

EXAMENSARBETE

Våren 2010

Sektionen för Hälsa och Samhälle

Sjuksköterskans stöd vid smärtbehandling av patienter med cancerrelaterad smärta

En litteraturstudie om sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder

Författare

Carin Angrén Nyborg
Sara Henriksson

Handledare

Ewa Angsmo

Examinator

Pernilla Ny

Sjuksköterskans stöd vid smärtbehandling av patienter med cancerrelaterad smärta

En litteraturstudie om sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder

Författare: Carin Angrén Nyborg, Sara Henriksson

Handledare: Ewa Angsmo

Litteraturstudie

Maj 2010

Sammanfattning

En otillräcklig smärtbehandling ger patienter en försämrad livskvalitet och orsakar ett lidande som innefattar såväl ångest som oro. Många cancerpatienter anser att de inte får någon smärtbehandling och de upplever dessutom bristfälliga kunskaper i bemötandet av dem som ansvarar för deras behandling. Syftet med studien är att belysa på vilket sätt sjuksköterskan kan stödja patienter med cancerrelaterad smärta, för att möjliggöra adekvat smärtbehandling. Studien var en litteraturstudie och bygger på en integrerad analys av 13 artiklar. Resultatet presenteras utifrån olika kategorier. *Strategier som hjälper patienten att hantera smärtan, medvetna och omedvetna hinder (barriärer) som påverkar smärtbehandlingen, kommunikation mellan patienter, närstående och sjuksköterskor samt utbildning som innefattar både personal, patient och anhörig.* En väsentlig uppgift för sjuksköterskan är att bygga upp en god relation till patient och skapa trygghet för att möjliggöra kommunikation, vilket är grunden för att ge information och undervisa patienten i smärta och smärthantering. För att kunna göra det krävs att sjuksköterskan har god sakkunskap i ämnet.

Nyckelord: Cancer, pain, management, treatment, intervention, nursing.

Pain management of patients with cancer-related pain

A literature review on nursing care measures

Author: Carin Angrén Nyborg, Sara Henriksson

Supervisor: Ewa Angsmo

Literature review

Date May 2010

Abstract

An inadequate pain management gives patients a reduced quality of life and causes suffering with both anxiety and worry. Many cancer patients believe that they receive no pain treatment. Moreover they feel inadequate response to those responsible for their treatment. The purpose of this study is to illuminate how nurses can support patients with cancer-related pain, to make adequate pain management possible. The study was a literature review based on an integrated analysis of 13 articles. The results are presented according to different categories. *Strategies to help patients to manage pain, conscious and unconscious barriers that affect pain treatment, communication between patients, relatives and nurses, and education involving both staff, patients and their families.* An essential task for nurses is to build a good relationship with the patient and provide security to enable communication, which is the basis for providing information and educating the patient in pain and pain management. To do so requires that nurses have good expertise in the subject.

Keywords: Cancer, pain, management, treatment, intervention, nursing.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Urval av databaser.....	7
Genomförande av databearbetning	7
Etiska överväganden	8
Definitioner	8
RESULTAT	8
Strategier som hjälper patienten att hantera smärta.....	8
Medvetna och omedvetna hinder (Barriärer) som påverkar smärtbehandlingen	9
Kommunikation mellan patienter, närstående och sjuksköterskor	10
Utbildning för både personal, patient och anhörig	11
Personalutbildning.....	11
Patientutbildning.....	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	14
Att skapa trygghet.....	15
Att överbrygga hinder och barriärer.....	16
Att skapa god kommunikation	17
Att förmedla information och kunskap	18
SLUTSATS	19
REFERENSER	21

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Inom cancersjukvården är smärta ett stort och mycket angeläget problem. Av cancerpatienterna i Sverige anser en femtedel att de inte får någon smärtbehandling. De upplever dessutom bristfälliga kunskaper i bemötandet av dem som ansvarar för deras smärtbehandling (Werner, 2007). För att optimera smärtbehandling krävs en utförlig smärtanalys, ett flexibelt användande av metoder och hela teamets kompetens där sjuksköterskan ingår (Strang, 2003). Enligt Serman, Gauker och Krieger (2003) är målet att alla patienter bör ha en individuell behandlingsplan för smärta och de förespråkar att teamet träffas i så kallade smärtronder för att diskutera och utvärdera patienternas smärta (a.a). En dåligt behandlad smärta påminner ständigt om cancersjukdomen och genom en studie av Larsson och Wijk (2007) framkom att stöd från sjuksköterskor ger kontroll över situationen vilket i sin tur leder till ökad livskvalitet (a.a).

Sjuksköterskan har som uppgift att göra en första behovsbedömning av patientens situation. Arbetet bör sträva efter att förebygga och förhindra att symtom hos patienten uppkommer. Därför bör sjuksköterskan tidigt sträva efter att identifiera signaler både hos patienten eller närstående för att kunna göra en bedömning av de symtom som uppstår (Friedrichsen & Petersson, 2005). För optimal smärtbehandling är det viktigt att patienten har fått information och har förståelse för den behandling som ges. Här har sjuksköterskan ett stort ansvar i och med sin stora kunskap i omvårdnad, och vana i patientundervisning. Sjuksköterskan har som uppgift att fortlöpande informera och följa upp patienternas läkemedel. Vid insättning av läkemedel är det läkarens uppgift att informera, men ofta behöver anhöriga och patient höra informationen många gånger. Sjuksköterskan blir också den som samordnar olika insatser vid smärtbehandling så som kontakter med paramedicinare, hjälpmedel och medicinering samt ansvarar för att utvärdering och dokumentation blir utförd (Strang, 2003).

Troligen skiljer sig cancerrelaterad smärta från annan smärta på grund av en unik fysiologi eftersom man upptäckt att canceraktivering av smärtsystemet har en speciell sensitiseringsprocess som ökar smärtupplevelsen (Werner, 2007). Cancerrelaterad smärta skiljer sig alltså på grund av en komplexitet som inte ses vid andra typer av smärta vilket påverkar behandlingsstrategierna. Anledningen till att farmakologisk behandling av

cancerrelaterad smärta ofta brister beror på att behandlingen grundas på data som kommer från studier som gjorts på patienter med långvarig icke cancerrelaterad smärta och på patienter med postoperativa smärtor (a.a). Det är därför svårt att definiera och mäta smärta eftersom den kan beskrivas på så många olika sätt och det krävs därmed förståelse för hela problematiken för att kunna behandla rätt (Linton, 2005). Smärta upplevs och uttrycks emotionellt, vilket betyder att smärta leder till känslomässiga reaktioner och dessa påverkar hur vi upplever smärta (Linton, 2005; Strang, 2003). Oro och ångest kan förstärka smärtupplevelsen och till och med vara huvudorsaken till en smärta som av patienten beskrivs som fysisk (Strang, 2003).

Om rätt metod används vid rätt smärtytp, är 90 % av smärtproblemen behandlingsbara (Strang, 2003). Även hos cancerpatienter vid livets slutskede kan man uppnå god smärtkontroll om dagens effektiva metoder används på ett systematiskt sätt. Det är tyvärr inte alltid så det ser ut i Sverige, utan brister i smärtbehandlingskvaliteten på onkologkliniker har påvisats och neurogena smärttillstånd underdiagnostiserats till följd av brisfällig smärtanalys (Wolff, Werner, & Strang, 2005). Dåligt kontrollerad smärtbehandling är alltså vanligt förekommande vilket är skadligt för patienterna och kostsamt. Rekommendationerna är att all vård bör vara strukturerad, ha ett mångdimensionellt förhållningssätt som visar på olika typer av smärta vilket skall kunna användas oavsett vårdinrättning (Gordon et al., 2005). För att få en fullständig förståelse av smärta och smärtlindring krävs en undersökning av fysiologiska, sensoriska, emotionella, kognitiva, beteendemässiga och sociala och kulturella dimensioner som bidrar till smärta (Ferrell, Ferrell, Ahn & Tran, 2004). Vården ska försäkra en snabb upptäckt av smärta hos patienten och snabbt leda till en behandlingsplan. Denna bör även involvera patienten och dennes närstående. Förbättrade behandlingsplaner och regelbundna utvärderingar och justeringar av pågående behandling är nödvändigt samt dokumentation av resultatet av smärtbehandlingen (Gordon et al., 2005). När en smärtanamnes utförs är det mycket viktigt att lyssna på patientens beskrivning då han/hon är expert på sin egen smärta (Beck- Friis & Strang, 2005).

