



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

MYTER ELLER BARA REN OKUNSKAP?

En litteraturstudie om sjuksköterskans pedagogiska roll vid farmakologisk smärtlindring av cancersjuka

Hans Oskarsson
Martin Sundell

Examensarbete i omvårdnad
40-61 poäng
Sjuksköterskeprogrammet
januari 2006

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
E-post: postmaster@hs.mah.se

MYTER ELLER BARA REN OKUNSKAP?

En litteraturstudie om sjuksköterskans pedagogiska roll vid farmakologisk smärtlindring av cancersjuka

Hans Oskarsson
Martin Sundell

Oskarsson, H & Sundell, M. Myter eller bara ren okunskap, En litteraturstudie om sjuksköterskans pedagogiska roll vid farmakologisk smärtlindring av cancersjuka. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Smärtlindring av cancersjuka är ett komplext och mångfacetterat område då cancer inte bara drabbar kroppen utan även själen. För att sjuksköterskan skall kunna smärtlindra patienter på ett så effektivt sätt som möjligt måste eventuella barriärer forceras genom pedagogik. Tio vetenskapliga artiklar har använts i denna litteraturstudie för att kartlägga en del av de barriärer en sjuksköterska kan stöta på i sitt pedagogiska arbete vid smärtlindring av cancersjuka, samt på vilka sätt dessa kan forceras. Resultatet visade att för att sjuksköterskan ska kunna fungera som pedagog i omvårdnaden av patienter så måste han/hon ha goda baskunskaper samt förmågan att se vilka kunskapsbehov som finns hos patienten. Resultatet visar även vikten av att patienten har god kunskap om farmakologisk smärtlindring.

Nyckelord: barriärer, cancer, kunskap, litteraturstudie, pedagogik, smärta, utbildning.

MYTHS OR PURE IGNORANCE?

A review concerning the nurse's teaching-role in pharmacological pain management of cancer patients

Hans Oskarsson
Martin Sundell

Oskarsson, H & Sundell, M. Myths or pure ignorance? A review concerning the nurse's teaching-role in pharmacological pain management of cancer patients. *Degree project, 10 credit points*. Nursing programme, Malmö university: Health and Society, Department of Nursing, 2006.

Pain management of cancer patients is a complex and multifaceted area since cancer does not only affect the body but also the soul. In order for the nurse to be able to ease the patients' pain as efficiently as possible, eventual barriers must be removed by using pedagogy. Ten scientific articles have been used for this review to be able to map some of the barriers a nurse might come across in his/her teaching-role in cancer pain management, as well as in what way these barriers can be removed. The result showed that, in order for the nurse to function as a teacher in the caretaking of patients he/she must possess good basic knowledge as well as the ability to acknowledge the patients need for knowledge. The result also showed the importance of patient's knowledge regarding pharmacological cancer pain management.

Keywords: barriers, cancer, education, knowledge, pain, review, teaching

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Smärta	5
Definition	5
Smärtfysiologi	6
Cancerrelaterad smärta	7
Prevalens	7
Orsaker som leder till smärta vid tumörsjukdom	7
SMÄRTBEHANDLINGAR	8
Kausal behandling	9
Farmakologisk behandling	9
Analgetika	9
Icke opioider	9
Svaga opioider	9
Starka opioider	10
Adjuvanta farmaka	10
Peroral, transdermal och invasiv behandling	10
Profylaktisk behandling	11
Övriga behandlingar	11
Allmän omvårdnad	11
SJUKSKÖTERS KANS PEDAGOGISKA ROLL	11
Definitioner	12
Undervisning	12
Information	12
Samtal	12
Undervisning	12
Eliminering av barriärer	14
ANHÖRIGA	14
LAGAR OCH FÖRFATTNINGAR	14
SYFTE	15
METOD	15
Artikelsökning	15
Artikelgranskning	16
Databearbetning	17

RESULTAT	17
Vårdpersonals kunskap/okunskap och attityder	17
Patienters kunskaper, uppfattningar och attityder	18
Patienters upplevelse	19
Utbildning av patienter	19
Smärtrapportering	20
Läkemedelshantering	21
Anhöriga	21
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	23
Vårdpersonals kunskap/okunskap och attityder	23
Patienters kunskaper, uppfattningar och attityder	24
Patienters upplevelse	25
Utbildning av patienter	27
Smärtrapportering	28
Läkemedelshantering	29
Anhöriga	30
SLUTSATS	30
REFERENSER	32
BILAGOR	34
Bilaga 1	35
Bilaga 2	37
Bilaga 3	41

INLEDNING

Sjuksköterskans yrkesroll som samordnare för insatser av all inkopplad personal och eventuella närstående, ger honom/henne en nyckelroll vid smärtlindring. Det är väldigt viktigt att ta vara på alla olika intryck som personalen får vid arbete med patienten. Alla i personalen ser, hör och uppfattar patienten på olika sätt, läkaren vid undersökning eller rond, undersköterskan i den allmänna omvårdnaden, sjukgymnast, arbetsterapeut vid fysisk aktivitet med mera. Sammanställningen av all denna information är ett värdefullt verktyg vid smärtlindring. En sådan sammanställning har sjuksköterskan möjlighet att utföra tack vare sin unika yrkesroll med sitt breda kontaktnät (Killander m fl, 1999).

Smärtlindring av cancersjuka är en komplex och multidimensionell uppgift. För att göra denna uppgift mer lätthanterlig måste sjuksköterskan veta vilka verktyg som finns att tillgå. Denna litteraturstudie avser att belysa sjuksköterskans pedagogiska arbete vid farmakologisk smärtlindring. Pedagogik innehåller verktyg som informationsgivning, kommunikation och samtal. Dessa verktyg är oundgängliga i arbetet att få till stånd en fungerande smärtlindring åt cancersjuka personer.

BAKGRUND

Bakgrunden inleds med en beskrivning av smärta, smärtfysiologi och cancerrelaterad smärta. Vidare beskrivs smärtbehandlingar med tyngdpunkt på farmakologisk behandling. Slutligen beskrivs sjuksköterskans pedagogiska roll samt problem vid smärtlindring vars lösning man ofta hittar genom kunskap och lärdom.

Smärta

Ingen har rätt att ifrågasätta andras smärtupplevelser eller smärtekänslighet. Att till exempel prata nedsättande om en smärtdrabbads låga smärtröskel är förkastligt, det kan aldrig bedömas som individens fel hur ont han/hon har (Killander m fl, 1999).

Definition

Smärta är en obehaglig, sensorisk och emotionell upplevelse förknippad med konstaterad eller potentiell vävnadsskada eller som beskrivs i sådana termer (International Association for Study of Pain (IASP), 2005).

Smärta är något som alltid är individuellt och kan inte upplevas av någon annan än den personen som har ont. Det finns inte några objektiva instrument för att kunna mäta smärta utan det blir alltid till slut en tolkningsfråga för sjuksköterskan (Almås, 2002).

Smärtfysiologi

Smärtsinnet har jämfört med de andra sinnen en särställning i kroppen på grund av dess skyddande roll mot allvarliga eller livshotande skador. Vid avsaknad av smärtsinne kan det på kort tid uppkomma omfattande vävnadsskador och efterföljande, svåra infektioner

Smärtor kan delas in i *akuta* och *långvariga* smärtor. Akuta smärtor fungerar som en effektiv varningssignal vid till exempel skärsår eller brännskador. Den akuta smärtans funktion är att skydda individen från yttre hot. Dock kan situationer uppstå då akut smärta inte fungerar som varningssignal, till exempel vid slagsmål eller under idrottsutövning. Detta beror på kroppens förmåga att bromsa smärtimpulserna. Kroniska smärtor har lite eller inget värde som larmsignal eftersom risken för vävnadsskador är liten (Reitan, 2003).

Aktivering av smärtimpulser uppkommer i specialiserade sensoriska nervfibrer som har fria nervändar med smärtreceptorer. Smärtreceptorerna aktiveras dels av direkt stimuli, till exempel temperaturförändringar, mekanisk och kemisk stimuli, eller vanligare genom indirekt aktivering. Den indirekta aktiveringen sker genom de substanser som frisätts vid vävnadsskador till exempel histamin och olika enzymer. Smärtimpulserna leds sedan via myeliniserade sensoriska nervfibrer till ryggmärgens bakhorn och sedan vidare till hjärnan. I ryggmärgen måste impulserna passera vissa moduleringsmekanismer innan de fortsätter till hjärnan. En av dessa mekanismer är interneuroner som styr hur mycket av impulsen som skall ledas vidare till hjärnan. Interneuronet kan påverkas av impulser från ytliga, icke myeliniserade nervfibrer som har "förtur" och på så sätt dämpar smärtimpulsen (Bjälie m fl, 2002).

I hjärnan påverkas thalamus eller hjärnstammen, då mest formatio reticularis, av de inkommande smärtimpulserna. Thalamus vidarebefordrar impulsen till olika delar av hjärnan som reglerar vår medvetna del av smärtförmågan. För att lättare kunna avlägsna den smärtframkallande orsaken så ser formatio reticularis till att en person som är dåsig eller sovande blir fullt medveten. Detta är orsaken till att personer med smärta ofta lider av sömnproblem (a a).

Smärta aktiverad av smärtreceptorer kallas nociceptiv smärta och delas in i visceral smärta som är knuten till de inre organen, och somatisk smärta. Den somatiska smärtan kan vidare delas in i ytlig, från huden, och djup som härrör från bland annat skelettmuskulatur, skelettdelar och bindväv (a a).

Neurogen smärta uppkommer inte vid de fria nervändarna utan utlöses genom stimuli någon annanstans längs nervbanan. Exempel på sådan smärta kan vara bältros, trigeminusneuralgi och fantomsmärtor (a a).

Långvarig nociceptiv och neurogen smärta kan leda till en ökad sensibilitet av det centrala nervsystemet och orsaka så kallat "wind up fenomen". Detta drabbar patienten genom att det smärtsamma området utvidgas och smärtintensiteten ökar (Reitan, 2003).

Överförd smärta, även kallad referred pain, uppkommer på grund av att eftersom det oftast är huden som skadas så kan hjärnan tolka smärtimpulser från de inre organen som om impulserna kommer från huden. Detta beror dels på att hjärnans egen erfarenhet som är inställd på att det är huden som skadas och att de inre organen har synapser i ryggmärgen mellan samma nervceller som vissa områden på huden (Bjälle m fl, 2001).

I ryggmärgens smärtbanor finns flera synapser, där de högre nivåerna i centrala nervsystemet kan påverka smärtimpulserna. Därför kan hjärnan inte bara ta emot impulser utan även modulera smärtförmittlingen. Denna modulering kan vara både en ökning eller en minskning beroende på exempelvis sinnestillstånd, förväntningar eller förutfattade meningar hos den drabbade individen. Dessa moduleringar kallas placebo- och noceboeffekter (a a).

Cancerrelaterad smärta

Det är viktigt när sjuksköterskan pratar om cancer med patienten att han/hon betonar att det handlar om olika sjukdomar som ser olika ut. Viss form av tumör kan man leva med utan ens veta att man är drabbad, medan andra former bryter ned kroppen på ett snabbt och skoningslöst sätt, ofta med smärta som ett av symtomen (Strang, 2003).

Prevalens

Av dem som drabbas av cancersjukdom är omkring hälften smärtfria under sjukdomsförloppet, men bara cirka 10 procent av de personer som dör av cancer beräknas vara smärtfria under sin sista levnadsvecka (Nystrand, 1999). Smärtan hos de drabbade orsakas i cirka 70 procent av fallen av den underliggande tumörsjukdomen. Vilket då betyder att i resterande cirka 30 procent av fallen så beror smärtan på något annat än sjukdomen (Reitan, 2003).

Smärtupplevelsen kan skilja sig avsevärt på grund av olika faktorer. Exempel på olika faktorer är typ av tumör, tumörens placering, behandling av sjukdom och ickemaligna genes (a a).

Orsaker som leder till smärta vid tumörsjukdom

- Vävnadsskada orsakad av tumörväxt eller förhindrad passage i till exempel gallgång, tarm, strupe på grund av tryck från tumör
- Inflammation i vävnad runt tumör
- Tryck från tumör på blodkärl kan orsaka ischemi
- Tumörväxt i till exempel njure, bukspottkörtel eller lever kan tänja på organkapseln
- Resttillstånd efter behandlingar
- Spänningsvärk på grund av långvarigt sängliggande eller stillasittande
- Övrig värk patienten haft sedan innan cancersjukdomen, många patienter är äldre och lider ofta av olika krämpor/sjukdomar samtidigt som tumörsjukdomen (Killander m fl, 1999).

Inflammation i vävnad runt tumör uppstår främst vid metastasering men även vid reguljär tumörväxt, 50 procent av all cancersmärta beräknas ha ett inflammatoriskt inslag (Strang, 2003).

Smärtupplevelsen vid cancer är multidimensionell, det vill säga att det handlar inte enbart om fysisk smärta. Regelmässigt leder cancersmärta till konsekvenser som emotionellt, socialt och existentiellt lidande (Killander m fl, 1999).

Existentiell smärta har inte till dags dato fått någon entydig definition. Uttrycket användes för första gången i Sverige 1984 av smärtläkaren Inge Dahl och beskriver hur patienter har smärta utan någon påvisbar fysisk orsak. Men något som står klart är att patienter som drabbas av denna sorts smärta även har existentiella problem att tampas med, exempelvis hopplöshet och fatalism. Detta gör existentiell smärta till ett mycket verkligt problem inom onkologin eftersom cancer är en potentiellt dödande sjukdom och den drabbade kan ta ett malignitetsbesked mycket hårt (Strang, 2003).

