

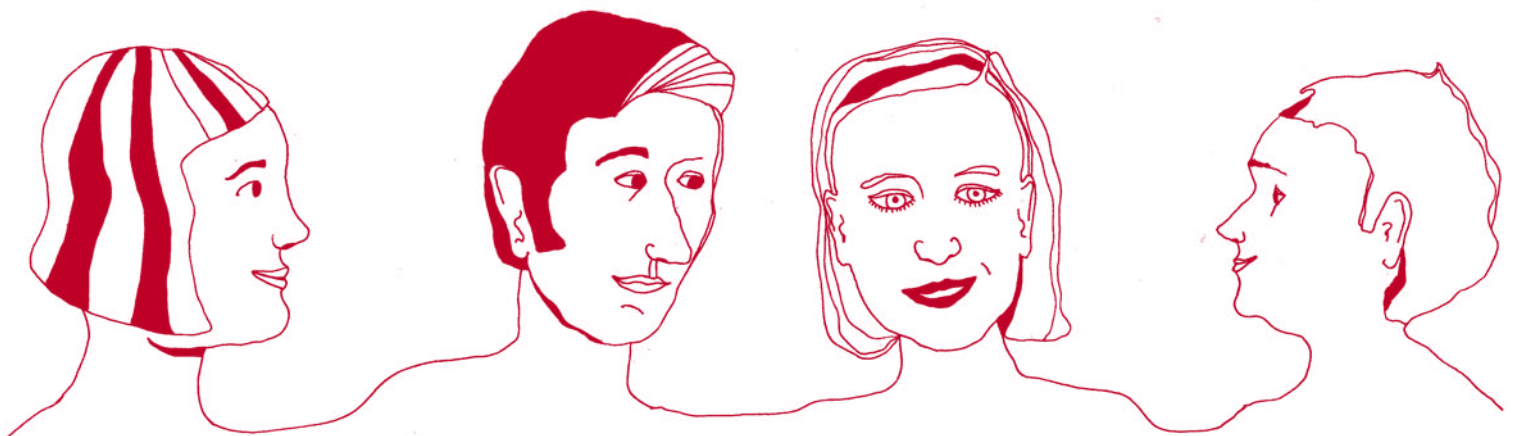
Cancersmärta ett folkhälsoproblem?

Åsa Assmundson

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:31





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Cancersmärta – ett folkhälsoproblem?				
Författare Åsa Assmundson				
Författarens befattning och adress Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sjukhusdirektörens stab Gröna Stråket 6 413 45 Göteborg				
Datum då uppsatsen godkändes 2005-11-02			Handledare extern Med.dr lektor Marianne Gustafsson Professor Ingvar Karlberg	
Antal sidor 41	Språk – uppsats svenska	Språk – sammanfattning svenska/engelska	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-120-2

Sammanfattning

Cancer är av de vanligaste sjukdomarna i västvärlden. Sjukdomen innebär för många smärta och minskad livskvalitet. För att bidra till ökad livskvalitet även hos personer med cancer som inte går att bota, har palliativ vård utvecklats. Denna vård syftar bland annat till att bedöma och utvärdera smärta och utifrån detta erbjuda behandling.

Syftet med studien var att kartlägga hur patienter upplever cancersmärta, vilka faktorer som påverkar upplevelsen och hur patienterna upplever sjukvårdens insatser för att lindra smärtan. Ett ytterligare syfte var att undersöka om det fanns skillnader i ovanstående mellan patienter av olika ålder och kön. Studien var deskriptiv och kartlade upplevelser av smärta hos patienter med i huvudsak gastrointestinal cancer. Patienterna beskrev ”just nu” och den ”vanliga” smärtans intensitet, kvalitet, lokalisation och duration samt hur smärtan påverkades av fysisk aktivitet och vila. Patienterna fick också beskriva smärtbehandlingen och dialogen med vårdpersonalen. Instrumentet som användes för att bedöma smärta kallas Pain-O-Meter. Detta ger möjlighet att utvärdera både den sensoriska och affektiva komponenten av smärtan samt dess lokalisation och duration.

Resultaten visade att även patienter som tas omhand på en specialiserad smärtaomläggning upplever smärta. Emellertid beskrev patienterna smärtan under en vanlig dag som mer intensiv än den smärta de upplevde vid mottagningsbesöket. Vi fann också skillnad i smärtupplevelse i vila och under aktivitet. Många patienter som upplevde smärta, hade dåliga kunskaper om smärtans negativa påverkan på livskvaliteten, och om olika möjligheter till smärtbehandling.

Studien visar vikten av att sjukvårdspersonalen systematiskt analyserar patienternas smärta, och hur den varierar i olika situationer, för att kunna ge bästa möjliga palliation och smärtlindring, eftersom målet med den palliativa vården är att skapa bästa möjliga hälsorelaterade livskvalitet även för personer med obotlig cancer.

Nyckelord

cancer, smärta, smärtmanagement, Pain-O-Meter

Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Cancer Pain – a problem in Public Health?				
Author Åsa Assmundson				
Author's position and address Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sjukhusdirektörens stab Gröna Stråket 6 413 45 Göteborg				
Date of approval 2005-11-02			Supervisor External PhD, R.N. Marianne Gustafsson Professor Ingvar Karlberg	
No of pages 41	Language – essay Swedish	Language – abstract Swedish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-120-2

Abstract Cancer is one of the most common diseases in the West World. Cancer is also a disease that accounts for much pain and decreases in quality of life in the suffering individuals. The assessment of dimensions of pain is very important for the individual treatment in the palliative care to increase quality of life in patients with cancer. The aim of this study was to describe the incidence and intensity, quality, location and duration of the present or “just now” and the usual or “every-day” cancer pain. An other aim was to describe the differences of factors, even deference of age and gender. Pain experiences were assessed with Pain-O-Meter (POM): The POM combines the qualities of McGill Pain Questionnaire and the Visual Analogue Scale into one tool, and is therefore useful for evaluation of different dimensions of the pain experience. POM also makes it possible to assess the location and duration of the pain. The result showed that all subjects experienced moderate to severe usual pain even though they were patients at a clinic specialized in palliative care for individuals suffering from cancer. The most interesting finding was that the patients in the assessment situation experienced their present pain to be more intensive then the usual or “every day” pain. These finding have implications for how to ask the patients about their pain. The results also indicated that the individuals experienced more intense pain during physical activities compared to the pain during rest. This will increase incidences of complications and decrease quality of life in this group of patients. Key words cancer related pain, pain management, Pain-O-Meter

CANCERSMÄRTA

ETT FOLKHÄLSOPROBLEM?

Åsa Assmundson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion	5
Folkhälsoaspekter	5
Bakgrund	6
Definitionen av smärta	6
Grindkontrollteorin	7
Salutogenesen	8
Syfte	12
Metod	12
Urval	12
Tillvägagångssättet	13
Instrument	13
Analys av data	14
Etiska övervägande	16
Resultat	17
Beskrivning av den nuvarande eller ”just nu” smärtan	18
Beskrivning av den vanliga smärtan eller smärtan en ”vanlig dag”	19
Beskrivning av smärtan i samband med vila	22
Beskrivning av smärtan under fysisk aktivitet	23
Jämförelse mellan smärtan i vila och smärtan under aktivitet	25
Smärtbehandlingens betydelse för välbefinnandet	26
Tillfredsställelse med smärtbehandlingen	26
Betydelsen av dialogen med vårdpersonalen om betydelse om smärta och smärtbehandling	27
Smärtans lokalisation	28
Smärtans duration	28
Diskussion	29
Metoddiskussion	29
Resultatdiskussion	30
Slutsatser	34
Omnämmande	35
Referenslista	36

INTRODUKTION

Folkhälsoaspekter

Det är i Sverige cirka 40 000 personer som varje år drabbas av någon form av cancersjukdom (Medicinsk utveckling 2000). Antalet personer som insjuknar i cancer (incidensen) ökar framför allt på grund av en ökande andel äldre i befolkningen. Den åldersspecifika cancerincidensen minskar däremot. För den enskilda patienten minskar risken att dö till följd av cancer (letaliteten) på grund av tidigare upptäckt och bättre behandlingsmetoder. Detta innebär att fler personer får cancer och att fler kommer att överleva längre och behöva fortsatt vård.

Dödligheten för alla människor världen över är 100 procent, men variationer kan ske i orsak och tidpunkt. För att i folkhälsoarbetet kunna ta hänsyn till dödlighetens betydelse har måttet "förlorade år" skapats. Antalet förlorade år per 1000 invånare genom död före 75 års ålder till följd av cancer har i Sverige beräknats till 16 för män och 19 för kvinnor. För hjärt-kärlsjukdom är motsvarande siffran tjugo respektive sju. Dessa sjukdomar är de två största orsakerna både till död och till förlorade år. Således dör 20 procent av alla människor i vårt land till följd av tumörsjukdomar.

Ur ett nordiskt perspektiv är den återstående medellivslängden vid födelsen längst i Sverige. Eftersom död till följd av tumörsjukdom dominerar, är denna dödsorsak näst vanligaste i de andra nordiska länderna. I detta avseende avviker Danmark särskilt genom en mindre gynnsam utveckling än de övriga länderna. Orsaker till detta är bland annat livsstilsrelaterade (Dansk Institut for Folkehelse 1999).

Hälsa är en viktig resurs för individen, medan en god folkhälsa är ett mål för samhället. Folkhälsoarbetet skall grundas på kunskap om befolkningens hälsa och välfärd. Syftet med detta är att reducera skillnader, särskilt i sociala villkor, och könsskillnader. Internationellt och nationellt har WHO:s Europastrategi starkt påverkat utvecklingen av folkhälsoarbetet och de hälsopolitiska målen har inspirerat till ett tydligare folkhälsoarbete. Folkhälsopolitiken handlar om att skapa möjligheter och förutsättningar för en god hälsoutveckling i befolkningen och att utjämna skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället.

Studier visar att det fortfarande finns socioekonomiska olikheter i västvärlden som påverkar hälsan. Därför rekommenderas en bredare omfattning av sjukvårdsinsatser och utbildning i hälsofrågor (Betancourt et al. 2004, Caiazzo et al. 2004). Människor som har lägre utbildning, vilket ger social ojämlikhet, är mer utsatta för sjukdomar och upplever lägre livskvalitet.

Den demografiska utvecklingen i kombination med bättre behandlingsmetoder innebär att allt fler personer kommer att leva med cancer. För en majoritet av dessa personer är smärttillstånd ett överskuggande livskvalitetsproblem. Problemets omfattning och genrelle natur gör det därför till en av de viktigaste folkhälsofrågorna i vår tid. Nya medi-

cinska metoder är inte bara kurativt syftande utan har också lett till att den palliativa medicinens möjligheter och metoder har ökat under senare år. Till sådana metoder hör bland annat strålbehandling mot svåra skelettsmärter samt utveckling av nya smärtlindrande mediciner.

Trots detta lever många cancerpatienter med smärta. En tänkbar orsak är okunskap hos patienterna, men även hos vårdpersonalen, om smärta som fenomen och betydelsen av patientens aktiva deltagande i smärtvården.

Tidigare studier har visat att bemötande, närhet och samtal med hälso- och sjukvårdspersonal upplevs av patienterna som ett sätt att lindra cancersmärta, eftersom patienterna upplever det psykologiska stödet som en viktig del av vården (Grimby 1999, Simonson-Rhen et al. 2000, Friedrichsen 2002, Volker et al. 2004).

Teoretiska utgångspunkter

Definitionen av smärta (IASP 1992), Grindkontrollteorin (Melzack & Wall 1965, Melzack 1999) samt salutogenesen (Antonovsky 1991) har använts som teoretiska utgångspunkter i föreliggande arbete.

