilda informationsmöten med projektansvarig forskare som gemensamma möten. De deltog även i arbetsplatsmöten där personalen informerades om studien. Varje verksamhetschef utsåg även en nyckelperson ansvarig för dialogen om inkludering av personer på respektive boende med projektansvarig forskare, sjuksköterska/massageterapeut. Totalt genomfördes nio enskilda informationsmöten med verksamhetschefer och personal samt tre gemensamma möten.

Projektansvarig forskare anställde studiepersonal, en specialistutbildad sjuksköterska/ massageterapeut och en undersköterska/massageterapeut. Data sammanställning har genomförts av projektansvarig forskare.Handledning och uppföljning av personalen under pågående studie genomfördes 1ggr/vecka. Skriftlig information om studien lämnades till informanterna av omvårdnads-ansvarig sjuksköterska/undersköterska. Projektansvarig forskare ansvarade för den muntliga informationen till

informanterna samt insamlandet av skriftligt samtycke. Forskare i projektet har haft avstämningsmöten och planering för databearbetning och analysarbete som pågår och planeras vara klart våren 2017.

#### *Kontext i vilken studien genomfördes*

Studien genomfördes på i fyra vård- och omsorgsboenden i Stockholm (två vård- och omsorgsboenden hade samma verksamhetschef). Samtliga informanter bodde i eget rum/lägenhet med egna möbler och tillhörigheter. Inledningsvis inkluderades informanter från Boende I; som drevs av Stockholms stad och omfattade 84 lägenheter fördelade på 6 avdelningar. Boendet erbjöd omsorg enligt en individuellt utformad vårdplan. Vård- och omsorgsboendet hade ingen tidigare erfarenhet av MM. Under studiens gång förändrades förutsättningarna för verksamheten och hot om nedläggning och omfattande omorganisation gjorde det omöjligt att slutföra studien som planerat. Det ledde till att den huvudsakliga datainsamlingen gemonörts på två boenden.

Boende (II) finns inom en stiftelsedrivna verksamhet där centrala begrepp som hopp, tillit, kontinuitet och självständighet utgör värdegrunden för verksamheten. Vård och omsorgsverksamheten omfattar 99 lägenheter fördelade på 5 plan. Verksamheten har kännedom om MM men använder inte metoden i omvårdnadsarbetet. Verksamheten bedrivna även geriatrisk vård och rehabilitering, specialiserad palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) samt neurologisk- och kirurgisk rehabilitering. I verksamheten finns även en forskningsenhet som i huvudsak bedriver forskning i samarbete med bland annat Karolinska Institutet.

Boende (III) finns inom en stiftelsedrivna verksamhet med kristen värdegrund och människosyn. Stiftelsens uttalade värdegrund rör medmänsklighet och människors lika värde i samhället. Det valda vård- och omsorgsboendet har 96 lägenheter på 6 plan och har lång erfarenhet av att erbjuda MM. Stiftelseorganisationen driver omfattande verksamheter i södra och mellersta Sverige. Verksamheten bedriver vård inom äldreomsorg, palliativ vård, ASiH, och neurologisk rehabilitering.

Boende IV är del av den stiftelsedrivna verksamheten beskriven ovan och inkluderades i studien under 2016. Verksamheten har totalt 50 platser

fördelat på fem plan med såväl somatisk vård av äldre personer som vård av personer med demenssjukdomar.

#### *Inklusionskriterier*

Äldre personer med multisjukdom enligt Socialstyrelsens och Äldrecentrums definitioner av multisjuklighet (2013, 2010), samt med smärtproblematik inkluderades enligt följande kriterier: (1) äldre personer på vård- och omsorgsboende (2) med två eller fler diagnoser, (3) uppgav att de led av smärta, (4) hade förmåga att själva ge samtycke att delta i studien, (5) förstod i tal och skrift det svenska språket.

#### *Exklusionskriterier*

Kriterier för exklusion var äldre personer med kognitiv dysfunktion relaterad till demens eller annan neurologisk sjukdom, pågående farmakologisk behandling och palliativ sedering där den äldre blivit bedömd enligt Liverpool Care Pathway (LCP) for Dying patients (Elleshaw, 2007). LCP var tidigare ett integrerat dokument som användes under den alla sista tiden i livet. Detta dokument har idag ersatt i Sverige av the Nationella Vård Programmet i Palliativ vård (2016).

#### *Datainsamling*

Data samlades vid fem mätpunkter; baslinje, under första treveckorsperioden, efter periodens slut, under den andra 3 veckorsperioden, efter periodens slut. Varannan- principen avgjorde i vilken grupp informanterna inledde sitt deltagande; G1 där hand- eller fotmassage gavs tre gånger per vecka i tre veckor (ca 20 minuter) eller G2 där besök av massageterapeut/sjuksköterska motsvarande 20 minuter. Efter tre veckor "vilade" informanterna under så kallad "wash-out period", därefter bytte informanterna grupp från G1 till G2 alternativt G2 till G1. Detta innebar att alla informanter fick massage.