Smärtans karaktärsdrag är starkt beroende på var någonstans i kroppen den är lokaliserad. Det är konstaterat att en specifik symptombild kan orsakas av cancer lokaliserat i ett visst område i kroppen. Kunskap om detta är viktigt för att kunna lokalisera och diagnostisera cancer och även specificera den smärtbehandling som behövs (Reitan, 2003).

När patienten får en potentiellt dödlig diagnos som cancer blir han/hon extremt kroppsmedveten. Symtom som en frisk patient skulle ha ignorerat, som huvudvärk eller lätt ryggvärk, kan en cancerpatient tolka som en progress i sjukdomsförloppet. Detta leder till ångest och oro, vilket i sin tur kan leda till en ökad smärtupplevelse. Det är därför viktigt att inte bara behandla smärtan, utan även informera patienten om att all smärta inte är cancerogen (Strang, 2003).

Det är inte bara sjukdomen och det nedsatta allmäntillståndet som leder till smärta hos cancerpatienter, även behandlingar kan upplevas som smärtsamma. De behandlingar som kan orsaka smärta är kirurgi, punktioner, strålbehandling, cytostatika med flera. Ofta är dessa smärtor av kortvarig typ och i många fall kan de lindras med extra smärtlindring vid behandling, men det finns även behandlingar som kan leda till långvarig smärta (Reitan, 2003).

Smärtbehandlingar

Smärtlindring bör vara individuellt anpassad, för att den ska vara det är det viktigt att vårdpersonalen har en holistisk bild av patienten. Det är många faktorer som påverkar smärtupplevelsen och tvärtom, till exempel kan smärta skapa oro och ångest, medan oro och ångest sänker smärttröskeln. De som lider av långvarig smärta hamnar lätt i en ond cirkel som kan förstärka smärtan över tid, det är därför viktigt att vårdpersonal arbetar gemensamt med att utforma en välfungerande smärtbehandling (Strang, 2003).

Det finns många sätt att skatta och analysera smärtan på och vanligtvis används bland annat smärtanames, kroppsschablon och visuell analog skala (VAS), som hjälpmedel för att få en uppfattning om smärtan (Killander m fl, 1999).

Kausal behandling

Kausal behandling går ut på att angripa sjukdomen bakom symtomen och på så sätt eliminera symtomen, inklusive smärtan. Detta utförs genom att angripa tumören på olika sätt, resultatet av detta blir en förmodad smärtlindring när trycket från tumören försvinner från kringliggande vävnad. De olika behandlingarna i denna principgrupp är kirurgi, strålterapi, cytostatika och endokrin behandling (Reitan m fl, 2003). Om smärtan bara ses som ett symptom som skall dämpas blir smärtlindringen inte lika effektiv som om även de bakomliggande orsakerna behandlas, exempelvis ileus, inflammation och patologiska frakturer (Strang, 2003).

Farmakologisk behandling

De mål som används vid smärtlindring med analgetika bör vara realistiska med hänsyn till den aktuella situationen patienten befinner sig. Alla kan inte bli helt smärtfria. De mål som bör användas är i första hand en ostörd nattsömn, nästa steg blir smärtfrihet i vila och det tredje och sista är smärtfrihet vid rörelse (Killander m fl, 1999).

Analgetika

Som hjälpmedel vid smärtlindring av cancerpatienter har World Health Organisation (WHO) i samarbete med IASP utformat en riktlinje för hur smärtbehandling bör ske. Den är utformad som en smärttrappa och kan användas som grund vid insättning av analgetika. Den är utformad i tre steg och börjar med det första steget som är icke-opioider och består av Non Steroid Anti Inflammatory Drugs (NSAID) och paracetamol. Som andra steg rekommenderas svaga opioider till exempel kodein. Är smärtan fortfarande kvar övergår behandlingen till steg tre och ordinerar starka opioider till exempel morfin (Reitan, 2003).

Icke opioider

Till gruppen icke opioider räknas preparaten paracetamol och NSAID. Preparaten har såväl en centralt som en perifert verkande effekt, de verkar febernedsättande och smärtstillande. Gemensamt för dessa preparat är även att de har en takeffekt. Det vill säga att det går bara att nå upp till en viss effekt med dessa preparat, ytterligare doshöjningar ökar bara risken för bieffekter. Den stora skillnaden mellan preparaten är att paracetamol inte ger någon retning på magslemhinnan och att NSAID har en effektiv anti-inflammatorisk effekt. Därmed har NSAID en viktig roll vid smärtlindring av cancersjuka. Biverkningar av NSAID-preparat kan vara ulcusrisk, buksmärta, kräkningar, diarré, huvudvärk, yrsel, ödembildning, leverpåverkan, med mera (Strang, 2003).

Svaga opioider

Det råder delade meningar om vilket som ger minst bieffekter, en full dos av svaga opioider eller en låg av dos starka opioider. I Sverige finns det en lång tradition med användning av svaga opioider fram till ett ganska sent skede i behandlingen. Vissa

anser att det vid opioidbehov är bäst att börja med starka opioider och därmed hoppa över det andra steget i analgetikatrappan. Exempel på svaga opioider är kodein, dextropropoxifen och tramadol (Strang, 2003).

Starka opioider

Det klassiska förstahandspreparatet som alla opioider jämförs med är morfin. Morfin kan ges i alla former utom transdermalt eller transmukosalt, men i första hand eftersträvas peroral behandling med långverkande preparat. Till de starka opioiderna räknas morfin, fentanyl, metadon, ketobemidon, oxycodon och hydromorfon (a a).

De dominerande biverkningarna av opioider är förstoppning, illamående (övergående) och initial trötthet. Övriga biverkningar är muntorrhet, konfusion, psykos, andningsdepression (ovanligt), yrsel, svettning, astmatisk reaktion, gallvägsdyskinesi, vattenkastningsbesvär (första dygnet), klåda, vätskeretention, myoklonier (snabba, ofrivilliga muskelryckningar), hyperalgesi och allodyni (varje beröring av huden upplevs som smärtsam). Om behandlingen med opioider varat mer än en till två veckor bör utsättningen ske långsamt för att undvika abstinens (a a).

Adjuvanta farmaka

Adjuvanta farmaka har ingen egen egentlig smärtlindrande effekt utan påverkar faktorer som i sin tur indirekt påverkar smärtan. Ett exempel är antiepileptika som minskar retbarheten i nerverna och därför är detta preparat användbart vid neurogena smärtor. Preparatet ersätter inte analgetika helt, men det fungerar som ett komplement för att minska mängden av opioider och därigenom sänks risken för biverkningar som patienten kan uppleva. Det finns även adjuvanta läkemedel fungerar vid nociceptiv smärta, till exempel glykokortikoider som drastiskt minskar inflammationer, men de flesta adjuvanta läkemedel har sitt användningsområde vid neurogen smärta. De preparatgrupper som används vid cancersmärta är kortikosteroider, bisfosfonater, lokalanestetika, antiepileptika, antidepressiva, bensodiazepiner, alfa-2-adrenerga agonister, neuroleptika, NMDA-blockerare, calcitonin och kapsaicin (a a).

Peroral, transdermal och invasiv behandling

Peroral analgetikabehandling är grundpelaren i behandlingen av cancersmärta. Detta är den enklaste metoden, den är minst personalkrävande eftersom de flesta patienter klarar av att ta tabletter själv. Metoden blir därmed billigare än transdermal och invasiv behandling. Injektionsbehandling är att föredra vid akut smärta men vid övrig malign smärta är peroral behandling effektivare. De stora växlingarna i serumkoncentrationen vid injektionsbehandling kan bidra till större risk för både biverkningar och underdosering. Vidare är cancerpatienter ofta svårstuckna på grund av tidigare eller pågående cytostatikabehandling. Fördelarna vid transdermal behandling är i stort sett samma som vid peroral behandling. En skillnad är priset, som är högre per dag än vid behandling med morfin i tablettform. Situationer då transdermal behandling är att föredra är om patienten mår illa och har kräkningar, har ett osäkert upptag i tarmen, har sväljningssvårigheter eller föredrar plåster framför tabletter (a a).

Profylaktisk behandling

Bästa sättet att behandla cancersmärta farmakologiskt är genom att arbeta förebyggande. Detta görs genom att försöka hålla dosen så hög och jämn över dygnet att behovet av vidbehovsmedicin minimeras. Att vänta med smärtlindring tills patienten får ont skapar bara onödigt lidande. Trots den högre doseringen vid profylaktisk behandling blir den totala mängden analgetika lägre än vid flitigt användning av vidbehovsmedicinering. Det har nämligen visat sig att det krävs större doser analgetika för att bryta en smärta än att förebygga den. En av grundpelarna i en god smärtlindring är att inte låta smärtan styra doseringen, utan att istället låta doseringen styra smärtan (Strang, 2003).

Det är viktigt att patienten känner sig trygg och kan lita på att tablettorna han/hon tar fungerar. En vanlig anledning till att patienten är underbehandlad är att doseringen av den perorala grundmedicineringen är för låg. Patienten får därmed injektioner för genombrottsmärta. Sprutorna lindrar smärtan och patienten känner sig nöjd för stunden. Detta i sin tur kan göra att patienten slutar tro på den perorala behandlingen på grund av upplevelsen att det bara är sprutorna som hjälper (a a).

Övriga behandlingar

Vid smärtlindring av cancersjuka finns det många behandlingar att tillgå. Förutom farmakologisk- och kausal behandling, som används i störst utsträckning, finns det ett flertal utmärkta behandlingar såsom nervblockad, akupunktur och sjukgymnastik (Reitan m fl, 2003). På grund av begränsad tid och utrymme för denna studie kommer inte dessa behandlingar utredas närmre här.

Allmän omvårdnad

Situationen en cancerpatient befinner sig i är ofta energikrävande. Därför är det viktigt att vårdpersonal genom god omvårdnad försöker eliminera faktorer som inverkar negativt på patientens välbefinnande och därmed riskerar att öka smärtupplevelsen. Den allmänna omvårdnaden är mycket viktig när en patient lider av smärta. Det är viktigt att identifiera patientens omvårdnadsbehov. Exempelvis är det extra viktigt att sänghygienen är god om patienten lider av smärta från skelettmetastaser, då patienten förmodligen har svårt att hitta en skön sovställning även utan svettfuktiga lakan. En god nattsömn är mycket viktigt för svårt sjuka. Förutom att se till att patienten får sova är det viktigt att dämpa andra symtom och biverkningar som till exempel oro och ångest, illamående, förstoppning, muntorrhet och andningssvårigheter (Almås, 2002).

Sjuksköterskans pedagogiska roll

En väl genomförd diagnostik och en bra planerad ordination är måsten för en framgångsrik smärtlindring, men om inte patienten är införstådd i situationen och därmed inte följer ordinationen får läkarens arbete inte så stor effekt. Det är vid sådana situationer sjuksköterskans pedagogiska arbetsinsatser är centrala för en god behandling (Strang, 2003).

De verktyg som sjuksköterskan använder i sitt pedagogiska arbete är bland annat undervisning, information och samtal (Almås, 2002).

Definitioner

Undervisning – Undervisning är en omfattande uppgift och består av kunskapsförmedling i planerade undervisningssituationer (a a).

Information – I pedagogiska sammanhang skiljer man mellan undervisning och information. Informationen är situationsspecifik och är inriktad på att ge patienten en allmän förståelse om ett ämne. Den allmänna förståelsen är en nödvändig grund för en god coping (Strang, 2003).

Samtal – Almås (2002) använder begreppet samtal om en målinriktad kommunikation mellan sjuksköterska och patient/anhöriga som utgår från patientens behov i en aktuell situation. Samtalet skall ta fram information om vad patienten upplever och hur han/hon förmedlar sina tankar och känslor. Detta samtal är även ett utmärkt sätt för sjuksköterskan att förmedla uppmärksamhet, närhet och stöd (Almås, 2002).

Undervisning

I den maktstruktur som råder på sjukhus, befinner sig patienten längst ner på den hierarkiska stegen. Under normala omständigheter är det naturligt att aktivt söka information om det man inte förstår, men eftersom patienten befinner sig i den situation han/hon gör, är möjligheterna att söka information små. Patienten kan dra sig för att ställa frågor, dels för att han/hon inte vill tjata eller vara till besvär, men det kan även vara svårt att veta vilka frågor han/hon kan ställa och inte ställa. Studier visar att en av de mest ångestskapande aspekterna av en sjukhusvistelse är bristfällig information om diagnos och behandling (Almås, 2002). Vid insättning av ny behandling skall läkaren informera patienten om detta. Denna betydelsefulla information är inte alltid lätt för patienten att tillgodogöra sig vid endast ett tillfälle. Här har sjuksköterskan en viktig informativ roll, informationen bör ofta upprepas och förklaras vid flera tillfällen. Om patienten är välinformerad är det lättare, för honom/henne att följa ordinationen och behandlingen blir därmed mer framgångsrik (Strang, 2003).

Informationen och undervisningen till en smärtpatient bör handla om smärta i allmänhet, vad den står för, vikten av att mäta och rapportera smärta (VAS-mätningar, smärtdagbok), hur aktuella läkemedel verkar, dess vanliga biverkningar och vad den behandlade själv bör tänka på. En presentation av de icke-farmakologiska metoderna är också viktig. Patienten bör bli informerad om att sjukgymnasten kan hjälpa till vid muskelsmärter, arbetsterapeuten med hjälpmedel, dietisten med kostråd för trög mage med mera (a a).