SYFTE

Syftet med studien var att belysa på vilka sätt sjuksköterskan kan stödja patienter med cancerrelaterad smärta, för att möjliggöra adekvat smärtbehandling.

METOD

Studien är en litteraturstudie där 13 artiklar har granskats.

Urval av databaser

Artikelsökningen genomfördes i databaserna Pub Med och Cinahl. Sökning gjordes även i databaserna Cochrane och Eric men utan ytterligare resultat. Sökningarna redovisas i tabellform (bilaga 1). Inklusionskriterierna var artiklar med abstract och att de var publicerade på engelska eller svenska. Exklusionskriterierna var artiklar publicerade tidigare än 2002. De utvalda artiklarna skulle svara på föreliggande litteraturstudies syfte. Sökord som användes i olika kombinationer var: Cancer pain, decrease, cancer treatment, intervention, nurs*, nursing care, pain, pain management och pain treatment.

Genomförande av databearbetning

Artiklarna valdes ut vid ett första val utifrån abstrakt. Sedan granskades artiklarna utifrån syftet och de artiklar som motsvarade syftet valdes ut och ingick i analysen. De utvalda artiklarna redovisas i en matris (bilaga 2). Artiklarna granskades initialt efter de kriterier som Forsberg och Wengström (2003) angett. Granskningen utfördes enligt checklista för kvantitativa och kvalitativa studier. De utvalda artiklarna analyserades och sammanfördes (Lundman & Granheim, 2008). För att få en helhetsbild lästes först artiklarna och sedan gjordes en reflektion av innehållet. Innehållet kondenserades, vilket innebar att texten kortades ner för att få den mer lätthanterlig. Utifrån den kondenserade texten utvanns meningsbärande ord som blev grunden för de fyra kategorier som resultatet bygger på. Kategorier som framkom är: *Strategier som hjälper patienten att hantera smärtan. Medvetna och omedvetna hinder (Barriärer) som påverkar smärtbehandlingen. Kommunikation mellan patienter, närstående och sjuksköterskor samt Utbildning som innefattar både personal, patient och anhörig.* Dessa fyra kategorier visar på områden som kan vara till hjälp för sjuksköterskan att stödja patienten till att kunna få en bra smärtbehandling. I referenserna är de artiklar som ingår i resultatet markerade med*

Etiska överväganden

I denna litteraturstudie användes endast artiklar godkända av etisk kommitté.

Definitioner

Smärta är alltid en subjektiv upplevelse och enligt International Association for the study of pain har smärta definierats som “en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”. (IASP, 1994). Smärtsignalerna är integrerade i det centrala nervsystemet och där kopplas de automatiskt samman med de emotionella systemen som kan vara reaktioner såsom oro fruktan ilska och depression (Linton, 2005; Strang, 2003).

Smärtanalys kräver kunskaper inom anatomi, fysiologi och psykologi för att kunna skilja mellan smärtans olika komponenter såsom kroppsliga, själsliga och existentiella. Analysen bör innehålla en anamnes med strukturerade frågor, en smärtskattning där smärtans intensitet bedöms och även en kroppslig undersökning (Werner, 2005).

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de kategorier som framkom i analysen. Kategorierna är: *Strategier som hjälper patienten att hantera smärtan. Medvetna och omedvetna hinder (Barriärer) som påverkar smärtbehandlingen. Kommunikation mellan patienter, närstående och sjuksköterskor samt Utbildning som innefattar både personal, patient och anhörig.*

Strategier som hjälper patienten att hantera smärta

Grunden för att kunna hantera smärta var att patienterna kände att de hade en plan för hur de skulle handskas med smärtan och därmed upplevde trygghet. Patienterna beskrev att de behövde ha en tilltro till sig själva och sina metoder för att kunna hantera smärtan. Flera av patienterna hade en strategi där de försökte intala sig själva att smärtbehandlingen fungerade. Vissa patienter med smärtproblematik försökte hålla sig igång genom olika aktiviteter för att på så sett avleda och hålla humöret uppe (Boström,

Sandh, Lundberg & Fridlund, 2004a). Schumacher et al. (2002b) fann att användandet av att föra en dagbok över smärtan ökade patienternas känsla av kontroll. Genom att de fick ökad kontroll ökade också känslan av engagemang och gav då även ett ökat ansvar över smärtan. Här visade det sig att egenvården fick en betydelse. Dagboken hjälpte patienterna att utveckla en mer strukturerad och disciplinerad metod för smärtlindring. Det blev enklare för patienten att utvärdera sin smärta, hålla reda på smärtan över tid, utvärdera smärtstillande medel och identifiera smärtans mönster i förhållande till aktivitet, tid på dygnet och behandlingsstrategi. Det var dock inte alla som upplevde att de hade stöd i att skriva dagbok utan vissa av deltagarna upplevde den ökade medvetenheten över smärtan som de fick av att skriva dagbok som negativ (a.a).

Patienters karaktärer såsom optimism och känslan av att ha kontroll har undersökts för att utvärdera om det har en påverkan på smärta och fatigue. Det visade sig att optimism korrelerade negativt med smärta vilket innebar att de patienter som var mer optimistiska rapporterade mindre smärta men däremot visade det ingen effekt på graden av fatigue. Studien visade också att äldre patienter som var mer optimistiska led av färre andra symtom. De som kände att de hade kontroll över tillvaron kontrollerade både smärtan bättre och led även i mindre grad av fatigue. Den positiva effekten på smärtan verkade däremot minska vid sent sjukdomsskede (Kurtz, Kurtz, Given & Given, 2008).

Patienternas känsla av att ha kontroll påverkade således smärtan. De som fick sakkunskap, stöd och hjälp ökade möjligheten att lösa smärtproblematiken. Genom att sjuksköterskan på ett strukturerat sätt med hjälp av kognitiv beteende terapi försökte påverka patientens attityd eller sätt att hantera sin smärta kunde olika aspekter av smärtbehandlingen påverkas gynnsamt (Byma, Given, Given & You, 2009).

