



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bacheloroppgave).

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnummer: 19

Leveringsfrist: 23.02.12.

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Veileder: Linda Rykkje.

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

STORD 2012

KULL 2009



Foto: Privat

Lindring av smerte hos kreftpasienter

Antall ord: 8840

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Kreft er en utbredt sykdom som årlig rammer 10 000 mennesker. Det mest hyppige og fryktede symptomet hos pasienter i den palliative fasen er kreftsmarter. Mange kreftpasienter lider fordi de ikke blir tilstrekkelig smertelindret. Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiers sentrale rolle i dette arbeidet. Oppgavens problemstilling er: "Hvordan kan sykepleie lindre smerte hos kreftpasienter i den palliative fasen?"

Metode: Metoden er en systematisk litteraturstudie hvor faglitteratur, forskningsartikler og teorier blir brukt for å besvare problemstillingen. Søkordene "cancer", "pain", "nursing home", "end-of-life", "cancer patients", "suffering", "death", "metastases", "bonemetastases" og "Norway" ble kombinert med hverandre. Fem artikler ble funnet i databasene, Cinahl og Ovid Nursing.

Resultat: Kreftsmarter er en ubehagelig og sammensatt opplevelse som kan være utfordrende å behandle. Sykepleier må ha kunnskaper om hvordan kreftsmarter behandles for å hindre at pasientene lider unødige.

Oppsummering: Forskning og litteratur viser at sykepleier må tilegne seg mer kunnskap om smertelindring, bruk av smertekartleggingsverktøy og medikamentene i smertetrappen for å kunne gi kreftpasienter en mer tilfredsstillende smertebehandling. Sykepleier har en sentral rolle i å lindre pasientens lidelse og hjelpe det lidende mennesket til leve på tross av sykdommen.

Summary

Background and Purpose: Cancer is a widespread disease that annually affects 10,000 people. The most frequent and feared symptom for patients in palliative phase is cancer pain. Many cancer patients suffer because they do not get sufficient pain relief. Nurses have a central role in this work. The purpose of this study is to determine how nurses can relieve pain from patients with cancer in the palliative phase.

Method: The method which is used is a systematic literature study where literature, articles and theories are used to answer the question. The keywords "cancer", "pain", "nursing home", "end-of-life", "Cancer Patients", "suffering", "death", "metastases", "bonemetastases" and "Norway" were combined with each other . Five articles were found in the databases, Cinahl and Ovid Nursing.

Results: Cancer pain is an unpleasant and complex experience that can be challenging to treat. Nurses must have knowledge of how cancer pain is treated to prevent patients from suffering needlessly.

Summary: Research and literature shows that nurses need to acquire more knowledge about sufficient pain relief, use of pain assessment tools and drugs in the “painstairs” to give cancer patients a more adequate pain treatment. Nurses have a key role in alleviating the patient's suffering and help the suffering person to live in spite of the disease.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av problemstilling, fokus og avgrensning av oppgaven.	2
2	TEORIDEL	3
2.1	Erikssons sykepleieteori	3
2.1.1	Lindre lidelse som mål for sykepleien	3
2.2	Lindrende sykepleie i den palliative omsorgen	4
2.3	Kreft og palliasjon	5
2.4	Eldre med kreft	5
2.5	Palliativt tilbud og organisering i primærhelsetjenesten	6
2.6	Fysiske kreftsmarter.....	7
2.6.1	Kartlegging av smerte	8
2.6.2	Medikamentell lindring.....	9
3	METODE	10
3.1	Litteraturstudie som metode	10
3.2	Fremgangsmåte for artikkelfunn.....	11
3.3	Søketabeller - aktuelle funn	11
3.4	Kildekritikk.....	13
3.5	Etiske overveielser og metodekritikk	15
4	RESULTAT	16
4.1	Aktuelle artikler	16
5	DRØFTING.....	21
5.1	Sykepleierens lindrende funksjon.....	21
5.2	Opplevelsen av smerte	22
5.3	Smertekartlegging.....	24
5.4	Fysisk smertelindring.....	26
6	AVSLUTNING	28
7	LITTERATURLISTE	29
8	VEDLEGG.....	33

1 INNLEDNING

Oppgavens er rettet mot hvordan sykepleie kan lindre smerte hos kreftpasienter. Kreft en utbredt sykdom og er årsak til 20 % av alle dødsfall i Norge (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2009). Det dør årlig ca 10 000 mennesker av kreft og 6000 av disse dør ett år etter stilt diagnose. Kreftforeningen anslo i 2005 at antallet krefttilfeller vil øke med ca 25 % fram til år 2020 (sitert i Rustøen, Torsvik, Valeberg, Utne & Stubhaug, 2008, s. 255).

I praksis har jeg møtt pasienter med ulike kreftdiagnoser og individuelle behov. Møter med kreftpasienter i palliativ fase er få, men jeg husker spesielt en pasient under palliativ behandling som gjorde sterkt inntrykk på meg. Denne pasienterfaringen er en av hovedårsakene til at jeg valgte å skrive om dette temaet. Jeg lærte henne godt å kjenne og sammen utviklet vi et nært forhold til hverandre. Pasienten var plaget med gjennombrudd smerter som oppstod brått og plutselig. En dag hørte jeg henne rope fra soveværelset og da jeg ankom rommet så jeg tydelig at hun hadde sterke, utholdelige smerter. Jeg fant raskt en sykepleier og spurte om hjelp, men hun hadde ikke tid og sa at hun skulle komme så snart som mulig. Da jeg kom tilbake til pasienten uten sykepleieren var det tydelig at hun var skuffet. Hun tok hånden min og sa: ”De sier de skal komme snart, men hva vil snart si? Det er ikke første gang jeg blir overlatt til meg selv. Det er så grusomt med disse smertene”. Pasienten knep hånden min og øynene hennes ble fylt med tårer. Jeg følte meg totalt hjelpsløs. Det hører med i historien at sykepleier ikke kom før 20 minutter senere.

Berntzen, Danielsen & Almås (2010) påpeker at er smerter et av de hyppigste problemene pasienter i palliativ fase opplever. Som en viktig del av omsorgen til denne pasient gruppen må sykepleiere ha tilstrekkelig kunnskap om hensiktsmessig smertelindring og hvordan smerter kan lindres. Smerter er en sammensatt opplevelse- og det forekommer sjeldent at kreftpasienter bare har en type smerte (Bertntzen et al., 2010). Smerteopplevelsen er ikke bare knyttet til det fysiske, men også psykiske, sosiale og åndelige faktorer (Eriksson, 1995). Det er en stor utfordring til oss som helsepersonell å kartlegge smerte og iverksette tiltak i forhold til dette. Dette er et spennende og utfordrende tema som jeg ønsker økt kunnskap om.

1.1 Presentasjon av problemstilling, fokus og avgrensing av oppgaven.

”Hvordan kan sykepleie lindre smerte hos kreftpasienter i den palliative fasen?”

Oppgaven avgrenses til hvordan sykepleie kan lindre smerte hos kreftsyke eldre, i aldersgruppen 65+ som mottar palliativ behandling i primærhelsetjenesten. Det er lagt vekt på smerter, sykepleiers lindrende funksjon og medikamentell behandling. Hovedfokuset blir på pasientens opplevelse av den fysiske smerten. Opplevelsen av psykiske, sosiale og eksistensielle smerter er sentralt i smertelindring, men er ikke utdypet grunnet oppgavens begrensede omfang. Smertelindring er avgjørende for opplevelsen av en god hverdag og kan knyttes til livskvalitet, men dette begrepet anvendes ikke i oppgaven. Det blir heller ikke lagt vekt på en bestemt kreftdiagnose. Videre er pasientens siste dager og timer ikke vektlagt, fordi smertelindringen ofte endrer karakter i livets aller siste fase. Det er lindring og forebygging av smerte som er fokuset i den lindrende sykepleien til pasienter med uhelbredelig kreft.

2 TEORIDEL

En sykepleieteori beskriver hvordan en sykepleier er og bør være i ulike situasjoner, samt hvilke rolle sykepleieren har ovenfor pasienten (Kirkevold, 2001). I henhold til denne oppgavens fokus er Katie Eriksson valgt som sykepleieteoretiker. Kapitlet beskriver lindring av lidelse, kreft, palliasjon, organisering i primærhelsetjenesten, fysiske smerter, kartlegging av smerter og medikamentell smertelindring.

2.1 Erikssons sykepleieteori

Erikssons teori er basert på omsorg som omfatter hele mennesket som en enhet av kropp, sjel og ånd. Videre mener hun at omsorg handler om det å være delaktig, deltakende, tilstede og nærværende hos den personen omsorgen utøves for. I følge Eriksson er sykepleierens mål å fremme pasientens opplevelse av tillit og tilfredsstillelse av kroppslig velbehag, samt opplevelse av å være i utvikling som menneske (Kristoffersen, 2005). Hun skriver følgende om omsorg:

At yde omsorg (caring) innebærer, at der skabes en tilstand af tilid, tilfredshet, kropsligt og åndelig velvære samt en fornemmelse af at være i udvikling for at forandre (opretholde, igangsætte eller støtte) sundhedsprocesserne gennem forskellige former for at passe og pleje, at lære og at lege (Eriksson, 1996, s. 17).

2.1.1 Lindre lidelse som mål for sykepleien

Når et menneske lider vil det si at det pines og har det vondt. Hoveddimensjoner fra begrepet ”å lide” er at det er noe vondt eller negativt som rammer mennesket. Det er noe mennesket må leve med eller noe det utsettes for. Det kan bli sett på som en kamp eller som noe konstruktivt eller meningsfylt (Eriksson, 1995).

Eriksson (1995) mener at lidelsen er tilegnet menneske og utgjør en del av alt menneskelige liv. Lidelse er vanskelig å forholde seg til. Det blir sett på som noe vondt og som i seg selv ikke har noen mening. Lidelse er en kamp mellom det gode og det onde, mellom lidelse og lyst. Kjernen i alt liv består av liv og død, lidelse og lyst og uten dette ville livet vært uten følelser. Ved at

mennesker gjennomlever sin lidelse kan de tilskrive det en mening. Det er kun det lidende mennesket som kan gi lidelsens dets karakter og ingen andre.