Om närstående är involverade och patienten tillåter det, är det viktigt att även informera den närstående om sjukdom och behandling. Informationen ges med fördel till både patient och anhörig samtidigt. Detta görs bland annat för att förhindra onödiga konflikter och missförstånd. Till exempel kan en oinformerad eller

felinformerad anhörig ifrågasätta en pågående behandling och därmed patienten, som redan är införstådd i situationen och tackat ja till behandlingen (Strang, 2003).

Det är viktigt att individanpassa information och undervisning, varken för hög eller för låg kunskapsnivå gynnar inläringen (Strang, 2003). Att använda onödiga facktermer eller för avancerat språk är inte heller lämpligt, det kan stärka eventuella språkbarriärer, som i sin tur kan leda till osäkerhet och ångest över att inte bemästra situationen, vilket utgör en extra belastning för patienten (Almås, 2002).

Att välja rätt tillfälle för undervisningen är viktigt, är patienten trött, smärtpåverkad eller har en allmänt tung dag, är det kanske bättre att vänta till ett senare tillfälle. Den yttre miljön är även viktig. Man bör undvika en rörig och stressig omgivning, det finns alltid stunder på dagen då man kan få en lugn pratstund, allt behöver inte ske vid morgonrutinerna (Strang, 2003).

En väl planerad informationsgivning med klart mål är ett måste för en lyckad patientundervisning. Det är viktigt att sjuksköterskan vet vad patienten behöver få reda på och planerat vad hon/han skall säga innan informationen ges. Detta gör sjuksköterskan genom samtal med patienten. Är budskapet oklart eller innehåller irrelevant information, finns det risk att patienten blir ännu oroligare efter mottagandet av informationen (Killander m fl, 1999).

Eftersom patienten ofta är trött och ofta befinner sig i en obekvämlig situation är han/hon sällan mottaglig för långa avancerade meddelande, sjuksköterskan bör därför använda sig av korta kärnfulla budskap (Almås, 2002). Det finns många tillfällen under en dag som skulle passa bra för kortare informationsgivning, eller för att svara på patientens frågor. Exempel på sådana tillfällen kan vara vid administrering av läkemedel, omläggningar, infusionskopplingar med mera (Strang, 2003).

Eftersom studier visar att patienters koncentrations- och tankeförmåga till viss del är nedsatt under vistelsen på sjukhus, är det en god idé att kombinera metoder för informationsgivning. Den verbala informationen bör kompletteras med skriftligt material och vid behov kan även skisser, bilder och uppvisning av eventuell utrustning vara till stor hjälp. Detta aktiverar nämligen flera sinnen samtidigt, till exempel syn, känsel och hörsel, vilket ger en effektivare inläring. Att återupprepa informationen, och även låta patienten återge det som han/hon har lärt sig, kan också öka inläringen (Almås, 2002). Läkemedelsföretag ger ofta ut informationsbroschyrer som kan vara utmärkta som undervisningsmaterial. Om man ger en broschyr med samma eller kompletterande information som man ger muntligt, kan patienten i sin egen takt repetera informationen för sig själv i lugn och ro (Strang, 2003).

Undervisning bör alltid börja och avslutas med det som är viktigast för patienten att få reda på. Studier visar nämligen att det som sägs först och sist är det som patienten lättast kommer ihåg (a a).

Eliminering av barriärer

En av sjuksköterskans uppgifter vid smärtlindring är att genom undervisning eliminera barriärer som kan uppstå vid behandling. Barriärerna består bland annat av myter och missförstånd, det är många som tror att opiater är farliga, vanebildande och att man löper stor risk att bli narkoman. Det är även vanligt att patienter tror att morfinet skall sparas till ”slutet” för att det inte skall förlora effekt när det behövs som mest. Dessa missförstånd måste sjuksköterskan rätta till och informera om upprepade gånger, både till patienten och till anhöriga (Strang, 2003).

Att patienten underrapporterar smärta är ett annat problem som ofta uppkommer. Detta kan bero på att patienten inte vill vara en krävande patient och belasta en personal som han/hon upplever redan är stressad (a a). Det är känt att patienten ger olikartad information i varierande mängd till olika vårdare (Killander m fl, 1999). Informationen läkaren får är ofta annorlunda än den som sjuksköterskan mottar, detta kan bero på att patienten oftast har en mer avslappnad relation till sjuksköterskan än till läkaren, och därmed inte är rädd för att svara ”fel” på frågor som ställs av sjuksköterskan (Almås, 2002). Om patientens talan bara delvis kommer fram eller uteblir helt till läkaren, har sjuksköterskan ett ansvar att föra patientens talan och agera som dennes språkrör (Killander m fl, 1999).

Anhöriga

Anhöriga är en stor resurs för både patient och sjuksköterska som bör tas till vara på och värnas om. När patienten upplever svår sjukdom är det viktigt att ha dem man älskar vid sin sida. Den anhöriga stärker även patientens identitet genom sin närvaro, det är inte bara en man/kvinna som ligger sjuk i sängen, utan även en man/hustru, mamma/pappa eller syster/bror. Den anhöriga fungerar även som en länk mellan vårdpersonal och patient då patienten själv inte är förmögen att kommunicera fullt ut (Reitan m fl, 2003).

Lagar och författningar

I de skrivna lagar och styrdokument som berör sjukvården står det en hel del som kan relateras till smärtlindring och sjuksköterskans pedagogiska roll. Nedan framförs en kort genomgång av de lagar som direkt reglerar sjuksköterskans ansvar vid smärtlindring och informationsgivning till patient och anhöriga.

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 2b§ står det att sjuksköterskan har ett ansvar för att ge patienten eller/och anhörig individuellt anpassad information om vilka metoder för undersökning, vård och behandling som finns och även vilket hälsotillstånd patienten befinner sig i (Notisum, 2005 a).

I första paragrafen av lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) beskrivs det att sjuksköterskan skall utföra sitt arbete i enlighet med beprövad erfarenhet och vetenskap. Vidare skall sjuksköterskan ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav till patienten. Patientens skall i så stor utsträckning som möjligt vara med i utformningen och genomförandet

av vården. Vårdpersonal skall visa patienten både respekt och omtanke (Notisum, 2005 b).

I Patientjournallagen (1985:562) 2§ står det beskrivet att en patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god omvårdnad. De aktuella uppgifterna kan till exempel vara information om bakgrunden till vården, ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, vidtagna och planerade åtgärder. Patientjournalen skall även innehålla uppgifter om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts angående behandlingsalternativ (Notisum, 2005 c).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:17) står det beskrivet att omvårdnad syftar till att skapa en hälsobefrämjande miljö för att undanröja smärta och obehag. Vidare skall omvårdnaden vara utformad så att den ger stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom och trauma (Socialstyrelsen, 2005).

Omvårdnad bör ha ett genomtänkt etiskt förhållningssätt liksom all annan vård skall omvårdnad ges med en individuell anpassning. Genom detta ges patienten möjlighet att delta i beslut om genomförandet av sin omvårdnad. Det är viktigt att tänka på att varje situation är unik och omvårdnaden måste alltid utformas individuellt för och med patienten (a a).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa och belysa faktorer som kan påverka patienters och vårdpersonals effektivitet vid farmakologisk smärtlindring av cancersjukdom. Vidare var syftet att undersöka hur vårdpersonal kan eliminera barriärer som påverkar effektiviteten negativt vid farmakologisk smärtlindring av cancersjuka genom pedagogiskt arbete.

METOD

För att få svar på syftet som framförts har en litteraturstudie använts. En litteraturstudie är en kritisk granskning och sammanställning av tidigare forskning inom en viss domän (Polit m fl, 2001).

Artikelsökning

Artikelsökningen genomfördes på databaserna Elin och Pubmed. Sökorden samt inkluderings- och exkluderingskriterierna som användes i sökningen redovisas i tabell 1. De artiklar som granskades införskaffades i fulltext genom Pubmed, de artiklar som inte gick att tillgå i fulltext genom Pubmed införskaffades genom Malmö högskolas databas.

Tabell 1. Artikelsökning med resultat

Databas och sökdatum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
Elin Vecka 47 2005	Cancer AND pain AND patient education	Max 10 år gamla, endast artiklar tillgängliga i fulltext	29	7	4	2
Pubmed Vecka 47 2005	Cancer AND pain AND compliance AND analgesics, opioid	Max 10 år gamla, endast artiklar på engelska, endast artiklar med abstract, kliniska försök	10	2	1	1
Pubmed Vecka 47 2005	Cancer AND pain AND nursing care	Max 5 år gamla, endast artiklar på engelska, kliniska försök	27	6	3	1
Pubmed Vecka 47 2005	Cancer AND pain AND attitudes	Max 5 år gamla, endast artiklar på engelska, endast artiklar med abstract	93	12	5	2
Pubmed Vecka 47 2005	Cancer AND pain AND pain AND relief AND barriers	Max 5 år gamla, endast artiklar på engelska, endast artiklar med abstract	12	3	1	1
Pubmed Vecka 47 2005	Cancer AND pain AND beliefs	Max 5 år gamla, endast artiklar på engelska, endast artiklar med abstract	75	18	3	1
Pubmed Vecka 47 2005	Cancer AND pain AND partner	Max 5 år gamla, endast artiklar på engelska, endast artiklar med abstract	18	2	1	1
Pubmed Vecka 47 2005	The pro-self	Max 5 år gamla, endast artiklar på engelska, endast artiklar med abstract	9	5	4	1

Artikelgranskning

Vid en träff lästes först titeln igenom, om titeln var relevant granskades sedan abstractet. Om även abstractet hade ett relevant innehåll så blev artikeln i helhet granskad

Artikelgranskningen har gjorts enligt granskningsmallen av vetenskapliga artiklar från Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP har utarbetats av utbildningsdivisionen av Public Health Resource Unit som är en del av det engelska folkhälsoinstitutet National Health Service. CASP använder sig av olika frågeformulär som är anpassade till olika sorters vetenskapliga metoder. Det vill säga att till exempel frågeformuläret till cohortstudier har frågor som är anpassade till just den metoden som används i den artikeln (PHRU, 2005).

Den kritiska granskningen av artiklarna redovisas i bifogade bilagor 1 till 3, där även en genomgång av artiklarna presenteras.

Databearbetning

Under granskningen och sammanställningen av de 10 artiklarna identifierades olika faktorer som påverkar farmakologisk smärtlindring. Faktorerna delades under databearbetningen upp i sju olika kategorier som arbetet sedan utgick från.

Dessa kategorier var:

- Vårdpersonals kunskap/okunskap och attityder
- Patienters kunskaper, uppfattningar och attityder
- Patienters upplevelser
- Utbildning av patienter
- Smärtrapportering
- Läkemedelshantering
- Anhöriga

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de kategorier som kom fram under data bearbetningen.

Vårdpersonals kunskap/okunskap och attityder

Vårdpersonalens kunskapsnivåer inom smärtlindringsområdet är mycket varierande (Wells et al, 2001). I studien gjord av Wells et al (2001) beskriver författarna att 34 procent av de 135 deltagarna inte kunde minnas att de fått någon smärtundervisning under sin yrkesutbildning. Dessutom saknade 66 procent av de tillfrågade kunskaper om psykofarmakas smärtlindrande egenskaper.

Vidare beskriver Rushton et al (2003) sjuksköterskors bristande kunskaper om analgetikabehandling. I studien deltog 303 sjuksköterskor och av dessa visste inte 73 procent om att risken för andningsdepression är mindre än 1 procent vid högdosbehandling med morfin vid långvarig cancersmärta. Vidare visar studien att 41 procent av de deltagande sjuksköterskorna inte visste att det är ovanligt med andningsdepression hos patienter som under flera månader blivit behandlade med morfin. Hela 72 procent av studiegruppen visste inte om att den bästa

administreringsvägen för morfin är peroralt och 15 procent trodde inte att administrering av analgetika var nödvändig dygnet runt vid långvarig cancersmärta. Det var 59 procent som inte visste om att NSAID preparat var effektiva mot smärtor orsakade av skelettm metastaser. Vidare var det 29 procent som trodde att opioider inte skulle ges till före detta missbrukare på grund av återfallsrisken samt 44 procent trodde att morfin har en takeffekt. Det vill säga att det går bara att nå upp till en viss effekt med dessa preparat, ytterligare doshöjningar ger ingen ökad effekt.

Wells et al (2001) visar i sin utbildningsintervention med 135 deltagare att felaktiga attityder till opioidbehandling är svåra att bli av med trots ökad kunskap. Trots ökad kunskap uttryckte 25 procent en motvilja att ge patienter höga doser med opioider på grund av rädsla för biverkningar. Vidare kände 40 procent fortfarande en oro över att patienten inte skulle kunna leva ett normalt liv på grund av sin medicinering. Studien visar dessutom att trots ökad kunskap trodde vårdpersonal att parental administrering är att föredra vid svår cancersmärta. Trots att 84 procent av vårdpersonalen efter utbildningen hade adekvat kunskap om beroende, upplevde fortfarande 22 procent obefogad oro över att patienten kan utveckla beroende. Samma mönster visade sig vid kunskap om tidig insättning av starka opioider. Trots ökad kunskap var det fortfarande 36 procent av sjuksköterskorna som fortfarande oroade sig för tolerans.

Lasch et al (2000) beskriver i sin studie att patienter från olika kulturer anser att vårdpersonal ofta har bristande kunskap om andra kulturer och kulturella fenomen. Det visar sig att det ofta är vårdpersonalens uppfattningar och värderingar som styr ämnesvalet under samtalet med patienten.