Medvetna och omedvetna hinder (Barriärer) som påverkar smärtbehandlingen

Respondenterna beskrev i studien av Boström et al. (2004a) att de var medvetna om att deras personlighet och attityder till analgetika spelade en betydande roll för deras smärtbehandling. Patienterna kunde känna rädsla för biverkningar av smärtstillande medel eftersom de redan upplevt många biverkningar i form av förstoppning,

illamående, kräkning, yrsel, fatigue och muntorrhet. I sin tur gav det ett ökat motstånd till att använda sig av ytterligare mediciner (a.a). Smärtans svårighetsgrad liksom graden av barriärer minskade om patienten blev medveten om sina tankar kring smärtproblematiken (Miakowski et al., 2004a) och det framkom en önskan om att tidigt få möjlighet till en fortlöpande diskussion om smärta och behandling av smärtan (Boström et al., 2004a). En sjuksköterskeledd intervention där patienten fick bearbeta fördomar om smärta och smärthantering visade fördelaktigt resultat (Ward et al., 2008; Aubin et al., 2006). Patienter som hade möjlighet att diskutera personliga frågor runt sin smärta och smärtbehandling visade på mindre fördomar och därmed minskade barriärerna som fanns om smärta och dess behandling. Patienterna som deltog i interventionsgruppen fick basal smärtutbildning och sedan avsatt tid med sjuksköterskan för tid till diskussion kring ämnet, vilket resulterade i att dessa patienter även använde sig av mer opioider än de patienter som inte ingick i intervention (Syrjala et al., 2008). Liknande resultat beskrev Ward et al. (2008) där respondenterna skattade sin smärta lägre efter genomgången intervention. Patienterna fick tillsammans med sjuksköterskan gå igenom olika barriärer som kunde finnas mot smärtbehandling, vilket gjordes i olika steg. De olika stegen innebar att prata om de olika hinder och tankar som fanns, att utforska de olika missförstånden/barriärer och till slut diskuterades de olika konsekvenser som blev av att hålla fast vid sin tro om smärtbehandling (a.a). Även i Aubin et al.'s studie (2006) framgick det att deltagarna som erhöll en strukturerad utbildning med tre olika komponenter, skattade smärtan lägre efter genomgången utbildning och dessutom fick en bestående minskning av smärtan. Utbildningen innefattade att patienterna fick se en videofilm med information om myter runt användandet av opioider som de sedan hade möjlighet att diskutera runt (a.a). Även sjuksköterskor hade liknande barriärer och hinder för smärtstillande behandling som patienterna hade (Vallerand, Riley- Doucet, Hasenau, & Templin, 2004).

Kommunikation mellan patienter, närstående och sjuksköterskor

Patienter som fick undervisning, rådgivning, stöd och hjälp att samordna sina problem genom en kontakt med specialistsjuksköterska visade en mindre inverkan av smärtan på fysisk aktivitet än de som fick sedvanlig vård. Patienterna i studien fick klassa sina

symtom på en tiogradig skala och fick sedan möjlighet att prata om sina symtom. Även patienternas sociala funktion visade sig förbättras jämfört med dem som fick den sedvanliga vården (Given et al., 2002). En liknande studie gjordes av Sherwood et al. (2005) där interventionsgruppen fick personliga möten med en sjuksköterska. I mötet fick patienten klassa sina symtom som de tillsammans diskuterade och sedan planerades en strategi för åtgärder. Även i denna studie skattade patienterna sina symtom lägre än kontroll gruppen men i slutskedet av studien visade de som var över 60 år ingen signifikant skillnad i symtom skattning jämfört med kontroll gruppen (a.a).

Patienter beskrev ett behov av en öppen och ärlig dialog med sjuksköterskan där de kunde prata om och diskutera sina upplevelser och tankar kring smärta och smärtbehandling. Då patienterna hade svårt att prata om sin smärta var det viktigt att sjuksköterskan hjälpte patienten och motiverade till att kommunicera runt smärtproblematiken. När kommunikationen fungerade effektivt ledde det till att patienten fick en ökad förståelse för sin smärta och problem i samband med smärtbehandlingen (Boström et al., 2004a). Aubin et al. (2006) studerade användandet av en smärtdagbok med ett bra resultat på smärtintensiteten. Deltagarna fick föra dagbok över smärtan. De fick dokumentera smärtintensitet, smärtans påverkan på familjelivet, sömnen och dagliga aktiviteter. Dagboken användes sedan som ett redskap för patienten att förmedla smärtproblematiken till vårdgivaren (a.a).

Kommunikationen mellan vårdgivare och patienten underlättades enligt vårdgivaren med hjälp av att patienten skrev dagbok över smärtan. Patienterna hade dock inte samma uppfattning om att dagboken förbättrade kommunikationen kring smärta (Shumacher et al., 2002).

Utbildning för både personal, patient och anhörig

Personalutbildning

Patienterna upplevde att vårdpersonalen hade begränsade kunskaper om förväntad effekt av vissa behandlingar i smärtstillande syfte, vilket ledde till att även de som patienter fick felaktiga förväntningar på behandlingsresultatet (Boström et al., 2004a). Patienterna beskrev att de ibland fick olika information om hur smärtbehandlingen verkade och hur den borde tas

och fick då själva välja vilken information de trodde på och tog till sig. Patienterna ansåg dessutom att det ibland är personal som föder deras rädsla för att ta för mycket opioider (Schumacher et al., 2002a). Genom att utbilda sjuksköterskor i smärta och smärtbehandling minskade patienternas smärta. Sjuksköterskorna utbildades i olika missförhållande om analgetika, farmakologisk smärtbehandling, behandling av biverkningar och hur man hjälpte patienten att kommunicera om smärta. Sjuksköterskorna i undersökningsgruppen visade på en signifikant ökning av sina kunskaper och en mer positiv attityd till smärtbehandling, de visade även på mindre barriärer vad gäller smärtbehandling och kände en ökad kontroll över patienternas smärta jämfört med de i kontrollgruppen (Vallerand et al., 2004).

Patientutbildning

Att patienter hade sakkunskap i ämnet och att de kände att de hade kontroll över sin smärta och smärtbehandling var av betydelse. Hade patienterna kontroll minskade smärtan (Kurtz et al., 2008). Patienter som fick utbildning lärde sig hantera sin smärta och skattade sin smärta signifikant lägre än de som inte hade fått denna möjlighet vilket en studie av Miakowski et al. (2004a) visade. I ovan nämnda studie utvärderades ett program där patienter fick möjlighet till både allmän- skriftlig information angående smärta och smärtbehandling och frågor kring biverkningar hur man hanterar en dosett och så vidare. Patienterna fick även individuellt anpassad information och stöd utifrån deras behov som patient och utifrån deras närståendes behov (a.a). Ett standardiserat utbildningsprogram vid cancerrelaterad smärta visade liknande resultat med en minskning av patienternas rapporterade smärta för dem som deltog i utbildningsprogrammet jämfört med kontrollgruppen. Risken för att ha svår smärta var flera gånger högre i kontrollgruppen än i utbildningsgruppen (Syrjala et al., 2008).

När patienterna fick bättre kunskap om sin smärtbehandling visade de en mer positiv attityd till analgetika (Boström et al., 2004a). Patienterna som fick utbildning i smärta var också de som hade de mest adekvata smärtbehandlingarna med väl anpassad analgetika och i rätta kombinationer (Miakowski et al., 2004). Ett standardiserat utbildningsprogram gav sjuksköterskan mer tid till att individanpassa information till patienten. Det gav också tid till kommunikation där patienten kände sig i fokus vilket i

sin tur ledde till att sjuksköterskans och läkarens bedömning av patientens skattade smärta överrensstämde bättre än de som inte fått denna möjlighet (Syrjala et al., 2008). Forskning av Schumacher et al. (2002b) visade framförallt på att smärta och smärtbehandling inte handlade om någon enkel problemlösning som följde en linjär process utan snarare var en fortlöpande process som innefattade bedömning, en strategi, utvärdering och modifiering (a.a). Patienter som fick individuell undervisning i smärtbehandling ökade villigheten att rapportera om sin smärta och prata om den med vårdpersonal jämfört med dem som fick en undervisning som handlade generellt om smärta. Förståelsen ökade därmed också och barriärer minskade. Detta resulterade även i att ångesten på längre sikt minskade. Däremot visade det sig ingen skillnad mellan de båda grupperna vad gällde smärtintensiteten och intrycket av smärta (Yates et al., 2003).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att ta reda på hur sjuksköterskan kan stödja patienter med cancerrelaterad smärta för att möjliggöra adekvat smärtbehandling. Ämnet valdes utifrån daglig kontakt med cancer patienter med smärta och ett intresse för att kunna förbättra deras situation. Metoden som valdes var en litteraturstudie som baseras på 13 vetenskapliga artiklar vilka ingår i resultatet.