Eriksson (1995) mener at det finnes tre ulike former for lidelse i sykepleien. Sykdomslidelse er den lidelse som oppleves i forhold til sykdom og behandling. Dette kan deles inn i fysisk smerte, sjelelig og åndelige lidelse. Sykdom og behandling kan forårsake fysisk smerte. Smerte oppleves av mennesket som en helhet og ikke bare fysisk. Fokuset i pleien vil være rettet mot den sterke fysiske lidelsen. Smerte- lidelse er sentralt og ved å redusere smerten reduseres samtidig den utholdelige lidelsen. Den fysiske smerten opptar menneskets oppmerksomhet, noe som igjen kan føre til redusert mulighet til å håndtere lidelsen. Denne type smerte bør lindres ved å ta i bruk alle midler som er tilgjengelig, dette før det driver mennesket inn i en sjelelig og åndelig død. Den sjelelig og åndelig lidelse er hvilke opplevelser pasienten møter hos pleiepersonell og omtales som pleielidelse. Denne type lidelse oppstår av fordømmende holdninger av pleiepersonellet i forhold til selve pleiesituasjonen. Livslidelse er den lidelse som oppfattes av personen selv. Det vanlige livet blir forstyrret og man står ovenfor en lidelse som omfatter hele livssituasjonen.

2.2 Lindrende sykepleie i den palliative omsorgen

I følge Winther og Madsen (2006) har det lindrende aspekt i sykepleien mange ulike teorier og betydninger. Lindrende sykepleie og omsorg blir ofte beskrevet som aktiviteter som er knyttet til uhelbredelig sykdom, lidelse og død. Palliativ pleie blir ofte brukt som synonymet for lindrende sykepleie. Et felles trekk for alle teorier er at lindring og det å lindre er en humanistisk aktivitet som er står sentralt i sykepleierens virksomhet. Det handler om pleie, støtte, veilednings- og omsorgshandlinger til alle typer pasienter og deres pårørende, uansett kjønn, alder, diagnose og symptomer, uavhengig av akutt, kronisk eller uhelbredelig sykdom. Når sykepleier skal lykkes i sin utførelse av omsorgsfull pleie må det tas utgangspunktet i pasientens liv. Når mennesket opplever tap har det behov for lindring. For at sykepleier skal kunne lindre pasienten er det viktig at hun/han forholder seg til den enkelte persons opplevelse, dette fordi pasienten og sykepleier ikke har en felles forståelse for situasjonen. Lindrende sykepleie er en helt nødvendig omsorgsstrategi i all sykepleie, uansett om den gis til pasienter som er i kurativ eller palliativ pleie og behandling.

2.3 Kreft og palliasjon

Kreft er en utbredt sykdom og mer enn 20 % av alle dødsfall Norge skyldes kreft. Årlig er det ca 10 000 mennesker som dør av kreft og 6000 av disse dør innen ett år etter stilt diagnose. Sykdommen kan oppstå i ulike deler av kroppen, samt i flere alvorlighetsgrader avhengig av kreft type (Jacobsen et al., 2009). Kreft er en betegnelse for en ondartet (malign) svulst. Det karakteristiske med kreft er at det er forstyrrelser i celledelingen, celledifferensieringen og vevsorganiseringen. Tumor er betegnelsen på svulst og blir brukt uansett om den er ondartet eller godartet (benign) (Jacobsen et al., 2009). Kreftforeningen anslo i 2005 at antallet krefttilfeller vil øke med ca 25 % fram til år 2020 og at ca halvparten av disse ikke vil kunne helbredes (sitert i Rustøen et al., 2008, s. 255). En stor utfordring ved uhelbredelig kreft er metastaser, som er når kreftcellene sprer seg med lymfe- og eller blodårer til andre organer og trenger seg inn i fremmet vev og danne nye kreftsvulster (Kreftforeningen, 2011).

Helsedirektoratet (2010, s. 16) viser til WHO 's definisjon av palliativ behandling:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

2.4 Eldre med kreft

Kreft rammer alle aldersgrupper, men spesielt eldre. Omtrent 60 % av alle kreftpasienter er over 65 år. Antall krefttilfeller er stigende i Norge og årsaken skyldes økt levealder samt at risikoen for å få kreft øker desto eldre man blir. Dette resulterer i at det vil bli stadig flere eldre med kreft i de kommende årene. Kunnskaper hos helsepersonell om hvordan en kreftsykdom arter seg hos eldre viser seg å være mangelfulle. Til tross for at de eldre utgjør størstedelen av kreftpasiener, blir de eldre sjelden tatt med i forskningsprosjekter der ny behandling utprøves.

Kreftbehandlingen som tilbys er utviklet for yngre mennesker og kreftpasienter som er fylt 60-70 år utelukkes ofte fra kliniske studier. Det er økt behov for mer forskning på eldre med kreft (Kreftforeningen, 2009).

2.5 Palliativt tilbud og organisering i primærhelsetjenesten

Palliativ behandling, pleie og omsorg praktiseres på alle områder og nivåer i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2010).

Palliativ enhet i sykehjem bør ha sykepleiere med relevant videreutdanning og økt legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsenheter. Enheten kan være under en annen avdeling i sykehjemmet, men bør være fysisk atskilt. Fysioterapeut, prest og sosionom skal alltid være alltid tilknyttet enheten (Helsedirektoratet, 2010).

Sykehjem uten palliativ enhet skal kunne beherske grunnleggende palliasjon hvor de kartlegger symptomer og symptomlindring. På sykehjemmet skal det være minst en sykepleier som har videreutdanning i palliativ omsorg og en lege som har god kompetanse i palliasjon. Prosedyrer for smerte- og symptomlindring skal være utarbeidet og kvalitetssikret. Kommunikasjon og dokumentasjon mellom aktørene, samt informasjon og oppfølging av de etterlatte er også et viktig fokus (Helsedirektoratet, 2010).

Palliativ behandling og pleie kan gis i hjemmet når pasienten og pårørende ønsker å tilbringe den siste tiden av livet i egen bolig. Den kommunale hjemmesykepleien og pasientens fastlege har ansvaret for den hjemmebaserte omsorgen. Disse samarbeider med et palliativt team, spesialisthelsetjenesten, som har minst en kreftsykepleier som ressursperson. Pasient og pårørende skal ha tilgang på kvalifisert hjelp døgnet rundt (Helsedirektoratet, 2010).

2.6 Fysiske kreft smerter

Smerte er et av de mest utfordrende symptomene hos eldre. Oppfatningen hos pasient og helsepersonell om at smerte er en normal alderskonsekvens, kan føre til unødvendig smerte relatert lidelse hos den gamle. Eldre har en vagere smertepresentasjon enn yngre og dette kan føre til undervurdering av den gamles smertenivå og utilfredsstillende smertebehandling (Dale, 2008).

Stubhaug og Ljoså (2008) beskriver smerte som en subjektiv og ubehagelig opplevelse som er sammensatt av både sensoriske og emosjonelle faktorer. En beskrivende definisjon fra McCaffery og Beebe fra (1998) i forhold til dette er: ”Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte” (Stubhaug og Ljoså, 2008, s. 25).

Smerter er neveimpulser som er forårsaket av vevsødeleggelse eller skade. Når en svulstvekst vokser inn i organer som hud, muskler, skjelett eller ledd, stimuleres smerteimpulsen og gir lokalisert og intens smerte (Rosland og Tjølsen, 2008). Smerter er den kreftrelaterte plagen som er fryktet av det å få en kreftdiagnose. 40-50 % av pasienter med kreft angir at de har smerter, og ved langtkommen kreftsykdom angir 70-80 % at de har behandlingskrevende smerte. Ca 70 % av all kreftsmerte er tumorrelatert (Lorentsen og Grov, 2010).

Pasienter med kreft har sjelden bare en type smerte, men opplever flere typer smerter samtidig. Behandlingen kan ikke standardiseres og det kreves som oftest en kombinasjonsbehandling (Berntzen et al., 2010). Kreft smerter kan deles inn akutte eller i kroniske. Pasienter som er i en kronisk smerte situasjon vil oppleve perioder med akutte og intense smerteperioder i tillegg til en jevn vedvarende smerte. Denne type smerteanfall blir kalt for gjennombrudd smerter og er vanskelig å behandle medikamentelt fordi den inntreer så raskt og plutselig (Bjørgero, 2004).

Nevropatisk smerte forekommer hos minst 30 % av de med langtkommen kreft. Skadene kan sitte perifert eller sentralt ved at det har skjedd en innvekst av tumor mot perifere nerver eller ryggmarg (Rosland og Tjølsen, 2008). Nevrogen smerte kan oppleves som en konstant, sviende, brennende eller stikkende form for smerte. Enkelte kan også oppleve utstrålende smerter fra ekstremiteter som oppstår plutselig (Bjørgero, 2004).

Visceral smerte oppstår på grunn av innvekst av tumor i kroppens indre organer med glatt muskulatur. Smertene utløses av strekk, nedsatt blodtilførsel og vevsinflammasjon. Den viscerale smerten er dyp, klemmende og diffus. Smerten er vanskelig å lokalisere (Rosland og Tjølsen, 2008). Tumor innvekst i beinmarg gir plagsomme smerter. Skjelettmetastasesmerter forårsaker minst 50 % av alle smerter hos kreftpasienter. Smertene er kronisk verkende og forverres ved bevegelse (Lorentsen og Grov, 2010).

2.6.1 Kartlegging av smerte

Kartlegging av kreftutløst smerte blir sett på som en viktig del av behandlingen som inngår i kreftomsorgen (Bjørge, 2004). Sykepleierens kartlegging og vurdering av pasientens smerte opplevelse er avgjørende for å gi pasienten en tilfredsstillende smertelindring. Pasientens oppfatning av sin smerte skal være grunnlaget for smertekartleggingen (Kaasa, 2008). En god samtale- og kommunikasjonsteknikk hos sykepleier er nødvendig for å oppnå et godt resultat. Sykepleier skal kunne observere fysiologiske smertereaksjoner som blekhet, svette, uro, hurtig puls og åndedrett samt forhøyet blodtrykk. Dokumentasjon av smertens karakter, lokalisasjon, varighet, intensitet og årsak er nødvendig for at legen skal kunne forordne et smerteregime (Berntzen et al., 2010).