Patienters kunskaper, uppfattningar och attityder

de Wit et al (1997) beskriver i sin studie att de behandlingsmetoder patienter har störst kunskap om är ickefarmakologiska metoder som till exempel massage och avslappningsövningar. De hade även hög kunskap om att smärta kan lindras och vikten av att vårdpersonal kontaktas vid ändringar i medicineringen. Vidare visas i studien att patienterna hade dåliga och otillräckliga kunskaper angående påståenden som att beroende är oundvikligt vid medicinering över längre tid, att patienter ofta är övermedicinerade och att starka opioider skall sparas till ett senare skede i behandlingen.

I studien som Dawson et al (2005) har gjort beskrivs patienters uppfattningar om cancersmärta och smärtbehandling. Det visade sig att 85 procent av de intervjuade var oroliga för att bli beroende. Av de patienter som inte behandlades farmakologiskt oroade sig 97 procent över risken för beroende, medan 80 procent av de farmakologiskt behandlade patienterna var oroliga. Vidare ansåg 85 procent att smärta är ett tecken på sjukdomsprogress. De patienter som hade en starkast övertygelse om att smärta och sjukdomsprocess hängde ihop hade nyligen upplevt svår smärta och dessa patienter hade även en ökad benägenhet att rapportera sin smärta.

I studien som är gjord av de Wit et al (1997) påvisas skillnader i kunskap mellan hög och lågutbildade. De högutbildade hade betydligt större kunskaper i frågorna om

beroende vid analgetikabehandling och om att man inte bara tar analgetika när smärtan är svår. Andra skillnader bland patientgrupper tas upp av Dawson et al (2005). I deras studie framhålls det att äldre, ogifta och lågutbildade är grupper som generellt oroar sig mer än andra över smärtbehandling i stort. Grupper som oroade sig över att analgetika inte hjälper mot smärta är män, äldre, ogifta och arbetslösa. Vidare är det vanligast att äldre anser att en bra patient inte pratar om smärtan. Män anser i större utsträckning än kvinnor att klagan över smärta distraherar doktorn, anställda är den grupp som har minst oro angående detta. Lågutbildade oroar sig mer över att tala om sin smärta än högutbildade. Vidare finns det ett samband mellan patientens uppfattning om att smärtan är lättare att handskas med än biverkningarna och ökad smärta (Dawson et al, 2005).

Patienters upplevelse

Paice et al (1998) undersöker i sin studie patienters upplevelser och attityder relaterade till cancersmärta och smärtlindring. Studien visar att 94,5 procent av de 200 intervjuade patienterna hade som mål att bli helt smärtfria, men trots detta upplevde mer än hälften mer smärta än de väntat sig och hälften av patienterna ansåg att smärtlindringen kunde förbättras. Vidare visade studien att patienter som var missnöjda med smärtbehandlingen hade förhöjd smärta. Dessutom blev de patienter utan oro för missbruk bättre smärtlindrade än patienter med oro för missbruk.

Patienter som är ineliggande på en avdelning rapporterar högre smärtintensitet på en skala från noll till tio än patienter i öppenvården. Samtidigt rapporterar patienter i öppenvården mer missnöje över smärtbehandlingen än de inlagda patienterna och i stort rapporterar män oftare missnöje än kvinnor. Av de patienter som var inlagda på avdelning visade 25,2 procent tvekan för att prata med sjuksköterska då de är rädda för att störa, samma tvekan visade 7,7 procent av de patienter i studien som fick behandling i öppenvård (a.a.).

Patienter som har erfarenheter från tidigare effektiv smärtlindring rapporterar lägre nivåer av smärta än patienter som under det senaste året har haft smärtbehandling som inte gav någon skillnad i smärtans intensitet (Dawson et al, 2005).

Olika kulturer kan enligt Lasch et al (2000) ha olika uppfattningar om cancersjukdom och smärtlindring.

Utbildning av patienter

de Wit et al (1997) beskriver resultatet av en patientutbildning bestående av 313 patienter. Dessa patienter delades in i två huvudgrupper där den ena gruppen hade kontakt med distriktssköterska och den andra var utan kontakt med distriktssköterska. Var och en av dessa två huvudgrupper delades sedan vidare in i två undergrupper bestående av en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. I den huvudgrupp som inte hade kontakt med distriktssköterska framkom en signifikant sänkning av smärtnivåer hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Däremot, i den huvudgrupp där patienterna hade regelbunden kontakt med distriktssköterska, visar inte resultatet

någon signifikant skillnad i smärtnivån hos patienterna när jämförelse gjordes mellan denna interventionsgrupp och kontrollgrupp.

Under undervisningen som genomfördes i studien av de Wit et al (1997) diskuterades fler ämnen med patienter som är lågutbildade än med de högutbildade patienterna. I övrigt varierade inte mängden information som gavs mellan andra grupper som män/kvinnor, olika åldersgrupper och personer som haft smärta under olika lång tid.

Av de patienter som deltog i undersökningen läste 75 procent utskickad skriftlig information och av dem var 80 procent nöjda med den givna informationen. Vidare var den grupp som angav att de läst informationen yngre än patienterna i gruppen som inte läste informationen. Av de som läst den skriftliga informationen uppgav 26,2% att de fått ny information i broschyren som inte ansågs given under den verbala informationen på sjukhuset. Den interventionsgrupp som hade kontakt med distriktssköterska fick under utbildningen mer skriftlig extrainformation, i snitt 2,3 sidor jämfört med 1,9 sidor för interventionsgruppen utan kontakt med distriktssköterska (de Wit et al, 1997).

Kim et al (2004) visade i sin undersökning av 173 öppenvårdspatienter att patienterna ökade sin kunskap om smärta och smärtlindring under en sjuksköterskeledd utbildning med 21 procent. De 5 frågor som patienterna hade en signifikant ökning av kunskap i var:

- Cancersmärter kan dämpas
- Ta minsta möjliga dos av analgetika
- Ta medicin dygnet runt enligt schema
- Patienter får ofta för mycket smärtstillande
- Ta bara smärtstillande vid svår smärta

Smärtrapportering

I studien gjord av Dawson et al (2005) beskrivs i vilken utsträckning patienter rapporterar sin smärta. Andelen som alltid rapporterade smärta var 25 procent, oftast rapporterade smärta var 13 procent, ibland 35 procent, sällan 17 procent och andelen som aldrig rapporterade sin smärta var 10 procent.

Lasch et al (2000) beskriver i sin studie om multikulturell utbildning i cancersmärta olikheter hos olika kulturella grupper vid smärtrapportering. Faktorer som påverkar detta är till exempel den kulturella meningen av cancersjukdomen, språkbarriärer på grund av olika modersmål, benägenhet att lita på personer utanför sin egen etniska sfär och kulturellt betingad stoicism.

Vidare beskrivs i studien gjord av Rushton et al (2003) sjuksköterskors förmåga att tolka patientens smärtrapportering. En av frågorna var, vilken smärtgrad på en skala från ett till tio har en leende patient som säger sig uppleva en smärtintensitet motsvarande åtta på en skala från ett till tio? På denna fråga svarade 46 procent av sjuksköterskorna fel. När samma fråga ställdes med skillnaden att patienten grimaserade, svarade 64 procent fel. Vidare trodde 45 procent av sjuksköterskorna att patienter överrapporterade sin smärta i större utsträckning än vad statistik visar.

Schumacher et al (2002) har gjort en studie med 155 deltagare som undersöker nyttan av smärtdagbok för öppenvårdspatienter. Resultatet av denna studie visade att 74 procent av deltagarna upplevde att dagboken var till stor nytta, 10 procent upplevde dagboken som dålig. Av de anhöriga upplevde 31 procent smärtdagboken som ett användbart redskap. De patienter som hade störst nytta av dagboken var de som led av svårare smärtor. Det fanns inte några skillnader mellan olika åldersgrupper, kön och antalet utbildningsår mellan de som var positiva och negativa till dagboken. Vidare upplevde 94 procent att deras medvetenhet om smärtan ökade tack vare smärtdagboken, och av dessa var 66 procent kvinnor och 44 procent män. Vidare upplevde tre procent av dem som fick ökad medvetenhet det som negativt, då de inte ville bli påmind om smärtan. Andelen som använde smärtdagboken som guide till smärtbehandling var 24 procent. De ansåg att den hjälpte dem genom disciplin och struktur till ett mer organiserat upplägg för sin smärtbehandling. En procent av patienterna upplevde att de använde smärtdagboken som ett medel för kommunikation och åtta procent av de anhöriga tyckte att smärtdagboken var användbar till kommunikation. Smärtdagboken gav fyra procent av patienterna en ökad känsla av kontroll (Schumacher et al, 2002).

Läkemedelshantering

Dawson et al (2005) studie med 342 deltagare skildrar patienters förmåga till compliance och har kommit fram till att av patienter som fått recept för analgetika under det senaste året var andelen som alltid följde ordinationen 67 procent, oftast 11 procent, ibland 14 procent, sällan 4 procent och 4 procent följde aldrig ordinationen.

Vidare undersökning visade att av de 33 deltagarna som hade svårast smärtor av studiens 342 deltagare hade 10 stycken fel analgetika, 9 stycken hade för lite analgetika att tillgå och 2 stycken hade otillräckligt eller felaktiga recept för genombrottsmärta (a.a.).

Miaskowski et al (2001) fick i sin undersökning som hade 65 deltagare fram att när patienten får ett schema att följa så tar de sin medicin i mellan 84,5 procent till 90,8 procent av fallen. När patienten endast hade vid behovsmedicinering följde 22,2 procent till 26,6 procent ordinationen.

Anhöriga

Utbildning av anhöriga till cancersjuka har inte någon inverkan på smärtnivån hos den sjuka. Dock upplever de anhöriga att de efter utbildning får en ökning av sin egen effektivitet för att hjälpa patienten med att kontrollera smärta och andra symtom (Keefe et al, 2005).

DISKUSSION

I metoddiskussionen tas svagheter och styrkor med metoden upp. I resultatdiskussionen diskuteras resultatet utifrån samma indelning av kategorier som resultatet är indelat i.

Metoddiskussion

Då våra förkunskaper om de valda ämnena var väldigt begränsade var det svårt, i början av arbetet, att veta vilken information vi skulle leta efter och vart vi skulle leta. De tre första veckorna användes till att läsa in oss på relaterade ämnen så som pedagogik, onkologisk omvårdnad, smärtläsfysiologi och cancer.

Vi valde att söka efter artiklar som handlade om farmakologisk smärtlindring då denna metod är den som i störst utsträckning används vid smärtlindring av cancersjuka. Dessutom är farmakologisk smärtlindring den smärtbehandling som vi uppfattat sjuksköterskan har störst inverkan på genom sitt pedagogiska arbete.

Under sökningen efter artiklar stod det snart klart att sjuksköterskans pedagogiska roll vid smärtlindring inte har varit föremål för intensiv forskning och verkar vara en relativt ny företeelse i forskningssammanhang. De artiklarna vi har hittat som handlat om pedagogik vid behandling av cancersmärta är relativt nya, och blivit publicerade från 90-talets mitt och framåt. Detta har resulterat i att vi inte fått så många träffar på våra sökningar och har då blivit begränsade i urvalet av artiklar, vilket har lett till både negativ och positiv påverkan på studien. Den negativa påverkan innebär att, eftersom artiklarna har varit få till antalet, har vi ibland tvingats använda artiklar vars resultat inte har den önskade relevansen. Det som kan sägas vara en positiv effekt av den limiterade tillgången av artiklar är att det är en mindre risk att missa avgörande artiklar som publicerats.

Då det har varit svårt att få tag i artiklar har vi varit tvungna att acceptera flera artiklar från samma tidskrift. Detta kan vara en svaghet i studien då det troligtvis förekommer en viss selektiv process som skulle leda till att bara vissa forsknings resultat blir publicerade. Detta i sin tur har då direkt påverkan på bredden av vår studie. Å andra sidan, *Oncology nursing forum* som är den tidskrift vi har använt verkar, i vår mening, både relevant och seriös. En vidare påverkan på resultatet av denna studie är att i vår sökning efter artiklar har vi funnit flera mycket intressanta abstract som har haft stor relevans men som vi inte haft tillgång till i fulltext.

Den forskning vi har tagit del av i artiklar som behandlar farmakologisk smärtlindring har oftast ett uttalat medicinskt perspektiv och saknar ett mer ingående omvårdnadsperspektiv. I flera av de artiklar vi har använt, använder författarna det vida begreppet ”vårdpersonal”, detta har vi tolkat som en grupp där sjuksköterskor ingår, svagheten med detta är att det inte framkommer hur många sjuksköterskorna det var som deltog i studierna. Vår tolkning av artiklarnas resultat kan också ha påverkats av våra personliga åsikter och erfarenheter. Eftersom alla artiklar som

använts var skrivna på engelska, kan det ha skett feltolkningar av ord på grund av språkliga barriärer.

Det instrument som har använts vid den kritiska granskningen av artiklarna var CASP, denna granskning redovisas i bilagorna 1 till 3. CASP är en välfungerande granskningsmetod som använts och utvecklats sedan 1993. Fördelen med CASP är att frågorna är mycket ingående och ställs på ett systematiskt sätt. Detta gjorde att granskningsnivån blev jämn och pålitlig då alla artiklarna granskades med samma system. Dock har CASP-systemet en nackdel då det krävs att användaren har en viss förkunskap angående studiedesign. Risken med detta kan vara att vår ovana att granska artiklar påverkar resultatet av artikelgranskningen med CASP-systemet.