BAKGRUND

Smärta är ett komplext fenomen med flera olika dimensioner. För att förstå cancersmärta är det viktigt att förstå hur just denna typ av smärta påverkar den cancersjuka individens liv.

Definitionen av smärta

Smärta definieras av The International Association for the Study of Pain (IASP) som "en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan" (IASP 1992). Smärta är således alltid en subjektiv upplevelse, ofta inte relaterad till storleken på skadan eller ens förekomsten av vävnadsskada.

Långvarig/kronisk smärta

Med långvarig eller kronisk smärta avses en kontinuerlig eller intermittent smärta som varat 1,5 till 6 månader eller längre tid. Denna indelas ofta i långvarig smärta sekundär till ej livshotande sjukdom och sekundär till malign eller annan livshotande tillstånd (Gustafsson 1999).

Att smärtan upplevs olika hos kvinnor och män visar tidigare forskning (Gaston-Johansson 1997, Unruh 1996, 1999, Gustafsson 1999, Rustoen et al. 2004).

Cancerrelaterad smärta

Enligt undersökningar har omkring hälften av de cancersjuka smärtor någon gång under sjukdomsförloppet. När sjukdomen har gått in i en avancerad fas uppger hela 80 % att de känner besvärande smärta. Omkring 10 % av patienterna har mycket svårbehandlad smärta som inte svarar på höga doser av opioider. Med hjälp av nuvarande riktlinjer för smärtbehandling uppnår ca 90 % smärtfrihet (Kaasa et al. 1999).

Forskare betonar att det är viktigt att anpassa smärtbehandlingen till varje individ (Unruh et al. 1999, Foss 2003, Kallai et al. 2004). En god smärtlindring för cancerpatienten kan för många betyda att de kan leva ett normalt liv med god livskvalitet (Delorme et al. 2004). Om patienter inte får smärtlindring kan livssituationen förändras och relationerna mellan familjemedlemmar och vänner kan bli mer krävande (Oldham et al. 2004, Ringdahl et al. 2004, Strasser et al. 2004). Många personer minskar dessutom sina sociala aktiviteter för att kunna hantera problematiken med en intensivare smärta som uppstår under fysisk aktivitet. Detta kan leda till att de minskar sina sociala kontakter både med sina barn och anhöriga, vilket kan leda till en social isolering och ensamhet (Grimby 1999, Friedrichsen 2002).

Hos många patienter med en avancerad cancersjukdom förekommer det flera smärtyper samtidigt. Cancerrelaterad smärta är en smärta som är av både akut och kronisk karaktär (Twycross 1997). Orsaken kan vara att nerver och annan vävnad har skadats i samband med kirurgiska ingrepp eller att tumören trycker eller växer in i närliggande vävnader. När tumörsjukdomen progredierar ökar den sensoriska smärtan och då är det av stor vikt att man ser över vilka läkemedel och annan smärtbehandling som patienterna får (Pestieu et al. 2000, Benoit et al. 2004). Den oro och ångest som patienterna känner förvärrar smärtan genom att reducera den psykiska toleransen mot smärtan (Chang 1999).

Grindkontrollteorin

För att förstå cancersmärta och hur den cancersjuka individen påverkas av smärtan är det viktigt att känna till hur smärtan uppstår och vad individen kan göra för att påverka smärtan och därmed sin livssituation.

Smärta är ett multidimensionellt fenomen som har beskrivits av många forskare. Redan på 1960-talet beskrev kanadensaren Melzack och engelsmannen Wall den ursprungliga versionen av grindkontrollteorin, Gate Control Theory (Melzack & Wall 1965). Enligt denna teori samverkar smärtans sensoriska, affektiva och kognitiva komponenter med varandra för att ge smärtupplevelsen.

Smärta upplevs då nervimpulsen når speciella centra i centrala nervsystemet (CNS) efter komplex bearbetning. I regel uppstår en smärtimpuls via aktivering av smärtreceptorer på huden (nociceptorer). Detta leder till aktivering av inåttledande fibrer, huvudsakligen myeliniserade fibrer (A-deltafibrer), och tunnare omyeliniserade fibrer (C-fibrer). Smärtfibrerna når ryggmärgens bakhorn efter viss spridning i höjdlod, och här aktiverar

de sekundära fibrer, neuron, och ibland mellanliggande interneuron. Smärtsignalen leds sedan vidare uppåt i nervsystemet. De uppåttstigande smärtledande fibrerna utgör det spinotalamiska bansystemet. En del banor når, via talamus, den somatosensoriska hjärnbarken och förmedlar efter kortikal intellektuell bearbetning den skarpa, väl lokaliserade smärtan – ”jag har ont”, den sensoriska smärtan. Andra banor når, också via talamus, mer djupa, diffusa subkortikala områden, gyrus cinguli, för emotionell bearbetning. Detta motsvarar den mer diffusa, obehagliga smärtkomponenten – ”jag upplever obehag”, den affektiva smärtan (Woolf 1994). Därför är det först när impulserna når neocortex, eller den ”socio-kulturella hjärnan”, som de tolkas och blir till en smärtupplevelse. Utifrån hur varje individs unika smärtupplevelse uppfattas, bedöms och värderas impulsen. Efter detta reagerar personen på sin individuella smärta.

Enligt grindkontrollteorin påverkar det som händer på väg till hjärnan och det som händer i hjärnan, den så kallade grinden i ryggmärgens bakhorn. Grinden stängs eller öppnas för olika impulser. Olika händelse i livet kan agera som grindvakt. Optimism, avslappning, intensiv koncentration, massage och vissa läkemedel anses kunna stänga grinden helt eller delvis och därmed hämmas smärtimpulserna. Oro, ångest, spänningstillstånd anses öppna grinden och impulserna tolkas som smärta med allt vad det innebär för den drabbade individen. Också aktiviteten av de endokrina, autonoma, immuna och endogena opioidsystemen är konstruerade som en typ av kemisk grindmekanism, som mycket effektivt minskar smärtan (Melzack 1999).

Grindkontrollteorin har utvecklats vidare till ”neuromatrix paintheory”. Enligt denna teori är smärta en multidimensionell upplevelse som produceras genom påverkan inte bara av skadan, inflammationen eller annan vävnadsskada, utan också från olika områden i hjärnan. Hjärnan har ett neuralt nätverk som avgör den specifika kvaliteten av smärtupplevelsen, och fungerar likartat som den kognitiva tolkningen av situationen.

Salutogenesen

Många studier visar att det finns ett samband mellan individens upplevelse av sitt hälsotillstånd och upplevelsen av meningsfullhet och sammanhanget i livssituationen och smärtupplevelsen. Det är därför viktigt att ha kunskap om detta för att dels tolka resultatet från olika studier, men också för att kunna hjälpa individer med cancersmärta.

Hälsa

Hur en individ upplever sitt hälsotillstånd, och därmed också sin livskvalitet, påverkas av en mängd olika faktorer och är unikt för varje enskild individ. Det sätt på vilket man upplever sin egen hälsa är i mycket hög grad beroende av hur man förhåller sig till sin smärta. Det finns individer som upplever mycket intensiv smärta och ändå ser sig ”friska” och det finns motsatsen (Gustafsson 1999).

Antonovsky studerade folkhälsa under 1970-talet. Resultaten från dessa studier beskrev hur människor klarade svåra påfrestningar såsom krav, konflikter, motgångar och olika slags problem som måste lösas för att överleva. Resultatet från flera av studierna be-

skriver vad det är som gör att en del av människorna klarar av svåra påfrestningar med hälsan i behåll, och till och med kan växa och vidareutvecklas (Antonovsky 1991). Enligt Antonovsky är förmågan att klara påfrestningar i livet beroende av en känsla av sammanhang (KASAM). Med detta menas i vilken utsträckning människor upplever tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar. KASAM är en mycket viktig faktor bakom upprätthållandet av individens position på kontinuet hälsa – ohälsa och rörelser mot den friska polen. Enligt Antonovsky rör sig en person under sin livstid på denna linje mellan dessa ytterligheter. Hälsokontinuet innebär att man alltid har någon form av hälsa så länge man lever. Även om en individ lider av en svår sjukdom så har personen någon form av hälsa och denna hälsoresurs kan vara till hjälp i processen av prevention, tillfredsställelse och bibehållen hälsa. Det salutogenetiska och patogenetiska synsätten skall ses som komplementära förhållande och det är enligt Antonovsky viktigt att arbeta vidare med när man utvecklar teori om hälsa samt prevention och behandling av sjukdomar. Utifrån detta synsätt är insatser för att bedöma och utvärdera smärtan och erbjuda behandlingsalternativ för att ge en ökad livskvalitet för patienter med cancer-sjukdomar ett folkhälsovetenskapligt angeläget område.

Hälsa, smärta, livskvalitet och cancer

Så gott som alla människor fruktar att drabbas av cancersjukdom. För äldre personer är det inte i första hand risken att avlida som skrämmar, utan tanken på ett långt lidande, kanske med stympande ingrepp och strålbehandling, men framför allt smärta. Resultaten från ett flertal studier visar att 70-90 procent av alla patienter med avancerad cancer-sjukdom upplever svår smärta och ytterligare cirka 20 procent upplever medelsvår smärta (Beck-Friis et al. 1995, Grond et al. 1996).

Smärtan varierar beroende på typ av tumör, lokalisation, stadium av sjukdomen och om det finns metastaser. Smärtupplevelsen ökar ju längre framskriden sjukdomen är och under sista levnadsveckan upplever cirka 90 procent av patienterna perioder av svår smärta (Ringborg, 1998).

Cancersmärta har inslag av flera dimensioner som sensorisk, affektiv eller emotionell och kognitiv. Smärtupplevelsen har dessutom inslag av flera andra komponenter som förnekande, oro, ångest, sorg, vrede, depression och uppgivenhet (Strang 1998, Ringborg 1998). Smärtan kan leda till dålig sömn eller sömnlöshet, inskränkt rörlighet och social isolering. En god smärtkontroll ger patienterna en allmänt bättre livskvalitet (Beck-Friis et al. 1995). Däremot kan obehandlad smärta leda till påverkan på andra organ, som minskad lungfunktion, med risk för atelektaser och pneumonier. En ökad belastning på hjärta och kärl kan leda till en ökad metabolism och syrekonsumention. Livskvaliteten minskar som en följd av dessa förändringar. En dåligt behandlad smärta är en stressituation som leder till ökad frisättning av katabola hormoner och minskad frisättning av anabola hormoner vilket också påverkar livskvaliteten och kroppen får inte möjlighet att återhämta sig (Jaxon et al. 1994, Ringborg 1998).

Termen livskvalitet används ofta av patienter och vårdpersonal i synnerhet när man diskuterar cancersjukdomens påverkan och behandlingen av sjukdomen. Bedömning av

livskvaliteten är en självklar del av ett kliniskt beslutsfattande i all cancervård och resultaten av en bedömning skall vara vägledande för de åtgärder som blir aktuella. Det krävs ett tvärprofessionellt arbete om kvalitén i omhändertagandet av svårt cancer-sjuka patienter skall bli bra.