I følge Torvik, Skauge & Rustøen (2008b) finnes det flere hjelpemidler og verktøy som kartlegger smerte systematisk og som er basert på selvrapporing. Pasientens smerteintensitet kan måles utifra ”visuell analog skala” (VAS). Fordelen med denne skalaen er at den kan måle kronisk og akutt smerte samt at den ikke er språkavhengig. Skalaen er en 10 cm lang linje som består av endepunktet som indikerer ”verst tenkelig smerte” og i den andre siden av skalaen ”ingen smerte”. Antall cm fra nullpunktet opp til avmerking indikerer pasientens smerteintensitet, uttrykt i tall. Ved angivelser på 3 cm eller mer, vil pasienten ha behov for smertelindring (Torvik et al., 2008b).

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et kartleggingsverktøy som blir brukt innenfor palliasjon. Den norske versjonen av ESAS inneholder to spørsmål om som går direkte på smerte intensitet i ro og ved bevegelse. Pasienten krysser av på en visuell numerisk skala(NRS) hvor 0 er ”ingen smerter” og 10 er ”verst tenkelig smerte”. Pasienten skal i tillegg angi graden av kvalme, slapphet, tungpusthet, matlyst, munntørhet, angst eller uro, om han er

trist eller deprimert på den samme skalaen. Til slutt skal skjemaet avslutte med spørsmålet ” Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?” (Torvik et al., 2008b; Lorentsen og Grov, 2010).

2.6.2 Medikamentell lindring

Nesten alle kreftpasienter trenger kvalifisert behandling for lindring av smerter og/eller andre plagsomme symptomer de siste levemåneder (Helsedirektoratet, 2010). I følge den norske studien om kreftpasienter av Skauge fra 1998 oppgav 32 % av helsearbeiderne å ha svært eller ganske bra kunnskaper om behandling av nociseptiv smerte. 18 % oppgav det samme med hensyn til nevrogen smerte (sitert i Rustøen et al., 2008, s. 260). Pasienter i palliativ fase opplever smerte som et av de hyppigste problemene. Fysiske smerter kan være så komplekst og fremtredene at det hindrer andre behov i å komme til kjenne. I tillegg til kartlegging av smerte skal sykepleier administrere legemiddelbehandlingen som er forordnet av legen. For å kunne utføre denne behandlingen på en forsvarlig måte må sykepleier ha kunnskap om virkning, bivirkning, dosering, absorpsjon og virketid. Sykepleier må observere virkning, eventuelle bivirkninger og dokumentere dette for at pasienten skal kunne få en tilfredsstillende smertelindring (Berntzen et al., 2010).

Den medikamentelle smertelindringen til kreft pasienter er bygd opp etter et eget smertelindringsregime utarbeidet av World health organisation (WHO). Smertetrappen består av 4 eller 5 trinn, hvor de to siste trinnene eventuelt kan slå seg sammen. Hvert trinn representerer behandling ved en spesifikk smerteintensitet og forslag til smertestillende medikamenter. Pasienten starter vanligvis på det nederste trinnet og trapper opp medisineringsen visst det er behov for det. Første trinn består av ikke opioider, Paracetamol eller NSAID- preparater som har antiinflammatorisk effekt. Andre trinn består av svake opioider, hvor Kodein eller Tramadol kombineres med paracetamol. I tredje trinn gis ikke opioider sammen med et sterkt opioid, Morfin, Fentanyl eller Metadon. Disse gis ved smertepaster eller oralt. Fjerde /femte trinn består av ikke opioider og Morfin som kan gis subkutant, intravenøst via en infusjonspumpe, via et epiduralt eller intraspinalt kateter. Dette er aktuelt for de pasientene som ikke blir tilstrekkelig smertelindret ved å innta perorale medikamenter eller ved kvalme, svelgvansker og oppkast (Lorentsen og Grov, 2010). Valg av legemiddel, administrasjonsform, dosering og doseringsintervaller baseres utifra pasientens smertetype og behov (Berntzen et al., 2010).

3 METODE

Metode er et redskap, en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Dette redskapet brukes for å samle inn data og informasjon om noe ukjent, eller noe man vil vite mer om. Det er vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Olsson og Sörensen, 2009).

Kvantitativ metode er strukturert og tar utgangspunkt i forhåndsformulerte problemstillinger. Informasjonen som samles skal være gyldig og generaliserbar. Forskeren er objektiv og har kortvarige eller ingen kontakt med utvalget. Ved bruk av denne metoden er det fokus på å få frem et målingsresultat av et stort utvalg, enten ved gjennomsnitt eller prosentmåling. Kvantitativ undersøkelser kan gjennomføres ved personlig intervju, telefon intervju og postale utsendelser (Olsson og Sörensen, 2009).

Kvalitativ metode er forskningsprosedyrer som gir beskrivende data ut ifra menneskets egne talte eller skrevne ord og observerbare atferd. Forskeren er subjektiv og har ofte langvarig kontakt med utvalget. Innsamlingsmetoder i forhold til kvalitativ metode kan være intervju, fokusgruppe, casestudie, observasjon og nedskrevne tekster. Kvalitativ metode gir mange opplysninger om få enheter og kan ikke rangordnes i skalanivå, slik som kvantitativ metode (Olsson og Sörensen, 2009).

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden i denne oppgaven er en litteraturstudie som innebærer at man søker systematisk og kritisk analyserer og knytter det opp i mot litteratur og gitt problemstilling. Kriteriene for å utføre et litteraturstudium er det finnes nok litteratur og studier rundt det temaet man skal drøfte. I oppgaven skal det være en formulert problemstilling. Det skal vises tydelig gjennom søk hvordan man har kommet frem til relevant litteratur. Bruk av nøkkelord under søket skal også vises (Forsberg & Wengstöm, 2008).

3.2 Fremgangsmåte for artikkelfunn

Litteraturen som er brukt i oppgaven ble funnet på HSH sitt bibliotek og pasientbiblioteket på Haukeland universitets sykehus. I tillegg til gransking av artiklene er det blitt søkt gjennom godkjente søkemotorer gjennom skolens bibliotek. Det ble også søkt hjemmefra via bibliotekets søkemotor Bibsys. Søk etter artikler ble gjort i databasene: SweMed+, Pub-med, Ovid nursing, Ovid medline og Cinahl. Søkeordene som er brukt er: "terminal care", "cancer", "cancer patients", "pain", "nursing home", "suffering", "death", "end-of-life", "metastases", "bone metastases" og "Norway". Søkeordene ble kombinert for å komme frem de mest relevante artiklene. For å finne nyere relevant forskning i forhold til problemstilling ble søkene avgrenset med publiseringsår og vitenskapelige artikler. Nyere studier er mer oppdatert og relevant i forholdt til dagens situasjon i helsevesenet. Artiklene som ble valgt ble funnet ved søk i databasene- Cinahl og Ovid Nursing- via helsebiblioteket.

3.3 Søketabletter - aktuelle funn

Tabell 1: søk i Cinahl 10.01.12			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Cancer		104583
S2	Pain		102561
S3	Nursing home		32369
S4	S1 AND S2 AND S3		263
S5	S1 AND S2 AND S3	Published date from: 2003-2011 and full text	32
S6	S1 AND S2 AND S3 AND Norway	Published date from: 2003-2011 and full text. Publication: International journal of older people nursing.	5

Ved Søk nr 5 ble artikkel nr 30 valgt: "*Palliative care needs of cancer patient in U. S nursing homes*" (Johnson, Teno, Bourbonniere & Mor, 2005).

Ved søk nr 6 ble artikkel nr 1 valgt: "Alone with my pain-it can't be explained, it has to be experienced. A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents"(Gran, Festvåg & Landmark, 2009).

Tabell 2: søk i Cinahl 12.01.12			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Cancer		105483
S2	Pain		102561
S3	Nursing home		32369
S4	End-of-life		1987
S5	Norway	Published date from: 2004-2012 and full text	1204
S6	S1 and S2 and S3 and S4 and S 5		144
S7	S 6	Published date from: 2003-2010 and full text	37

Ved søk nr 7 ble artikkel nr 1 valgt: "Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines" (Slåtten, Fagerstöm & Hatlevik, 2010).

Tabell 3: Søk i Ovid nursing 13.01.11			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Cancer patients		7076
S2	Terminal care		15331
S3	Suffering		3500
S4	Death		18370
S5	S 2 or S 4		30133
S6	S 1 and S 5		1306
S7	S 3 and S 6		70

Ved søk nr 7 ble artikkel nr 34 valgt: "Living with incurable cancer at the end of life-patients perceptions on quality of life" (Johansson, Axelsson, & Danielson, 2006).

Tabell 4: søk i Cinahl 27.01.12			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Pain	Published date from: 2003-2012 and full text	16032
S2	Cancer patients		8246
S3	S 1 and S 2		837
S4	Metastases		591
S5	Bone metastases		141
S6	S 3 and S 5		34

Ved søk nr 6 ble artikkel nr 3 valgt: ”*Pain in elderly hospitalized cancer patients with bone metastases in Norway*” (Torvik, Hølen, Kaasa, Kirkevold, Holtan, Kongsgaard & Rustøen, 2008).

3.4 Kildekritikk

Forskningsartikler skal ikke brukes ukritisk og kritisk vurdering av studien bør utføres før den brukes i oppgaven. Kritisk vurdering er å vurdere gyldigheten av informasjon i studien. Den metodiske kvaliteten og hvilken sammenheng studien blir gjennomført i skal vurderes (Kunnskapsbasert praksis, 2011). For å vurdere forskningsartiklene er det brukt sjekklister fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006).