Datainsamling I; Vid baslinjen samlades demografiska data in avseende; kön, ålder, social status, diagnoser och medicinsk behandling. Cirka två dagar innan studiestart besvarade deltagarna frågor rörande olika symtom genom att skatta;

- **Pain-O-Meter**(POM) ett smärtskattningsinstrument innehållande en kroppskarta där informanten själv eller med hjälp av personal/närstående

ritade in aktuella smärtområden och grad av smärta 0-5 (5 svår smärta).

- **The Minimal Insomnia Symptom Scale** (MISS), registerade sömnvanor och aktivitet.

- **Hospital Anxiety and Depression** (HAD) för att undersöka grad av ångest och depression. Samtliga instrument är validitetstestade för svenska förhållanden.

- **Edmonton Assessment Scale** (ESAS) ett symtomskattningsinstrument för symtomen; smärta, illamående, ångest, oro, sömn, fatigue (outhärdlig orkeslöshet)

#### *Datainsamling II och IV*

##### **G1 dag 1-9**

Massageterapeut/sjuksköterska gjorde tillsammans med informanten ett tidsschema för massagen (tre veckor). Detta för att undvika mattider och andra inplanerade aktiviteter. Hand eller fotmassage gavs med långasamma strykningar, cirkelrörelser och tryck enligt ett strukturerat mönster i ca 20 minuter/ tre gånger per vecka. Vid massagetillfället låg informanten i sin egen säng eller satt i en bekväm fåtölj med en filt om sig. Massageterapeuten gav kort information om massagen vid varje tillfälle samt efterfrågade hur den senaste massagestunden upplevts. Blodtryck och puls registreras före och efter interventionen med en automatisk blodtrycksmätare. Dessutom ombads informanten att skatta smärta, ångest och sömn.

##### **G2 dag 1-9**

I G2 fick informanten besök under 20 minuter av massageterapeut /sjuksköterska som registrerade blodtryck och puls vid besökets början och slut med automatisk blodtrycksmätare. Informanten ombads skattade smärta, ångest och sömn vid ett tillfälle under besöken. Kontrollbesöken genomfördes i huvudsak efter lunchen då deltagarna låg till sängs och vilade. Efter wash-out veckan bytte informanterna grupp dvs G1 till G2 och vise versa (Se figur 1). Samma process som ovan.

#### *Datainsamling III*

Sista behandlings/kontrolldagen fyllde deltagarna i samma skattningsformulär som vid baslinjemätningen.





#### *Datainsamling IV*

Efter avslutad studie genomfördes intervjuer. Avsikten med intervjuerna var att låta informanterna beskriva sina upplevelser av att få MM. Öppna intervjufrågor ställdes som följdes upp av stickfrågor/kommentarer med möjlighet till reflektion och återkoppling. Frågor ställdes rörande smärta och eventuella andra symtom samt attityder till fysisk närhet och beröring.