Palliativ vård

Det finns idag kunskaper om smärta och om en effektiv smärtbehandling (Jadad et al. 1995, Zech et al. 1995), men trots detta fortsätter den cancerrelaterade smärtan att vara ett stort problem både för den drabbade och för vårdgivarna (Rawal et al. 1993, De Conno et al. 1995, WHO 1996, Bergh 2001). Ett särskilt problem utgör smärtbehandlingen i livets slutskede (Socialstyrelsen 1994, SOU 1995, 1997, 2001). För att understryka vikten av en god smärtbehandling har WHO klassificerat den som ett av de viktigaste områdena inom onkologin (WHO 1990, 1996). Socialstyrelsen i Sverige har givit ut rekommendationer om organisation och utredning och behandling av långvarig smärta (Socialstyrelsen 1994), och här betonas att "det är ett oavvisligt krav att all cancersmärta skall behandlas effektivt inom alla delar av sjukvården och en rikstäckande uppbyggnad av tumörsmärtenheter är synnerligen angeläget" (sid. 204-205). Den palliativa medicinen inom den kirurgiska onkologin håller på att utvecklas till ett högspecialiserat omhändertagande av svårt sjuka patienter.

Studier om upplevelsen av smärtan ur kulturella aspekter visar att hur man uppfattar sjukdom och obehag, och hur man uttrycker detta, påverkas av vilken miljö man kommer ifrån och vilken livserfarenhet man har. Om hälso- och sjukvårdspersonalen blir medvetna om sina egna attityder och värderingar beträffande de patienter som kommer från andra kulturer kan man skapa bättre förutsättningar för all vård och därmed effektivare användning av exempelvis smärtskattningsinstrument (Allwood et al. 2000). Ett annat sätt att skapa förutsättningar för en effektiv smärtkontroll och smärtbehandling är att tidigt i utbildningen undervisa om smärta och smärtbedömning (Davies et al. 2000). Det behövs även kompetens inom områden som nutrition med stöd av dietister, avancerad hemsjukvård med intravenös vätske- och näringsterapi, psykologiskt omhändertagande och kuratorskontakter. Dessutom krävs specialkompetens hos all personal kring patienten för att kunna bedöma patientens symtom, som ofta är kopplade till smärta, och kunna erbjuda eller remittera till olika behandlingsalternativ. Målet är att öka vårdkvalitet och kontinuitet genom att minska behovet av konsultationer vid andra enheter. Kommunikationen är en av de viktigaste hörnstenarna i den palliativa vården (Beck-Friis et al. 1995, Friedrichsen 2002). Genom ett mer tvärprofessionellt arbetssätt skapas en god plattform för vårdforskning och som skall omfatta hela vårdkedjan (Arnér et al. 1999, SOU 2000).

För den fortsatta utvecklingen av palliativa mottagningar är det angeläget att komplettera den forskning som redan bedrivs med omvårdnadsforskning. Att bedöma smärta utifrån ett omvårdnadsperspektiv ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde (Miaskowski et al. 1992, Socialstyrelsen 1994, SPRI 1999). Sjuksköterskan måste ansvara för en smärtanalys utifrån den situation patienten befinner sig i. För detta behöver riktlinjer skapas, som också anger hur kontinuerlig uppföljning och registrering av

smärtförloppet och tillfredsställelsen med smärtlindringen skall ske. I utvärderingen ingår analys av patienternas upplevelse av livskvalitet.

Riktlinjer för vård vid cancerrelaterad smärta

Studier visar att patientens tillfredsställelse med smärtlindring och med den dialog som förs mellan patient och vårdare har stor betydelse för hur en individ upplever sin smärta och därmed sin livssituation. Olika framtagna riktlinjer är ett sätt att belysa detta. För att understryka smärtbehandlingens roll vid cancersjukdomar har en expertgrupp inom WHO presenterat riktlinjer som bygger på evidensbaserad kunskap. Riktlinjerna används för tillvägagångssätt vid farmakologisk behandling av cancerrelaterad smärta (WHO 1996).

För att öka kunskapen om smärtbehandlingen har även i Sverige riktlinjer under det senaste decenniet fått en allt mer framträdande roll och speglar aktuell kunskap inom smärtbedömning, patientundervisning och komplementär behandling. Arbetet har genomförts av en expertgrupp inom svensk sjuksköterskeförening som grundar sig på en granskning av tidigare publicerade riktlinjer inom smärtområdet, en inventering av kliniska kvalitetsarbeten och vårdprogram och en granskning av den vetenskapliga litteraturen inom området (SPRI 1999). Genom att arbeta enligt riktlinjer ges en direkt vägledning och nödvändiga rekommendationer för vårdarbetet. Riktlinjerna kan även användas som policydokument för att utveckla lokala och regionala vårdprogram. Dessutom kan riktlinjerna även användas som underlag vid lokalt kvalitetsarbete och vid undervisning av patienter och deras närstående, och för personalutbildning. Vid fastställande av vårdprogram skall detta ske i samstämmighet med hur man går tillväga för att nå smärtlindring med realistiska mål. Vårdprogrammen används även för att erbjuda en mer likvärdig smärtvård oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig. Studier visar att smärtvården har förbättrats där det finns utarbetade riktlinjer och vårdprogram (Bookbinder et al. 1996). Ett systematiskt sätt att arbeta med riktlinjer, gör att all personal blir delaktig och samtidigt utbildas de kontinuerligt. Genom fortlöpande uppföljning av patienternas smärtprocesser, och att regelbundet granska smärtanalysen, uppnås en högre kvaliteten inom smärtvården. Det är dock nödvändigt att anpassa de nationella riktlinjerna till den lokala enhetens behov och resurser.

Ovanstående visar att en hel mängd faktorer har betydelse för hur en individ upplever smärta. Hur patienter med cancer upplever sin smärta och sin situation är därför mycket angeläget ur ett brett folkhälsoperspektiv, eftersom gruppen som är drabbad av smärta i samband med cancersjukdom blir allt större. Därför är det av yttersta vikt att kartlägga den drabbade individens smärtupplevelse genom dialog och mätinstrument och att låta detta vara utgångspunkten för behandlingen av smärtan (Gustafsson 1999, Grimby 1999, Bergh 2003, Jakobsson et al. 2003).

SYFTE

Det övergripande syftet med föreliggande studie var att förbättra omhändertagandet, speciellt smärtvården, av personer med avancerad cancersjukdom. Det specifika studiensyftet var att genom en deskriptiv studie kartlägga upplevelser av smärtan, vissa faktorer som kan hänga samman med smärtan, samt tillfredsställelse med smärtvården hos patienter med främst gastrointestinal cancer. Ett ytterligare syfte var att undersöka om det fanns skillnader i vissa av ovanstående faktorer med hänsyn till ålder och kön. Följande frågor ställdes:

- Hur rapporterar patienterna sin nuvarande ”just nu” smärtan och sin vanliga smärta ”den som upplevs en helt vanlig dag” gällande smärtans intensitet, kvalitet, lokalisation och duration? Skiljer det sig mellan olika åldersgrupper? Finns det skillnader mellan könen?
- Hur rapporterar patienterna sin nuvarande ”just nu” och sin vanliga ”den som upplevs en helt vanlig dag” smärtas intensitet, kvalitet, lokalisation och duration vid fysiska aktiviteter och vid vila? Skiljer det sig mellan olika åldersgrupper? Finns det skillnader mellan könen?
- Hur tillfredsställda är patienterna med smärtbehandlingen och med dialogen med sjuksköterskan/läkaren om smärtans och smärtbehandlingens betydelse?

METOD

Studien var en deskriptiv enkätstudie med ett frågeformulär utarbetat i anslutning till smärtbedömningsinstrumentet som användes, Pain-O-Metern. För insamlande av bakgrundsdata och data om smärtupplevelsen hos cancerpatienterna användes ett formulär med utarbetade frågor. För gradering av patienternas upplevda smärtintensitet, den nuvarande ”just nu” smärtan, ”den vanliga” smärtan, eller smärtan en helt vanlig dag, smärtan under fysisk aktivitet och smärtan i vila, användes Pain-O-Metern (Gaston-Johansson 1984, 1985, 1996).

Urval

Undersökningsgruppen bestod av patienter med olika tumörsjukdomar som hade fått ett fortsatt symtomfokuserat omhändertagande efter diagnossättningen då kurativ behand-

ling inte längre var aktuell. De patienter som ingick i studien hade drabbats av olika former av cancer och befann sig i olika sjukdomsstadier, samt varierade i kön och ålder. Undersökningsgruppen bestod av 58 konsekutiva patienter med cancersjukdom, 24 kvinnor och 34 män. Patienterna hade oftast en kvarvarande gastrointestinal tumör och en del patienter hade även tumör med metastasering. I gruppen förekom det även enskilda patienter med andra cancersjukdomar såsom lungcancer och malignt melanom. Patienterna var utvalda bland de patienter som hade remitterats till den kirurgiska palliativa mottagningen på ett universitetssjukhus i sydvästra Sverige. Patienterna remitterades från andra kirurgiska verksamhetsområden men även från andra delar av sjukvården.

Tillvägagångssättet

När patienterna kom till sitt första besök på den palliativa kirurgiska mottagningen, tillfrågades de om viljan att delta i denna studie. Inklusionskriterierna var samtycke till att delta, samt förmågan att förstå och tala svenska. Formuläret fylldes i tillsammans med en erfaren sjuksköterska som ställde frågorna utifrån ett strukturerat frågeformulär. Det kliniska bedömningsinstrumentet Pain-O-Metern användes.

De första 14 patienterna ingick i en pilotstudie för att undersöka de praktiska förhållandena och acceptansen av frågeformuläret samt att ge forskarna en erfarenhet av att hantera instrumentet och få erfarenheter att genomföra intervjuer med hjälp av ett strukturerat frågeformulär. Resultatet av pilotstudien utföll så väl att patienterna kunde inkluderas i studien.

Instrument

Pain-O-Metern (POM) användes för att bedöma smärtan. POM är ett kliniskt bedömningsinstrument för smärta som utvecklades i Sverige under 1980-talet av Gaston-Johansson (Gaston-Johansson 1984, 1985). POM innehåller parametrar för att mäta smärtdimensionerna: intensitet, karaktär, lokalisation och varaktighet, som beskrivs nedan.

Smärtans intensitet

POM-VAS

För att mäta upplevelsen av den aktuella smärtans intensitet används en separat visuell analog skala, VAS-skala, där patienten rapporterade "just nu" smärtan, den "vanliga" smärtan, smärtan i vila och smärtan under fysisk aktivitet. VAS-skalan består av en flyttbar markör som löper på en rak vertikal 10 cm lång linje, och har en verbal förankring på nedre sidan – inget ont alls, och på den övre sidan - värsta tänkbara smärta. På baksidan av instrumentet presenteras linjen med en millimeterskala och markörens plats, graderat av patienten, anger ett värde mellan 0-10.

Smärtans karaktär

POM-WORDS

Smärtans karaktär bedöms med hjälp av smärtord (POM-WDS). Framsidan på Pain-O-Metern består av de 12 sensoriska och 11 affektiva ord som beskriver smärta. De sensoriska orden, beskriver hur smärtan är, såsom skärande, molande, stickande, klämmande, krampaktig, sönderslitande, värkande, svidande, brännande, ömmande, gnagande och tryckande. De affektiva orden, som beskriver hur smärtan upplevs är irriterande, skrämmande, besvärlig, kvävande, mördande, odräglig, fruktansvärd, tröttande, oroande, outhärdlig och torterande.

Orden är placerade i slumpvis ordning på POM och varje ord har ett tilldelat intensitetsvärde mellan 1-5. De sensoriska och affektiva värdena kan läggas ihop för att utgöra det totala värdet av smärtupplevelsen. Beroende på från vilken grupp ord, den sensoriska eller den affektiva, patienten väljer flest ord eller de "starkast graderade" orden, kan avläsas om den affektiva eller sensoriska komponenten dominerar smärtupplevelsen.

Smärtans lokalisation

Smärtans läge identifieras med hjälp av en plastskiva med fram- och baksida där det finns en illustrerad kroppsfigur med numrerade fält, 1-79. Patienten pekar ut de områden där de känner smärta.