Artiklene som er brukt har blitt sjekket for metode, resultat, diskusjon og referanseliste. Formålet med studiene kommer klart og tydelig frem i samtlige artikler. Valgte artikler er relevante fordi funnene i dem er nyttige og kan overføres til praksis.

I forhold til de kvalitative studiene av Gran et al. (2009) og Johansson et al. (2006) kommer det tydelig frem at problemstillingen har som mål å forstå eller beskrive subjektive erfaringer eller synspunkter av utvalget. Resultatene er til å stole på fordi utvalget er tilfredsstillende beskrevet, samt hvor mange og hvorfor de blir valgt til disse studiene. Metoden som er brukt og resultatet kommer klart og tydelig frem i samtlige artikler.

Studien til Gran et al. (2009) er relevant for min oppgave fordi den trekker frem pasientens ulike dimensjoner av smerte og hvordan smertene påvirker hverdagen. Metodiske betraktninger i forhold til studien av Johansson et al. (2006) er at det var kun 5 deltagere involvert i fokus gruppe intervjuet. Funnene i studien kunne vært annerledes hadde utvalget vært bredere og om det hadde tatt utgangspunkt i flere helsesektorer. Studien er likevel brukt i oppgaven, fordi funnet var relevant oppgaven.

De kvantitative studiene av Slåtten et al.(2010), Torvik et al. (2008a) og Johnson et al. (2005) har beskrivende opplysninger om utvalget. Utvalget ble inkludert på en tilfredstillende måte ved at de representerer en bestemt type befolkningsgruppe. Målingsmetodene i studiene er pålitelige for det studien ønsker å oppnå. Hovedfunnene i samtlige studier kommer klart og tydelig frem.

Studien til Johansson et al. (2006) er relevant for oppgaven fordi den trekker frem viktige aspekter om hva som betegner god livskvalitet for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom.

I studiene av Slåtten et al. (2010) og Torvik et al. (2008a) kunne svarprosenten av det endelige utvalget vært noe høyere, men til tross for dette er funnene i studiene brukt fordi de er relevante.

I forhold til studien av Slåtten et al. (2010) skal det tas i betraktning at spørreskjemaet er fokusert på egnevurdert klinisk kompetanse. Overvurderinger eller undervurderinger av ens egne presentasjoner kan forekomme. Det er heller ikke mulig å si hvilke kompetanser som ble tilskrevet under videreutdanningen eller hva som ble lært i klinisk praksis.

I studien av Torvik et al. (2008a) ble flere eldre pasienter ekskludert enn yngre fordi de ikke ønsket å delta eller hadde kognitiv svikt. Denne forskjellen kan ha ført til noen skjevheter i funnene. Artikkelen tar utgangspunkt i hvordan eldre på sykehus opplever kreftmerter. Til tross for at artikkelen er fra sykehus ble den likevel valgt fordi den trekker frem smerter relatert til skjelettmetastaser.

I alle artiklene unntatt studien til Johnson et al. (2005) kommer det tydelig frem at de er godkjent av etisk komité. Denne studien har brukt nasjonale kartleggingsdata (Minimum Data Set) og det antas at etisk vurdering er gjort før datasamlingen ble gjennomført. På bakgrunn av dette har jeg ikke valgt å ekskludere denne artikkelen.

3.5 Etiske overveielser og metodekritikk

Etikk er læren om hva som er rett og galt og som setter normer og prinsipper for riktig handling (Brinchmann, 2005). For å få til en god studentoppgave og forskning må man kjenne til de etiske retningslinjene. Normer i forskningsetikken går ut på at prosjektet ikke skal bryte med norsk lov samt vern av enkelt personer og samfunn. I forskning der personer er involvert gjøres det krav om at all persondata er tilstrekkelig anonymiserte (søk og skriv, 2009). I forhold til akademisk redelighet må man anerkjenne andre forskeres bidrag ved å referere til hvor man henter aktuell data. Etikk i vurderingsgrunnlag kjennetegnes ved at man bruker sentrale og vitenskapelige kilder i oppgaven. Når man fremstiller andres resultater og ideer er det viktig at man referer korrekt og ikke som om det var ditt eget. Dersom dette ikke blir gjort riktig kan det bli sett på plagiat (søk og skriv, 2009). Originallitteratur er teori som forfatteren selv har forsket og skrevet om. Sekundærlitteratur er bearbeidet kunnskap som i enkelte tilfeller kan avvike fra orginallitteraturen. Der hvor det ikke har vært mulig å få tak i orginallitteraturen er det blitt referert til sekundærlitteratur.

I forhold til utvelgelsen av litteratur, både i artikler og bøker er det blitt sett på hvilke årstall litteraturen er utgitt samt hva temaet og formålet med teksten er. All faglitteratur som er benyttet i oppgaven er yngre enn 15 år, dette med unntak av Eriksson(1995) og Eriksson(1996). Disse bøkene er valgt fordi de er høyst relevant for valgt problemstilling.

Tema som er brukt i oppgaven er omfattende og det tok lang tid å komme frem til en god formulering av problemstilling og fokus i oppgaven. Det er finnes mye fagstoff og forskning om emne og jeg syntes det har vært utfordrende å trekke ut det mest relevante. Imidlertid ser jeg også at endrede søkeord, og søk i andre databaser kunne gitt et mer tilfredsstillende treff av forskningsartikler. Jeg kunne vært bedre forberedt og disponert tiden bedre i begynnelsen av forløpet, men til tross for dette er jeg likevel fornøyd med sluttresultatet. Oppgavens styrke er at temaet er høy aktuell i vår tid.

4 RESULTAT

Artiklene som er brukt i resultat delen består av to kvalitative og tre kvantitative studier. Det er tre studier fra Norge, en fra Sverige og en fra Amerika. Fire av dem tar utgangspunkt i primærhelsetjenesten og en fra sykehus. Fellestrekk for studiene er at de handler om kreft, smerter og smertelindring.

4.1 Aktuelle artikler

Palliative care needs of cancer patient in U.S nursing homes.

Den amerikanske studien av Johnson et al. (2005) handler om å karakterisere omfanget og kvaliteten på kreftomsorg i de amerikanske sykehjem.

Studien er av kvantitativ forskning hvor totalt 1 947 673 pasienter på sykehjem var involvert. I forhold til dette utvalget hadde 190 769 pasienter kreft. Utvalget var registrert av den landsomfattende databasen, Minimum Data Set (MDS). Dette verktøyet er laget for å kunne forbedre sykehjemstjenestene i USA. MDS tar utgangspunkt i geriatriske diagnoser, symptomer, behandling, lege vurderinger og sykehusinnleggelses. I forhold til utvalget av kreft pasienter kommer det frem i studien at ca 44 % føler at kreften påvirker deres helsetilstand. MDS viste at 56,9 % av pasientene var smertepåvirket. 8,7 % av disse hadde daglige utholdelige smerter og 51,3 % hadde vedvarende, sterke smerter. Ca 25 % av pasientene hadde betydelige symptomer som kortpusthet, anemi og depresjon. Resultatene i studien viser at det er behov for forbedring av kvaliteten av kreftomsorg blant eldre på sykehjem. Lindrende behandling er et viktig område på sykehjem. Observasjoner og tilstrekkelig symptomlindring bør et fokus hos helsepersonell. Studien viser at det er tydelig behov for ytterligere forskning på om kreft pasientene på sykehjem får riktig form for behandling.

Alone with my pain-it can't be explained, it has to be experienced. A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents

Den norske studien av Gran et al. (2009) handler om å få en forståelse av hvordan pasienter på sykehjem opplever smerte og hvordan den virker deres daglige liv.

Studien er av kvalitativ forskning hvor 15 pasienter i alderen 65 år eller eldre deltok i dybde intervju. Studien viser at pasientene beskriver to typer dimensjoner av smerte som påvirker hverdagen; fysisk smerte og smerte som lidelse. Den fysiske smerten ble beskrevet utifra følelsen av kroppslig smerte som beliggenhet, intensitet, kvalitet og varighet. Smertene ble beskrevet som noe vondt, verkende, brennende, intense og utholdelige. Mangelfull medikamentell smertelindring og lite skånsom forflytning var noen av faktorene som forverret den fysiske smerten. Konsekvensene av den fysiske smerten gjorde at pasientene følte seg immobile og sosial isolerte i den forstand at de ikke ønsket å involvere andre med sin smerteopplevelse. Smerte som lidelse ble beskrevet som en personlig trussel mot det å være et menneske. Informantene uttrykte lidelse som tap av mening med livet og karakteriserte det som ensomhet, sårbarhet, frykt, usikkerhet og hjelpeløshet. Lidelse ble oppfattet med og uten fysisk smerte. Informantene opplevde lidelse når de ikke ble hørt eller møtt med respekt og verdighet av personalet. Lidelse opplevd i forhold til fysisk smerte var assosiert med hvordan smerten ble behandlet av de ansatte. Fysisk smerte som ikke håndteres i tide eller hensiktsmessig av personalet resulterer til lidelse med følelse av sårbarhet og usikkerhet hos pasientene. Studien viser at for å kunne imøtekomme pasientenes fysiske smerte og smerte som lidelse må sykepleiere forstå hvordan det føles å leve med smerter. De må kunne være interessert og oppmerksom på pasientens behov og vite hvordan de skal kunne håndtere dem. Studien viser at det er behov for mer forskning om hva som er effektive måter å hjelpe pasienter til å takle fysiske smerte og lidelse.

Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines

Den norske studien av Slåtten et al. (2010) undersøker hvordan sykepleiere med videreutdanning i palliativ omsorg vurderer sin kompetanse i lindring av symptomer. Studien undersøker også faktorer som påvirker gode rutiner i palliativ omsorg. Studien er av kvantitativ forskning hvor et spørreskjema ble sendt hjem til 235 sykepleiere. Spørreskjemaet bestod av 3 deler og tok utgangspunkt i palliativ kompetanse og symptomer i ESAS skjemaet. Data fra del 3 danner grunnlaget for denne studien. Denne delen inneholdt spørsmål om lindring av smerte, kvalme, tretthet, angst/uro og munn tørrhet. Videre tok den utgangspunkt i tid tilgjengelig for sykepleie, bruk av ESAS(Edmonton Symptom Assessment System), omsorgsrutiner og evnen til å identifisere mangel på tid. Resultatet er basert på hvordan respondentene vurderer sin egen kompetanse. Det kommer frem i studien at utvalget mener at de har best kompetanse på håndtering av smerte og munntørrhet. Videre viser den at kompetansen av smertelindring er bedre hos sykepleiere på sykehus enn i primærhelsetjenesten. Utvalget mener de har dårligst kompetanse i forhold til å identifisere manglende omsorg hos pasientene. Studien viser at sykepleierens arbeidsmåte er påvirket av arbeidsmengde. Under tidspress er sykepleierens evne til å møte pasientens behov for omsorg er redusert. Funnene i studien viser også at bruk av kartleggingsverktøyet ESAS hadde en god effekt av omsorgsrutiner og håndtering av smerter, angst/uro, tretthet, kvalme og munntørrhet. Daglig bruk av ESAS vil hjelpe sykepleier å identifisere mangel på palliativ omsorg og fremme en systematisk sykepleie tilnærming som forbedrer kvalitet på pleien.

Living with incurable cancer at the end of life - patients perceptions on quality of life

Den svenske studien av Johansson et al. (2006) beskriver hvordan pasienter med uhelbredelig kreft oppfatter livskvalitet. Studien er av kvalitativ forskning hvor 5 pasienter med uhelbredelig kreftsykdom deltok i fokusgruppe intervju. Pasientene var under palliativ behandling av hjemmesykepleien. Fokus gruppe intervjuene var basert på 5 temaer hvor utvalget skulle gi en beskrivelse av hvordan de "verdsatt hverdagen", "lindret lidelse", og "oppretholdt et positivt liv". De skulle også beskrive "betydningen av relasjoner" og "håndtering av livet". I studie kommer det frem at pasientene verdsatt hverdagen ved å kunne gjennomføre daglige aktiviteter, som husarbeid og turgåing med venner. Dette forutsatt at de følte seg funksjonelle ved å være fri fra smerte og tretthet. Informantene uttalte at det var viktig å leve et normalt liv slik de gjorde før de ble syke. I forhold til å lindre lidelse handlet det om å føle fysisk og psykologisk velvære. Fysisk velvære var beskrevet som å være fri fra fysiske symptomer som smerte, kortpusthet og tretthet gjennom medikamentell behandling. Psykologisk velvære var ikke bare rettet mot å være fri fra smerte, men også angst og depresjoner. Medikamentell behandling i forhold til dette var like viktig som fysisk smertelindring. Lindring av smerte var ikke bare knyttet til medikament bruk, men personlige strategier. Ved å avlede oppmerksomheten på smertene gjorde pasientene seg opptatt med forskjellige oppgaver, i eller utenfor hjemmet. I forhold til å opprettholde et positivt liv var det å bevare og prate om lykkelige minner beskrevet som meningsfylt. Følelsen av å være til stede for familie og venner gav dem en positiv innstilling til livet. Betydningen av relasjoner til venner og familie var viktig for den følelsesmessige støtten. Kommunikasjon og faglig støtte fra sykepleier, lege og prest fra det palliative teamet ble ansett som svært viktig. Pasientene håndterte livet og sykdommen ved å være reflekterende og ta ansvar for vanskelige situasjoner. Pasientene kontrollerte sykdommen ved å tilpasse og omorganisere sine liv. Livskvalitet ved slutten av livet har en positiv betydning for pasienter med uhelbredelig kreft. Studien indikerer at sykepleiere i palliativ omsorg bør spørre pasienten om forhold i livet som kan forbedre livskvaliteten.

Pain in elderly hospitalized cancer patients with bone metastases in Norway.

Den norske studien av Torvik et al. (2008a) undersøker forskjeller i rapportert smerte, smerte håndtering og tilfredshet med smertebehandling mellom middelaldrene og eldre pasienter på sykehus. Videre undersøkte studien forskjellen av opplevelse av livskvalitet blant de differansierte aldergruppene. Metoden er kvantitativ forskning basert på spørreundersøkelser blant 79 pasienter, middelaldrene og 65 år og eldre med skjelett metastaser. Ved bruk av BPI (Brief Pain Inventory) skulle utvalget vurdere sin smerteintensitet, opplevelsen av livskvalitet og tilfredshet av smertebehandling. Smerteintensiteten skulle ta utgangspunkt i smerte fra de siste 24 timer. Intensiteten av smerte ble målt utifra numerisk karakter skala (NRS), hvor 0 var ”ingen smerte” og 10 var ”verst tenkelig smerte”. Opplevelsen av livskvalitet tok utgangspunkt i et spørsmål; ”Hvordan vil du rangere din opplevelse av livskvalitet”? Svaret ble rangert etter NRS hvor 0 var ”veldig dårlig” og 10 var ”veldig bra”. Samme rangering gjaldt med pasientens tilfredshet av smertebehandlingen som de mottok på sykehuset. Funnene i studien viser at det ikke var signifikante forskjeller i rapporterte daglige smerter mellom de to gruppene. I alt rapporterte 89 % av utvalget at de hadde daglige smerter. Pasientene fra 65 år og oppover rapporterte signifikant høyere score i forhold til smerteintensitet og ”verst tenkelig smerte”. Samtidig fikk de mindre behandling med sterke opioider sammenlignet med den andre gruppen. Pasientene over 65 år rapporterte også høyere gjennomsnittlig score i opplevelsen av livskvalitet. Studien viser at eldre kreftpasienter med skjelettmetastaser mottar mindre tilstrekkelig smertebehandling enn middelaldrende pasienter. Smerteintensiteten blant denne gruppen bør reduseres. Studien indikerer at det er behov for større oppmerksomhet rundt smertebehandling hos eldre pasienter.

5 DRØFTING

Erikssons teori blir anvendt i drøftingen for å besvare problemstillingen ”Hvordan kan sykepleie lindre smerte hos kreftpasienter i den palliative fasen?” Kapittelet er inndelt i fire hoveddeler;

- Sykepleierens lindrende funksjon
- Opplevelse av smerte
- Smertekartlegging
- Fysisk smertelindring

5.1 Sykepleierens lindrende funksjon

På bakgrunn av artiklene og egen forståelse ser det ut til at kvaliteten av sykepleieres lindrende funksjon er noe varierende i dagens helsevesen. Lindrende sykepleie er en humanistisk aktivitet og en helt nødvendig omsorgstrategi i utførelsen av sykepleie. Palliativ pleie er synonymet for lindrende sykepleie og er knyttet til omsorg for dem med uhelbredelig sykdom, lidelse og død (Winther og Madsen, 2006). Dette støttes av WHO’ s definisjon av palliasjon (Helsedirektoratet, 2010). Studien til Gran et al. (2009) viser at sykehjemspasientene følte en svikt av sykepleierens lindrende funksjon. Pasientene fikk ikke alltid den omsorgen og hjelpen de følte det var behov for. Personalet viste ikke respekt, interesse og verdighet ovenfor pasientene og dette resulterte i at pasientene opplevde lidelse. Pasientene hadde følelsen av å være en byrde og dette resulterte i resignasjon, utrygghet, tristhet og personlig tap av integritet og initiativ. I midlertidig kommer det frem i studien til Johansson et al. (2006) at tryggheten, støtten og hjelpen fra det palliative teamet i hjemmesykepleien bidro til at pasientene følte mening med livet og opplevelse av livskvalitet til tross for uhelbredelig kreftsykdom. Jeg mener omsorgsteorien til Katie Eriksson er en passende sykepleie teori som beskriver hvordan sykepleier skal opptre og hvilke rolle hun /han bør ha ovenfor kreftpasienter i palliativ fase.

I følge Erikssons omsorgsteori (1996) skal sykepleier kunne yte omsorg som fremmer pasientens opplevelse av tillit og tilfredsstillelse av kroppslig velbehag. Sykepleier må være delaktig og tilstede for pasienten. Dersom personen selv ikke klarer å fremme velbehag og integritet gjennom sin naturlige omsorg har det behov profesjonell omsorg. Livslidelse er den lidelsen som oppfattes

av personen selv. Det vanlige livet blir forstyrret og personen vil stå ovenfor en lidelse som omfatter hele livssituasjonen. I følge Winther og Madsen (2006) har mennesket behov for lindrende sykepleie når det opplever tap av livet. På bakgrunn av dette har jeg en forståelse av at lidelse kan knyttes opp til det å leve med uhelbredelig kreftsykdom. Denne "lidelsen" kan bli sett på som noe "vondt" og kan være vanskelig å forholde seg til. For mange kan uhelbredelig kreft bli sett på som et tap av livet og som i seg selv ikke gir noen mening. Min erfaring fra praksis er at kreftpasienter i palliativ fase er avhengig av sykepleiere med faglig kompetanse for å håndtere pasientens sammensatte behov og symptomer. Pasientene i studien til Gran et al. (2009) følte at sykepleierne ikke lyktes i utførelsen av omsorgsfull pleie fordi de ikke klarte å ta utgangspunkt i pasientenes liv og opplevelser. Studien av Slåtten et al. (2010) viser at sykepleierne selv mener at det mest sentrale aspektet i utførelsen av palliativ omsorg er at de har en forståelse av pasientens helsemessige situasjon. I studien til Gran et al. (2009) kommer det frem at pasientene hadde behov for bekreftelse og en følelse av at de var verdifulle i sine relasjoner med de ansatte. På bakgrunn av dette forstår jeg at sykepleierens lindrende funksjon ikke bare er rettet mot lindring av symptomer og plager. Det handler også om at helsepersonell må kunne være gode "støttespillere" som lytter og bekrefter pasientenes eksistens. Dersom dette ikke opprettholdes vil plagene forverres og resultere i at pasientene lider. Jeg forstår dermed at lindrende sykepleie handler om å vise engasjement, medfølelse, omsorg, respekt, tillit og trøst.