Artikelsökningarna gjordes i databaserna Pub Med och Cinahl vilka gav ett bra resultat men för att inte missa viktiga artiklar gjordes även sökning i databaserna Cochrane och Erik men utan ytterligare resultat. Många av artiklarna var återkommande i de olika sökningarna. Vi valde då att göra en sökning där vi begränsade oss till randomiserade kontrollerade studier. Enligt Forsberg och Wengsröm (2003) anses dessa studier ge ett högt bevisvärde och anses bäst kunna svara på frågan om vilken åtgärd eller behandling som är den mest effektiva. Flera artiklar återfanns även i denna sökning. Sökningarna som gjordes resulterade mestadels i kvantitativa artiklar. De sökningar som inte har lett fram till artiklar som svarar mot syftet har vi valt att inte ta med i sökschemat för att göra det mer överskådligt. Studien av Boström et al. (2004) är en kvalitativ studie och har fått en något mer framträdande roll i resultatet på grund av att den studiens resultat var mer uttömmande. Samtliga artiklar i litteraturstudien är

publicerade på engelska och det bör beaktas att feltolkningar inte helt kan uteslutas vilket kan vara en svaghet i studien.

Artiklarna granskades utifrån checklista enligt Forsberg och Wengström (2003) och graderades med låg, medel eller hög kvalitet. Checklistan låg som underlag för kvalitetsbedömningen och granskades efter författarnas kunskap. Därför går det inte att utesluta att en mer erfaren granskare graderat artiklarna annorlunda. En fördel är att författarna bedömt artiklarna var för sig först och sedan diskuterat och gjort en gemensam slutbedömning.

Det framkom fyra kategorier i analysen. Kategorierna ska vara utformade så att inga data kan falla emellan eller passa in i flera kategorier. Enligt Lundman och Granheim (2008) kan denna regel vara svår att följa när det handlar om upplevelser. Efter att ha analyserat och integrerat utvalda artiklar fanns vissa svårigheter med att finna kategorier där innehållet inte kunde passa på två ställen eller inte passa in alls. Medvetna och omedvetna hinder (barriärer) togs ofta upp i samband med utbildning och dagböckerna togs upp som copingstrategier men även som en möjlighet för ökad kommunikation. Efter övervägande valdes dock de fyra kategorierna ut.

De flesta artiklar är från USA vilket i många fall är nära svenska förhållanden vilket kan ses som en fördel. Skillnader som däremot skulle kunna vara av betydelse är att Sverige har en annan vårdreform där alla har rätt till allmän sjukvård. Vilket skulle kunna innebära ett visst bortfall av patientkategorier i studierna från USA.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att det finns många infallsvinklar där sjuksköterskan har möjlighet att påverka smärtbehandlingen, vilket framkommer genom att deltagarna fått ta del av olika interventioner och sedan fått skatta sin smärta före och efter interventionen. De olika interventionerna har alla haft som mål att minska patienters smärta, men de har varit utformade på olika sätt. Sjuksköterskan kan på flera sätt stödja patienter med cancerrelaterad smärta för att möjliggöra adekvat smärtbehandling. Nedan har

författarna valt att diskutera några av dessa infallsvinklar: *Att skapa trygghet, Att överbrygga hinder och barriärer, Att skapa god kommunikation och att kunna förmedla information och kunskap.*

Att skapa trygghet

Boström et al. (2004 a) beskriver att trygghet har en signifikant betydelse i hur patienten hanterar smärtan (a.a). I ytterliggare studie av samma författare där patienten har blivit inskriven i ett palliativt team visas en förbättring av vården som grundar sig på trygghet. (Boström, Sandh, Lundberg och Fridlund, 2004 b). Trygghet kan uppnås på olika sätt. Sjuksköterskor kan hjälpa patienten att uppnå en känsla av kontroll över smärtan och på så sätt uppnå trygghet. Detta kan göras genom att uppmärksamma vilka strategier som kan fungera för den individuella patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om vilka strategier som kan vara till nytta för patienten. Ovanstående påstående styrks av studier som även de visar på egenvårdens betydelse där patienter som är engagerade i vården och fattar beslut tillsammans med vårdgivaren visar på ett bättre hälsoreultat. Detta visar att det är viktigt att involvera patienten i en plan för smärtbehandlingen (Donovan, Evers, Jacobs & Mandleblatt., 1999; Hibbard., 2003). Om patienten har en plan för hur smärtan skall hanteras, vågar denne bli mer aktiv. Genom att veta vad som bör göras vid ett smärtgenombrott ökar tryggheten. Planen bör innefatta att patienten vet när det till exempel kan räcka med att vila och göra avslappning, när det är ett läkemedel som behövs eller när kontakt med vårdgivare bör göras. Det är kanske så att varje arbetsplats borde fundera över vilka strategier som kan erbjudas just där, till exempel avslappningsövning, utläring av taktil- massage till närstående, musikterapi, bildterapi och så vidare. Fördelaktiga behandlingsresultat för alternativa behandlingsstrategier vid cancer relaterad smärta vid livets slut finns för akupunktur, TENS, gruppterapi, hypnos och massage (Pan, Morrison, Ness, Fugh-Berman & Leipzig., 2000).

Kurtz et al. (2008) samt Byrna et al. (2009) fann även de att kontroll är en viktig komponent för att kunna hantera smärtan. Kurtz et al. (2008) påvisar också att karaktärsdrag såsom optimism har en betydelse för hur patienten hanterar sin smärta

(a.a). Detta skulle kunna innebära att en positiv patient som är van att finna lösningar på problem är lättare att smärtbehandla än patienten som till personlighet har en mer negativ inställning. Personlighetsdrag är inget som sjuksköterskor kan påverka eftersom det är personens karaktär, men det skulle kunna öka förståelsen att veta om att det kan vara på det viset.

Att överbrygga hinder och barriärer

Resultatet i litteraturstudien visar att patienter har både medvetna och omedvetna motstånd för smärthanteringen. Det är viktigt att öka medvetenheten om de hinder som finns, och ge möjlighet för patienten att prata om problemet (Boström et al., 2004a; Syrjala et al., 2008; Miakowski et al., 2004; Ward et al., 2008 & Aubin et.al., 2006). I en intervention där sjuksköterskor arbetade för att förändra attityder och där patienterna motiverades och tränades att förändra sitt förhållningssätt och beteende i samband med olika hinder eller motstånd i samband med smärtbehandling, förbättrades smärtan och följsamheten till läkemedelsordinationer ökade (Fahey et al., 2008). I studien fick sjuksköterskan stödja patienten genom att diskutera fördelar och nackdelar av att handla på det ena eller andra sättet. Sjuksköterskan kunde då hjälpa patienten att få upp ögonen för hur smärtan kunde behandlas på ett effektivt sätt. Ett exempel kunde vara en patient som inte trodde på att det leder till något att diskutera sin smärta med familjen. Där kunde sjuksköterskan vända på det och fråga hur det varit om förhållandet i familjen varit omvänt. Eller kunde det vara en patient som var rädd att om all smärta försvann kom han/ hon kanske att förvärra skadan då smärtan inte längre känns. Här skulle sjuksköterskan kunna stödja patienten i att ta upp diskussionen med läkaren om det verkligen är en fara, och i fallet i studien ledde det till att patienten fick råd att utöka aktivitetsnivån försiktigt och kunde sedan gradvis våga öka sin dagliga promenad (a.a). Respondenterna i Boström et al's. (2004a) studie beskriver att patienter som upplever biverkningar får ett ökat motstånd till att använda ytterligare analgetika (a.a). I andra studier (Dawson et al., 2005) spelar patienternas attityd inte en så betydande roll för att uppnå en effektiv behandling. Däremot spelar vårdgivarnas smärtpraxis desto större roll. Det är mer troligt att patienternas smärthistoria och tidigare behandling är det som

formar patienternas fortsatta attityder och eventuella motstånd till smärtbehandling (a.a).