Smärtans duration

På POMs framsida kan patienten också ange durationen (varaktigheten) av smärtan genom antingen ange den som kontinuerlig eller som smärta som kommer och går.

Frågeformuläret

Den demografiska delen av enkäten innehåller grundläggande frågor såsom civilstånd, boendeform, födelseland och utbildningsnivå. I enkäten ingår också frågor i relation till POM, som berör upplevelser av smärta, nämligen gradering av den nuvarande, "just nu" smärtan och den "vanliga" smärtans intensitet, kvalitet, lokalisation och duration. Frågeformuläret innehåller också frågor som graderar upplevelser av smärtan vid fysisk aktivitet och vid vila. Tillfredsställelsen med smärtbehandlingen och kommunikationen med personalen ingår också bland frågorna.

Analys av data

Resultaten kommer att redovisas för hela patientgruppen, när gruppen är uppdelad i två åldersgrupper, under 65 år och över 65 år, samt uppdelad i kön. Med deskriptiv statistik redovisas resultaten från den insamlade datan om smärtans intensitet, kvalitet, lokalisation, tillfredsställelsen med smärtbehandling och dialogen med vårdpersonalen. Mätvärdena anges på en ordinalskala där värdena medför en rangordning av individerna, men kan inte säga någonting om skillnadernas storlek mellan olika individer (Svensson 2001).

Av resultatet kan utläsas att ett mätvärde är större än en annat, men det går inte att säga något om skillnadernas storlek mellan individerna. Därför användes en icke-parametrisk metod, Mann-Whitneys test. Med denna test provas hypotesen att urvalet i dessa icke normalfördelade, små grupperna (Siegel & Castellan 1988) kommer från populationer med samma fördelning. Mann-Whitneys test används i stället för t-test. Wilcoxon signed rank test används för att testa skillnaden mellan parvisa observationer eftersom variabeln inte är normalfördelad (Sonya et al. 1984).

Massignifikans

Statistisk analys av skillnader mellan undersökta grupper bygger på att dessa utgör stickprov från bakomliggande populationer. Frågeställningen är om stickproven kommer från samma eller olika populationer. Den så kallade nollhypotesen anger att det inte är möjligt att fastslå att stickproven kommer från olika populationer. När nollhypotesen inte kan förkastas innebär det att "signifikant skillnad" inte föreligger mellan stickproven. Det bevisar inte att stickproven kommer från samma population.

Vid undersökningar används stickprovens mätvärden exempelvis medelvärde för att uppskatta de sanna värdena i de bakomliggande populationerna. Om två olika undersökta grupper ger underlag för att bedöma att de bakomliggande populationerna har olika karakteristika tyder det på att stickproven kommer från olika populationer; "skillnaden är statistiskt signifikant". I skattningen av de bakomliggande populationernas karakteristika finns en osäkerhet. Osäkerheten i skattningarna kan anges som att när stickprov upprepade gånger dras från populationen kommer de sanna värdena att falla inom det angivna intervallet i till exempel 95 fall av 100, med 95 % säkerhet. Om många oberoende analyser görs genom upprepade jämförelser mellan grupper från samma bakomliggande populationer kommer i ett visst antal fall "signifikant skillnad" att uppstå trots att nollhypotesen är sann. Risker beror på vilken säkerhet man väljer för skattningen. Om man väljer 95 % säkerhet kommer i 1 fall på 20 nollhypotesen felaktigt att förkastas. Detta kallas ibland "massignifikans" vilket innebär att genom att göra upprepade statistiska tester kommer i ett visst antal fall "signifikans" att uppnås, som inte är "sann". Om kravet på signifikansnivå ökas t ex till 99 % säkerhet minskar risken från 1 på 20 till 1 på 100. Det leder i sin tur till att nollhypotesen kommer att accepteras även när den är falsk. Det kallas typ II-fel. Man brukar också säga att man valt alltför "sträng" statistik.

Det finns flera metoder att minska risken för "massignifikans". Den enklaste är helt enkelt att öka kraven på säkerhet, så kallad Bonferroni-korrigerings (Perneger 1998). Genom att använda icke-parametriska tester minskar risken för typ I-fel vilket innebär att "finna skillnader som inte finns" (Siegel & Castellan 1988). Den mest tillförlitliga metoden att värdera risken för "massignifikans" är emellertid att analysera huruvida "statistisk signifikans" också har en klinisk relevans exempelvis med tillämpning av Hills kriterier.

I den här studien har icke-parametriska tester genomgående använts. De funna resultaten är sinsemellan konsistenta och bekräftar kliniska hypoteser om förekomst och upp-

levelser av smärta hos cancerpatienter. Risken för feltolkningar till följd av ”massignifikans” bedöms därför som försumbar.

Etiska övervägande

Studiens design var granskad och godkänd av Göteborgs Universitet, medicinska fakultetens forskningsetiska kommitté. Samtliga patienter som ingick i studien fick den medicinska behandling som är enligt de sedvanliga kliniska rutinerna. Det fanns inga obehandlade patienter i någon jämförelsegrupp.

RESULTAT

Resultatet av föreliggande studie bygger på data från de 58 deltagarna, 24 kvinnor och 34 män, som framgår av Tabell 1. Bland de personer som besvarade enkäten var 94 procent födda i Sverige. De personer som var födda utomlands kom från Polen, Chile och Ungern. Flertalet av patienterna var pensionärer, och av de i yrkesverksam ålder, var tre personer yrkesarbetande. Av de tre yrkesarbetande var en person i fullt arbete. Två personer arbetade reducerad tid 50 procent respektive 25 procent.

Tabell 1. Demografisk karakteristik

Karakteristiska	variationsvidd	median	antal	kvinnor/män
Ålder / Kön				
Samtliga	49 -87	72	58	24/34
Kvinnor	53 -87	74	24	
< 65 år kvinnor	53 -65	58	9	
> 65 år kvinnor	71 -87	78	15	
Män	48 -86	69	34	
< 65 år män	48 -65	59	14	
> 65 år män	65 - 86	76	20	
Civilstånd				
Gift			43	16/27
Singel			12	6/6
Utbildning				
Grundskola			30	13/17
Gymnasium			12	4/8
Universitet			8	4/4
Bostad				
Lägenhet			27	8/19
Villa eller radhus			30	16/14

Kvinnornas ålder varierade mellan 53 år och 87 år, medianåldern var 74 år. Männen ålder var lägre och varierade mellan 48 år och 86 år, medan medianåldern var 69 år. Sextiosju procent av kvinnorna och 79 procent av männen var gifta. 22 procent av patienterna levde ensamma. Den största delen av gruppen, 60 procent, hade en grundskoleutbildning medan 16 procent hade en universitetsutbildning. Flertalet av kvinnorna, 67 procent, bodde i villa eller radhus, medan männen övervägande bodde i en lägenhet.

Beskrivning av den nuvarande eller ”just nu” smärtan

POM-WORDS

Patientens upplevelse av smärta i samband med det första mottagnings-besöket är ”just nu” smärtan. När patienterna beskrev kvaliteten på smärtan med hjälp av de sensoriska orden på POM, var de mest förekommande orden: molande, värkande, ömmande, svindande och tryckande. Den affektiva smärtan beskrevs med orden tröttande, irriterande, besvärlig, oroande och skrämmande.

Tabell 2. ”Just nu” smärtan vid första mottagningsbesöket för hela patientgruppen (n=58) samt uppdelat i åldersgrupper.

Smärtdimension				
	samtliga	< 65 år(n=23)	> 65 år (n=35)	² differensen
VAS				
median	1	1	1	NS
variationsvidd	0-7	0-4	0-7	
¹ Sensorisk				
median	2	3	0	NS
variationsvidd	0-11	0-9	0-11	
¹ Affektiv				
median	1,5	2	0	p<.05
variationsvidd	0-10	0-10	0-7	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för < 65 år resp. > 65 år

I tabell 2 visas patientens smärtskattning av ”just nu” smärtan dels i hela patientgruppen dels efter en uppdelning av åldern under 65 år och över 65 år. Den skattade smärtintensiteten enligt VAS, var lika för båda åldersgrupperna. Den skattade variationsvidden för smärtan enligt VAS skiljde sig något åt i de båda åldersgrupperna. Medianen var högre för den sensoriska smärtan enligt POM-WORDS, för gruppen under 65 år, än för gruppen över 65 år. Skillnaden mellan åldersgrupperna analyserad med Mann-Whitneys test var inte statistiskt signifikant.

Medianen för den affektiva smärtdimensionen som skattades enligt POM-WORDS skiljde sig åt vid uppdelning av åldersgrupperna och skattades som dubbelt så intensiv för gruppen under 65 år. Enligt resultatet, testat med hjälp av Mann-Whitneys test fanns statistiskt signifikant skillnad i den affektiva smärtan, mellan de båda åldersgrupperna.

I tabell 3 beskrivs samtliga patienters upplevelse av ”just nu” smärta i samband med det första mottagningsbesöket på den palliativa mottagningen. I tabellen beskrivs även hur kvinnorna respektive männen upplevde sin ”just nu” smärta.

Tabell 3. ”Just nu” smärtan vid första mottagningsbesöket för hela gruppen (n=58) samt uppdelat i kön.

Smärtdimension				
	samtliga	kvinnor (n=24)	män (n=34)	² differensen
VAS				
median	1	1	0	NS
variationsvidd	0-7	0-5	0-7	
¹ Sensorisk				
median	2	2,5	0	NS
variationsvidd	0-11	0-9	0-11	
¹ Affektiv				
median	1,5	3	0	p<.05
variationsvidd	0-10	0-10	0-6	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för kvinnor resp. män

När patienterna beskrev ”just nu” smärtan uppgav sex kvinnor och 19 män att de inte hade någon smärta alls (VAS=0). När hela gruppen delats upp i kön uttryckte kvinnorna en intensivare smärta i samband med mottagningsbesöket än männen. När kvinnorna beskrev den sensoriska smärtan med POM-WORDS valde de smärtord som uttryckte en mer intensiv smärta än männen. Skillnaden mellan kvinnor och män, analyserad med Mann-Whitneys test var inte statistisk signifikant.

Kvinnorna uttryckte också två gånger mer intensiv affektiv smärta än männen. Enligt resultatet testat med hjälp av Mann-Whitneys test, påvisades en statistisk signifikant skillnad i den affektiva smärtan mellan kvinnor och män.

Beskrivning av den vanliga smärtan eller smärtan en ”vanlig dag”

När patienterna beskrev smärtan enligt POM-WORDS med hjälp av de sensoriska orden valdes främst orden molande, värkande, tryckande, ömmande och krampaktig. De affektiva orden som patienterna använde var främst irriterande, tröttande, besvärlig, oroande och outhärdlig.

Tabell 4 beskriver hur intensiv smärtan upplevdes en ”vanlig dag” av hela patientgruppen (n=58) samt uppdelat i åldersgrupperna, under 65 år och över 65 år.

Tabell 4. Smärtupplevelsen en ”vanlig dag” för hela gruppen (n=58) samt uppdelad i åldersgrupper

Smärtdimension				
	småttiga	< 65 år (n=23)	> 65 år (n=35)	² differensen
VAS				
median	4	4	3,5	NS
variationsvidd	0-10	0-9	0-10	
¹ Sensorisk				
median	4	5	3	NS
variationsvidd	0-23	0-23	0-11	
¹ Affektiv				
median	3	4	3	NS
variationsvidd	0-19	0-19	0-14	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för < 65 år resp. >65 år

Den ”vanliga” smärtan, eller den som upplevdes en ”vanlig dag”, beskrev patienterna i den yngre gruppen, under 65 år, med medianen för POM-VAS något högre än i den äldre gruppen, över 65 år. Skillnaden mellan åldersgrupperna, analyserad med Mann-Whitneys test, var inte statistiskt signifikant. Den sensoriska smärtan beskrevs enligt POM-WORDS intensivare i den yngre gruppen och variationsvidden var större i denna grupp, medan den affektiva smärtan beskrevs mer lika i de båda grupperna. Ingen statistisk signifikant skillnad i den sensoriska smärtan mellan åldersgrupperna fanns.