5.2 Opplevelsen av smerte

Studien til Gran et al. (2009, s. 28) viser til pasientenes ulike beskrivelser av smerte: "Smerten min er ubeskrivelig, den føles som ild som brenner". "Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare smertene, men en ting kan jeg si, de er uforståelig". "Det er ingen andre enn meg selv som forstår hvordan jeg har det". Eriksson (1995) mener at når et menneske lider vil det si at det pines og har det vondt. Smerter er en subjektiv og ubehagelig opplevelse som blir ansett som den mest fryktede plagen blant kreftpasienter (Stubhaug og Ljoså, 2008; Lorentsen og Grov, 2010). Et av de hyppigste symptomene kreftpasienter opplever i palliativ fase er smerter og nesten alle kreftpasienter er avhengig av kvalifisert behandling for lindring av smerter (Berntzen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2010).

Smerte hos eldre er et av de mest utfordrende symptomene å behandle fordi smerter kan være et av mange symptomer hos den eldre palliative pasient. Undervurdering av pasientens smertenivå og utilfredsstillende smertebehandling kan føre til unødvendig smerte relatert til lidelse hos den gamle. Den gamle skal vurderes med respekt og lyttes til (Dale, 2008). Studien til Johnson et al. (2005) kommer det frem at ca 60 % av kreftpasientene på sykehjem var smertepåvirket og hvor 10 % av dem hadde daglige utholdelige smerter. I tillegg viser den at over halvparten av sykehjemspasientene hadde vedvarende, sterke smerter. Jeg ser det slik at denne amerikanske studien kan stemme overens med norske forhold på grunn av funnene i studien til Gran et al. (2009) samt Lorentsen og Grovs (2010) bekreftelse om forekomsten av kreftmerter. De viser til at 40-50 % av pasienter med kreft angir at de har smerter. På bakgrunn av dette forstår jeg at det er rom for forbedring av smertelindringen blant eldre på sykehjem.

Kreftmerter som er relatert til tumor kan være utfordrende å behandle, spesielt skjelettmetastaser. Torvik et al. (2008a) viser at 89 % av pasientene som var innlagt på sykehus med skjelettmetastaser rapporterte daglige smerter. Denne studien påpeker at det er for liten oppmerksomhet rundt smertebehandlingen til denne pasientgruppen. Dette støttes av en annen norsk studie hvor 32 % av helsearbeiderne oppgav at de hadde svært bra eller ganske bra kunnskaper om nociseptiv smerte. I forhold til behandlingen av nevrogen smerte oppgav 18 % at de hadde god kunnskaper (Rustøen et al., 2008). Min forståelse er derfor at kunnskapsnivået om smertelindring er for lav blant helsepersonell. I studien til Slåtten et al. (2010) kommer det i midlertidig frem at sykepleierne vurderer sin kompetanse som høy i forhold til lindring av smerte. Denne studien viser også at smertelindringen er bedre hos sykepleiere på sykehus enn i primærhelsetjenesten. Dette samsvarer ikke med hvor mange pasienter som rapporterte daglig smerte i studien til Torvik et al., (2008a). Jeg mener at sykepleierne i dette tilfellet kan ha overvurdert egne ferdigheter. Det kan også skyldes at pasientene underrapporterte smerte eller at sykepleier ikke klarte å fange opp pasientens signaler om smerte. Personlig syntes jeg at smertelindringen bør være like god blant sykepleiere på alle nivåer av helsevesenet. Manglende kunnskap hos sykepleiere tror jeg kan føre til en dårligere smertelindring hos kreftpasientene. Jeg mener at teoretisk kunnskap og praktisk kompetanse om smertelindring er viktig og helt nødvendig for å forbedre kvaliteten av smertelindringen.

Eriksson(1995) mener at sykdomslidelse er den lidelsen som oppleves i forhold til sykdom og behandling. Sykdom kan forårsake fysisk smerte og oppleves av mennesket som en helhet. Smerte- lidelse må være sentralt i pleien og fokuset må være rettet mot å redusere smerten og den uutholdelige lidelsen. Blir ikke dette utført vil den fysiske smerten oppta menneskets oppmerksomhet og redusere menneskets mulighet til å håndtere lidelsen. Studien til Gran et al. (2009) viser at pasientene beskriver to typer dimensjoner av smerte som påvirker hverdagen. Disse var fysisk smerte og smerte som lidelse. Den fysiske smerten ble beskrevet som noe vondt, verkende, brennende, intense og uutholdelige. Mangelfull smertelindring medførte at pasienten ikke fikk utfolde seg i hverdagen. Dette utgjorde en lidelse hvor pasientene følte tap av meningen med livet. Når pasientene ikke ble hørt eller respektert i forhold til sin smerteopplevelse karakteriserte de det som ensomhet, sårbarhet, frykt og usikkerhet. Studien støtter hva Eriksson (1995) sier om fysisk smerte. Smerte berører ikke bare den fysiske delen av et menneske, men også det psykiske. Kreftpasienter har sjeldent bare en type smerte (Berntzen et al., 2010). De fysiske smertene som kreftpasienter opplever kan være så komplekse at de hindrer andre behov i å komme til kjenne. For at smertelindring skal bli tilfredsstillende ser jeg det slik at sykepleiere må støtte pasienten i begge dimensjoner. Hvordan helsepersonell opptrer i forhold til pasientene kan påvirke deres smerte opplevelse i en positiv eller negativ retning.

5.3 Smertekartlegging

I studien til Slåtten et al. (2010) kommer det frem at bruken av ESAS hadde en god effekt av omsorgsrutiner og håndtering av pasientens smerter, angst/uro, kvalme og munntørrehet. Bruken av ESAS gjorde sykepleiere i stand til å identifisere manglende behov hos pasientene. Studien viser at fordelene med bruken av dette hjelpemiddelet var at sykepleier raskt kunne bli kjent med helsesituasjonene til pasienten visst hun/han hadde vært borte fra arbeidet. Eriksson (1995) mener at det er kun det lidende mennesket som kan gi lidelsen dets karakter og ingen andre. Kartlegging av kreftutløst smerte er en viktig sykepleieoppgave og helt avgjørende for å gi pasienten tilfredsstillende smertelindring (Bjørgero, 2004). Winther og Madsen (2006) mener at sykepleier og pasient ikke alltid har en felles forståelse for situasjonen og at sykepleier bruker egne erfaringer til å tolke pasientens smerter. Pasienters smerte er ikke alltid observerbar, men blir kjent gjennom muntlige klager. Slik jeg forstår det må sykepleier derfor lytte til pasienten og være forståelsesfull for pasientens smerteopplevelse. Dette belyser Eriksson (1996) i sin omsorgsteori om sykepleiers

deltakelse og tilstedeværelse for pasienten. Den fysiske pleien er den mest grunnleggende måten å yte omsorg på og ved utførelsen av denne type omsorg bekrefter sykepleier pasientens eksistens. Pleien gir uttrykk for vennskap og at man ønsker den andre parten vel. Sykepleier skal stimulere pasienten til selvaktivitet og fremme kroppslig velvære hvor pasienten føler tilfredshet og utvikling. Dette utføres ved å stå pasienten nær, berøring, kommunikasjon og lytting. Mitt syn er at daglig bruk av ESAS kan sørge for kontinuitet i den palliative omsorgen samt bidra til en systematisk sykepleie tilnærming som forbedrer kvalitet på pleien.

Studien til Torvik et al. (2008a) ble kartleggingsverktøyet Brief Pain Inventory (BPI) brukt for å utrede smerter hos middelaldrene og eldre pasienter med skjelettmetastaser. Det viste seg at flere eldre måtte ekskluderes fra studien fordi de hadde problemer med å fylle ut og forstå spørreskjemaet. Jeg mener at denne pasientgruppen burde blitt tilbudt en annen type smertekartleggingsverktøy, slik at de kunne deltatt i undersøkelsen på lik linje med de unge. I forhold til kartlegging av smerter mener Torvik et al. (2008b) at det er viktig å velge verktøy som både pasient og helsearbeider behersker. Det ikke alle smertekartleggingsverktøy som er like godt egnet for alle pasienter. Kreftforeningen (2009) bekrefter at det er for lite kunnskap hos helsepersonell om hvordan kreft arter seg hos eldre mennesker og det skyldes ekskludering av eldre i kliniske studier. Dette bekreftes i studien til Torvik et al., (2008a).

I studien til Gran et al. (2009) kommer det frem at pasientene på sykehjemmet hadde smerter som var underbehandlet og at helsepersonell hadde begrenset bruk av VAS (Visual analog Scale). Jeg undrer meg over om dette kan skyldes mangelfull opplæring i hvordan helsepersonellet skal bruke verktøyet, mangel på tid, oppmerksomhet eller kvalifisert personell? Min erfaring er at det arbeider mange ufaglærte på sykehjem som ikke behersker de ulike kartleggingsverktøyene på grunn av mangelfull opplæring av fagpersonell. Slik jeg ser det vil dette "bremse" kvaliteten av smertelindringen og kartleggingsverktøyene får ikke gjort nytten av seg. Lorentsen og Grov, (2010) mener at sykepleier må kunne bruke de ulike vurderingsskjemaene aktivt i smertelindringen for å dokumentere og evaluere effekten av smertelindrende tiltak. Årsaken til underbehandling kan også skyldes det faktum at pasienter ikke helt forstår hvordan de skal gi en beskrivelse av sin smerte eller at de ikke ønsker å plage andre med sin smerteopplevelse. Min erfaring er at sykepleier må informere om at pasienten selv også har et ansvar for god

smertelindring. Sykepleier må invitere til samtale og motivere pasienten til å ta initiativ om å snakke om smertene de opplever. ”Mangel på tid”, tidspress og oppmerksomhet hos helsepersonell er ingen god unnskyldning for at pasienter skal lide av smerte.