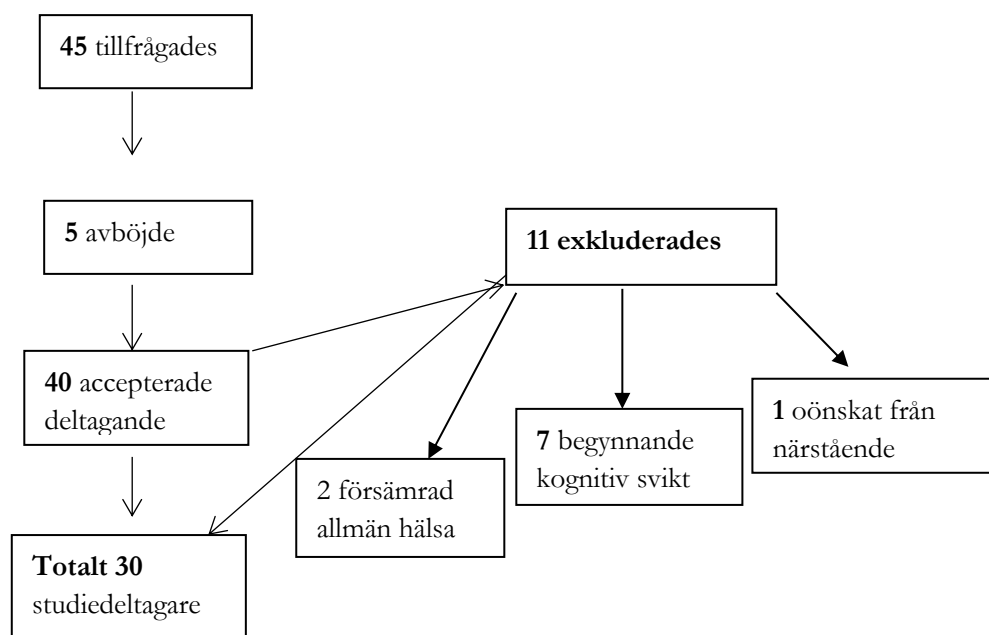
#### **Etik**

Väsentliga etiska överväganden har beaktats då studien har inkluderat äldre personer med multisjukdom och smärta i livets slutskede. Avgörande har varit att samtliga erbjöds MM, i ett skede i livet där sjukdom och smärta tydligt påverkar välbefinnande och välmående hade det varit oetiskt att exkludera en grupp deltagare från att erbjudas MM. En annan viktig aspekt var den information som gavs inför ett eventuellt deltagande i forskningsstudien. Projektansvarig forskare och studiepersonal la därför betydande tid till att informera, både skriftligt och muntligt. Det lades även vikt vid och omsorg om att närstående skulle känna sig informerade om studien och den äldre personen uppmanades att låta närstående ta del av den skriftliga informationen. I informationen angavs telefonnummer och e-mail adress till projektansvarig forskare för kontakt. Två närstående kontaktade forskaren för att informera om aktiviteter de planerat med sin anhöriga. Personalen uppmanades även att hänvisa närstående till projektansvarig om frågor skulle uppstå. Bland de äldre som deltog i studien framkom inga behov av förtydliganden efter den givna informationen. Studien är godkänd av Etikprövningsnämnden vid Karolinska Institutet Dnr: 2014/593-31/2.

## Resultat

Samtlig data är bearbetad och sammanställd. Initialt planerades inklusion av personer  $\geq 85$  år. På verksamheterna vid tiden för datainsamling fanns få personer med  $\geq 85$  år varför beslut togs att inklusionskriteriet ålder  $\geq 85$  år skulle upphävas. Totalt tillfrågades 45 personer om att delta i studien, alla mötte de givna inklusions- och exklusions kriterierna. Fem personer avböjde deltagande, den huvudsakliga orsaken var skör hälsa. Fyrtio personer inkluderades därmed i studien. På grund av försämrat hälsotillstånd, oönskat deltagande från närstående och begynnande kognitiv nedsättning exkluderades 10 informanter. Totalt valde trettio informanter att delta i studien varav tjugofyra kvinnor och sex män (se figur 2).

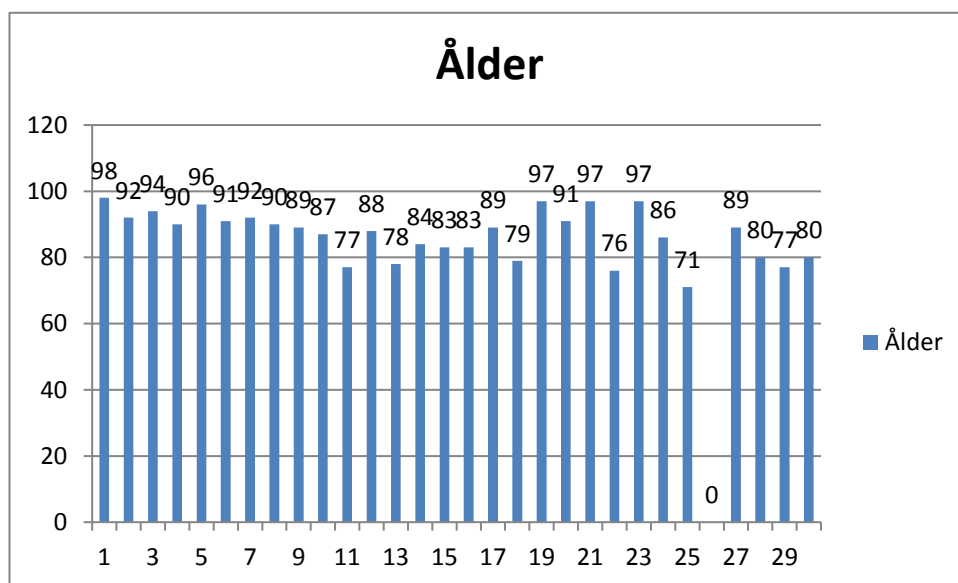
Figur 2.



### Sammanställning av demografisk data

Totalt inkluderades tjugofyra kvinnor och sex män i åldrarna 71- 98 år, en kvinna tackade ja, med avbröt deltagandet efter tre massagetillfällen på grund av depression.