I Tabell 5 nedan beskrivs hur samtliga patienterna upplevde sin smärta under en ”vanlig dag” samt hur kvinnor respektive män upplevde sin smärta.

Tabell 5. Smärtupplevelsen en "vanlig dag" för hela patientgruppen (n=58) samt uppdelat i kvinnor och män.

Smärtdimension					
	samtliga		kvinnor (n=24)	män (n=34)	² differensen
VAS					
median	4	4	3,5	NS	
variationsvidd	0-10	0-10	0-9		
¹ Sensorisk					
median	4	5	3,5	NS	
variationsvidd	0-23	0-11	0-23		
¹ Affektiv					
median	3	3,5	3	NS	
variationsvidd	0-19	0-15	0-19		

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för kvinnor resp. män

Kvinnorna skattade en högre smärtintensitet enligt POM-VAS än männen. När POM-WORDS användes, beskrev kvinnorna även den sensoriska smärtan som mer intensiv än männen. Skillnaden i upplevelser av sensorisk smärta mellan kvinnor och män, analyserad med Mann-Whitneys test, var inte statistisk signifikant. Kvinnor upplevde den affektiva smärtan något högre än männen, medan männen använde en större variationsvidd av orden. Enligt Mann-Whitneys test fanns ingen statistik signifikant skillnad i den affektiva smärtan mellan kvinnor och män.

I Tabell 6 jämförs resultatet för samtliga patienter (n=58) mellan skattningarna "just nu" smärtan och smärtan en "vanlig dag".

Tabell 6. Jämförelse mellan smärtan "just nu" och en "vanlig dag" i hela gruppen (n=58).

Smärtdimension	“Just nu”	“vanlig dag”	² differensen
VAS			
median	1	4	p<.001
variationsvidd	0-7	0-10	
¹ Sensorisk			
median	2	4	p<.001
variationsvidd	0-11	0-23	
¹ Affektiv			
median	1,5	3	p<.001
variationsvidd	0-10	0-19	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för smärta "just nu" och "vanlig dag"

Smärtan en "vanlig dag" beskrevs som mer intensiv än den smärtan som patienterna upplevde "just nu" vid mottagningsbesöket. Med hjälp av orden i POM-WORDS valde patienterna främst de sensoriska orden molande, värkande, tryckande och ömmande. De vanligaste sensoriska orden som uttrycktes var irriterande, tröttande, besvärlig och oroande. Vid prövning med Wilcoxon's test påvisades statistiskt signifikanta skillnader, $p > .001$, i alla tre smärtdimensionerna.

Beskrivning av smärtan i samband med vila

POM-WORDS

När patienterna beskrev sin smärta i samband med vila använde de sig av de sensoriska orden molande, ömmande, värkande, tryckande och svidande. Den affektiva smärtan uttrycktes främst med hjälp av orden tröttande, irriterande, oroande och besvärlig.

Tabell 7 nedan beskriver den smärta som samtliga patienterna ($n=58$) upplevde under sin vila och hur patienterna i de olika åldersgrupperna upplevde smärtan.

Tabell 7. Smärtan i vila i hela patientgruppen samt uppdelat i åldersgrupper.

Smärtdimension				
	samtliga	< 65 år($n=23$)	> 65 år($n=35$)	² differensen
VAS				
median	2	2	2	NS
variationsvidd	0-9	0-9	0-9	
¹ Sensorisk				
median	2	2	2	NS
variationsvidd	0-11	0-9	0-11	
¹ Affektiv				
median	3	3	3	NS
variationsvidd	0-15	0-15	0-10	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för < 65 år resp. > 65 år

Medianvärdet för smärtintensiteten, VAS och variationsvidden var lika i båda åldersgrupperna. Med hjälp av POM-WORDS beskrevs den sensoriska smärtan och den affektiva smärtan i vila liknande i de båda åldersgrupperna.

I Tabell 8 beskrivs hur samtliga patienter upplevde sin smärta under vila samt hur kvinnor respektive män upplevde smärtan.

Tabell 8. Smärtupplevelsen i vila i hela gruppen (n=58) samt uppdelat i kvinnor och män.
Smärtdimension

	samtliga	kvinnor (n=24)	män (n=34)	² differensen
VAS				
median	2	2	2	NS
variationsvidd	0-9	0-6	0-9	
¹Sensorisk				
median	2	2	2	NS
variationsvidd	0-11	0-9	0-11	
¹Affektiv				
median	3	3	3	NS
variationsvidd	0-15	0-15	0-10	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för kvinnor resp. män

Kvinnor och män skattade POM-VAS lika, men hade olika variationsvidd. Kvinnorna och männen beskrev den sensoriska och den affektiva smärtan likartat, medan kvinnorna valde de affektiva orden som gav större variationsvidd. Skillnad i upplevelser av affektiv smärta mellan kvinnor och män analyserad med Mann-Whitneys test var inte statistiskt signifikant.

Beskrivning av smärtan under fysisk aktivitet

40 av de samtliga patienter (n=58) upplevde smärta under fysisk aktivitet. Med fysisk aktivitet avses att man utförde de vanliga vardagssysslor som man normalt gör i hemmet, är ute och går, eller rör sig på det sätt som är vanligt för varje enskild individ. De vanligaste orden som valdes för att beskriva den sensoriska smärtan med POM-WORDS var molande, ömmande, värkande, tryckande och krampaktig. Den affektiva smärtan beskrevs vanligen med orden irriterande, tröttande, oroande och besvärlig.

I Tabell 9 nedan beskrivs hur samtliga patienter (n=58) upplevde smärtan under fysisk aktivitet samt uppdelat i åldersgrupper.

Tabell 9. Smärtan under fysisk aktivitet för hela gruppen (n=58) samt uppdelat i åldersgrupper.

Smärtdimension				
	samtliga	< 65 år(n=23)	> 65 år(n=35)	² differensen
VAS				
median	2,5	4	2	NS
variationsvidd	0-10	0-8	0-10	
¹ Sensorisk				
median	3	5	2	NS
variationsvidd	0-23	0-23	0-21	
¹ Affektiv				
median	3	4	3	NS
variationsvidd	0-19	0-18	0-19	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser differensen mellan det skattade värdet för <65 år resp. >65 år

Patienter under 65 år skattade smärtintensiteten högre än gruppen som var över 65 år. Den sensoriska smärtan beskrevs med hjälp av POM-WORDS som intensivare i den yngre gruppen. Även den affektiva smärtan beskrevs som intensivare i den yngre gruppen. Inte inom någon av smärtdimensionerna förelåg statistiskt signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna, analyserat med Mann-Whitneys test.

I Tabell 10 beskrivs hur samtliga patienter upplevde sin smärta under fysisk aktivitet samt efter att gruppen är uppdelad i kvinnor respektive män.

Tabell 10. Smärtan under fysisk aktivitet för hela gruppen samt uppdelat i kvinnor och män.

Smärtdimension				
	samtliga	kvinnor (n=24)	män (n=34)	² differensen
VAS				
median	2,5	4	2	NS
variationsvidd	0-10	0-10	0-9	
¹ Sensorisk				
median	3	2,5	4	NS
variationsvidd	0-23	0-21	0-23	
¹ Affektiv				
median	3	5	3	p<.05
variationsvidd	0-19	0-19	0-17	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser differensen mellan det skattade värdet för kvinnor resp. män

När hela gruppen av patienterna delats upp i kvinnor och män, angav fem kvinnor och tretton män att de inte upplevde någon smärta alls under fysisk aktivitet. Bland de patienterna som upplevde smärta skattade kvinnorna smärtintensiteten med POM-VAS två gånger högre än männen. Skillnaden mellan kvinnor och män i upplevelser av smärtintensitet analyserad Mann-Whitneys test var inte statistiskt signifikant.

Med hjälp av POM-WORDS beskrev kvinnorna att den sensoriska smärtan var mindre intensiv än männen, medan den affektiva smärtan beskrevs som intensivare för kvinnorna än männen. Enligt resultatet med hjälp av Mann-Whitneys test fanns ingen statistisk signifikant skillnad i den sensoriska smärtan mellan kvinnor och män. Skillnaden mellan kvinnor och män i upplevelser av affektiv smärta var statistiskt signifikant analyserad med Mann-Whitneys test.

Jämförelse mellan smärtan i vila och smärtan under aktivitet

I Tabell 11 beskrivs samtliga patienters (n=58) smärtupplevelse i vila och smärtupplevelse under aktivitet.

Tabell 11. Jämförelse mellan smärtan i vila och under aktivitet (n=58).

Smärtdimension	vila	fysisk aktivitet	² differensen
VAS			
median	2	2,5	p<.01
variationsvidd	0-9	0-10	
¹Sensorisk			
median	2	3	p<.01
variationsvidd	0-11	0-23	
¹Affektiv			
median	3	3	p<.05
variationsvidd	0-15	0-19	

¹ avser summan av ordens intensitetsvärde som patienten valt ut

² avser den statistiska skillnaden mellan det skattade värdet för smärta i vila resp. fysisk aktivitet

Smärtan under fysisk aktivitet beskrevs som intensivare i alla smärtdimensionerna jämfört med upplevelser av smärta i vila. Vid prövning av Wilcoxon signed rank test påvisades det statistisk signifikant skillnad i alla smärtdimensionerna. De vanligaste orden för att uttrycka den affektiva smärtan var irriterande, tröttande och oroande.

Smärtbehandlingens betydelse för välbefinnandet

63 procent av kvinnorna och 65 procent av männen svarade att de fått information om smärtbehandlingens betydelse för individens välbefinnande. Av hela gruppen svarade 28 procent att de inte fått någon information om vilken betydelse smärtbehandlingen kan ha för välbefinnandet.

Tillfredsställelse med smärtbehandlingen

Tillfredsställelsen med smärtbehandlingen besvarades av 49 patienter. I Tabell 12 har tillfredsställelsen med smärtbehandlingen, graderad enligt VAS skalan, delats in enligt följande:

Mycket tillfredsställande = VAS 7-10
Tillfredsställande = VAS 3-6
Otillfredsställande = VAS 1-2

Tabell 12. Tillfredsställelsen med smärtbehandling (n=49).

	kvinnor	män	totalt antal
Mycket tillfredsställande	6	8	14
Tillfredsställande	7	21	28
Otillfredsställande	6	1	7

Av de patienter som besvarade frågan var 29 procent mycket tillfredsställda, 57 procent var tillfredsställda och 14 procent var otillfredsställda med sin smärtbehandling. Av kvinnorna beskrev 32 procent att de var otillfredsställda med sin smärtbehandling medan endast tre procent av männen beskrev att de var otillfredsställda med sin smärtbehandling. Nio patienter besvarade inte frågan.

Betydelsen av dialogen med vårdpersonalen om betydelse om smärta och smärtbehandling

Åttio procent av patienterna uppgav att de hade någon person som de kunde samtala med om sin smärta eller om den smärtbehandling som de fick. Tjugo procent av patienterna uppgav att de inte hade någon att tala med om detta.

Flertalet av deltagarna uppgav att de samtalade med läkarna och de sjuksköterskorna som de träffade på sjukhuset, inom hemsjukvården eller på vårdcentralen. Även andra samtalspartner omnämndes såsom hustru, make, barn eller nära vänner. En person talade om att han inte hade behov av att prata med någon annan person om sin smärta.