Vid den kritiska granskningen av artiklar upptäckte vi att uppföljningarna av studiernas resultat ofta hade ett relativt stort bortfall. Detta fenomen kan bero på cancersjukdomars svåra natur som kan leda till att många deltagare var för sjuka för att slutföra studien eller som inte var vid liv när uppföljningen utfördes. Cancersmärta är, som beskrivits i studien, vanligast förekommande hos de patienter som är döende.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen utgår från resultatet, bakgrunden samt våra egna tankar och reflektioner.

vårdpersonals kunskap/okunskap och attityder

För att nå ett önskat resultat i smärtbehandlingen av patienter kan sjuksköterskans vetenskapliga kunskap, rörande de olika farmakologiska behandlingsmetoderna, vara avgörande. Då patientens huvudsakliga kontakt är med sjuksköterskorna är deras roll när det gäller information och instruktioner om medicinering en av de viktigaste rollerna i yrkesutövningen. Det kan även vara viktigt att sjuksköterskan är medveten om olika myter och missuppfattningar när det gäller farmakologisk behandling, eftersom dessa kan påverka patientens compliance. Både bland patienter och anhöriga, men även bland vårdpersonal, kan det förekomma förutfattade meningar och mytbildningar om analgetika behandling (Strang, 2003). Därför kan det vara det viktigt att sjuksköterskor har en grundläggande kunskap som grundar sig på vetenskap och inte hans/hennes egna ”mytinfluerade kunskaper”. Är inte sjuksköterskan själv övertygad och trygg i sin kunskap kan det bli mycket svårt både att lära patienten vad som gäller vid analgetikabehandling, samt att bemöta farhågor och frågor från patienten. Om sjuksköterskans kunskaper grundar sig på felaktig information är risken stor att patientens felaktiga kunskaper stärks ytterligare och gör barriären för smärtlindring starkare. Det är dock inte enbart myter och missuppfattningar som kan skapa problem vid smärtlindring, utan även ren okunskap.

Trots att grundlig kunskap i dessa ämnen är en viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter visar undersökningar att kunskap rörande farmakologisk behandling, bland sjuksköterskor, kan vara bristande. Wells et al (2001) pekar på en varierande kunskapsnivå bland vårdpersonal. Denna studie visar att 34 procent av den vårdpersonal som medverkade i undersökningen inte ens kom ihåg ifall de genomgått en utbildning eller inte. Studien visade även att hela 66 procent av den tillfrågade

vårdpersonalen saknade kunskap om psykofarmakas smärtlindrande effekt. Denna kunskap kan vara avgörande för att professionellt kunna bemöta ett ifrågasättande av läkemedelsval från både patienter och närstående. Vårdpersonalens bristande kunskaper belyses även i studien gjord av Rushton et al (2003). Denna studie beskriver sjuksköterskors bristande kunskaper om frågor som andningsdepression, administreringsätt, behandling av före detta missbrukare, om morfin har takeffekt och effekten av NSAID preparat vid analgetikabehandling. Dessa kunskaper kan vara nödvändiga för en sjuksköterska som arbetar med smärtlindring vid cancersjukdom, då de kan vara grundläggande för en fungerande smärtbehandling.

Wells et al (2001) visar i sin utbildningsintervention att felaktiga attityder till opioidbehandling kan vara svåra att bli av med trots ökad kunskap. Detta kan bero på att myter om morfin kan likna sanningen. Till exempel kan vårdpersonal misstolka effekten hos patienten av ett intag av en extra dos morfin vid smärtgenombrott. Patienten kan vid lyckad smärtlindring bland annat uppleva lättnad och en välbehöv avslappning som kan liknas vid och av vårdpersonalen misstolkas som att patienten blir "hög". För att undvika en sådan misstolkning av smärtlindringseffekten kan det vara av yttersta vikt att vårdpersonalen vet att opioider inte ger eufori vid behandling av smärta, däremot ger svår smärta dysfori. Ett annat missförstånd kan vara att morfin ger bättre smärtlindring intravenöst än vid peroral administrering. Detta missförstånd kan lätt uppstå om till exempel patienten är underbehandlad med för låg basdosering av perorala opioider och ofta behöver intravenös vidbehovs medicinering på grund av genombrottsmärta. Vårdpersonalen kan då dra den felaktiga slutsatsen att det bara är injektionsbehandlingen som hjälper mot smärta, utan att inse att den perorala basdoseringen av opioider är för låg.

Andra kunskapsbrister hos vårdpersonal påvisas av Lasch et al (2000) som beskriver i sin studie att vårdpersonal ofta har bristande kunskap om andra kulturer och kulturella fenomen. Det visar sig att det ofta är vårdpersonalens uppfattningar och värderingar som styr ämnesvalet i samtalet med patienten. Detta omkullkastar vidare patientutbildning då den måste utgå ifrån den individuella patientens uppfattningar och värderingar.

Patienters kunskaper, uppfattningar och attityder

All omvårdnad skall vara individuellt anpassad, det vill säga, vad patienten vet och vilka uppfattningar och attityder han/hon har är grundläggande för den omvårdnad som skall genomföras. Detta blir extra viktigt vid smärtlindring då smärta är en personlig upplevelse som bara patienten själv har hela kunskapen om (Almås, 2002). Däremot har vårdpersonal ofta bättre kunskap om vad som kan orsaka eller lindra smärta än patienten. Eftersom smärta och smärtlindring är stora och komplexa områden kan det vara bra för sjuksköterskan att veta vilka de vanligaste missuppfattningar och negativa attityder patienter kan ha eller vilka ämnen de ofta vet för lite om, för att kunna motverka detta effektivt.

Förutom patientens kunskap om sin egen smärta kan det vara viktigt att ta reda på vilka kunskaper och uppfattningar patienten har som är positiva till smärtbehandlingen. Om sjuksköterskan tar tillvara på den kunskap patienten redan har och

dessutom är öppen för frågor och undringar, har de tillsammans en god grund till vidare kunskapsutveckling (Almå, 2002).

Paice et al (1998) visar i sin studie att 94,5 procent av de intervjuade patienterna hade som mål att bli helt smärtfria. Denna attityd kan vara en grundpelare för en lyckad smärtbehandling och kan vara mycket viktig att ta tillvara på då en tydlig målsättning är viktig vid smärtbehandling.

Studien gjord av de Wit et al (1997) visade att patienterna i studien hade god kunskap om vissa frågor. Exempel på dessa frågor är; smärta kan lindras och att det är viktigt att kontakta vårdpersonal vid ändringar i medicinen. Att patienter vet att smärta går att lindra är bra, eftersom detta kan ge honom/henne hopp och energi till vidare engagemang i sin behandling. De frågor patienterna i studien hade låg kunskap om var bland annat huruvida en längre tids medicinering leder till ett beroende, om patienter ofta är övermedicinerade och om starka opioider skall sparas till ett senare skede i behandlingen. Dessa frågor kan vara mycket viktiga att reda ut och ge riktig information om. Om patienten oroar sig över beroende, övermedicinering och en minskande effekt av behandling, kan patientens compliance sjunka och blir därmed ingen bra medverkare i sin smärtbehandling.

Patientens kunskap om att man bör kontakta vårdpersonal vid ändringar i medicinen kan vara en värdefull kunskapsbas för smärtlindring. Då detta förmodligen leder till att patienten informerar sjuksköterskan om ett eventuellt missnöje med medicinen innan han/hon avbryter eller ändrar en ordination. Om patienten informerar sjuksköterskan om detta, ges det ytterligare ett tillfälle att korrigera behandlingen och/eller informera om eventuella biverkningar som till exempel övergående initialt illamående vid peroral medicinering av morfin

Det påvisas i studien gjord av Dawson et al (2005) att det faktum att patienter tror att smärtan är lättare att handskas med än biverkningarna av analgetika behandlingen har ett samband med ökad smärta hos patienten. Patienter som har denna uppfattning bör få undervisning om vilka biverkningar som är vanligast och vilka som är ovanliga, samt hur dessa biverkningar yttrar sig. Det är till exempel många patienter som direkt tänker på beroende som första biverkning, trots att beroende som biverkning vid smärtbehandling är ovanlig.

Utöver de vanligt förekommande missuppfattningarna om smärtbehandling bland patienter, kan det vara bra att veta att kunskapsnivån och uppfattningar kan skilja mellan olika grupper. Resultatet i studien gjord av Dawson et al (2005) påvisar skillnader i kunskap mellan olika grupper, främst och den egentligen enda anmärkningsbara skillnaden finns mellan hög och lågutbildade. Detta kan som sagt vara bra att ha i åtanke, men man bör framförallt fokusera på individen och vad patienten framför sig har för kunskaper och behov.

Patienters upplevelse

Hur patienter upplever sin situation kan vara ytterligare en faktor som påverkar smärtbehandlingen. Om patienten är orolig eller inte känner sig säker i sin situation

kan detta påverka hans/hennes medverkan i behandlingen. Patienten måste därför få information om sitt hälsotillstånd, sin behandling och förväntade effekter och biverkningar av dessa.

Det som vidare påverkar patientens upplevelse kan till stor del vara hur stor kunskap patienten har och hur mycket information han/hon får angående sin situation. Till exempel är bristen på kontinuerlig information från vårdpersonal en av de mest ångest- och oroframkallande faktorerna vid sjukhusvistelse för patienten. Upplever patienten mycket oro kan detta öka upplevelsen av smärta. Detta är en ond cirkel som sjuksköterskan kan bryta genom informations givning och undervisning rörande patientens hälsotillstånd och behandling.

Det visas i studien gjord av Paice et al (1998) att patienters oro för missbruk ledde till försämrade smärtlindring. Detta kan bero på olika faktorer, bland annat kan denna oro leda till att patienten inte rapporterar sin smärta i lika stor utsträckning på grund av rädsla för att de skall få mer, som de ser det, beroendeframkallande läkemedel. Vidare kan det leda till att de inte följer ordinationen fullt ut genom att ta mindre eller färre doser analgetika. Denna oro kan uppstå genom okunskap och kan därmed lindras med kunskap.

Vidare beskrivs det i studien gjord av Paice et al (1998) att patienter i öppenvården rapporterar mer missnöje över smärtbehandlingen än de inlagda patienterna. Detta kan förmodligen bero på många saker, men en sak patienter i öppenvården har mindre än de inlagda patienterna är kontinuerlig kontakt med sjuksköterskor. Dessa kontakttillfällen ger inte bara eventuell trygghet genom sjuksköterskans kompetens utan även genom att patienten kan få många tillfällen att framföra undringar och frågor. Motsägelsefullt nog så visas det i samma studie att de patienter som var inlagda på avdelning visade tvekan för att prata med sjuksköterska då de är rädda för att störa. Detta skulle kunna förklaras genom att patienter på en avdelning kan känna att de måste dela på sjuksköterskans uppmärksamhet med andra, då sjuksköterskan eventuellt måste vara tillgänglig för flera patienter samtidigt. Det kan alltså vara extra viktigt att sjuksköterskor på avdelningar noga ser till att patienten inte håller inne med frågor eller smärtrapporteringar på grund av rädsla för att störa i sjuksköterskans arbete.

Olika kulturer kan enligt Lasch et al (2000) ha olika uppfattningar om cancersjukdom och smärtlindring, vilket kan vara nyttigt och underlättande att veta för att undvika kulturkrockar. Det är emellertid viktigare att se bortom eventuella kulturella skillnader och istället fokusera på patienten som en individ och lyssna på vad patienten som just individ har för uppfattningar för att ge så god omvårdnad som möjligt.

Dawson et al (2005) påvisar i sin studie att Patienter som har erfarenheter från tidigare effektiv smärtlindring rapporterar lägre nivåer av smärta än patienter som under det senaste året har haft smärtbehandling som inte gav någon skillnad i smärtans intensitet. Detta kan visa på att patientens tidigare upplevelser och erfarenheter är faktorer som påverkar resultatet i pågående och framtida behandlingar.

Har patienten dåliga erfarenheter från tidigare smärtbehandlingar kan det vara viktigt att lyssna på patienten och försöka ta reda på vad det var som patienten upplevde som dåligt eller icke-fungerande i tidigare utförd behandling. Det är viktigt att patienten är positiv till pågående behandling och att han/hon känner sig delaktig i genomförandet av behandlingen. Får sjuksköterskan reda på tidigare utförda misstag eller missförstånd kan hon/han tillsammans med patienten reda ut dessa så att de inte påverkar pågående eller framtida behandlingar.

Utbildning av patienter

Förutom tyngden av en potentiellt dödlig diagnos som cancer kan vara, måste patienten även hantera en ny situation full av kunskaps- och insiktskrävande beslut. Det kan därför, som tidigare sagt i diskussionen, vara viktigt med en god patientundervisning. Både de Wit et al (1997) och Kim et al (2004) visar att utbildning av patienter ger kunskap. Detta är bra för som vi påpekat tidigare kan kunskap vara viktigt för att eliminera olika barriärer vid farmakologisk smärtbehandling av cancersmärter.

Vikten av en god utbildning och bra information vid behandling kan vara stor då patienten annars på egen hand kan skaffa information från andra källor så som media eller internet. Faran med att patienter skaffar sig kunskap via internet är, att detta är ett okontrollerat medium där vem som helst kan lägga ut information som inte är saklig utan innehåller fel och myter. Däremot kan internet vara ett bra komplement till utbildningen av patienter om man som läkare eller sjuksköterska rekommenderar seriösa internet sidor som till exempel *Vårdal Institutets* hemsida där patienten och/eller närstående kan skaffa sig ytterligare information.