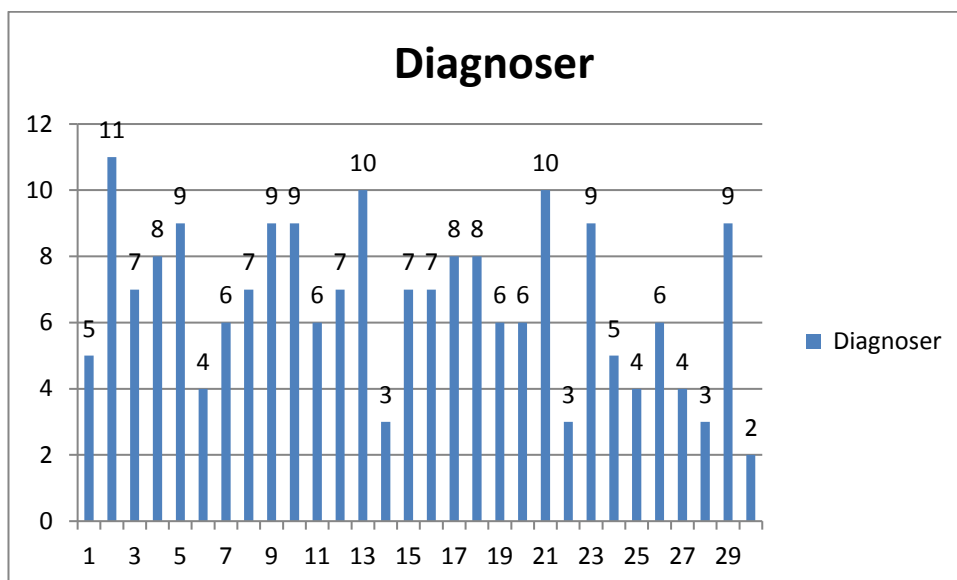
Tabell 1. Informanternas ålder



Totalt uppgav en tredjedel av informanterna att de var ensamstående. Drygt hälften av kvinnorna var änkor. Drygt en tredjedel av informanterna uppgav högre utbildningsnivå än grundskola och folkskola. Hälften av Informanterna uppgav att de hade tidigare erfarenhet av att få massage.

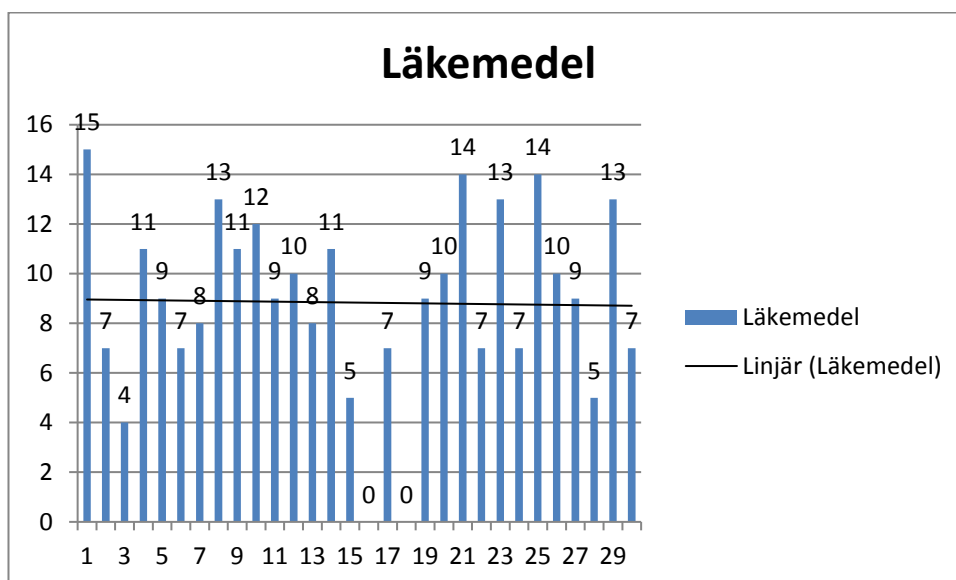
Resultatet visar att informanterna i medeltal hade sex olika diagnoser med en variation på 2-10 (se tabell 2).

Tabell 2. Antal diagnoser

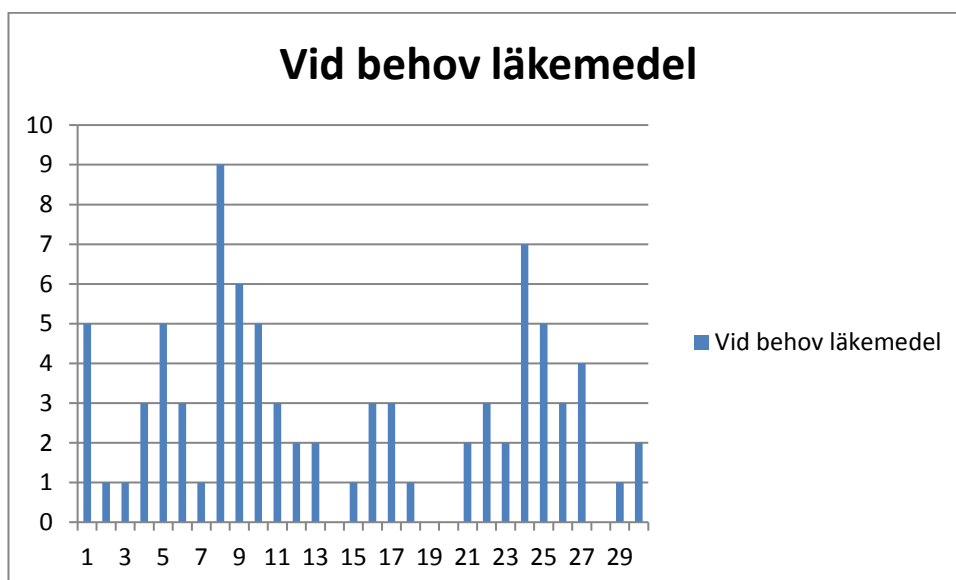


Antal ordinarie läkemedel varierade, i medeltal hade informanterna 8 förskrivna läkemedel. Till detta tillkom så kallad vid behovsläkemedel med variation mellan 0-9, i medeltal 3 läkemedel. (se Tabell 3 och 4).