I Tabell 13 beskrivs hur tillfredsställda patienterna (n=48) var med dialogen mellan patienten och vårdpersonalen graderat enligt VAS skalan enligt:

Mycket tillfredsställande = VAS 7-10
Tillfredsställande = VAS 3-6
Otillfredsställande = VAS 1-2

Tabell 13. Tillfredsställelsen med dialogen mellan patienten och vårdpersonalen (n=48).

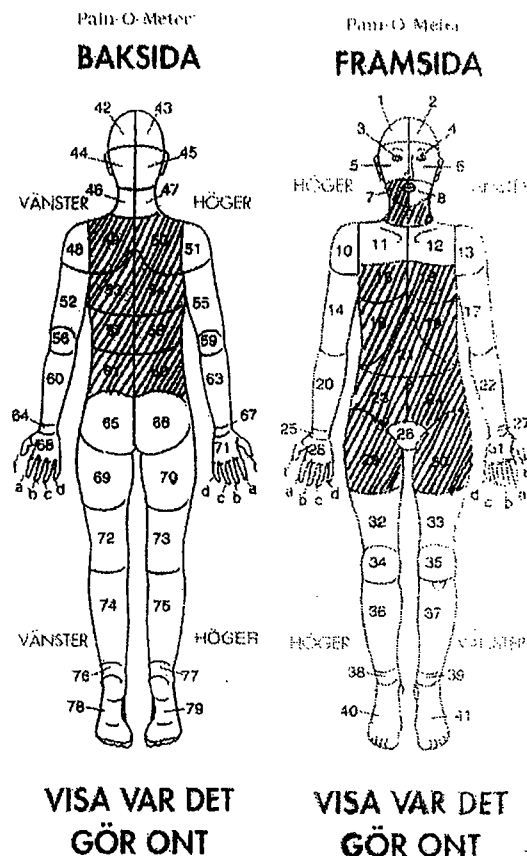
	kvinnor	män	totalt antal
Mycket tillfredsställande	10	13	23
Tillfredsställande	8	12	20
Otillfredsställande	1	2	3

Av de patienter som besvarade frågan var 50 procent mycket tillfredsställda, 43 procent var tillfredsställda och 7 procent var otillfredsställda med den dialogen de hade med vårdpersonalen när det gäller sin smärtbehandling. Tolv patienter valde att inte svara eftersom de nu inte upplevde någon smärta.

Smärtans lokalisation

Smärtans lokalisation beskrivs utifrån figurerna nedan. Figurerna finns illustrerade på en plastskiva på POM med en fram- och baksida, där varje fält är numrerad mellan 1-79. De streckade områdena visar de områden där patienterna har markerat att de känner smärta.

Patienterna beskrev att de upplevde smärta runt halsen, framsidan av bröstet och ned till framsidan på övre delen av låren. På baksidan på kroppen upplevde de smärta från axlarna och ned till ryggslutet.



Smärtans duration

När patienterna beskrev durationen, varaktigheten, på "just nu" smärtan uppgav 19 patienter att smärtan kommer och går medan 21 patienter upplevde att smärtan varade kontinuerligt. Några patienter upplevde att smärtan både var kontinuerlig och kommer och går. Tjugosex patienter upplevde att de inte hade någon smärta alls.

När patienterna beskrev varaktigheten på smärtan under vila beskrev 27 patienterna att smärtan kommer och går, 18 patienter upplevde att smärtan var kontinuerlig, 17 patienter uppgav att de inte upplevde någon smärta.

24 patienter beskrev att smärtan kommer och går i samband med fysisk aktivitet, medan 12 patienter upplevde att smärtan fanns där kontinuerligt och 14 patienter hade ingen smärta alls i samband med den fysiska aktiviteten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Enkäten

Flertalet av frågorna i enkäten har använts tidigare i olika studier. Frågorna är testade på ett stort antal populationer i USA och Sverige och bör därmed vara valida. De inledande frågorna utgör demografiska data såsom ålder, kön, civilstånd, födelseland, utbildning och bostad.

Frågeområdena om smärtupplevelsen behandlar hur patienterna upplevde smärtan ”just nu” under mottagningsbesöket på sjukhuset, den ”vanliga” smärtan - den som upplevs en ”vanlig” dag, smärtan i vila och smärtan under fysisk aktivitet. Dessa besvarades med hjälp dels av en VAS skalan, POM-VAS och dels genom att patienten väljer från 11 affektiva respektive 12 sensoriska ord, POM-WORDS, som avser smärtans kvalitet och intensiteten av den sensoriska och affektiva upplevelsen av smärta.

En del patienterna tyckte att det var svårt att beskriva en smärtupplevelse som de redan hade upplevt och ibland hade de därför svårt att komma ihåg intensiteten av den ”vanliga” smärtan. Några patienter tvekade en lång stund innan de kunde välja, därför att de kände att orden var begränsande för att uttrycka upplevelsen av smärtan. Patienterna upplevde att det var lättare att välja bland de sensoriska respektive affektiva orden när de beskrev smärtan i vila respektive under fysisk aktivitet.

Tre frågor avsåg att belysa kommunikationen mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och för att på detta sätt ta reda på hur tillfredsställda patienterna var med smärtbehandlingen. När patienterna svarade på dessa frågor var vi medvetna om att de var i en beroendeställning och detta kan ha påverkat svaren.

I analyserna redovisas hela patientgruppen samt när patienterna delades upp i två åldersgrupper, under 65 år och över 65 år. Valet av uppdelning vid 65 års ålder gjordes på grund av att ålderspensionen normalt inträder vid denna ålder och de flesta personer i Sverige har då avslutat sitt yrkesverksamma liv.

I föreliggande studie ingick endast tre personer som hade utländsk bakgrund och detta begränsar resultatets generaliserbarhet. Detta innebär att gruppen inte är representativ för de individer som lider av denna typ av cancer i Sverige idag, och detta är ett observation vid tolkningen av resultaten. I dag är nästan 11 procent av Sveriges befolkning födda utomlands och representeras av 188 olika nationaliteter (Statistiska centralbyrån 2003). Sverige har blivit ett mångkulturellt samhälle genom den ökade immigrationen, och all vårdpersonal måste därför öka denna kunskap, för att kunna ge bästa vård till alla drabbade individer inom detta område. Studier om upplevelsen av smärtan ur kulturella aspekter visar att hur man uppfattar sjukdom och obehag, och hur man uttrycker detta, påverkas av vilken miljö man kommer ifrån och vilken livserfarenhet man har. Om man som hälso- och sjukvårdspersonal blir medveten om sina egna attityder och värderingar beträffande de patienter som kommer från andra kulturer kan man skapa

bättre förutsättningar för all vård och därmed effektivare användning av exempelvis smärtskattningsinstrument (Allwood et al. 2000). Ett annat sätt att skapa förutsättningar för en effektiv smärtskontroll och smärtbehandling är att tidigt i utbildningen undervisa om smärta och smärtbedömning (Davies et al. 2000).

Samtliga patienter i denna studie var remitterade av andra läkare till den palliativa mottagningen. Frågor som uppstår i samband med detta är om alla patienter, även de med utländsk bakgrund har samma möjlighet till denna typ av vård.

På grund av antalet inkluderade patienter och att de representerar små grupper var möjligheten att med statistiska metoder påvisa skillnader begränsade (Siegel & Castellan 1988).

Resultatdiskussion

Smärta beskriver en upplevelse som är individuell och den upptar stor del av en människas tankar och har därför en stor inverkan på en individs hela livssituation. Detta innebär att många olika aspekter påverkar hur en individ upplever smärta.

För att kunna erbjuda bättre vård och behandling av denna patientgrupp, och för att öka kunskapen hos den personalgrupp som vårdar dessa patienter, var viktigaste fynden från föreliggande studie att det fanns en skillnad i hur patienterna upplevde "just nu" smärtan i samband med det första läkarbesöket och smärtan en "vanlig" dag.

Resultaten visade även att det fanns en skillnad i den affektiva "just nu" smärtan mellan män och kvinnor. Kvinnor uttryckte två gånger så intensiv affektiv smärta som männen. Patienternas upplevelser av smärtan vid vila och fysisk aktivitet visade att patienterna upplevde den affektiva såväl som sensoriska smärtan intensivare då de var fysiskt aktiva, jämfört med vid vila.

Upplevelsen av "just nu" och "den vanliga" smärtan

Resultaten från föreliggande och även tidigare studier (Gustafsson 1999) visar på att det är viktigt att kunna definiera smärtupplevelsen. Resultaten visade dessutom hur viktigt det är för all vårdpersonal att ställa de rätta frågorna vid bedömning av patientens smärtupplevelser.

Patienten måste få möjlighet att vid besöket på mottagningen beskriva den smärta som de upplever vid olika situationer. Beskrivningen av "just nu" smärtan och den "vanliga" smärtan, kan sedan användas som ett utgångsläge vid diskussioner och analyser av smärtan för att bättre kunna anpassa behovet av smärtlindring till den enskilda individen.

Eftersom målet med smärtbehandlingen av denna patientgrupp måste vara att ge förutsättningar för att kunna leva ett så bra liv som möjligt för patienten är det av stor vikt att

fråga patienten om den smärta de upplever under en "vanlig" dag. Med en "vanlig" dag menas en dag, vilken som helst, då de lever normalt, arbetar och umgås med sina familjer, närstående och sina vänner.

I samtliga undersökta parametrar, var "just nu" smärtan mindre intensiv än smärtan en "vanlig" dag och patienterna skattade den "vanliga" smärtan betydligt intensivare än den "just nu" smärta som de upplevde vid mötet med personalen på mottagningen. Andra studier visar samma resultat vid jämförelse av "just nu" och den "vanliga" smärtan vid olika typer av kroniskt smärttillstånd, vilket understryker vikten av hur patienterna tillfrågas när de skattar sin smärta för att verkligen kunna ge adekvat smärtlindring (Gustafsson 1999). Detta resultat visar på vikten av att all vårdpersonal som träffar dessa patienter är medvetna om hur smärtbedömningen påverkas av vilka frågor man ställer till patienterna.

En viktig del av livet hos individer som drabbats av cancer är upplevelsen av att ha cancer och upplevelsen av smärta, samtidigt som livet måste pågå som "vanligt" så länge som möjligt och att det måste finnas meningsfullhet och sammanhang i livet (Antonovsky 1991).

Den lägre skattade intensiteten gällande "just nu" smärtan kan ha påverkats av patienternas trygghetskänsla eftersom det fanns en samlad kompetens med hälso- och sjukvårdspersonal i närheten, vars främsta uppgift är att ge god vård, vilket inbegriper en god smärtlindring.

Tidigare studier har visat att bemötande, närhet och samtal med hälso- och sjukvårdspersonal upplevs av patienterna som ett sätt att lindra cancersmärta, eftersom patienterna upplever det psykologiska stödet som en viktig del av vården (Grimby 1999, Simonson-Rhen et al. 2000, Friedrichsen 2002, Volker et al. 2004).

Resultaten från denna studie stödjer därför att det är viktigt att göra en heltäckande smärtbedömning i olika situationer, och att med mer individuellt anpassade frågor bättre kan kartlägga smärtan. På så sätt finns större möjligheter att kunna erbjuda en så god smärtlindring som möjligt för att individen skall kunna leva ett normalt liv med god livskvalitet (Gustafsson 1999, Delorme et al. 2004).

Smärtupplevelsen hos kvinnor respektive män

För att studera om det fanns skillnader mellan kvinnors och mäns upplevelse av smärta delades patienterna i grupper om kvinnor och män.

