



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling –
Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl. 14.00

Kandidatnr.: 1049

Antall ord: 8450



Hospital nurse and patient. Photograph. Encyclopædia Britannica ImageQuest. Web. 25 Feb 2016.

http://quest.eb.com/search/132_1355876/1/132_1355876/cite

Smertelindring hos hjemmeboende palliative kreftpasienter

Utdanning: Bachelorgrad I Sykepleie

Kull: 2012

Antall ord: 8446

Avdeling: Haugesund

Sammendrag

Bakgrunn: I 2014 ble det registrert 31651 nye krefttilfeller i Norge. Videre kreftbehandling fører at flere pasienter lever lenger med kreftsykdom. Dette fører igjen til at pasientene vil ha behov for palliativ omsorg og pleie, når kreftsykdommen har kommet langt. Kreftpasienter i palliativ fase har ofte plager med sterke smerter. Smerte er den kreftrelaterte plagen som de fleste frykter og som fører til redusert livskvalitet.

Problemstilling: Hvordan kvalitetssikre smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?

Metode: Litteraturstudie er benyttet som en metode i denne oppgaven. Forskningsartikler ble samlet inn gjennom et internettsøk i databaser og offisielle retningslinjer og teori er blitt brukt for å finne relevante forskningsartikler om det aktuelle temaet for å besvare min problemstilling.

Resultat: Forskningsartikler viser at sykepleiere har et stort ansvar og roller i å lindre smerte hos hjemmeboende palliative kreftpasienter. Flere faktorer bør være tilstede for å kunne lindre smerter på en best mulig og effektiv måte. En kombinasjon mellom medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling kan være en god løsning for å lindre smerter. Den viktigste sykepleieoppgaven er å være til stede, lytte til pasienten, dele sin kunnskap og vise empati samt omsorg. Videre kommer det frem at en god relasjon mellom sykepleiere og pasienter fører til en god palliative behandling.

Konklusjon: Sykepleierens oppgaver hos kreftpasienter i palliative fasen er blant å lindre smerter og lidelser, å gi informasjon og omsorg samt å hjelpe dem med å mestre sin situasjon. Sykepleierens kunnskap, kompetanse og erfaring er veldig viktig på dette området. I tillegg må sykepleierne ha medmenneskelige egenskaper, kommunikative kunnskaper og evnen til å vise omsorg.

Summary

Background: In 2014 it was registered 31651 new cancer cases in Norway. However, further cancer treatment causes that cancer patients live longer than before. This leads to an increasing need of palliative care and nursing, by the time cancer has come a long way. Cancer patient who are in palliative phase, often have severe pain. Pain is the biggest cancer-related nuisance that most of the people fear, and it leads to a reduced quality of life.

Problem: How to assure the quality of pain relief in living-at-home cancer patients who are in palliative phase?

Method: Literature study is used as a method in this task. Research papers were collected from Internet search in databases and official guidelines, and theory has been used to find relevant research papers on the theme, in order to answer my question.

Result: Research papers show that nurses have a great responsibility and an important role in alleviating pain in living at home palliative cancer patients. Several factors should be presented in order to alleviate pain in an optimal and efficient manner. A combination between drug and non-drug treatment approaches can be a good solution to relieve pain. The most important nursing task is to be present, listening to the patient, sharing his knowledge and show empathy and care. Furthermore, it emerges that a good relationship between nurses and patients leads to a good palliative treatment.

Conclusion: The nurse's tasks in cancer patients in palliative phase include alleviating pain and suffering, to provide information, take care of them and to help them cope with their situation. Nurse's knowledge, skills and experience are very important in this area. In addition, nurses must compassionate abilities, communicative skills and ability to provide care.

Innholdsliste

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Målet med oppgaven	7
1.3 Problemstilling	8
1.4 Avgrensing	8
2.0 TEORI.....	9
2.1 Smerte	9
2.2 Kreft.....	9
2.2.1 Smerter ved kreftsykdom	10
2.3 Palliasjon.....	10
2.3.1 Palliasjon i hjemmet	11
2.4 Joyce Travelbee sin sykepleieteori om menneske- til- menneske forhold	12
2.4.1 Joyce Travelbee om kommunikasjon og relasjon	13
3.0 METODE	14
3.1 Litteratursøk	14
3.2 Kritikk vurdering av litteratur	15
3.3 Forskningsetikk	15
4.0 RESULTATER	17
5.0 DRØFTING.....	23
5.1 Palliasjon og smerte: En kompleks situasjon.....	23
5.2 Smertekartlegging.....	24
5.3 Smertebehandling.....	25
5.3.1 Ikke-medikamentell smertelindring.....	25
5.3.2 Medikamentell smertelindring	26

5.4 Å etablere en tillitsfull relasjon.....	27
5.5 Sykepleierens faglige kunnskap og kompetanse	29
6.0 KONKLUSJON	31
7.0 REFERANSELISTE.	32
8.0 Vedlegg.....	36
8.1 Vedlegg-1 Søkeprosess.....	36
8.2 Vedlegg -2 Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS- skjemaet	39
8.3 Vedlegg -3 Numerical Rating Scale, NRS-skjema	40
8.4 Vedlegg 4- Kroppskartet.....	40