Att skapa god kommunikation

En öppen och ärlig kommunikation mellan patient och vårdgivare framträder som en viktig och genomgående komponent i resultatet för att uppnå en god smärtbehandling (Boström et al., 2004a; Given et al., 2002). Enligt d'Elia (2004) beskrivs kommunikation eller det professionella samtalet som ett möte mellan två människor. Vårdgivaren har två viktiga uppgifter där den ena är att samla information om patientens besvär för att lösa det medicinska problemet. Den andra uppgiften handlar om att utveckla en relation för att kunna förstå patientens tankar och känslor inför sin sjukdom. Fallowfield & Jenkins (1999) anser att en brisfällig kommunikation kan skapa oro och förvirring för patient och anhöriga som ofta är i behov av mer information än vad som vanligtvis ges. De beskriver också att bristfällig kommunikation är en risk för vårdpersonalens egen hälsa i form av stress, minskad tillfredsställelse i sitt arbete och ökad risk för utbrändhet (a.a). Kommunikation är ett viktigt redskap i processen att skapa relation mellan patient och sjuksköterska och sjuksköterskor känner ett behov av utbildning inom kommunikationsmetodik (Skilbeck, 2003). Om det skulle satsas mer på utbildning i kommunikation är det bra ur två perspektiv. Dels för att hjälpa patient och anhöriga i det korta perspektivet men även för att personalen ska orka vara stödjande och i längden kunna vara en resurs för patienter med cancerrelaterad smärta.

Boström et al. (2004a) beskriver att det är viktigt att sjuksköterskan hjälper patienten och motiverar denne till att kommunicera runt smärtproblematiken när patienten har svårt med detta. Faulkner och Maguire (1999) tar upp olika hinder för en lyckad kommunikation och bland annat vårdpersonalens egen distansering när det gäller svåra frågor. Detta innebär att personalen blockerar sig på olika sätt ifrån att bedöma och tillgodose patientens behov. Exempel på distanseringsätt kan vara att patienten ger signaler om något som känns jobbigt känslomässigt men att personalen då börjar prata om något annat eller fokuserar på det minst jobbiga i samtalet och försöker att lösa det

istället. Distansering kan också innebära att falska uppmuntrande besked ges för att lugna patienten och på så sätt slippa möta en verklighet som kan vara smärtsam (a.a). Som vårdgivare är det viktigt att veta i vilka situationer och hur vi på olika sätt distanserar oss.

Aubin et al. (2006) och Shumacher et al. (2002b) anser att det ibland behövs ett redskap för att underlätta kommunikationen och förmedla smärtproblematiken. De har i sina studier använt sig av en smärtdagbok (a.a). Dagbok skulle kunna vara till hjälp när patienterna träffar läkaren och mycket av problem och funderingar som varit aktuella sedan senaste mötet fallit bort. Om patienten har gjort stödanteckningar och skrivit dagbok senaste tiden kan dessa vara till grund för samtalet och viktiga frågor glöms inte bort att diskutera. Detta skulle kunna underlätta pågående behandling.

Att förmedla information och kunskap

Patienter känner att de får bristfällig information och de upplever ofta att vårdpersonalens kunskaper är begränsade (Schumacher et al., 2002a; Boström et al, 2004a). För att undvika detta är det därför av yttersta vikt att sjuksköterskor har en gedigen smärtutbildning som grund, och dessutom att det finns en samsyn på hur och vilken information som lämnas ut till patienten för att undvika missförstånd (Vallerand et al., 2004; Kurtz et al., 2008).

Socialstyrelsens (2001) kunskapsöversikt *Smärtbehandling i livets slutskede* visar att patientens rädsla minskar och förbättrar hans/hennes medverkan i behandlingen om denne får information och utbildning i smärta och smärtbehandling. Närstående kan också vara ett bättre stöd för patienten om de deltar i undervisningen (a.a). Enligt Fallowfield och Jenkins (1999) kan brister i kommunikationen leda till förvirring och ett bristande förtroende för vårdteamet och orsaka onödig oro för patienten. Då sjuksköterskor utbildas i smärta och smärthantering minskar patienternas smärta (Vallerand et al., 2004; Kurtz et al., 2008). Sterman, Gauker och Krieger (2003) beskriver att all smärtbehandlingsregim av sjuksköterskor börjar med utbildning i smärthantering. Förändring börjar med utbildning och då inte bara teoretisk utan även med exempel på aktuella patienter. I studien upprättades ronder där varje patients smärtbehandling utvärderades för att sedan diskutera förändringar

som kunde leda till förbättrad smärtbehandling. Genom att göra på detta sätt gavs personalen en ökad kunskap och en ökad handlingsberedskap inför liknande situationer (a.a).

Flera studier i resultatet visar på att patientutbildning minskar patienternas smärtintensitet. (Miakowski et al., 2004; Syrjala et al., 2008). Yates et al. (2003) betonar vikten av smärtutbildning men fann även att en individuell utbildning inte minskar smärtans intensitet jämfört med dem som fått generell smärtutbildning. Däremot ökar förståelsen och ångesten minskar på längre sikt med en individuell utbildning (a.a). Som tidigare beskrivits i bakgrunden upplevs och uttrycks smärta emotionellt. Oro och ångest kan förstärka smärtupplevelsen och därför borde en individuell smärtutbildning vara klart mer gynnsam för patienten. Fördelen med ett standardiserat utbildningsprogram kan däremot vara att det skapas utrymme till individuellt anpassad utbildning (Yates et al., 2003; Miakowski et al., 2004). Genom att patienterna får en generell smärtutbildning som grund finns mer tid över för sjuksköterskan till de individuella aspekterna av smärtbehandling. I sin tur ger det utrymme till att skapa en relation mellan patient och sjuksköterska som förbättrar kommunikationen och ökar tryggheten vilket var andra viktiga komponenter som resultatet bygger på.

SLUTSATS

Sjuksköterskan har en viktig uppgift när det gäller smärtbehandlingen av cancersjuka patienter. Informationen är viktig och bör ges vid upprepade tillfällen. Olika aspekter bör uppfyllas för att kunna ge patienten största möjliga stöd. Patienten behöver känna sig trygg för att klara av att förmedla smärtan, därmed behöver sjuksköterskan möjliggöra en bra relation patient/sjuksköterska emellan. Informationen till patienten angående smärtbehandling bör även vara densamma oavsett från vilken sjuksköterska den kommer ifrån. Därför är utbildning om smärtbehandling för sjuksköterskor viktig. Alla sjuksköterskor bör ha samma grund att stå på för att kunna förmedla en trygghet och kunna ge saklig information till den berörda patienten. Med bra information och en trygg relation till vårdgivaren öppnar sig även en bra kommunikation dem emellan vilket innebär att patienten vågar öppna sig och många av de hinder /barriärer som patienten har inför den farmakologiska smärtbehandlingen kan minimeras.

Litteratur studien visar inte något nytt och oväntat resultat utan får snarare ses som en möjlighet till reflektion över vad och varför vi gör saker i smärtbehandlande syfte. Kanske ger den en tankeställare om hur arbetet runt smärthantering kan byggas upp. Studien visar vilken viktig roll sjuksköterskan kan ha vid smärtbehandling och vilken skillnad sjuksköterskans arbete kan göra för patienten. Varje arbetsplats som har ansvar för dessa patienter bör ha riktlinjer för smärthantering till exempel grundutbildning i smärta för all berörd personal, riktlinjer för när och hur smärtanalys görs och hur och när information lämnas. För att utveckla smärthanteringen är det viktigt att hitta former för att kvalitetsgranska det egna arbetet på arbetsplatsen. Det är först då olika interventioner blir mätbara som det blir möjligt att veta att en förändring verkligen är till gagn för patienten. Dessutom känns det angeläget att fortsatta studier görs i Sverige inom de onkologiska- och palliativa enheterna för att vidareutveckla smärthanteringen.