Vid jämförelse mellan könen uttryckte kvinnor smärtan som intensivare än männen i alla de undersökta variablerna. Kvinnorna använde fler sensoriska och affektiva ord när de beskrev hur de upplevde smärtan, och att de upplevde framför allt den affektiva smärtan intensivare än männen. Detta stöds av annan forskning som visar att det finns skillnader i hur män och kvinnor upplever sin smärta samt hur de reagerar olika på läkemedel och medicinska metoder (Unruh 1996, 1999, Rustoen et al. 2004). Resultaten visade också en skillnad mellan vilka ord, och hur många ord, som kvinnor och män använde när de beskrev sin "just nu" smärta och den "vanliga" smärtan. Männen upp-

levde påtagligt mindre intensiv smärta och använde färre och "svagare" ord för att uttrycka sin "just nu" smärta jämfört med kvinnorna, vilket är av stor vikt att känna till vid den smärtbedömning som görs på mottagningen. Vid förfrågan om den "vanliga" smärtan däremot, uttryckte både män och kvinnor sin smärta som intensivare än "just nu" smärta (Gustafsson 1999).

Smärtupplevelsen hos individerna över 65 år respektive under 65 år

Livskvalitet och hur hälsan upplevs skiljer sig mellan yngre och äldre. Eftersom antalet personer som insjuknar i cancer ökar framför allt på grund av den ökade andel av äldre i befolkningen, är det viktigt att cancersmärtans omfattning och konsekvenserna kartläggs i olika åldersgrupper. Den äldre är inte van att "klaga" och anser kanske också att smärtan tillhör åldern och att det därför inte finns tillräckligt med lindring. Patienterna delades därför i två åldersgrupper för att undersöka om smärtintensiteten uttrycktes olika vid olika åldrar. Uppdelning gjordes vid 65 års ålder med hänsyn tagen till den allmänna pensionsåldern i Sverige.

Resultaten visade att det inte var någon skillnad mellan intensiteten av smärtan skattad med VAS-skalan, gällande varken "just nu" smärtan eller den "vanliga" smärtan i de olika åldersgrupperna. När POM-WORDS användes, skattade däremot den yngre gruppen smärtan intensivare än den äldre gruppen. Detta gällde såväl den upplevda affektiva som sensoriska komponenten av smärtan, och den skattade "just nu" och "vanliga" smärtan. Detta är ett viktigt observandum för den vårdpersonal som vårdar patienterna. Eftersom äldre personer inte alltid använder lika många och lika starkt värderande ord när de beskriver sin smärta som yngre personer gör, kan detta resultera i en sämre smärtlindring för den äldre patienten.

Att den yngre gruppen beskrev den sensoriska smärtan med ord som gav nästan dubbelt så hög dignitet under en "vanlig" dag jämfört med "just nu" smärtan är också viktig information. Upplevelsen och beskrivningen av den sensoriska smärtan kan tolkas som att patienternas smärta är en följd av att tumörsjukdomen progredierar, och då är det av stor vikt att se över läkemedel och annan behandling som patienten får. I den yngre åldersgruppen ökar kraven på rörlighet och aktivitet samtidigt som det krävs ett annat tempo för vardagslivet. Vilket leder till att kravet på en god smärtlindring ökar. Patienterna har behov av att kunna fungera i sitt arbete, vara tillsammans med barnen och familjen samtidigt som de skall hantera sin tumörsjukdom som tillväxer och är obotlig. Även den äldre gruppen, över 65 år, beskrev den sensoriska och affektiva smärtan som mer intensiv än "vanlig" dag jämfört med "just nu" smärtan.

Trots att gruppen över 65 år använde färre ord för att beskriva sin smärta, varierade smärtintensiteten enligt VAS mellan 0 och 10, vilket innebär att många av dessa patienter upplevde oacceptabel smärta som måste lindras. Bergh (2003) och Jakobsson (2004) har studerat skillnader i åldersgrupperna och visar att äldre personer upplever smärta av andra orsaker än yngre. De äldre personerna reagerar dessutom ofta annorlunda på mediciner än yngre, och är känsligare för felaktig medicinering.

Upplevelsen av smärtan under vila och vid fysisk aktivitet, ålders och könsskillnader

Betydelsefullt för att kunna leva ett bra liv trots cancersjukdomen är hur mycket man orkar och hur aktiv man kan vara, och hur mycket man måste vila, relaterat till den smärta som aktiviteten medför.

Fynden från denna studie visade att kvinnor använde fler affektiva ord än männen då de beskrev sin smärta under fysisk aktivitet. Detta kan bero på en mängd olika saker som exempelvis att kvinnor i dessa åldersgrupper inte är lika vana vid fysisk aktivitet som män. Det kan också bero på att kvinnor generellt är verbalare än män och att män, också i denna åldersgrupp, inte brukar uttrycka sina känslor lika mycket som kvinnor gör. Detta kan också tolkas så att kvinnorna upplevde mer oro och ångslan under fysisk aktivitet än männen gjorde, vilket sammantaget ställer ytterligare krav på individuellt anpassad smärtbehandling. Detta stöds också andra forskare som betonar vikten av detta (Unruh et al. 1999, Foss 2003, Kallai et al. 2004).

En annan förklaring kan vara att kvinnor har fler dagliga aktiviteter som de måste utföra i och utanför hemmet, trots att de känner obehag, ångslan och smärta (Strasser et al. 2004). Människor hanterar dessutom problematiken med en intensivare smärta under fysisk aktivitet på olika sätt. Många personer hanterar sin smärta genom att de minskar sina sociala aktiviteter, och minskar därigenom kontakterna med sina barn och anhöriga för att inte utsätta sig för att upplevelsen att smärtan ökar. Detta kan leda till både ett ökat beroende av den närmast anhöriga, och till en social isolering och ensamhet (Grimby 1999, Friedrichsen 2002).

Under vila skiljde sig kvinnor och män inte åt, dock uttryckte kvinnorna smärtan med fler ord än männen. Den kanske vanligaste reaktionen på smärta är att bli störd under nattsömnen (Fortner et al. 2002, Boström et al. 2003, Akechi et al. 2003). Att inte kunna sova, eller att sova dåligt och vakna utan att känna sig utvilad, gör att den fysiska trötthetskänslan ökar, personerna känner sig svagare och smärtupplevelsen ökar. Följen av detta kan bli en ökad smärta och därmed dålig livskvalitet för patienten och de närstående.

Några patienter hade en mycket intensiv smärta och skattade den upptill nio på VAS-skalan. Detta medför att patienten inte får tillfälle att vila sig och att kroppen då inte får möjlighet att återhämta sig (Jaxon et al. 1994). Detta leder till en ohållbar situation som måste förändras så snart som möjligt med hjälp av individuellt anpassade behandling.

Under fysisk aktivitet skattade gruppen under 65 år smärtan med VAS-skalan som dubbelt så intensiv som gruppen över 65 år. Även den sensoriska och affektiva smärtan beskrevs som intensivare i gruppen under 65 år. En förklaring kan vara att den yngre gruppen, där den yngsta var 48 år, hade en livssituation som krävde mer aktiviteter i det dagliga livet. Även vid umgänget med familjemedlemmar och vänner kan situationer vara mer krävande och omfattande i yngre åldrar (Ringdal et al. 2004, Oldham et al. 2004).

Dialogen och informationen om smärta

Kommunikation är en av de viktiga hörnstenarna i den palliativa vården (Beck-Friis et al. 1995, Friedrichsen 2002). Flertalet av patienterna uppgav att de hade någon person i sin närhet som de kunde tala med om sin smärta. Forskningen visar att människor som upplever smärta behöver samtala med någon om sin smärta, och framför allt om de konsekvenser som obehandlad smärtan kan medföra (Grimby 1999, Friedrichsen 2002). I denna studie beskrev hälften av både männen och kvinnorna att de var mycket tillfredsställda med dialogen om smärtan och smärtbehandlingen med vårdpersonalen, vilket borde vara en självklarhet för samtliga patienter på en palliativ mottagning. Ändå beskrev så många som 50 procent av patienterna att de enbart var tillfredsställda, eller till och med otillfredsställda, med denna dialog. Därför är det viktigt att öka dialogen och informationen till alla patienter och närstående för att så många som möjligt skall få en individuell smärtlindring så tidigt i sjukdomsförloppet som möjligt.

SLUTSATSER

Med anledning av den alltmer ökande andelen äldre i befolkningen och bättre behandlingsmetoder, som innebär att fler personer kommer att leva med cancer, är det av största vikt att ge alla cancerpatienter en god individuell smärtbehandling i ett tidigt skede och under hela sjukdomsförloppet. Om inte evidensbaserade kunskaper om cancersmärta, och vilka olika behandlingsalternativ som finns, tillämpas inom sjukvården kan cancersmärta bli en av de viktigaste och mest omfattande folkhälsofrågorna i vår tid.

Resultaten från föreliggande studie visar att kunskapen om smärta, hur smärtan bedöms och utvärderas, samt hur den drabbade individen upplever sin smärta i olika situationer måste öka (Gustafsson 1999, Grimby 1999, Bergh, 2003, Jakobsson et al. 2003). I samband med smärtanalysen är det därför viktigt att fråga om hur smärtan upplevs i olika situationer såsom "just nu", en "vanlig" dag samt vid vila och fysisk aktivitet. Dessutom är det viktigt att beakta både ålders och könsaspekten vid bedömning av, och vid diskussion om, en individs smärtupplevelse. På detta sätt kan man bättre kommunicera med patienten om hur smärtbehandlingen ska individualiseras för att patienten skall kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Att patienten själv beskriver sin smärta med ord, och gör jämförelse av tidigare upplevd smärta, ökar dialogen och förståelsen för patientens situation, vilket ger goda möjligheter till att förbättra patientens smärtbehandling. Smärtan påverka hela livssituationen för cancerpatienten och för dennes familj och måste därför tas på största allvar (Friedrichsen 2002).

Inom sjukvården och den medicinska vetenskapens områden har mannen oftast varit normen för en patient, och kvinnor har betraktats som alltför hormonellt komplicerad för att ingå i medicinska studier och provningar. Forskning påvisar att det är skillnader

på hur kvinnor och män upplever smärta (Unruh et al. 1999, Foss 2003, Kallai et al. 2004), vilket även stöds av resultaten i denna studie. Socialstyrelsen vill också bidra till att det blir ett ökat intresse för könsspecifika kunskaper och stimulerar till ett fortsatt arbete med redovisningar av vårdens resultat ur ett könsperspektiv, som gynnar all hälso- och sjukvård för kvinnor och män (Socialstyrelsen 2004).

Under de senaste åren har intresset ökat för den komplementära medicinen och alternativa behandlingsmetoder hos allmänheten och patienterna men även inom den medicinska professionen. De komplementära metoderna används huvudsakligen som tillägg till övrig behandling för att lindra smärta. Detta kan medföra att man kan minska användningen av läkemedel och bidrar därmed till minskade biverkningar. Med hjälp av kunskaper i olika multiprofessionella team kan man hjälpa cancerpatienterna att leva så bra som möjligt i den situation de befinner sig (Astin et al. 2003).

Resultaten från föreliggande studie kan användas inom en mängd olika områden. Exempel på detta är som underlag för komplementära åtgärder och för att utveckla kliniska riktlinjer och metoder för smärtbehandlingen av patienter med cancer inom den kirurgiska palliativa öppenvården. I framtiden kan man utöka samarbetet med övriga palliativa teamen inom sjukhuset och även de palliativa teamen utanför sjukhuset, tillsammans med primärvården och kommunerna.