Att informationen till patienterna är viktig kan utläsas ur studien gjord av de Wit et al (1997). I denna undersökning kunde det inte påvisas någon skillnad i nivån av smärta mellan de båda grupperna, uppdelade i interventionsgrupp och kontrollgrupp som träffade distriktssköterska, detta trots att kontrollgruppen inte fick någon interventionsbaserad utbildning. Detta kan bero på att patienterna, i kontrollgruppen, som vet att de kommer att träffa en distriktssköterska känner mindre oro och ångest. Anledningen till detta kan vara att när en patient går till en distriktssköterska kan patienten få svar på många frågor i de informella samtalen som sker, utan att det är menat som en ren utbildning. Informationen de får i dessa möten kan minska de farhågor som patienter kan ha gällande olika behandlingar och detta i sin tur leder till den minskade oro och ångest som nämndes ovan. Minskad ångest och oro har i sin tur påverkan på smärtupplevelsen och fungerar dämpande på smärtan. Många av de patienter som inte har någon regelbunden kontakt med vårdpersonal har inte någon att fråga som kan ge svar på deras undringar. Av detta kan man dra slutsatsen att all den vetenskapligt grundade information som patienten får från vårdpersonal, i förlängningen kan verka positivt i smärtbehandlingen.

Det är viktigt att anpassa information och utbildning efter patientens förkunskaper och inlärningsförmåga. Den omgivande miljön är också en faktor som spelar en roll i hur väl en patient tar till sig informationen eller utbildningen som ges vid ett specifikt tillfälle. Utbildningstillfället skall ge patienten en möjlighet att kunna ta in

informationen i lugn och ro. Om denna möjlighet inte finns bör sjuksköterskan komplettera den muntliga informationen med skriftlig. På detta sätt ger man patienten möjlighet att repetera informationen i sin egen takt. de Wit et al (1997) visar att en dryg fjärdedel av patienterna som ingick i studien fick ny information, utöver den verbala informationen de fått på sjukhuset, genom det skriftliga materialet som delades ut. Om detta verkligen var helt ny information eller om patienterna inte hade uppfattat vad som sades på sjukhuset visar inte studien. Däremot kan det vara en fingervisning om effektiviteten av skriftlig information som komplement till muntlig information. Studien visar att så många som tre fjärdedelar av deltagarna läste informationen i sin helhet och 80 procent var nöjda med det som stod i broschyren. Detta pekar på att skriftlig information till patienter är värdefull och bör användas i stor utsträckning men inte ersätta den verbala informationen där en dialog är möjlig.

Resultatet i studien gjord av Kim et al (2004) visar att de den utförda utbildningen gav störst kunskapsökning, hos patienterna, i frågor gällande farmakologisk smärtlindring. Detta är positivt då detta är kunskap som kan ge patienten en ökad compliance och därmed en effektivare smärtbehandling.

Smärtrapportering

En förutsättning för en god smärtbehandling kan vara att patienter säger till när de har ont och behöver medicin. Utebliven smärtrapportering kan dock vara ett stort problem, detta påvisas i studien gjord av Dawson et al (2005), där skriver de att; 25 procent av patienterna i studien rapporterade "alltid" smärta, 13 procent rapporterade "oftast" sin smärta, 35 procent rapporterade bara "ibland" medan 17 procent av de medverkande rapporterade "sällan" och andelen som "aldrig" rapporterade sin smärta var 10 procent. Detta problem bör sjuksköterskor räkna med i vården av cancersjuka patienter och redan vid de första samtalen med patient och anhöriga, bör hon/han förklara vikten av en fungerande smärtrapportering för patienten.

Det är inte endast utebliven smärtrapportering som är ett problem vid behandling av smärta utan också hur sjuksköterskorna tolkar smärtrapporteringar. Detta problem pekar Rushton et al (2003) på i sin studie där det framkommer att sjuksköterskorna ofta feltolkar smärtrapporteringen från patienter. Dessutom framkom det att denna feltolkning i stor utsträckning är en undervärdering av patientens smärtor, då närmre hälften av dem som ingick i studien ansåg att patienter överrapporterade sin smärta. Att sjuksköterskan inte tror på patienten när han/hon rapporterar om sin smärta kan leda till att patienten känner sig otrygg i sjuksköterskans vård. Det kan vara av yttersta vikt att sjuksköterskan inser att smärtan är personlig och visar empati och förståelse för den smärtupplevelse som patienten har.

Lasch et al (2000) argumenterar i sin studie att kulturella skillnader kan vara ytterligare en faktor som bör uppmärksammas vid smärtrapportering. Kulturella skillnader bör inte överdrivas utan fortfarande skall patienten ses som en individ. Sjuksköterskan bör dock vara medveten om aspekter som bristande språkförståelse och även eventuella skillnader i den kulturella meningen av cancersjukdomen som kan inverka både på hur patienten tar till sig information men även på det sätt och

utsträckning som patienten rapporterar eller uttrycker sig angående sin sjukdom eller sin smärta.

Schumacher et al (2002) visar att 74 procent av de patienter som tillfrågades i undersökningen tyckte att smärtdagboken var till stor nytta, men i denna undersökning nämns inte att smärtdagboken kan vara ett utmärkt verktyg som kan användas av sjuksköterskan och patienten både i utbildningssyfte och som informationsredskap. Sjuksköterskan kan på ett mycket enkelt sätt, genom att läsa smärtdagboken, se hur patienten mår och även se mönster som kan växa fram under dagar och veckor. Dessa mönster kan vara mycket lätta att urskilja. Till exempel kan sjuksköterskan se att en patient får högre smärta varje dag vid fyra tiden på eftermiddagen. Sjuksköterskan kan då gå in och kontakta en läkare som justerar analgetikadosen så att patienten blir smärtfri under hela dagen. Sjuksköterskan kan även använda dagboken för att på ett enkelt och pedagogiskt sätt undervisa patienten inom olika områden som är relevanta för smärtlindringen. Dessa områden kan vara allt från att visa vad som händer med smärtan om patienten hoppar över en dos, till resultatet av fysisk aktivitet. Patienten kan känna sig deltagande i sin behandling då det är patienten själv som rapporterar smärtan på ett sätt som de kontrollerar själva.

Läkemedelshantering

Eftersom medelåldern för cancersjuka är relativt hög, 60-80 år, kan det vara flera patienter som är multisjuka. På grund av att behandlingen för dessa sjukdomar kan kräva att en stor mängd tabletter som ska tas varje dag kan det vara svårt för vissa patienter att komma ihåg att ta alla sina mediciner på utsatt tid, det vill säga att de har dålig compliance. Dawson et al (2005) har i sin studie skildrat patienters förmåga till compliance och kommit fram till att 20 procent av patienterna ibland, sällan eller aldrig följde ordination.

För att öka patientens compliance behöver han/hon veta varför medicinen är nödvändig och även varför så många olika sorters analgetika ordineras. Det kan till exempel vara svårt för en cancersjuk patient att förstå varför de ska ta NSAID preparat, när dessa inte har en uppenbar relevans vid behandling av cancer. Det kan även finnas ett behov av andra sorters medicin, ett exempel på detta är antibiotika. Antibiotika behövs bland annat eftersom kroppen kämpar mot cancersjukdomen och kan då lättare bli mottaglig för infektioner. Det kan även finnas behov för patienten att ta medicin som motverkar analgetikans biverkningar, exempelvis laxantia vid förstoppning och salivstimulerande vid muntorrhet. Om inte patienten får tillräcklig information om anledningen till de olika preparaten som till synes inte har någon direkt koppling med cancersjukdomen kan det leda till en förvirring och oro hos patienten.

Intaget av medicin kan också vara en påminnelse om att man har en potentiellt dödlig sjukdom. Genom att låta bli att ta sin medicin undviker patienten att bli påmind fyra gånger dagligen om sitt allvarliga sjukdomstillstånd. Det är inte heller helt ovanligt att patienter har en fatalistisk inställning till sin sjukdom och anser att det inte spelar någon roll om man tar sin medicin då han/hon ändå kommer att dö. Vid dessa tillfällen har sjuksköterskan, som samordnare av vårdinsatser, ett stort ansvar att se

till att patienten får sin rättmätiga hjälp för att kunna hantera sjukdomen och slippa onödigt lidande.

Effektiviteten i att schemalägga medicineringen blir mycket tydlig i undersökningen som Miaskowski et al (2001) presenterar. Undersökningen slår fast att de patienter som har en schemalagd medicinering till mycket större utsträckning följer sin ordinerings jämfört med de patienter som har behovsmedicinering. En analys av detta resultat kan vara att vid schemalagd medicinering tar patienten sin medicin vid fasta tider och undviker på så sätt att smärta uppstår. När en patient väl känner smärta är det ofta för sent att nå en tillfredsställande smärtlindring då effekten av smärtstillande preparat tar tid och smärtan kan under denna tid ha blivit svår. Det krävs dessutom större doser preparat för att bryta en smärta än vad som krävs för att hålla smärta lindrad. På grund av detta kan en patient som har behovsmedicinering känna att medicinen inte lindrar smärtan tillräckligt och därför sluta ta de smärtstillande preparaten.

Anhöriga

Den anhöriga är ofta det största stödet patienten har under sin sjukdom. Det kan därför vara av största vikt att anhöriga får all information och utbildning han/hon behöver om sjukdomen, sjukdomsförloppet, behandling och eventuella biverkningar, för att om inget annat i alla fall orka med att finnas till för patienten. I studien gjord av Keefe et al (2005) beskrivs det att utbildning av anhöriga till cancersjuka inte har någon inverkan på smärtnivån hos den sjuka, men att de anhöriga upplever att de efter utbildning ökar sin egen effektivitet när det gäller att hjälpa patienten med att kontrollera smärta och andra symtom. Trots att det i studien inte påvisas något klart samband mellan utbildning av anhöriga och den sjukas smärtnivå, visar resultatet ändå att utbildning är viktig. Att de anhöriga känner sig effektivare i sin strävan att bistå den sjuke kan ses som ett nog så gott skäl att ge dem utbildning. Eftersom denna effektivitetskänsla kan ge dem den extra energi som krävs för den mödosamma insatsen att vårda sina sjuka nära och kära.

SLUTSATS

Vår avsikt med detta arbete var att undersöka på vilket sätt kunskap påverkar den farmakologiska smärtbehandlingen av cancersjuka och på vilka sätt sjuksköterskan, genom att arbeta pedagogiskt, kan eliminera de barriärer som eventuellt uppstår och som verkar som hinder för en lyckad smärtlindring.

Cancersjukdomar är komplicerade och flerbottnade då de inte bara angriper kroppen utan även själen hos de drabbade. Detta gör att den farmakologiska smärtlindringen blir problematisk då patienten kan vara tvungen att tampas både med den somatiska sjukdomen och existentiella problem på samma gång.

För att den farmakologiska smärtlindringen skall fungera måste patienten vara en aktiv deltagare i utformningen och planeringen av behandlingen. Nivån av deltagande

varierar mellan olika patienter, men det viktigaste är att patienten godtar den behandling de ska utsättas för. För att patienten ska kunna godta behandlingen krävs det att denne har insikt och förståelse för behandlingen, insikt och förståelse som bygger på kunskap.

Det är viktigt att patienten är fri från förutfattade meningar och missuppfattningar angående farmakologisk smärtbehandling vid cancersjukdom, då detta kan fungera som en barriär. Missförstånd och förutfattade meningar beror i stora delar på okunskap. Denna okunskap kan aldrig försvinna förrän sjuksköterskorna tar sitt ansvar och börjar arbeta efter och förmedla vetenskapligt baserad kunskap såsom det beskrivs i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (Notisum, 2005 b).

Patientens kunskap står i direkt relation till sjuksköterskans pedagogiska förmåga. Om sjuksköterskan utför sitt pedagogiska arbete riktigt, kommer många barriärer som byggs på myter, försvinna och därmed leda till en effektivare smärtbehandling. Då de flesta patienter söker vård på grund av smärta som indikator, kan man fråga sig om det är etiskt försvarbart att många sjuksköterskor inte har tillräcklig kunskap om smärta och smärtlindring då detta går ut över patienten i form av ökat lidande.

REFERENSER

Almås, H red. (2002) *Klinisk omvårdnad* Stockholm:Liber.

Bjälle, J Haug, E Sand, O Sjaastad, Ö (2002) *Människokroppen – fysiologi och anatomi* Stockholm:Liber

Dawson, R Sellers, D Spross, J Jablonski, E Hoyer, D Solomon, M (2005) Do patients beliefs act as barriers to effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or noncancer-related pain? *Oncology nursing forum*, 32 (2), 363-374.

de Wit, R van Dam, F Zandbelt, L van Buuren, A van der Heijden, K Leenhoust, G Loonstra, S (1997) A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain*, 73, 55-69.

International association for the study of pain (2005), International association for the study of pain, pain terminology <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html> 2005-11-12

Keefe, F Ahles, T Sutton, L Dalton, J Baucom, D Pope, MS Knowles, V McKinstry E Furstenberg, C Syrjala, K Waters, S McKee, D McBride, C Rumble, M Scipio, C (2005) Partner-guided cancer pain management at the end of life: a preliminary study. *Journal of pain and symptoms management*, 29 (3) 263-272.

Killander, E Modig, G Nilsson, G (1999) *Tro på patienten – behandling av tumörrelaterad smärta* Lund:Studentlitteratur.