REFERENSER

*Aubin, M., Vèzina, L., Parent, R., Fillion, L., Allard, P., & Bergeron, R., et.al. (2006). Impact of an Educational program on pain management in patients with cancer living at home. *Oncology nursing forum*, 33(6), 1183-1188

*Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer- related pain in palliative care: patients´ perceptions of pain management. *Journal of advanced nursing*, 45(4), 410-419.

Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer patient´s experiences of care related to pain mangement before and after palliative care refferal. *European journal of cancer care*,13, 238-245.

*Byma, E., Given, B., Given, C., & You, M. (2009). The effect of Mastery on pain and fatigue resolution. *Oncology nursing forum*, 36(5), 544-541.

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 non cancer related pain? *Oncology nursing forum*, 32(2), 363-374.

Donovan, M., Evers, K, Jacobs,P & Mandleblatt, S.(1999). When there is no benchmark: designing a primary care-based chronic pain management program from the scientific basis up. *J pain symptom manage*, 18,38-48.

D´Elia, G. (2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm: Natur och kultur.

Fahey, K., Rao, S., Douglas, M., Thomas, M., Elliott, J., & Miaskowski, C. (2008). Nurse coaching to explore and modify patients attitudinal barriers interfering with effective cancer pain management. *Oncology nursing forum*, 35(2), 233-240.

Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European journal of cancer*, 35(11), 1592-1597.

Faulkner, A., & Maguire, P. (1999). *Att mötas I samtal inom cancervården*. Lund: studentlitteratur.

Ferrell, B., Ferrell, B., Ahn, C. & Tran, K. (1994). Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer*, 74, 2139-2146

Forsberg, c. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Friedrichsen, M & Petersson, L-M. (2005). Sjuksköterskans roll vid symtomkontroll: muntorrhet, förstoppning och sömnproblem som exempel. B. Beck-Friis, & S. Strang (Red.). *Palliativmedicin*. (pp 147-154). Stockholm: Liber.

*Given, B., Given, C.W., McCorkle, R., Kosachik, S., Cimprich, B., & Rahabar, M.H., et. al. (2002). Pain and fatigue management: Results of a nursing randomized clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 29(6), 949-956.

Gordon, D., Dahl, J., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K. & Paice, J. (2005). American pain society recommendations for Improving the quality of acute and cancer pain management. *Arch intern med*. 165, 1574-1580.

Hibbard, JH. (2003) Engaging health care consumers to improve the quality of care. *Med care*. 41, 161-170

IASP, International Association for study of pain. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms/ prepared buy the Task force on taxanomy of the International Association for the Study of Pain (2 nd ed.). I H. Herskey och N. Bogduk. (Eds.) (pp. 209-214). Seattle: IASP Press.

*Kurtz, M., Kurtz, J., Given, C., Given, B. (2008). Patient optimism and mastery- Do they play a role in cancer patients' management of pain and fatigue? *Journal of pain and symptom management*, 36(1), 1-10.

Larsson, A., & Wijk, H. (2007). Patients experiences of pain and pain management at the end of life: A pilot study. *Pain Management Nursing*, 8(1), 12-16.

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

Lundman, B. & Graneheim Hällgren, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. (pp 159-166). Lund: studentlitteratur.

*Miakowski, C., Dodd, M., West, C., Scumacher, K., Paul, S. & Tripathy, D., et. al.(2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of clinical oncology*, 22, 1713-1720.

Pan, C., Morrisson, S., Ness, J., Fugh- Berman, A., & Leipzig, R. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 20(5), 374-387.

* Schumacher, K.L., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C. & Wais, E., et. al. (2002a). Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 369-382.

*Schumacher, K.L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S.M, & Tripathy, D., et. al. (2002b). The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Scumacher*, 29(9), 1304-1313.

*Sherwood, P., Given, B.A., Given, C., Champion, V., Doorenbos, A., & Azzouz, F., et. al. (2005). A cognitive behavioural intervention for symptom management in patients with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1190-1198.

Skilbeck, J.,(2003). Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of advanced nursing*, 43(5), 521-530.

Sterman, E., Gauker, S. & Krieger, J.,(2003). A comprehensive approach to improving cancer pain management and patient satisfaction. *Oncology nursing forum*, 30(5), 857-864.

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

Socialstyrelsen. (2001) *Smärtbehandling i livets slutskede*. Linköping Socialstyrelsen.
Hämtad 6 Juni, 2010, från
http://www.Socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11363/2001-110-6_20011106.pdf

Wolff, T. Werner, M. & Strang, P (2005). Introduktion- smärtgenes och smärtyper. Werner, M & Strang, P (Red.). *Smärta och smärtbehandling*. (pp 323-327). Stockholm: Liber.

*Syrjala, K., Abrams, J., Polissar, N., Hansberry, J., Robison, J., & DuPen, S., et. al. (2008). Patient training in cancerpain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial. *Pain*, 135(1-2), 175-186.

*Vallerand, A. H., Riley- Doucet, C., Hasenau, S.M., & Templin, T. (2004). Improving cancer pain management by homecare nurses. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 809-816.

*Ward, S., Donovan, H., Gunnarsdottir, S., Serlin, R., Shapiro, G., & Hughes, S. (2008). A randomized trial of a representational intervention to decrease cancer pain (RIDcancerPain). *Health Psychol.*, 27(1), 59-67.

Werner, M (2007). Cancer-related-pain-still a therapeutic problem! *Incitament* 16(7):496-9

Werner, M (2005). Läkemedelsbehandling vid smärta. Beck- Friis, B & Strang, P (Red.).
Palliativ medicin (pp 217-258). Stockholm: Liber AB.

*Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Aranda, S., Purdie, D., Najman, J., et.al. (2003). A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient education and counselling.*, 53, 227-237.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2010-01-21	Pub Med	Nurs* AND pain treatmentAND cancer treatmentAND pain management	Endast artiklar med abstract, Randomized controlled trial. Engelska, all adult 19+years, humans	Nyckelord	31	Ej relevanta till syftet. Äldre än 2002	8 3 artiklar återfanns i cinahl sökning 2 8 artiklar återkom i Pub Med sökning 4
2010-01-18	Pub Med	Nursing care AND cancer AND pain AND nursing intervention AND pain management AND decrease	Endast artiklar med abstract, Randomized controlled trial. Engelska, all adult 19+years, humans	Nyckelord	13	Ej relevanta till studiens syfte. Äldre än 2002	1 1 artikel återfanns i Pub Med sökning 3
2010-01-17	Pub Med	Nurs* AND pain treatmentAND cancer treatmentAND pain management AND decrease	Endast artiklar med abstractl. Engelska, all adult 19+years, humans	Nyckelord	20	Ej relevanta till studiens syfte. Äldre än 2002	2 1 artikel återfanns i Pub Med sökning 4 1 artikel återfanns i Cinahl sökning 2 1 artikel återfanns i Pub Med sökning 2
2010-01-17	Pub Med	Nurs* AND pain treatmentAND cancer treatmentAND pain management AND intervention	Endast artiklar med abstractl. Engelska, all adult 19+years, humans	Nyckelord	32	Ej relevanta till studiens syfte. Äldre än 2002	9 8 artiklar återfanns i Pub Med sökning 1 5 artiklar återfanns i Cinahl sökning 2
2010-01-17	Cinahl	Nurse*AND cancer pain AND pain treatment AND pain management	Peer reviewed, engelska, 2002-2009,	Nyckelord	5	Ej relevanta till studiens syfte. Äldre än 2002	1