Med nya erfarenheter kan förbättringar ske om man kan peka på innovativa organisationsformer och andra mottagningsformer för att på det sättet kunna öka tillgängligheten för patienterna och anhöriga. Genom att testa nya former och öka teamsamarbetet med tvärprofessionella grupper kan det även bli mer kostnadseffektivt omhändertagande av denna mycket viktiga patientgrupp.

Min förhoppning är att detta arbete kommer att medverka till att det utvecklas riktlinjer som ger rekommendationer i smärtbedömningen och patientundervisningen för alla de patienter som besöker den öppna palliativa mottagningen och den övriga hälso- och sjukvården.

OMNÄMNANDE

Jag vill tacka FOU - rådet för Göteborg och södra Bohuslän för det ekonomiska stödet till projektet.

Ett stort tack till mina handledare, med.dr. Marianne Gustafsson, Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, institutionen för omvårdnad och professor Ingvar Karlberg, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalysenheten, Göteborg för deras stöd och positiva kritik, som gjorde att denna uppsats blev verklighet.

Ett stort tack till sjuksköterskor, Carina Stuchly och Karin Hylander, som hjälpte till med insamling av data.

REFERENSLISTA

- Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Sakuma K, Nakanishi T, Yoshikawa E, Uchitomi Y. (2003) Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* , **44**, 244-248.
- Allwood C M, Franzén E C. (red) (2000). *Kulturell och social påverkan*. Natur och Kultur, Stockholm.
- American Pain Society Quality of Care Committee. (1995) Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *The Journal of the American Medical Association*, **274**, 1874-1880.
- Antonovsky A.(1991) *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur. Ljungbergs Säteri AB, Köping.
- Arnér S, Killander E, Westberg H. (1999) Dåligt ledarskap bakom dålig smärtvård: medicinsk revision av cancersmärtvård. *Läkartidningen* **96**, 33-36.
- Astin J, Shapiro S L, Eisenberg D M, Forys K L. (2003) Mind-body medicine: State of the Science, Implications of Practice. *The Journal of American board of family practice*, **16**, 1313-147.
- Beck-Friis B, Strang P. (red.) (1995) *Palliativ medicin*. Liber AB, Stockholm.
- Benoit M F, Hannigan E V, Smith R P, Byers L J. (2004) Primary gastrointestinal cancers presenting as gynaecologic malignancies. *Gynecologic oncology*, **95**, 388-392.
- Betancourt J R, Maina A W.(2004) The institute of medicine report “unequal treatment” implications for academic health centers. *The mount Sinai journal of medicine*, **71**, 314-321.
- Bergh I. (2003) *Assessing pain in the elderly*. (Doctoral dissertation) Department of Geriatric Medicine, Göteborg University.
- Bookbinder M, Coyle N, Kiss M et al. (1996) Implementing national standards for pain management. Program model and evaluation. *Journal of pain and symptom management*, **12**, 334-347.
- Boström B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. (2003) A comparison of pain and health-related quality of life between two groups of cancer patients with differing average levels of pain. *Journal clinical nursing*, **12**, 726-35.
- Caiazzo A, Cardano M, Cois E, Costa G, Marinacci C, Spadea T, Vannoni F, Venturini L. (2004) Inequalities in health in Italy. *Epidemiologic Prevention*, **28**, 1-161.

Chang H M. (1999) Cancer pain management. *Medical Clinics North America*, **83**, 711-736.

Dansk Institut for Folkehelse. (1999) *The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2008*, Köpenhamn.

Davies J, Mc Vicar A. (2000) Issues in effective pain control 1:assessment and education. *International journal of palliative nursing*, **6**, 58-65.

Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. (2003) Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *Journal of pain and symptom management*, **23**, 211-20

De Conno F, Foley K. (1995) *Cancer Pain Relief - a practical manual*. Kluwer Academic Publishers. London.

Delorme T, Wood C, Bartailard A, Pichard E, Dauchy S, Orbach D, Alibeu J P, Ricard C, Suc A, Boureau F, Roiusmans S, Patte R, Vullemin N, Torloting G, Larue F, Lassauniere JM, Collin E. (2004) clinical practice guideline: Standards, Options and Recommendations for pain assessment in adult and children with cancer (summary report) *Bulletin du cancer*, **91**, 419-30.

Foss C. (2003) *Gendered quality? Gender differences in patient satisfaction with in-patients in a Norwegian hospital*. (Doctoral dissertation) Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprovicz S, Durrence HH. (2002) Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, **24**, 471-80.

Friedrichsen M. (2002) *Crossing the border: different ways cancer patients, family members and physicians experience information in transition to the late palliative phase*. (Doctoral dissertation). Department of Biomedicine and Surgery, Linköping University.

Gaston-Johansson F. (1984) Pain Assessment: Differences in Quality and Intensity of Words Pain, Ache and Hurt. *Pain*, **20**, 69-76.

Gaston-Johansson F. (1985) *Pain assessment with particular reference to pain terms. Instrument development and pain description*. (Doctoral dissertation) Göteborg University.

Gaston-Johansson F. (1996) Measurement of pain: the psychometric properties of the Pain-O-Meter, a simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care practices. *Journal of pain and symptom management*, **12**, 172-181.

Gaston Johansson F, Fall-Dickson J M. (1995) The importance of nursing research design and methods in cancer pain management. *Nursing clinics of North America*, **30**, 597-607.

Grimby A. (1999) Behovshierarkier hos äldre palliativt vårdade i livets slutskede. *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 3.

Grond S, Zech D, Diefenbach C, Radbruch L, Lehmann K. (1996) Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to pain service. *Pain*, **64**, 107-114.

Gustafsson M. (1999) *Chronic pain experiences: studies of perception, evaluation and responses to pain in patients with rheumatoid arthritis and musculoskeletal pain*. (Doctoral dissertation). Department of Rehabilitation, Medicine, Göteborg University.

International Association for Study of Pain (IASP). (1979) Sub-Committee on taxonomy pain terms. A list of definitions and notes on usage. *Pain*, **6**, 249.

Jacox A et al. (1994) *Management of Cancer Pain*. Md Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Dept. of Health and Human Services, Rockville.

Jadad A R, Browman G P. (1995) The WHO analgesic ladder for cancer pain management stepping up quality of its evaluation. *Journal of American Medical Association*, **274**, 1870-1873.

Jakobsson U, Hallberg I R, Westergren A. (2004) Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of life research*, **13**, 125-36.

Kaasa, S, Loge J, Knobel H., Jordhøy M, Brenne E. (1999) Fatigue. Measures and relation to pain. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, **43**, 939-947.

Kallai I, Barke A, Voss U. (2004) The effects of experimenter characteristics on pain reports in women and men. *Pain*, **112**, 142-147.

Medicinsk utveckling 2000 – 2010, Västra Götalandsregionen. (2000) *De regionala medicinska sektorsrådens bedömning av den medicinska utvecklingen kommande tioårsperiod*. Rapport.

Melzack R, Wall P D. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*, **150**, 971-979.

Melzack R. (1999) From the gate to the neuromatrix. *Pain*, **6**, 121-126.

Miaskowski C, Donovan M. (1992) Implementation of American pain society quality assurance standards for relief of acute pain and cancer pain in oncology nursing practice. *Oncology nursing forum*, **19**, 411-415.

- Nikolaus T, Zeyfang A. (2004) Pharmacological treatments for persistent non-malignant pain in older persons. *Drugs aging*, **21**, 19-41.
- Oldham L, Kristjanson L J. (2004) Development of a pain management programme for family carers of advanced cancer patients. *International journal of palliative nursing*, **10**, 91-9.
- Pestieau S R, Sugarbaker P H. (2000) Treatment of primary colon cancer with peritoneal carcinoma comparison of concomitant vs. delayed management. *Diseases of the colon and rectum*, **43**, 1341-1348.
- Perneger TV. What is wrong with Bonferroni adjustments. (1998) *British Medical Journal*, **136**, 1236-1238.
- Rawal N, Hylander J, Arnér S. (1993) Management of terminal cancer pain in Sweden : a nationwide survey. *Pain*, **54**, 169-179.
- Ringborg U, (red). (1998) *Onkologi*. Liber AB, Stockholm.
- Ringdal G I, Ringdal K, Jordhoy M S, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. (2004) Health-related quality of life (HRQOL) in family members of cancer victims: results from a longitudinal intervention study in Norway and Sweden. *Palliative medicine*, **18**, 108-20.
- Rustoen T, Wahl A K, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. (2004) Gender differences in chronic pain—findings from population based of Norwegian adults. *Pain management nursing*, **5**, 105-17.
- Scott J, Huskisson E. (1976) Graphic presentation of pain. *Pain*, **2**, 175-184.
- Siegel S, Castellan N J. (1988) *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* 2nd edn. New York: Mc Graw Hill.
- Simonsen-Rehn N, Sarvimäki A, Sandelin S. (2000) Cancer patients' experiences of care related to pain. *Vård i Norden*, **57**, 4-9.
- Socialstyrelsen. (1994) *Behandling av långvarig smärta*. Rapport 4, Jönköping.
- Socialstyrelsen. (2001) *Smärtbehandling i livets slutskede*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2004) *Jämställd vård? - Könsperspektivet på Hälso- och sjukvård*. Rapport .Stockholm.
- Sonya Iverson Shelley. (1984) *Research Methods in Nursing and Health*. First edition, USA.

SOU (1995) *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1995:5. Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, Stockholm.

SOU (2000) *Utveckla kvaliteten i den palliativa vården*. Bilaga till delbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. SOU 2000:6. Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, Stockholm.

SOU (2001) *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Slutbetänkande av kommittén om vård i livets slutskede. SOU 2001:6. Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, Stockholm.

SPRI och Svenska läkarsällskapet. (1997) *Behandling av tumörrelaterad smärta: kvalitetsutveckling från Svenska läkarsällskapet och Sveriges läkarförbunds medicinska kvalitetsråd*, Stockholm.

SPRI och Svensk sjuksköterskeförening. (1999) *Cancerrelaterad smärta. Riktlinjer för smärtbedömning, patientundervisning och komplementär smärtbehandling*. Serien Omvårdnad Nr 7, Stockholm.

Statistisk årsbok för Sverige (2003) Statistiska centralbyrån.

Strang P. (1998) Cancer Pain – A Provoker of Emotional, Social and Existential Distress. *Acta oncologica*, **37**, 641-644.

Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Palmer J L, Bruera E. (2004) Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: a retrospective descriptive study. *Journal of pain and symptom management*, **27**, 481-91.

Svensson E. (2001) Construction of single global scale for multi-item assessments of the same variable. *Statistics in medicine*, **20**, 3831-3846.

Twycross R. (1997) Cancer pain classification. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, **41**, 141-145.

Unruh A M. (1999) Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, **65**, 123-167.

Unruh A M, Ritchie J, Merskey H. (1999) Does gender affect appraisal of pain coping strategies? *Clinical journal of pain*, **15**, 31-40.

Ware J E , Jr Sherbourne C D. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36).I. Conceptuel framework and item selection. *Medical care*, **30**, 473-483.

World Health Organization (1990) *Cancer pain relief and palliative care*. World Health Organization. Technical report series 804, Geneva .

World Health Organization (1996) *Cancer pain relief : with a guide to opioid availability*. 2. ed. World Health Organization, Geneva.

Volker D L, Kahn D, Penticuff J H. (2004) Patient control and end-of-life care part II: the advanced practice nurse perspective. *Oncology nursing forum*, **17**, 954-960.

Woolf C J, Wall P D, Melszack R. (eds.), (1994) *The dorsal horn: state-dependent sensory processing and the generation of pain*. Textbook of pain (101-112). Churchill Livingstone, New York.

Zech D F, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann K A. (1995) Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief : a 10-year prospective study. *Pain*, **63**, 65-76.