5.4 Fysisk smertelindring

Studien til Torvik et al. (2008a) viser at til tross for at de eldre rapporterte en smerteintensitet på 5 og over på NRS mottok de mindre opioider sammenlignet med de middelaldrende. Slik jeg oppfatter denne studien kan det tyde på at helsepersonellet ikke har fulgt smertelindringsregimet. Ved å følge WHO's prinsipper for bruk av analgetika vil om lag 80 % av kreftsmertene kontrolleres (Kaasa, 2008). Sterke til moderate smerter hører til i nivå tre i smertetrappen og pasienten har da behov for sterke opioider for å lindre smerten (Lorentsen og Grov, 2010). For de eldre pasientene i studien til Torvik et al. (2008a) kunne det vært en ide at sykepleier kartla smerteintensiteten på nytt for kontrollere effekten av smertelindringen. Visst pasienten da hadde hatt en score på 3 eller over på NRS er ikke smertelindringen optimal og pasienten har behov for en ny dose med opioider (Lorentsen og Grov, 2010). Valg av legemiddel, dosering og doseringsintervaller skal baseres utifra pasientens smertetype og behov (Berntzen et al., 2010). Min erfaring fra praksis er at den optimale smerteeffekten av smertelindringen sjeldent blir kontrollert av sykepleier. Slik jeg opplever det kan det virke som sykepleier antar at smertelindringen er tilfredsstillende fordi pasienten ikke uttrykker noe annet. Jeg føler dette er i strid med hva som er forsvarlig sykepleie. Jeg mener at det bør være en selvfølge at sykepleiere har rutiner på å benytte kartleggingsverktøy når den eneste måten å finne ut om pasienten har smerte er pasientens egne tilbakemeldinger. Dette støttes av Berntzen et al. (2010) som mener at sykepleier skal kunne observere medikamentets virkning, dokumentere og rapportere videre til lege for ny ordinasjon visst smertebehandlingen ikke er optimal. Det overrasker meg noe at de eldre pasientene i studien til Torvik et al. (2008a) rapporterte at de til tross for mindre behandling av opioider var fornøyd med smertebehandlingen som de mottok. Jeg undrer meg over om de eldre misforstår smertelindringens hensikt?

Pasientene i studien til Gran et al. (2009) viste skepsis og holdt en ambivalent holdning til medikament bruk. Dette skyldes at de var redd for bivirkninger og frykt for å bli sløv. ”Jeg ønsker ikke å sitte her som en visnet kruspersille ” (Gran et al., 2009, s. 28). Det skal tas i

betraktning at ikke alle pasienter ønsker å bruke opioider fordi de frykter plagsomme bivirkninger og avhengighet. Dette skal respekteres, men jeg syntes likevel at sykepleier skal informere pasienten om hva som er målet med smertelindringen og forklare at det er ingen hensikt i å holde ut smertene lengst mulig.

Studien til Johansson et al. (2006) viser at pasientene i hjemmesykepleien hadde behov for medikamentell smertelindring for å kunne fungere i hverdagen. Pasientene hadde et sterkt ønske om å kunne leve et normalt liv som mulig, til tross for langtkommen kreftsykdom. Når de var tilstrekkelig smertelindret følte de fysisk og psykisk velvære og hadde en positiv innstilling til livet. Den kontinuerlige kontakten med det palliative teamet gav pasientene trygghet. I tillegg til medikamenter brukte pasientene individuelle strategier gjennom emosjonelle og fysiske distraksjoner for å redusere smerten. Ved å gjøre husarbeid og være sosial med venner og familie ble fokuset fjernet fra smerten. Noe lignende kommer frem i studien til Gran et al. (2009) hvor pasientene selv behandlet den fysiske smerten med varme og massasje. Smerter er et symptom som kan behandles på flere måter (Kaasa, 2008).

Eriksson (1995) mener at den fysiske smerten bør lindres ved å ta i bruk alle midler som er tilgjengelig, før det driver mennesket inn i en sjelelig og åndelig død. Den sjelelige og åndelige lidelse er fordømmende opplevelser pasienten møter hos helsepersonell i pleiesituasjon, omtalt som pleielidelse. I midlertidig ser jeg at pasienthistorien som jeg har beskrevet i innledningen er et godt eksempel på Erikssons beskrivelse av pleielidelse. Sykepleierens manglende omsorgsdimensjon gjorde at pasienten ble straffet. Studien til Gran et al. (2009) viser at pasientene opplevde lignende form for lidelse da de ikke fikk anerkjennelse av personalet. Pasientene hevdet at de nøyte med å spørre etter smertestillende og da de først gjorde det måtte de fortsatt vente med å få det. Det er ikke rart at etterspørselen er lav når pasienten ikke blir hørt og respektert. Pasientene skal ikke være redde for å spørre etter smertestillende. Slik jeg forstår det er tillit mellom sykepleier og pasient helt avgjørende for god smertelindring. Sykepleier må ha tillit til pasientens smerteopplevelse og pasientene må få følelsen av sykepleier stiller opp og ønsker å hjelpe. Berntzen et al. (2010) hevder at når pasienten opplever tillit, trygghet og respekt vil det forsterke effekten av den smertelindringen som gis.

6 AVSLUTNING

Kreft rammer mange mennesker og forekomsten ser ut til å øke i fremtiden. Studiene viser at kreftsmarter er et hyppig symptom som ikke lindres tilstrekkelig. Ut ifra studiene forstår jeg at udekket smerte blir pasientens lidelse. Pasientene opplever unødig lidelse fordi sykepleiere ikke har nok kunnskap om hvordan avdekke smerter. Sykepleier må tilegne seg mer kunnskap om smertelindring og være oppdatert i bruk av smertekartleggingsverktøy samt følge retningslinjene i smertetrappen. I midlertidig ser jeg også at nedprioritering av forskning av eldre med kreft og mangelfull kunnskap hos helsepersonell kan føre til store utfordringer på alle nivåer av helsevesenet i fremtiden. Personlig mener jeg at sykepleiere som er involvert i praksis, utdanning og forskning har en sentral posisjon for å forbedre smertebehandlingen til kreftpasienter.

Eriksson (1995) mener at sykepleierens primære oppgave er å lindre lidelse og å hjelpe det lidende mennesket til å leve på tross av sykdommen. For at pasienten skal være i utvikling som menneske må sykepleier kunne yte omsorg som fremmer følelsen av tillit, tilfredshet, kroppslig og åndelig velvære. Dette forutsetter at mennesket opplever følelsen av tro, håp og kjærlighet. Støtter sykepleier disse fundamentene i utførelsen av sin omsorg bidrar hun i kampen mot å lindre lidelse og for å fremme opplevelsen av sunnhet/helhet. Kjærlighet er en grunnkraft og helt nødvendig for å lindre lidelse. Ved at sykepleier viser kjærlighet og omsorg for sine pasienter hjelper hun det lidende mennesket til å overvinne lidelsen. Mitt ønske som ferdig utdannet sykepleier er at smertelindringen til mine pasienter skal være god.

7 LITTERATURLISTE

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleier ved smerter. I: H, Almås, D-G, Stubberud. & R, Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (s. 355-398). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjørge, S. (2004). Smerte og smertebehandling. I: A. M., Reitan. & T, Kr. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (s.139-156). Oslo: Akribe Forlag

Brinchmann, B, S. (2005). Innledning. I: B, S, Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s.15-21). Oslo: Gyldendal akademisk

Dale, O. (2008). Medikamentell behandling av gamle mennesker. I: S, Kaasa (Red.), *Palliasjon; Nordisk lærebok* (s.351- 374). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksson, K.(1995). *Det lidende mennesket*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S

Eriksson, K.(1996). *Sygeplejeteorier: Omsorgens ide*. København: Special-Trykkeriet Viborg AS

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur og kultur

Gran, S, V., Festvåg, L,S. & Landmark, B, T. (2009). Alone with my pain-it can't be explained, it has to be experienced. A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents. *International journal of Older People Nursing*.5 (1):25-33.

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i Kreftomsorgen*. Hentet 31. Januar 2012 fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx>

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O.(2009). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnson, V.M., Teno, J. M., Bourbonniere, M. & Mor, V. (2005). Palliative care needs of cancer patients in U.S nursing homes. *Journal of palliative medicine*, 2005, Vol 8, No 2.

Johansson, C, M., Axelsson, B. & Danielson, E. (2006). Living with incurable cancer at the end of life-patients perceptions on quality of life. *Cancer nursing TM*, 2006, Vol. 29, No. 5.

Kaasa, S. (2008). Smertediagnostikk. I: S, Kaasa (Red.), *Palliasjon; Nordisk lærebok* (s.287-310). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kreftforeningen (2011). *Hva er kreft?* Hentet 9.januar 2012 fra:
http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft

Kreftforeningen (2009). *Sammen mot kreft*. Hentet 27.januar 2012 fra:
http://www.kreftforeningen.no/vp/multimedia/archive/00006/Sammen-mot-kreft_1-09_6325a.pdf

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier -analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske aspekter på sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt. & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Bind 2 (s.13-27). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Kunnskapssenteret (2006). *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 10. januar 2010 fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>

Kunnskapsbasert praksis (2011). *Kritisk vurdering*. Hentet 10. Januar 2012 fra:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>

Lorentzen, V, B. & Grov, E, K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: H, Almås, D-G, Stubberud, & R, Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s.401-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: Kvalitative og Kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rosland, J.H. & Tjølsen, A. (2008). Patofysiologiske mekanismer med kreftrelatert smerte. I: S, Kaasa (Red.), *Palliasjon; Nordisk lærebok* (s. 311-326). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I. & Stubhaug, A.(2008). Kreft og smerter. I: T, Rustøen & A, K, Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 255-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Slåtten, K., Fagerstöm, L. & Hatlevik, O, E. (2010). Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *International journal of palliative nursing*, 2010, Vol 16, No 2.

Stubhaug, A, & Ljoså, T, M. (2008). Hva er smerte? I: T, Rustøen & A, K, Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Søk & skriv (2009). *Etiske retningslinjer i akademia*. Hentet 12. januar 2012 fra: <http://sokogskriv.no/index.php?action=static&id=43>

Torvik, K., Hølen, J., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., Holtan, A., Kongsgaard, U. & Rustøen, T. (2008a). Pain in elderly hospitalized cancer patients with bone metastases in Norway. *International journal of palliative nursing*, 2008, Vol 14, No 5.

Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008b). Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I: T, Rustøen & A, K, Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s.51-76). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Winther, B. & Madsen, K, H.(2006). Lindrende sygepleje- en begrebsafklaring. *Vård i Norden* 4/2003. Publ. No 82, Vol.26. No.4PP 41-43.

8 VEDLEGG

VEDLEGG 1 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>“Palliative care needs of cancer patients in U.S nursing homes”.</p> <p>Johnson, Teno, Bourbonniere & Mor (2005).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å karakterisere omfanget og kvaliteten på kreftomsorg i amerikanske sykehjem.</p>	<p>Studien er av kvantitativ forskning. Data ble samlet gjennom en landsdekkende database, Mini Data Set(MDS). Databasen indikerer tilstedeværelsen av de vanligste geriatriske diagnoser, symptomer, syndromer, nåværende behandling, lege vurdering og sykehusinnleggelse blant sykehjemspasienter.</p> <p>Datainnsamling ble begrenset til en 60-dagers periode.</p>	<p>Det totale utvalget bestod av 1 947 673 pasienter på sykehjem. I forhold til kreftpasienter bestod utvalget av 190 769 pasienter. Median alderen var 81år. Utvalget bestod av 58 % kvinner og 42 % menn, hvor 32 % var ugift. 12 % av utvalget var i terminal fase.</p>	<p>I forhold til opplevelsen av smerte kom det frem i studien at 56,9 % av utvalget hadde smerter. 8,7 % av disse hadde daglige utholdelige smerter og 51,3 % hadde vedvarende, sterke smerter.</p> <p>Ca 25 % av utvalget hadde betydelige symptomer som kortpusthet, anemi og depresjon.</p> <p>Ca 44 % av kreftpasientene opplevde at sykdommen påvirker deres helsetilstand.</p> <p>Det behov for forbedring av kvalitet på kreftomsorgen på amerikanske sykehjem.</p>

VEDLEGG 2 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>“Alone with my pain-it can’t be experienced”. A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents.</p> <p>Gran, Festvåg & Landmark (2009).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få en forståelse av hvordan sykehjem pasienter opplever smerte og hvordan den påvirker hverdagslivet.</p>	<p>Kvantitativ studie basert på dybdeintervju, hvor pasientens egne beskrivelser av smerte var i fokus. Intervjuet varte i ca 1 time og ble tatt opp på bånd. Intervjuet fant sted på beboernes rom på sykehjemmet</p>	<p>Informantene består av 15 pasienter, 8 kvinner og 7 menn i alderen 65 år og eldre. Deltakerne måtte snakke norsk og være i stand til å kommunisere verbalt. Utvalget var fra 3 ulike sykehjem i den sørligste regionen i Norge.</p>	<p>Hovedfunnene i denne studien er at det finnes to tematiske dimensjoner av pasientens opplevelse av å leve med smerter. Pasientene opplevde smerte som noe fysisk knyttet til kroppen og smerte som lidelse ved at det påvirket pasientens sinn og indre følelser.</p> <p>Sykepleiere i sykehjem trenger mer kunnskap i forhold til pasientens opplevelse av smerte og behov.</p>

VEDLEGG 3 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og Datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>“Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines.”</p> <p>Slåtten, Fagerstöm & Hatlevik,(2010).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere med videre utdanning i palliativ omsorg vurderte sin kompetanse i lindring av symptomer. Studien undersøker også faktorer som påvirker gode rutiner i palliativ omsorg.</p>	<p>Metoden er av kvantitativ forskning. Et spørreskjema med utgangspunkt i egen vurdert klinisk kompetanse og symptomer i ESAS former ble utviklet for studien. Spørreskjemaet inneholdt 176 elementer fordelt på 3 ulike deler. Data fra del 3 i spørreskjemaet dannet grunnlaget for denne studien. Denne delen innholdt 59 spørsmål fordelt på smertelindring, kvalme, tretthet, angst/uro og munn problemer. Videre var det spørsmål om tid tilgjengelig for sykepleie, bruk av ESAS, bruk av omsorgsrutiner og evnen til å identifisere manglende omsorg hos pasientene.</p> <p>Spørreskjemaet ble sendt hjem til utvalget i 2007.</p>	<p>Det totale uvalget bestod av 235 sykepleiere med videreutdanning i palliativ omsorg. 122 sykepleiere responderte på spørreundersøkelsen. Utvalget var fra to høgskoler, Bergen og Oslo. Ca 22 % rapporterte mindre enn 10 års arbeidspraksis etter sykepleie utdanningen. 40 % hadde mer enn 15 års arbeidspraksis. Av de 122 respondentene arbeidet 42 % i sykehus, 23 % på sykehjem og 22 % i hjemmesykepleien. 13 % av utvalget oppgave ingen institusjon.</p>	<p>Hovedfunnene i denne studien er at kompetansen i håndtering av smerte og munn tørrhet fikk høyest score. Lavest score var evnen til å identifisere mangel på omsorg og tid for sykepleiere. Studien viser at arbeidsmengde og tidspress reduserer sykepleiernes evne til å møte pasientens behov for omsorg.</p> <p>Studien viser at kompetansen av smertelindring var bedre hos sykepleiere på sykehus, enn i primærhelsetjenesten.</p> <p>Bruken av ESAS viste seg å ha en god effekt på omsorgs rutiner og i forhold til å håndtere smerte, angst/uro, tretthet, kvalme og munn tørrhet.</p>

VEDLEGG 4 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og Datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>“Living with incurable cancer at the end of life-patients perceptions in quality of life”.</p> <p>Johansson, Axelsson & Danielson (2006).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan pasienter med uhelbredelig kreft oppfatter livskvalitet på slutten av livet.</p>	<p>Metoden er av kvalitativ forskning basert på fokus gruppe intervju. Fokus gruppene var delt i tre møter og varte i løpet av en 6 ukers periode. Intervjuene ble audio tapet og varte ca i 90 min. Det var 5 tema i intervjuene. Utvalget skulle gi en beskrivelse av hvordan de ”verdsatt hverdagen”, ”lindret lidelse”, og ”oppretholdt et positivt liv”. De skulle også beskrive ”betydningen av relasjoner” og ”håndtering av livet”.</p>	<p>5 deltakere ble valgt fra en gruppe på 25 pasienter med uhelbredelig kreft. Pasientene mottok palliativ behandling av hjemmesykepleien i fylket Jamtland i Sverige. De fleste hadde levd med kreft i mange år og metastaser i flere måneder. Utvalget bestod av 3 kvinner og 2 menn. Median alderen var på 65 år.</p>	<p>Denne studien viser at livskvalitet ved slutten av livet har en positiv betydning for pasienter med uhelbredelig kreft. Pasientene understrekte hva de kunne utføre og nyte og ikke sine svakheter. Pasientene kunne delta i og sette pris på det daglige sosiale liv til tross for deres kreft. Kommunikasjon og støtte med familie og det palliative teamet var viktig under utviklingen av sykdommen. Ivaretagelse av minner hjalp dem til å opprettholde en positiv innstilling til livet. I tillegg til medikamentell smertelindring, brukte pasientene individuelle strategier gjennom emosjonelle og fysiske distraksjoner. Kreativ tenkning i forhold til å løse problemer gjorde at de håndterte livet og oppnådde livskvalitet.</p>

VEDLEGG 5 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>”Pain in elderly hospitalized cancer patients with bone metastases in Norway”.</p> <p>Torvik, Hølen, Kaasa, Kirkevold, Holtan, Kongsgaard & Rustøen (2008).</p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke forskjellig i rapportert smerte, smerte håndtering og tilfredshet med smertebehandling mellom middelaldrende og eldre pasienter med skjelettmetastaser på sykehus. Videre undersøkte studien forskjellen av opplevelse av livskvalitet blant de differansierte aldergruppene.</p>	<p>Metoden er kvantitativ forskning basert på spørreundersøkelser. Smerteintensitet ble vurdert med den norske Brief Pain Inventory short form(BPI). Den tar utgangspunkt i subjektiv smerteopplevelse de siste 24 timer. BPI har starter med et åpent spørsmål: ”Har du hatt smerter annen enn de dagligdagse typer i dag”? Svarer pasientene ”ja” på dette spørsmålet deltok de i spørreundersøkelsen. Smerteintensitet ble målt ut i fra numeriske karakter skala fra(NRS) hvor 0= ”ingen smerte” og 10= ”verst tenkelig smerte”. Opplevelsen av livskvalitet tok utgangspunkt i et spørsmål, ”Hvordan vil du rangere din opplevelse av livskvalitet”? Dette ble rangert etter NRS, hvor 0= ”veldig dårlig” og 10 = ”veldig bra”. Pasientens tilfredshet av smertebehandling ble målt etter NRS hvor 0= ”veldig dårlig” og 10= ”veldig bra”.</p>	<p>Det totale utvalget bestod av 138 pasienter fra 57 ulike sykehus. 59 av pasientene ble ekskludert fordi de ikke hadde smerter, nektet å delta, eller hadde nedsatt kognitiv funksjon. 79 pasienter med skjelett metastaser ble det endelige utvalget. Middelaldrene gruppen var fra 40 år og de eldre var fra 65 år og over. Utvalget bestod av 58 % menn. Brystkreft var den vanligste kreftdiagnosen i den middelaldrende gruppen. Prostatakraft var hyppigst blant de eldre.</p>	<p>Resultatene i studien viser at 89 % av utvalget opplevde daglige smerter, 91 % av middelaldrende og 86 % av de eldre.</p> <p>Pasientene i alderen 65 år og oppover rapporterte betydelig høyere score på ”verst tenkelig smerte”. De eldre var fornøyd med den medikamentelle behandlingen, men samtidig viste det seg at de fikk mindre behandling av sterke opioider sammenlignet med den andre gruppen.</p> <p>Pasientene over 65 år rapporterte også høyere gjennomsnittlig score i opplevelsen av livskvalitet.</p>