Tabell 3. Ordinarie läkemedel



Tabell 4. Vid behov läkemedel



Vanligaste smärtlokalisering uppgavs vara rygg, bål, ben och armar. Det vanligast förekommande läkemedlet vid smärta var Tablett Alvedon 500 mg x 2. Inför studistart skattade tjugofem informanter medel till svår smärta vid baslinjemätningen.



### *Mjuk Massage*

Drygt hälften av informanterna uppgav att hade tidigare erfarenheter av att få massage. Övervägande antal deltagare (n24) valde handmassage. Massage gavs huvudsakligen i informantens säng, enstaka informanter valde att sitta i en skön fåtölj.

De fysiologiska parametrarna blodtryck och puls påverkades under MM interventionen. På individnivå registrerades markanta skillnader i det systoliska och diastoliska blodtrycket före och efter massagebehandlingen. Smärta skattades lägre efter massage än före, detsamma gällde ångest och oro.

Kvantitativ data visar entydigt positiva effekter både på fysiologiska parametrar och skattning av smärta, ångest och sömn.

Resultat från de kvalitativa intervjuerna visar att MM upplevdes positivt och att interventionen hade effekt på smärta. Nedan följer några citat för att tydliggöra detta.

*"Det är i tårna och sedan vi började med massage har det blivit bättre och bättre och nu är jag besvärsfri... Förut fick jag flera gånger om dagen lägga på smärtstillande salva men nu är jag...Ja, då hade jag så ont i tån, i tredje tån på båda händer... hä... fötter. [I: Ja] Men det är borta!" (kvinna)*

*"... det är ju intressant att massage bara av fötterna kan påverka hela kroppen" (kvinna)*

*"... möjligen kan man göra reflektionen att det är märkligt med kroppen som har så många aspekter till känslor att lilla foten, som man tycker ska vara en sån avgränsad del av kroppen, att den kan sprida känslor i så stor del av kroppen, hela kroppen, helt enkelt. Det är en reflektion jag får" (man)*

*"... jag känner att denna människa ägnar sig åt mig. Det ger... det ger ro, bara de..."(man)*

Resultat från intervjuerna antyder även att massageinterventionen upplevdes positivt. Även besöket och kontakten med massageterapeuten oavsett om det var i G1 eller G 2 upplevdes positivt. I båda grupperna beskrevs deltagandet i studien som ett avbrott i vardagen som var trevligt och betydelsefullt.

Kontrollgruppens fysiologiska parametrar motsvarade de från baslinjebedömningen och påverkades inte nämnvärt av besöket. Inte heller sågs nämnvärda effekter på smärta, ångest och sömn i de skattningar som gjordes. Däremot framkom betydelsen av uppmärksamhet tydligt under besöket.

Kvantitativ data stärker deltagarnas kvalitativa upplevelse av att få massage. Tydligt är att blodtryck och plus påverkas positivt under massagestunden i G1 jämfört med G2 vilket tyder på att den avslappning som deltagarna upplevde kan fysiologiskt verifieras. Lindring av smärta och förbättrad sömn samt ökat välbefinnande beskrivs också. Resultat från de kvalitativa intervjuerna och den kvantitativa datainsamlingen kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter.

### *Personal*

I studien ingick massageutbildad personal, inledningsvis en sjuksköterska och senare en undersköterska. Uppföljning av studien progress vid veckovisa möten tillsammans med ansvarig forskare. Forskargruppen har haft fysiska och virtuella möten under tiden data insamlats. I analysarbetet intensifieras nu samarbetet med återkommande möten under våren.

### **Diskussion**

Nedan följer en metodologisk diskussion samt resultatdiskussion.

#### *Metoddiskussion*

Val av design och analysmetod bör ses utifrån att studier där äldre personer med multisjukdom och smärtproblematik inkluderats är sparsamt dokumenterade. Studiens design möjliggjorde att samtliga informanter fick ta del av MM. Andra viktiga aspekter att beakta med cross-over design är enligt Wellek och Blettner (2012) betydelsen av att separera data i de båda grupperna för att tydligt kunna utvärdera behandlings-effekterna. Wellek & Blettner (2012) hävdar att cross-over studier där analyserna inte är separerade försvagar det vetenskapliga värdet. Ett argument mot cross-over design skulle i den föreliggande studien kunna vara att deltagandet var omfattande i tid, totalt sju veckor.

Initialt var ett kriterium för inklusion att den äldre personen skulle vara äldre än 85 år. Det visade sig dock svårt att uppfylla då flertalet personer som var aktuella för studien var yngre. En möjlig analys kan vara att det är de allra sjukaste som bor på vård- och omsorg oavsett ålder. I tidigare rapporter (Larsson & Szebehely, 2000), Socialstyrelsen, 2013,) framkom att endast 12.9 % av äldre över 80 år bodde på vård- och omsorgsboende 2013. Rapporten visar att sex månader efter inflyttning till vård- och omsorgsboende hade 22% avlidit och efter tolv månader har andelen ökat till 33%. Andelen kvinnor som avlider under det första året är högre än för män. Antalet dödfall i gruppen äldre över 80 år

kan därför utgöra en förklaring till svårigheten att finna personer över 85 år till studien.