Kim, J-E Dodd, M West, C Paul, S Facione, N Scumacher, K Tripathy, D Koo, P Miaskowski, C (2004) The PRO-SELF© Pain control program improves patients knowledge of cancer pain management. *Oncology nursing forum*, 31 (6), 1137-1143.

Lasch, K Wilkes, G Montuori, L Chew, P Leornad, C Hilton, S (2000) Using focus group methods to develop multicultural cancer pain education materials. *Pain management nursing*, 1 (4) 129-138.

Miaskowski, C Dodd, M West, C Paul, S Tripathy, D Koo, P Schumacher, K (2001) Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. *Journal of clinical oncology*, 19 (23),4275-4279.

Notisum, (2005) a, Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).
<<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>> 2005-12-09

Notisum, (2005) b, Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). <<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19980531.htm>> 2005-12-09

Notisum, (2005) c, Patientjournalagen (1985:562).
<<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19850562.htm>>

Nystrand, A (1999) *Smärta* Lidköping: Medicinska forskningsrådet

Paice, J Toy, C Shott, S (1998) Barriers to cancer pain relief: fear of tolerance and addiction. *Journal of pain and symptom management*, 16, 1-9.

Public Health Resource Unit (2005), CASP <http://www.phru.nhs.uk/casp/casp.htm>
2005-11-03.

Polit, D red. (2001) Essentials of nursing research. *Methods, appraisal and utilization*
New York: Lippincott Williams and Wilkins

Reitan, A red. (2003) *Onkologisk omvårdnad* Falköping: Liber.

Rushton, P Eggett, D Sutherland, C (2003) Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and non oncology nurses. *Oncology nursing forum*, 30, 849-855.

Schumacher, K Koresawa, S West, C Dodd, M Paul, S Tripathy, D Koo, P Miaskowski, C (2002) The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Oncology nursing forum*, 29 (9), 1304-1313.

Socialstyrelsen, (2005), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1993:17. < http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm> 2005-12-09

Strang, P (2003) *Cancerrelaterad smärta – onkologiska och palliativa aspekter*
Lund: Studentlitteratur.

Wells, M Dryden, H Guild, P Levack, P Farrer, K Mowat, P (2001) The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the hospital palliative care team make a difference? *European journal of cancer care*, 10, 201-211.

BILAGOR

Bilaga 1: Artikelgranskning enligt CASP formulär för kvalitativa studier.

Bilaga 2: Artikelgranskning enligt CASP formulär för randomiserade studier.

Bilaga 3: Artikelgranskning enligt CASP formulär för cohortstudier.

Bilaga 1

ARTIKELGRANSKNING

Tabell 1. CASP-formulärets frågor avseende kvalitativa studier (egen översättning).

1	Finns det ett klart uttalat mål med studien?
2	Är en kvalitativ metod befogad?
3	Överensstämmer designen på studien med målet?
4	Rekryterades studiens deltagare på ett sätt som överensstämmer med målet?
5	Samlades data in på ett sätt som överensstämmer med studiens syfte?
6	Har förhållandet mellan forskaren och deltagaren tagits i betänkning?
7	Har etiska aspekter tagits upp?
8	Har insamlad data analyserats tillräckligt ingående?
9	Är resultatet tydligt redovisat?
10	Hur viktigt är resultatet?

Artikel

Titel: Using focus group methods to develop multicultural cancer pain education materials.

Författare: Lasch, K Wilkes, G Montuori, L Chew, P Leornad, C Hilton, S

Tidskrift: Pain management nursing

Land: USA

Publikationsår: 2000

Mål: Målet är att använda fokusgrupper för att utveckla skriftligt material som på ett kulturellt medvetet och lingvistiskt passande sätt styrker patienten och dennes familj att kommunicera mer effektivt med vårdpersonalen angående smärta.

Urval: 70 kulturella representanter från 11 olika etniska grupper.

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja, eftersom det handlar om olika sätt att kommunicera.
3. Ja
4. Ja, dock varierar populationsmängden, från grupp till grupp, exempelvis hade gruppen ryssar en deltagare, medan de övriga grupperna hade en population på fem till elva individer.
5. Ja, genom att samtalen i de olika grupperna spelades in med bandspelare för att sedan skrivas på dator där materialet delades upp i olika kategorier.
6. Nej
7. Nej
8. Ja
9. Ja, det är redovisat med tydliga kategorier och subkategorier.
10. Resultatet är mycket viktigt då avstånden i världen krymper snabbt och interkulturell kommunikation är en realitet och inte en raritet.

Artikelsammanfattning

Titeln överensstämmer med studiens innehåll. Abstraktet sätter in läsaren i studien på ett bra sätt, dock är resultatet presenterat på ett otydligt sätt. Introduktionen är relevant och sätter in läsaren på ett bra sätt angående bakgrunden till studien. Syftet står med klar och tydligt i introduktionen. Metoden beskriver på ett tydligt och lättöverskådligt sätt urval, datainsamling, och vilka instrument som använts för analys. Resultatet överensstämmer med syftet och presenteras på ett tydligt sätt. Författarna påpekar flera gånger i resultatet att resultatet inte kan appliceras på alla individer inom en viss etnisk grupp. Det saknas dock en redovisning om huruvida det har gjorts någon etisk prövning av forskarna själva eller en etisk kommitté. Författarna diskuterar resultatet på ett uttömmande sätt och tar upp studiens brister på ett tydligt sätt. Referenstekniken är korrekt.

Bilaga 2

ARTIKELGRANSKNING

Tabell 1. CASP-formulärets frågor avseende randomiserade studier (egen översättning).

1	Har studien en klart formulerad fråga?
2	Är studien en randomiserad kontroll studie och är den metoden befogad?
3	Delades deltagarna in i interventions- och kontrollgrupp på ett riktigt sätt?
4	Är deltagargrupperna blinda för deltagare, personal och forskare?
5	Finns alla deltagare medräknade i slutet?
6	Följs deltagarna upp i alla grupper och samlades data in på samma sätt?
7	Har studien tillräckligt med deltagare för att utesluta slumpen?
8	Hur redovisas resultatet och vad är slutresultatet?
9	Hur precist är resultatet?
10	Är alla viktiga resultat medräknade så slutresultatet blir applicerbart?

Artikel

Titel: A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial.

Författare: de Wit, R van Dam, F Zandbelt, L van Buuren, A van der Heijden, K Leenhoust, G Loonstra, S

Tidskrift: Pain

Land: Holland

Publikationsår: 1997

Syfte/frågeställning: Frågeställningen var om patienter som deltog i utbildningen skulle få mer kunskap om sin smärta och smärtlindring? Vidare ställdes frågan om detta i sin tur leder till att smärtlindringen blir effektivare och gör att patienterna får lägre smärta än patienter som inte har fått någon utbildning?

Urval: 313 patienter som:

- hade smärta relaterat till cancer, cancer behandling eller cytostatika
- hade lidit av smärta längre än 1 månad
- hade en beräknad överlevnad på mer än tre månader
- kunde hantera det holländska språket
- var tillgängliga via telefon
- inte bodde på sjukhem eller äldreboende

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja
3. Ja, dock var redan urvalet bland huvudgrupperna utfört innan studiens början, då uppdelningen mellan patienter som träffade distriktssköterska och patienter som inte hade kontakt med distriktssköterska redan var gjord. Subgrupperna var emellertid randomiserade.
4. Nej, detta var inte möjligt då det var en utbildningsintervention.

5. Ja
6. Ja
7. Ja, det var 313 deltagare totalt.
8. Resultatet redovisas i både tabell- och textform och visar på att patienter som fick utbildning och inte hade kontakt med distriktssköterska hade en signifikant minskning av smärtnivåer jämfört med sin kontrollgrupp.
9. Mycket precist, resultatet anges både i procent och i antal av deltagarna, p-värde används vid jämförelser mellan grupper.
10. Ja

Artikelsammanfattning

Titeln är relevant och abstractet är systematiskt uppbyggt, läsaren sätts in i studien på ett bra sätt. Introduktionen är i kortaste laget men beskriver dock tidigare utbildningsinterventioner och innehåller även syftet. Metoden är mycket ingående beskriven. Där beskriver författarna urval, design, datainsamling och analysmetoder och det framkommer tydligt hur studien har gått till. Resultatet är relevant mot syftet och presenteras genom både text och tabeller. Dock är det lite svårt att uttyda resultatet då studien har en komplicerad indelning av patienter i olika grupper och subgrupper. En redovisad etisk prövning saknas. I diskussionen diskuterar författarna resultatet ingående. Författarna för även en diskussion angående resultatets applicerbarhet på populationer utanför Holland, de diskuterar även studiens för- och nackdelar. Referenstekniken är korrekt.

Artikel

Titel: The PRO-SELF© Pain control program improves patients knowledge of cancer pain management

Författare: Kim, J-E Dodd, M West, C Paul, S Facione, N Scumacher, K Tripathy, D Koo, P Miaskowski, C

Tidskrift: Oncology nursing forum

Land: USA

Publikationsår: 2004

Syfte/frågeställning: Syftet är att fastställa effektiviteten i en utbildningsintervention kallad "The PRO-SELF© pain control program" jämfört med standardvård ökar patienternas kunskap angående smärtlindring hos cancersjuka.

Urval: 174 öppenvårdspatienter med cancerdiagnos och smärta från skelettm metastaser.

Svar på CASP-frågor

1. Nej, men den har ett klart syfte.
2. Ja
3. Ja
4. Nej
5. Ja
6. Ja
7. Ja
8. Resultatet redovisas i både tabell- och textform och med diagram, dock något knäpändigt och kortfattat. Resultatet visar på att patienter som fick

- utbildning hade en 21 procentig ökning i sina kunskaper angående smärtlindring vid cancersjukdom.
9. Mycket precist, resultatet anges både i procent och i antal av deltagarna, p-värde används vid jämförelser mellan grupperna och skillnader inom samma grupp.
 10. Då deltagarna i undersökningen till största del var vita och högtbildade kan det finnas betänkligheter om resultatet kan appliceras på en annan befolkningsgrupp.

Artikelsammanfattning

Titeln är relevant dock är den ett konstaterande snarare än en titel. Abstractet innehåller relevant information och är lättläst och lättöverskådligt. Studien innehåller emellertid ingen tydlig frågeställning men har ett bra syfte. Bakgrunden är relevant och beskriver tidigare utbildningsinterventioner. Metoden är utförlig och konkret men är lite kompakt. Resultatet beskrivs på ett kort och koncist sätt med både text, tabeller och diagram, dock mycket kompakt. Etisk prövning har gjorts och är godkänd. Författarna diskuterar resultatet och jämför med tidigare studier som har kommit fram till samma resultat. Även studiens styrkor och svagheter diskuteras. Korrekt referensteknik används.

Artikel

Titel: The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain.

Författare: Schumacher, K Koresawa, S West, C Dodd, M Paul, S Tripathy, D Koo, P Miaskowski, C

Tidskrift: Oncology nursing forum

Land:

Publikationsår: 2002

Syfte/frågeställning: Studiens syfte är att beskriva användbarheten av smärtdagbok för öppenvårdspatienter med cancer som deltar i interventionsstudien ”The PRO-SELF© pain control program”.

Urval: 155 patienter som är över 18 år, har skelettmetastaser, en genomsnittlig smärta som är 2,5 eller mer på en skala 1-10 och kan hantera det engelska språket, samt 90 anhöriga.

Svar på CASP-frågor

1. Nej, men den har ett klart syfte.
2. Ja
3. Ja
4. Nej
5. Nej
6. Ja
7. Ja
8. Resultatet redovisas i både tabell- och textform och visar på att både patienter och anhöriga som deltagit i studien tycker att smärtdagboken är ett effektivt hjälpmedel för att kunna handskas med smärtan.

9. Mycket precist, resultatet anges både i procent och i antal av deltagarna och p-värde används.

10. Ja

Artikelsammanfattning

Titeln är mycket relevant och stämmer bra in på artikelns innehåll. Abstractet är kort och koncist. Bakgrunden beskriver tidigare forskning om patienters smärtrapportering. Metoden beskriver på ett tydligt sätt vilken design studien har och vilken metod som användes för datainsamling och analys. Dock är beskrivningen av hur indelningen i interventions- och kontrollgrupp har gått tilltydlig. Resultatet beskrivs på ett tydligt och lättöverskådligt sätt med både text och tabeller. Resultatet redovisas i subgrupper för att bli mer lättöverskådligt. I diskussionen tar författarna upp orsaker till resultatet och vikten av att smärtdagbok används inom vården. Studiens brister tas upp på ett tydligt sätt. Korrekt referensteknik används.

Bilaga 3

ARTIKELGRANSKNING

Tabell 1. CASP-formulärets frågor avseende kohortstudier (egen översättning).

1	Har studien ett klart syfte?
2	Använder författarna rätt metod för att svara på frågeställningen?
3	Rekryterades deltagarna på ett riktigt sätt?
4	Har bias som kan påverka deltagarna tagits med?
5	Har resultatet samlats in på ett sådant sätt att bias minimeras?
6a	Har författarna identifierat confounders?
6b	Har författarna tagit hänsyn till dessa confounders?
7a	Följdes deltagarna upp på ett riktigt sätt?
7b	Följdes deltagarna upp under en tillräckigt lång tid?
8	Vad var studiens resultat?
9	Hur precisa är resultaten?
10	Är resultaten trovärdiga?
11	Kan resultatet appliceras på en lokal population?
12	Överensstämmer studiens resultat med andra studier?

Artikel

Titel: Partner-guided cancer pain management at the end of life: a preliminary study.