2010-01-21	Cinahl	Nursing AND pain AND management AND intervention	Endast engelska 2002 - 2009, peer reviewed,	Nyckelord	20	Ej relevanta till syftet.	7 3 är med i pubmed sökning 1 1 är med i Pubmed sökning 3 5 är med i Pub Med sökning 4
------------	--------	--	---	-----------	----	---------------------------	---

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Aubin, M., Vèzina, L., Parent, R., Fillion, L., Allard, P., & Bergeron, R., et.al. (2006). Kanada	Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home	Att utvärdera effekten av ett utbildningsprogram för smärtlindring hos patienter i hemsjukvård med långt framskriden cancer.	Kvantitativ studie. Systematiskt kvoturval. 80 stycken patienter i hemsjukvården som har smärta eller lindrar smärtan med hjälp av analgetika och som har en förväntad överlevnad på minst sex veckor. Till datainsamlingsmetoden användes frågeformulär samt skattningsinstrument.	Studien innebär att ge patienterna information rörande smärtlindring och med hjälp av en dagbok övervaka smärtan. Deltagarna tillhandahåller specifika rekommendationer om vad de skall göra om de får smärtgenombrott och tappar kontrollen över smärtan. Uppgifter om smärtan och patienternas tro om analgetika samlas in via personliga intervjuer.	De patienter som fick utbildningsprogram fick bättre smärtbehandling, jämfört med de i kontrollgruppen som i genomsnitt höll kvar vid samma smärtintensitet.	Hög
Barbro. Boström, Marie. Sandh, Dag. Lundberg, & Bengt. Fridlund, (2004). Sverige	Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management	Att beskriva hur patienter med cancerrelaterad smärta uppfattar sin smärtbehandling.	Kvalitativ studie. Fenomenografisk metod och med ett strategiskt urval. Ifrån två palliativa team i sydvästra Sverige deltog 30 personer i undersökningen, 17män och 13 kvinnor. Intervjuer med öppna frågor	Intervju med öppna och halvöppna frågor användes. Patienterna valde tid och plats för intervjuerna som varade 30-90minuter. Intervjuerna bandades Dataanalysen gjordes i samarbete med huvudförfattaren och två av de andra författarna som alla hade hög kompetens inom smärta och kvalitativ forskning. Intervjuerna utfördes	Tre teman som var: kommunikation, planering och förtroende. Patienter beskriver ett behov av en öppen och ärlig dialog med vårdpersonal kring smärtfrågor. Patienterna beskrev ett stort behov av att kunna planera både smärtbehandling och andra vårdaktiviteter runt dem. När de kände förtroende för sjukvården i helhet och för	Hög

				av en och samma författare. Sedan gjordes textanalys som mynnade ut i tre teman.	vårdpersonlen i synnerhet ökade deras följsamhet och villighet att delta i smärtbehandlingen.	
Byma, E., Given, B., Given, C., & You, M., (2009). USA	The effect of Mastery on pain and fatigue resolution	Att förklara/ta reda på om det har en betydelse för smärtlindring om patienten har sakkunskap och känner kontroll	Kvantitativ studie. Systematiskt kvoturval. 330 patienter med cancer från två olika onkologkliniker som genomgick cytostatika behandling. Till datainsamlingsmetoden användes skalor och skattningsformulär.	En analys av två tidigare studier. I de båda studierna har patienten fått ha telefonkontakt med antingen en socialarbetare, sjuksköterska eller en automatisk telefonröst. Telefonsamtalen har alla gått ut på att patienten ska få information i smärthantering. Alla deltagarna fick även erhålla en manual i smärthantering.	Patienter som har fått mycket stöd och förslag till åtgärd har större chans att finna en lösning till smärtproblematiken	Medel
Given, B., Given, C.W., McCorkle, R., Kosachik, S., Cimprich, B., & Rahabar, M.H., et. al. (2002) USA	Pain and Fatigue Management: Results of a Nursing Randomized Clinical trial	Att jämföra patienter med smärta och fatigue där den ena gruppen får ordinär vård och den andra gruppen får extra stöd av specialutbildad sjuksköterska.	Kvantitativ studie. Systematiskt kvoturval. Patienter över 40 år som genomgår cytostatikabehandling till följd av ny cancerdiagnos och som har smärta eller fatigue. Är kognitivt ok och kan förstå och läsa engelska. Förväntad överlevnad mer än 20 veckor. Datainsamlingsmetoden var telefonintervjuer där frågeformulär och skattningsinstrument användes.	Varannan vecka skattades symtom genom NRS och livskvalitets skala på alla deltagare. I interventions gruppen tog en sjuksköterska kontakt och gick igenom alla skattade symtom som överskred viss bestämd grad och diskuterade detta med patienten.	Patienter i interventions gruppen uppvisar en signifikant minskning av rapporterade symtom och en förbättrad psykisk status.	Medel/ Hög
Kurtz, M., Kurtz, J.,	Patient optimism and	Att undersöka om	Kvalitativ studie. Systematiskt kvoturval.	Deltagarna intervjuades vid start då även The symtom	Äldre patienter som var mer optimistiska, led av färre andra	

Given, C., Given, B. (2008). USA	mastery- Do they play a role in cancer patients' management of pain and fatigue?	karaktärdrag som optimism och känslan av kontroll kan spela en roll i patientens förmåga att hantera smärta och fatigue	214 patienter med cancer som fick cytostatika behandling och som skattat minst 2 på en tiogradig skala på något symtom inkluderades i studien. Datainsamling skedde genom telefonintervjuer där frågeformulär och skattningsinstrument användes.	management guiden delades ut vilken senare återkopplades till vid besvärande symtom under telefonsamtal från SSK som skedde v. 1,2,3,4,6 och 8. Intervju skedde även v. 10 och 16 för att mäta effekten av interventionen.	sjukdomar eller rapporterade högre grad av känsla att ha kontroll tenderade att rapportera mindre smärta. Högre nivå av att känna kontroll och färre andra sjukdomar tenderar på mindre fatigue.	
Miakowski, C., Dodd, M., West, C., Schumacher, K., Paul, S. & Tripathy, D., et. al.(2004). USA	Randomized clinical trial of the effectiveness of a self care intervention to improve cancer pain management	Att utvärdera PRO-SELF interventionen jämfört med standardvård i syfte att se minskad intensitet på smärtskattning en.	Kvantitativ studie. Systematiskt kvoturval. 174 patienter med skelettmetastaser från 7 onkologkliniker i öppenvården i Kalifornien delades upp antingen i PRO-SELF gruppen som fick utbildning och stöd av specialistutbildad SSK eller kontrollgruppen som fick standardvård. Smärintensitet skattades och läkemedelsintag registrerades	Patienter i PRO-SELF gruppen fick besök av specialist SSK v.1 för ett utbildningstillfälle som skulle möta patient och närståendes nivå och behov av utbildning om cancer och smärtbehandling. De fick även skriftlig information angående smärta, smärtbehandling och dess biverkningar osv. V.2,4och 5 gjordes telefonsamtal och hembesök v. 3 och 6 för att ge fortsatt stöd och info. Kontrollgruppen fick cancer pain guideline och besök av SSK v:1,3 och 6. telefonsamtal 2,4 och 5. Denna grupp fick föra smärtdagbok och SSK fokuserade på detta	Utbildningsprogrammet visar en minskning av skattad smärta, en ökning av analgetika intag och att en större andel patienter hade mer adekvat smärtbehandling.	Hög
Sherwood, P., Given, B.A., Given,	A Cognitive Behavioral Intervention	Att utvärdera effekten av en kognitiv	Kvantitativ studie. Konsekutivt urval Patienter på 21 år och	De124 deltagarna indelades i två grupper . 62 i varje grupp. De svarade på frågeformulären	Patienterna i experiment gruppen och de med lägre symtombörda vid studiestarten hade signifikant	Hög