Organisatoriskt är det en utmaning att genomföra ett forskningsprojekt inom en vårdkultur där det finns lite eller sparsamt med erfarenhet av forskning. I föreliggande studie hade forskningsansvarig tidigare erfarenheter av att arbeta med forskning i liknande organisationer vilket möjligen bidrog till förståelsen för hur information skulle spridas och följas upp.

En allvarlig och försvårande omständighet i studien har varit den oväntade omorganisationen av ett vård- och omsorgsboende. Initialt handlade det om att helt lägga ner boendet men ett förändrat beslut ledde till att det blev ny upphandling. För studien innebar det att vi ett halvt år in i studieprocessen var tvungna att avsluta deras deltagande i studien. Ett nytt vård- och omsorgsboende identifierades men hade svårigheter organisatoriskt att delta under det första året.

### *Personal*

Vid studiens start och de första sex månaderna anställdes en välmeriterad sjuksköterska/massageterapeut till studien. Därefter anställdes en undersköterska/massageterapeut från en av verksamheterna. Undersköterskans kännedom om verksamheten möjliggjorde att ett stort antal äldre personer kunde inkluderas i studien.

Personal och chefer i två av verksamheterna har varit positivt intresserade och aktiva i samarbetet kring studien. Sjuksköterskor och läkare har varit behjälpliga i att delge forskaren de data som efterfrågats (demografisk data, läkemedelslistor samt diagnoser). Ett stort intresse har funnits under hela studieperioden från verksamheterna. Den verksamhet som tillkom sist hade inte de organisatoriska möjligheterna att delta fullt ut, mycket på grund av bristande chefskap. Sammanfattningsvis har studien i huvudsak kunnat genomföras som planerat.

### *Resultatdiskussion*

Resultaten från studien kommer att bidra med nya kunskaper om hur äldre personer med multisjukdom och smärta upplever lindring av symtom och ökat välbefinnande i samband med att de fått MM. Resultaten överensstämmer med tidigare forskning inom andra vårdområden vilket ytterligare stärker evidensen kring MM (Billhult et al, 2007, 2009, Björnsdottir et al, 2010, Cronfalk et al., 2009, McFeeters et al., 2016, Skogar et al 2013). Intervjuerna visar att tjugo minuters hand- eller fotmassage gav positiva effekter och det finns skäl att tro att MM till den avsedda målgruppen har kumulativa effekter framför allt på välbefinnandet.



Det är därför viktigt att förbättra personalens kunskaper om hur MM kan användas vid smärta och för att nå ökat välbefinnande. Enligt Dwyer et al., (2010) är personalens bristande kunskaper om hur äldre personer upplever smärta den främsta orsaken till att bristande eller otillräcklig smärtlindring ges. Blomdal & Halldorsdóttir, (2009) menar att sjuksköterskors kunskaper om smärta och olika smärttillstånd kan vara vägledande för hur läkare skall kunna ordinera medicinsk smärtbehandling och att bristande kunskaper hos sjuksköterskor påverkar den äldre personen livssituation. Dessutom krävs att såväl läkare som sjuksköterskor ökar förståelsen för och kunskaperna om att smärta förändras med stigande ålder (Pain Clinical Update, 2006). Enligt Gudmannsdóttir & Halldorsdóttir (2009) kan existentiell smärta och lidande hos äldre med kronisk smärta utgöra en del av smärtproblematiken och som kan vara svår att överblicka. Orsaker som förlust av kära personer, hemmet och den sociala kontexten kan enligt författarna bidra till att smärta får en kumulativ upplevelse som för sjuksköterskor och vårdpersonal kan vara svår att förstå.

Den kvalitativa analysen utgår från förståelsen om människans olika existentiella dimensioner i livet, vid sjukdom och död enligt Yalom (1980). Särskilt intressant är att koppla det till Gudmannsdóttir & Halldorsdóttir (2009) studie där de existentiella utmaningarna rörande isolering och ensamhet samt meningslöshet och meningsfullhet tydliggörs i relation till hur välbefinnandet upplevs. Enligt Yalom (1980) återspeglar existentiell isolering betydelsen av den egna existensen och beskrivs därför som en konstant känsla av isolering oavsett social kontext eller umgänge. Den teoretiska förståelsen för fysisk beröring är kopplad till vår inre kärna av existens. Detta blir särskilt tydligt vid hög ålder, och mot bakgrund av att fysisk beröring är kopplad till vår existens borde MM kunna bidra till känslor av ökat välbefinnande.

Med en allt tydligare evidens kring effekter av MM blir strategier för implementering allt viktigare på vård- och omsorgsboenden. Ett exempel skulle kunna vara att låta redan massageutbildad personal leda förändringsprojekt samt att följa upp med strukturerade och systematisk utvärdering av personalens arbete, kontinuerlig handledning och långsiktig uppföljning av verksamheten.