Författare: Keefe, F Ahles, T Sutton, L Dalton, J Baucom, D Pope, MS Knowles, V McKinstry E Furstenberg, C Syrjala, K Waters, S McKee, D McBride, C Rumble, M Scipio, C

Tidskrift: Journal of pain and symptoms management

Land: USA

Publikationsår: 2005

Syfte/frågeställning: Studiens syfte är att testa nyttan av ett nytt smärtutbildningssystem som riktar sig till anhöriga, detta system integrerar information om cancersmärta och kognitivbeteendeterapi för smärta.

Urval: 78 patienter som:

- hade avancerad cancer
- hade en cancerrelaterad smärta >3 på en skala 1-10
- hade en beräknad överlevnad på mindre än 6 månader
- inte hade någon ändring i vården planerad
- var äldre än 18 år

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja
3. Ja
4. Ja
5. Ja

6. a, Nej. b, Nej
7. a, Ja. B, Ja
8. Resultatet visar att patienter vars anhörig har fått genomgått utbildningen inte fick sänkta nivåer av smärta. Dock kände de anhöriga att de kunde hjälpa och stödja patienten effektivare.
9. Dom är precisa, författarna använder Chi-square analys och presenterar resultatet med P-värde vid jämförelser mellan olika grupper.
10. Ja
11. Ja, dock är deltagarantalet relativt lågt så det kan vara svårt att applicera resultatet på en större population.
12. Författarparet har ej hittat liknande studier och kan därför inte svara på denna fråga.

Artikelsammanfattning

Titeln är relevant och beskriver studien bra. Abstractet är något strikt skrivet och ger ett obearbetat intryck. Introduktionen är kort men det framkommer att det inte har gjorts så mycket forskning inom detta specifika område. Syftet är klart och mycket koncist. Metoden beskriver på ett tydligt sätt hur undersökningen har gått till med urval, datainsamling och analysmetoder. Resultatet är relevant mot syftet.

Redovisningen av resultatet sker i text- och tabellform. Dock är resultatet i kortaste laget, kompakt och inte så lättolkat. Redovisning av etisk prövning saknas. I diskussionen tar författarna upp olika aspekter på det framkomna resultatet och även orsakerna till detta. Framtida värde och studiens för- och nackdelar diskuteras även. Författarna använder en korrekt referensteknik.

Artikel

Titel: Do patient's beliefs act as barriers to effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or noncancer-related pain?

Författare: Dawson, R Sellers, D Spross, J Jablonski, E Hoyer, D Solomon, M

Tidskrift: Oncology nursing forum

Land: USA

Publikationsår: 2005

Syfte/frågeställning: Syftet är att besvara de fyra frågeställningar som är: Har patienter olika uppfattningar om smärtlindring beroende på vilken vård som ges, och i så fall på vilket sätt? Är patienters uppfattning angående smärtlindring relaterat till deras compliance, när demografi och orsaker till smärta inräknade? Är patienters uppfattning om smärtlindring relaterat till tidigare smärtupplevelser, när patienters vilja att rapportera smärta och medicin intag, smärthistoria, smärtlindringsmetod och demografiska faktorer inräknade? Ger patienters smärthistoria och smärtlindring insikt i den dynamiska processen mellan patienters uppfattning om smärtlindring och vilja att medicinera?

Urval: 342 patienter med cancer vars smärta inte försvinner på egen hand eller genom receptfria smärtstillande.

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja

3. Ja
4. Ja, bias är presenterat på ett tydligt sätt i resultatet.
5. Ja
6. a, Ja. b, Ja
7. a, Ja. b, Nej
8. Patienters uppfattningar angående smärtlindring är en faktor som påverkar smärtlindringen i stor utsträckning.
9. Mycket precist, tack vare stor användning av p-värde
10. Ja
11. Ja då urvalet är stort och resultatet presenteras på ett tydligt och noggrant sätt.
12. Författarparet har ej hittat liknande studier och kan därför inte svara på denna fråga.

Artikelsammanfattning

Studiens titel är relevant och beskriver på ett tydligt sätt studien. Abstractet är lite otydligt och resultatet och slutsatsen är svåra att koppla ihop. Bakgrunden beskriver tidigare forskning och ett behov av mer kunskap inom området. Syftet beskrivs under en egen rubrik och är inte inbakat i bakgrunden. Metoden beskriver urvalet lite kortfattat men förtydligas med en tabell. Bearbetningen av insamlad data beskrivs ingående och separat för olika datakategorier. Redovisning av etisk prövning saknas. Resultatet presenteras genom text och tabeller. Texten är dock lite svårläst då det görs många jämförelser mellan olika subgrupper, uppfattningar, yrke, utbildningsnivåer med mera. P-värde används flitigt vid redovisning av dessa jämförelser. De tydligt redovisande tabellerna som används är till stor nytta. Diskussionen tar upp resultatet och diskuterar varför resultatet blev som det blev. Författarna diskuterar även resultatet utifrån påverkande faktorer som framkommit. Studiens brister tas upp på ett tydligt sätt under en egen rubrik och är inte gömt i diskussionen. Korrekt referensteknik har använts av författarna.

Artikel

Titel: Knowledge and attitudes about cancer pain management: a comparison of oncology and non oncology nurses.

Tidskrift: Rushton, P Eggett, D Sutherland, C

Publicerat: Oncology nursing forum

Land: USA

Publikationsår: 2003

Syfte/frågeställning: Syftet var att jämföra kunskap och attityder angående smärtlindring hos cancersjuka mellan onkologi- och allmänsjuksköterskor i Utah, USA.

Urval: 44 sjuksköterskor med onkologispecialisering och 303 allmänsjuksköterskor i Utah, USA.

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja
3. Ja
4. Ja

5. Ja
6. 6a, Ja. 6b, Ja
7. a, Ja. b, Nej
8. Sjuksköterskor som har specialistutbildning inom onkologi har en större kunskap om smärtlindring vid cancersjukdomar än allmänsjuksköterskor.
9. Mycket precist, då signifikansvärdet är satt till ett p-värde på 0.01.
10. Ja
11. Det kan finnas betänkligheter angående det då antalet onkologisjuksköterskor i studien endast var 44 stycken.
12. Författarparet har ej hittat liknande studier och kan därför inte svara på denna fråga.

Artikelsammanfattning

Titeln på studien är klar och tydlig och beskriver studien på ett bra sätt. Abstractet innehåller, dock lite kortfattat, information som sätter in läsaren i studien. Bakgrunden beskriver tidigare gjorda studier om kunskap och attityder hos onkolog- och allmänsjuksköterskor. Författarna för även en ”fördiskussion” i bakgrunden angående sjuksköterskors kunskap om smärtlindring utifrån tidigare forskning. Metoden beskriver tillvägagångssättet på ett konkret sätt med en tydlig beskrivning av mätinstrumenten som använts. Urvalet beskrivs lite otydligt då det inte riktigt framkommer om de 303 allmänsjuksköterskorna som deltog i studien randomiserades från 1500 ursprungliga namn. Eller om de 303 sjuksköterskorna var de enda av de ursprungliga 1500 som svarade på utskicket. Resultatet redovisas tydligt med jämförelser mellan de olika grupperna. Tydliga tabeller används. Etisk prövning har gjorts. Diskussionen är lite kortfattad men tar upp de stora skillnaderna mellan grupperna, och troliga orsaker till dessa skillnader. Studiens brister diskuteras på ett tydligt sätt. Författarnas referenser har använts på ett korrekt sätt.

Artikel

Titel: Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management

Författare: Miaskowski, C Dodd, M West, C Paul, S Tripathy, D Koo, P Schumacher, K

Tidskrift: Journal of clinical oncology

Land: USA

Publikationsår: 2001

Syfte/frågeställning: Syftet var att undersöka hur öppenvårdspatienter på en onkologiklinik följer ordinationen av smärtstillande under en fem veckors period genom att jämföra föreskriven mängd mot intagen mängd vid schemalagd medicinering och vid behovs medicinering.

Urval: 65 patienter som:

- hade skelettmetastaser
- var öppenvårdspatienter
- var äldre än 18 år
- kunde hantera det engelska språket
- hade en genomsnittlig på 2.5 eller mer på en skala 1-10

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja
3. Ja
4. Nej
5. Nej
6. a, Ja. b, Nej
7. a, Ja. b, Ja
8. Patienter har bättre compliance vid schemalagd medicinering.
9. Mycket precist
10. Ja
11. Ja
12. Författarparet har ej hittat liknande studier och kan därför inte svara på denna fråga.

Artikelsammanfattning

Studiens titel är klar och tydlig och är relevant för studien. Abstractet är kort och lite stökigt skrivet men säger vad som kan krävas. I bakgrunden beskrivs ojämnheten i patienters compliance i tidigare studier. I metoden beskrivs tillvägagångssättet i studien och vilka instrument och metoder som använts för insamling och analys av data. Urvalet är dock knapphändigt beskrivet. Resultatet redovisas klart och tydligt utan onödigt krångel och visar tydligt resultaten. Redovisning av etisk prövning saknas. Diskussionen tar upp olika aspekter på orsaker till resultatet. Svårigheterna med att på ett exakt sätt mäta hur mycket medicin en patient verkligen tar, och hur detta kan ha påverkat studien diskuteras även. Korrekt referensangivning har använts.

Artikel

Titel: Barriers to cancer pain relief: fear of tolerance and addiction.

Författare: Paice, J Toy, C Shott, S

Publicerat: Journal of pain and symptom management

Land: USA

Publikationsår: 1998

Syfte/frågeställning: Syftet är att testa nyttan av patient utvärderingsverktyget ”The cancer total quality pain management patient assessment tool™”, TQPM hos öppenvårds- och slutenvårdspatienter, samt identifiera faktorer associerade med dålig smärtlindring.

Urval: 200 icke kirurgiska öppen- och slutenvårdspatienter som behandlas på en onkologisk medicinavdelning eller som genomgår strålbehandling.

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja
3. Ja
4. Ja
5. Ja
6. a, Ja. b, Ja
7. a, Ja. b, Ja

8. TQPM är effektivt, och enligt patienterna ett användarvänligt sätt, att på ett systematiskt sätt samla information om patientens smärtbild och smärtlindringens effektivitet. Samt att det finns många barriärer som hindrar effektiv smärtlindring.
9. Mycket precist, många låga p-värden
10. Ja
11. Ja
12. Författarparet har ej hittat liknande studier och kan därför inte svara på denna fråga.

Artikelsammanfattning

Titeln är något missvisande då den inte beskriver studien utan resultatet av studien. Abstractet är relevant och beskriver studien på ett tydligt sätt. Bakgrunden beskriver tidigare studier gjorda inom området och beskriver vad TQPM innebär. Metoden beskriver hur urval av deltagare, insamling och analys av data har gått till. Delen som beskriver insamlandet av data är kort och innehåller bara de mest nödvändiga. Resultatet presenteras med en stor noggrannhet och P-värde används vid jämförelser mellan olika grupper och kategorier. Resultatet presenteras genom text som innehåller mycket fakta och är svåröverskådligt. Redovisning av etisk prövning saknas. I diskussionen går författarna noggrant igenom faktorer som påverkat resultatet samt diskuterar eventuella confounders. Författarna för även en diskussion angående vikten av att effektiva metoder för att undersöka och dokumentera patienters smärta införs i vården. Korrekt referensteknik har används.

Artikel

Titel: The knowlegde and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the hospital palliative care team make a difference?

Författare: Wells, M Dryden, H Guild, P Levack, P Farrer, K Mowat,

Tidskrift: European journal of cancer care

Land: England

Publikationsår: 2001

Syfte/frågeställning: Syftet är att kunskap och attityder skulle ändras under det året som interventionen pågick på grund av det palliativa teamets inblandning, annars på grund av utbildningen och den kliniska kunskapen, och även genom ökad medvetenhet och ökat intresse från vårdpersonalen.

Urval: 41 läkare och 117 sjuksköterskor som jobbar på Dundee teaching hospital i England.

Svar på CASP-frågor

1. Ja
2. Ja
3. Ja
4. Ja
5. Ja
6. a, Ja. b, Nej
7. a, Ja. b, Ja

8. Kunskap och attityder ändrades signifikant för sjuksköterskor under det år som studien pågick och att ett palliativt team gör skillnad i smärtlindringen som ges på avdelningen.
9. Precist, då bra p-värden presenteras
10. Ja
11. Eftersom det är en specifik grupp, personal på en kirurgavdelning, kan det vara svårt att applicera resultatet på en exempelvis medicinavdelning då baskunskaperna skiljer sig åt hos personalen.
12. Författarparet har ej hittat liknande studier och kan därför inte svara på denna fråga.

Artikelsammanfattning

Titeln är tydlig och relevant. Abstractet är kort och kompakt, innehåller emellertid nödvändig information. Bakgrunden tar upp tidigare studier inom samma område och beskriver vad som ligger bakom studien. Metoden tar upp tillvägagångssättet och urvalet. Analysmetoden beskrivs mycket kortfattat genom att säga vilket dataprogram som används. Resultatet redovisas på ett tydligt och klart sätt genom både text, tabeller och diagram. P-värde används vid jämförelser mellan olika tidpunkter i studien och mellan olika grupper. Författarna tar upp studiens begränsningar som en egen rubrik, där tar de upp faktorer som kan ha påverkat studien negativt. Redovisning av etisk prövning saknas. Diskussionen är ingående och omfattande. Där tar författarna upp vad som påverkat resultatet samt hur resultatet påverkar framtida vård. Korrekt referensteknik har använts.