C., Champion, V., Doorenbos, A., & Azzouz, F., et. al. (2005). USA	for Symptom Management in Patient With Advanced cancer	beteende intervention för att minska symtombördan för patienter med avancerad cancer som är under cytostatikabeh andling.	äldre med en nyligen diagnostiserad avancerad cancersjukdom eller recidiv i sjukdomen och som är under cytostatika behandling. Datainsamlingsmetoden var telefon intervjuer där deltagarna graderade sina symtom.	vid start. Sedan fick interventions gruppen 5 individuella möten under 8 veckor. Alla deltagare hade intervju 10 och 20 veckor efter start.	lägre symtombörda efter 10 och 20 veckor. Efter 20 veckor var det speciellt de som var 60 år och yngre som det skiljde sig mest hos.	
Schumacher, K.L., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C. & Wais, E., et. al. (2002a) USA	Putting cancer pain regimens into practice at home	Att beskriva de svårigheter med smärthantering som patient och anhöriga tar upp i samband med ett utbildnings och stöd program	Kvalitativ studie. Induktiv ansats. Studien ingår i en större studie där man utvärderar ett utbildningsprogram PRO-SELF. 52 deltagare från PRO- SELF valdes till den kvalitativa analysen vilket innebar intervjuer.	Data samlades in från möten mellan sjuksköterskor och patient/ anhöriga där man använde inspelningar som sedan skrivits om och bildat 7 underkategorier	De fann 7 områden där patienterna stötte på svårigheter. Att få tag på medicinerna, att få information, att skraddarsy behandling som är individanpassad, att klara biverkningar, att klara av att kognitivt bearbeta information, att hantera ny eller ovanlig smärta, att hantera flera symtom samtidigt	Hög
Shcumacher, K.L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S.M, & Tripathy, D., et. al.	The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer- related pain.(2002).	Att beskriva användbarhet- en med att.skriva dagbok för att kunna hantera sin smärta, hos patienter som	Kvantitativ studie. Systematiskt kvoturval. Patienter med cancer skattad smärta >2,5, strålbehandlats mot skelettmetaster. Datainsamlingen innebar att skriva	Alla deltagarna fick varje kväll innan läggdags svara på vissa frågor om sin smärta. Frågorna handlade om smärtan under dagen, de fick gradera den på NRS samt skriva upp när de tagit smärtstillande och hur mycket. Efter sex veckor blev deltagarna	Både patienter i kontroll gruppen och i undersökningsgruppen fann dagboken användbar. Den hjälppte patienterna att få kontroll över smärtan, underlätta kommunikation med vårdgivaren och öka	Hög

(2002b)		ingick i studie om PRO-Self Pain control program.	dagbok samt svara på frågor om upplevelsen av dagboksanvändandet.	kontaktade av sjuksköterska som intervjuade patienterna om deras dagbok och vad de tyckt om den.	uppmärksamheten på smärta.	
Syrjala, K., Abrams, J., Polissar, N., Hansberry, J., Robison, J., & DuPen, S., et. al. (2008). USA	Patient training in cancer management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial	Att se om man kunde minska barriärer inom smärtbehandling, få bättre smärtkontroll och att dessa patienter skulle bli följsammare genom att använda sig av ett standardiserat utbildningsprogram.	Kvantitativ studie. Konsekutivt urval Cancerdiagnos med ihållande smärta, minst 6månaders förväntad överlevnad, sviktande funktionellt status, förväntad stabil cancerbehandling i 6 månader, ålder över 18 år och kunskaper i engelska samt läsförståelse för att kunna medverka i studien. Datainsamlingsmetoden var olika skattningsformulär och skalor.	Deltagarna kom i antingen en nutritions grupp (kontrollgruppen) eller en smärtgrupp och fick delta i ett utbildningsprogram. Man mätte resultatet i de båda grupperna vid start, 1, 3 och 6mån efter programmet	Ett standardiserat träningsprogram i smärta för cancerpatienter med video och tryckt material kan ge en grundkunskap i smärthantering och som sparar tid för vårdpersonal som kan användas till cancerpatienternas individuella behov av smärthantering/behandling, vilket kan leda till varaktiga fördelar för smärtlindringen.	Hög
Vallerand, A. H., Riley-Doucet, C., Hasenau, S.M., & Templin, T. (2004). USA	Improving Cancer pain Management by Homecare Nurses	Att visa på effekterna av ett program som är riktat till sjuksköterskor i hemsjukvården	Kvantitativ studie. Systematiskt kvoturval. Sjuksköterskor som arbetar med cancersjuka I hemsjukvården. Totalt 202sjuksköterskor. Till datainsamlingsmetoden användes olika	Sköterskorna i utbildningsgruppen genomgick ett utbildningsprogram i smärtbehandling och båda grupperna fick svara på frågeformulär angående barriärer, sjuksköterskans kunskap och attityder angående	Sjuksköterskorna i utbildningsgruppen fick en positivare attityd till smärtbehandling och färre barriärer samt en ökad känsla av kontroll jämfört med sjuksköterskorna I kontrollgruppen.	Hög

		.Programmet går ut på att undervisa i smärthantering och opioidrelaterade biverkningar	skattningsformulär.	smärta och uppfattning av kontroll över smärtan.		
Ward, S., Donovan, H., Gunnarsdottir, S., Serlin, R., Shapiro, G., & Hughes, S. (2008). USA	A Randomized Trial of a Representational Intervention to Decrease Cancer Pain (RIDcancerPain)	Att testa hur effektivt utbildningsprogrammet RIDcancerPain är.	Kvantitativ studie. Konsekutivt urval De rekryteras till studien från onkologkliniker i Wisconsin (inte inneliggande patienter). De ska vara minst 21 år, ha en metastaserande cancer, smärta över 1 på en NRS skala senaste 14 dagarna. Till datainsamlingsmetod användes olika skattningsskalor.	RIDcancerPain är upplagt som ett face to face möte där patienten beskriver vad han tänker och tror om sin smärta. Här avslöjas missförstånd som är inlindade i patientens information. I andra steget utforskar man missförstånden. I tredje steget diskuterar man konsekvenserna av att hålla fast tron på missförstånd inom smärtbehandling eller så kallade barriärer. Sedan ger man korrekt information som ersätter missförstånden. Till slut ges möjlighet att klargöra och summera det som sagts. Hela detta utbildningstillfälle tar mellan 20-60min.	Deltagare som ingått i RIDcancerpain gruppen visade på en större minskning på skattningen av barriärer för cancer smärta än kontrollgruppen. De visade på större minskning av smärtans svårighetsgrad.	Hög
Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Aranda, S., Purdie, D., Najman, J.,	A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention	Att utvärdera om information om smärtbehandling ger en	Kvantitativ studie. Systematiskt kvoturval. Patienter i hemsjukvård med cancer och daglig smärta. Minst 3 månaders överlevnad.	Patienterna fick fylla i frågeformulär om smärta och smärtbehandling, som följdes upp med ett sjuksköterskesamtal. Kontrollgruppen fick endast generell genomgång av cancer	Patienter med individuell utbildning/information får minskade barrärer och en större förståelse för smärtan och dess behandling . Däremot har det ingen effekt på smärtan i sig.	Hög

et.al. (2003). Australien	for improving cancer pain management in ambulatory settings	effektivare behandling /hantering, samt tar bort hinder/fördom ar som finns.	Till datainsamlingsmetoden användes frågeformulär.	och smärtbehandling.		
------------------------------	---	---	---	----------------------	--	--