### *Etiska reflektioner*

Att inkludera äldre och sköra personer med multipla symtom och sjukdomstillstånd kan vara utmanande. Ett välbekant begrepp och en vanligt förekommande attityd hos personal och närstående inom olika vårdkontexter är gate-keeping. Det vill säga att man avser att med goda intensjoner skydda en patient eller anhörig. Det kan exempelvis vara att man som närstående har en uppfattning om att den anhöriga är så sjuk eller svag att man inte önskar att personen ska bli utsatt för händelser utöver det förväntade. I föreliggande studie exkluderades en studiedeltagare på grund av att den närståendes uppfattning fick råda istället för att vi lyssnade på patientens önskan. Ytterligare en

närstående begärde uppgifter om schema och specifika tider samt att forskaren skulle kontakta den närstående regelbundet.

Etiska dilemman och diskussioner om lämplighet att inkludera sjuka och äldre personer kan uppstå mellan olika kategorier personer, närstående, personal och forskare. Det är därför viktigt att ge fortlöpande information och visa en vilja att förstå. Det är även viktigt att förstå att personer som deltar själva vill bidra för att det också kan hjälpa andra (Gyles et al., 2008).

#### *Sammanfattning och slutsats*

Mjuk massage togs emot väl av samtliga deltagare. Massagestunden upplevdes öka välbefinnandet och ge smärtlindring samt minska ångest och sömnproblem. Studien bidrar till att ytterligare öka evidensen kring MM positiva effekter, nu även bland äldre och multisjuka personer. Resultatet kommer att bidra till ökade kunskaper i ett område där vetenskaplig dokumentation ännu är sparsam. Resultatet kan även motivera användningen av MM i vården och omsorgen av de allra sjukaste äldre. En reflektion som behöver beaktas är att frågeformulär och skattningsskalorna i denna studie i huvudsak var framtagna för yngre personer. En utmaning blir därför att anpassa instrument och skattningsskalor till den äldre persons behov för att de i större utsträckning skall kunna delta i forskningsprojekt.

Resultat av föreliggande studie kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter samt presenteras på den 5:e Nationella konferensen i Palliativ vård, 2018.

## Referenser

Airosa F., Andersson SK., Falkenberg T., Forsberg C., Nordby- Hörnell E., Ohlen G., Sundberg T. Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care- a qualitative study. BMC Complement Altern. Med. 2011. Oct 1:11:83.

Billhult, A., I. Bergbom, and E. Stener-Viktorin, Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. J Altern Complement Med, 2007. 13(1): p. 53-7.

Billhult, A., Määttä, S. Light pressure massage for patients with severe anxiety. Complement Ther Clin Pract, 2009. May;15(2):96-101.

Billhult, A., Lindholm, C., Gunnarsson, R., Stener-Viktorin, E. The effect of massage on immune function and stress in women with breast cancer- a randomised controlled trial. Auton Neurosci, 2009. Oct 5;150(1-2):111-15.

Björnsdóttir M., Morrison I., Olausson H. Feeling good: and the role of C fiber mediated touch in interoception. Exp Brain Res. 2010. 207 (3-4):p 149-55.

Blomdal K., Halldorsdóttir S. The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. Journal of Clinical Nursing, 2009; 18, 2897–2906.

Broman JE, Smedje H, Mallon L, Hetta J. The Minimal Insomnia Symptom Scale (MISS): a brief measure of sleeping difficulties. Ups J Med Sci. 2008; 113(2):131-42.

Bruera, E., Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. et al., The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care, 1991. 7(2): p. 6-9.

Cronfalk, B.S., P. Strang, and B.M. Ternstedt, Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care. J Clin Nurs, 2009. 18(15): p. 2225-33.

Cronfalk, B.S., et al., The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care—an intervention. Support Care Cancer, 2009. 17(9): p. 1203-11.

Cronfalk, B.S., B.M. Ternstedt, and P. Strang, Soft tissue massage: early intervention for relatives whose family members died in palliative cancer care. J Clin Nurs, 2010. 19(7-8): p. 1040-8.

Davies E. What are the palliative care needs of older people and how might they be met? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report (2004); <http://www.euro.who.int/Document/E83747.pdf>, accessed [day

month year].

Dwyer LL., Hansebo G., Andershed B., Ternestedt BM. Nursing home residents' views on dying and death: nursing home employee's perspective. *Int J Older People Nurs.* 2011 Dec;6(4):251-60.

Ellershaw, J., Care of the dying: what a difference an LCP makes! *Palliat Med*, 2007. 21(5): p. 365-8.

Ellingsen D\_M., Wessberg J., Chelnokova O., Olausson H., Laeng B., Leknes S. In touch with your emotions: Oxytocin and touch change social impressions while others' facial expressions can alter touch. *Psychoneuroendocrinology*, 2014 39, 11—20

Fellowes, D., K. Barnes, and S. Wilkinson, Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004(2).

Gaston-Johansson F. Measurement of pain; the psychometric properties of the Pain- o. Meter, a simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care practices. *J. Pain Symptom Management*. 1996;12(3):172-181.

Gibson SJ. Dostrovsky JO, et al. (Eds). *Proceedings of the 10th World Congress on Pain, Progress in Pain Research and Management*, Vol. 24. Seattle: IASP Press, 2003, pp 767-790)

Gysels, M., C. Shipman, and I.J. Higginson, "I will do it if it will help others:" motivations among patients taking part in qualitative studies in palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 2008. 35(4): p. 347-55.

Graneheim UH., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24 (2):105-12. Review

Gudmannsdóttir GD., Halldorsdóttir S. Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009; 23; 317–327.

Henricson, M., et al., Enjoying tactile touch and gaining hope when being cared for in intensive care--a phenomenological hermeneutical study. *Intensive Crit Care Nurs*, 2009. 25(6): p. 323-31.

International Association of Study of Pain (IASP); Pain Clinical Update. Vol XIV, No 3, 2006 (<http://iasp.files.cms-lus.com/Content/Contentfolders/Publications2/PainClinical>)

Updates/Archives/PCU06-3\_1390263667309

Larsson K., & Szebehely M. Äldreomsorgens utveckling Äldres levnadsförhållanden Kapitel 16 – Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna, Statistiska centralbyrån och Umeå universitet, 2000. 411-420.

Lamas, K., et al., Effects of abdominal massage in management of constipation--a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 2009. 46(6): p. 759-67.

Lamas, K. Using massage to ease constipation. *Nurs Times*, 2011. Feb 1-7; 107(4): 26-7.

Lamas, K., Graneheim, UH., Jacobsson, C. Experiences of abdominal massage for constipation. *J Clin Nurs*. 2012. Mar;21(5-6):757-65.

Lindgren L., Westling G, Brulin C., Lehtipalo S., Andersson M., Nyberg L. Pleasant human touch is represented in pregenual anterior in cingulate cortex. *Neuroimage*, 2012. Feb 15;59 (4): 3427-32.

Lindgren L., Lehtipalo S., Windsö O., Karlsson M., Wiklund U., Brulin C. Touch massage: a pilot study of a complex intervention. *Nurs. Crit. Care*, 2013. Nov; 18(6): 269-77.

Löken, L.S., Wessberg J, Morrison I, McGlone F, Olausson H Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans. *Nat Neurosci*. 2009, May;12(5):547-8.

Moayed M., Davis KD. Theories of pain: from Specificity to gate Control: *J Neurophysiol*. 2012 Oct.

Morrison I., Löken L.S., Olausson H. The skin as a social organ. *Ex Brain Res*. 2010, 204 (3):p 301-5.

Morrison, I., Löken, L.S., Minde, J., Wessberg, Perini, I., Nennesmo, I., Olausson, H. Reduced C-afferent fibre density affects perceived pleasantness and empathy for touch. *Brain* 2011; 134; 1116–1126.

Olausson, H., Lamarre Y, Backlund H, Morin C, Wallin BG, Starck G, Ekholm S, Strigo I, Worsley K, Vallbo AB, Bushnell MC. Unmyelinated tactile afferents signal touch and project to insular cortex. *Nat Neurosci*, 2002. 5(9): p. 900-4.

Palliativ Vård i livets slutskede. Nationellt Vårdprogram, 2016

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2010:7. Gunner, U., Norén, D., Bowin, R. Brinne, A. Äldreteam – Vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka och multisjukande äldre mellan primärvården, Gävle

kommun och Gävle sjukhus.

Sailer U., Triscoli C., Häggblad G., Hamiltone P., Olausson H., Croy I. Temporal dynamics of brain activation during 40 minutes of pleasant touch. *NeuroImage* 139 (2016) 360–367.

SBU-alert, Mjuk massage vid demenssjukdom. 2002.

Skovdahl K., Sörle V., Kihlgren M. Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies; an intervention study in dementia care. *Int. Journal of Older People Nursing*, 2007. Sep; 2(3); 162-70.

Skogar Ö, ”The Parkytouch study”. On the effects of Tactile Touch in Parkinson Disease patients. Akademisk avhandling, Karolinska institutet, Stockholm, Sverige, 2013.

Socialstyrelsen. Väntetider och patientens väg genom vården – exempel. 2013

Strang P., Beck-Friis B. Palliativ medicin och vård, Liber. 2012.

Triscoli, C., Olausson, H., Sailer, U., Ignell, H., Croy, I. CT-optimized skin stroking delivered by hand or robot is comparable. *Front Behav Neurosci*. 2013. Dec 18;7:208

Törnhage CJ., Skogar Ö., Borg A., Larsson B., Robertsson L., Andersson L., Andersson L., Backström P., Fall PA., Hallgren G., Bringer B., Carlsson M., Lennartsson UB., Sanbjörk H., Lökk J. Short- and long- term effects of Tactile massage on salivary cortisol concentrations in Parkinson´s disease; a randomised controlled pilot study  
*BMC Complement Altern Med*, 2013, Dec 13,13: 357.

Wellek S. & Blettner M. On the Proper Use of the Crossover Design in Clinical Trials Part 18 of a Series on Evaluation of Scientific Publications *Deutsches Ärzteblatt International* | *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(15): 276–81.

Yalom, I.D., *Existential Psychotherapy*. 1980, New York: Basic Books.

Zigmond AS., Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand.* 1983;67:361-370.