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Jeg har valgt temaet smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Jeg har valgt dette temaet fordi kreftsmerte er en lidelse som involverer mange mennesker, både pasienter og pårørende. I mine praksisperioder blei jeg kjent med kreftpasienter og deres pårørende, og så hvor betydelig smertene påvirket hverdagen deres. I praksisperiodene mine opplevde jeg hvor sammensatt smerteproblematikk kan være, og hvor sårbare disse pasientene ofte er. Det å være syk med sterke smerter og å ha lite håp om bedring, er en utfordrende situasjon. Det er mange faktorer som virker inn i dette; blant annet forståelsen fra helsepersonell sin side om smerten i henhold til pasienten, er en viktig faktor. Det er også sentralt å ta pasientens smerter på alvor, og vise forståelse og empati, men på den andre siden, er det også viktig å ha god faglig kompetanse om smertelindring. Noen ganger klarer ikke høye doser opioider å gi tilstrekkelig effekt for å lindre pasientens smerter (Mehta et al. 2011). Som sykepleier har man et stort ansvar i møtet med denne pasientgruppen. I denne studien ønsker jeg derfor å få økt innsikt i hvordan kreftpasienter i palliativ fase kan oppleve god smertelindring, og videre i denne studien vil jeg se nærmere på hvordan sykepleiere kan bidra til best mulig lindring, slik at pasienten opplever en bedre livskvalitet.

Kreftsykdom er en av de sykdommene med hyppigst forekomst, samt et økende fenomen i Norge. Kreftstatistikk fra 2014, registrerte 31651 nye krefttilfeller i Norge. Tallet var fordelt på 17024 menn og 14627 kvinner (Kreftregisteret 2015). Kaasa og Brochgrevik (2007, s. 285) påpeker at stadig utvikling og forbedring av kreftbehandlingen, fører til at flere kreftpasienter lever lenger med kreftsykdommen. Dette kan føre til at flere pasienter etter tiden da kreftsykdommen har kommet langt, vil ha behov for palliative behandling, omsorg og pleie.

1.2 Målet med oppgaven

Målet med oppgaven er å bruke ulike studier til å drøfte de forskjellige kartleggingsverktøyene som sykepleiere kan benytte, for å identifisere og kartlegge smerte hos palliative pasienter. Målet er å ha fokuset på smertelindring til pasienter i palliativ fasen. Pasienter i palliativ fase har ofte mange plagsomme symptomer som smerte, tørste, kvalme, obstipasjon, angst og dyspné m.m. som virker inn på, og forsterker hverandre. Dette stiller store krav til sykepleierens kunnskap og kompetanse (Schjølberg, 2010, s. 104). Sykepleierens evne til å observere og tolke pasientens symptomer og behov, er en nødvendig

kunnskap i palliativ omsorg. Symptomene hos en palliativ pasient kan være svært sammensatte, og de kan endre seg raskt. Det kan eksempelvis være vanskelig å skille mellom smerter relatert til angst eller uro, fysiske smerter eller motorisk uro. En effektiv smertelindring forutsetter god kartlegging og identifisering av pasientens smerter. Dette er kunnskap og problemstillinger jeg ønsker å drøfte i denne oppgaven.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kvalitetssikre smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?»

1.4 Avgrensing

På grunn av oppgavens omfang, har oppgaven avgrenset for å lette aktuell forskning, og i tillegg begrense litteraturstudiet. Det er valgt å ha fokus på studier som handler om smertelindring hos kreftpasienter >70 år i den palliative fasen i hjemmet. Oppgaven er mest vektlagt i hovedsak i ikke – medikamentell tilnærming, men det er blitt nevnt fordeler og ulemper ved bruk av opioider.

2.0 TEORI

2.1 Smerte

International Association of the study of pain (IASP) definerer uttrykket smerte som «*En ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med en faktisk eller potensiell vevsskade eller oppfattes som dette*» (Berntzen, Danielsen, Almås, 2010, s. 357). Smerte er en av de hyppigste årsakene til at pasienter kontakter helsepersonellet. I følge IASP er smerte subjektivt. På europeisk basis er smerter et betydelig helseproblem (Berntzen et al., 2010, s. 355).

Smerte kan være et av symptomene som kreftpasienter frykter mest (Kaasa & Brochgrevink, 2007, s. 272). For å kunne gi en god smertelindring er det viktig med god kunnskap og tverrfaglig samarbeid mellom pasient, pårørende, lege og sykepleier (Lorentsen & Grov, s. 401- 402). En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling (Kaasa & Loge, 2007, s. 77). Det kan brukes flere hjelpemidler til dette, alt fra omfattende spørreskjemaer med beskrivelser av smerter til enkle skalaer der pasienten selv graderer smerten han opplever.

2.2 Kreft

Kreft er ikke en enkel sykdom, det dreier seg om en gruppe sykdommer som har til felles at kroppen mister kontrollen over celledelingen. På grunn av feil i celledelingen deler celler seg ukontrollert, raskt og gir opphav til en unormal celleansamling som blir til en kreftsvulst. Veksthastigheten varierer mellom svulstene. Noen svulster kan utvikle seg hver dag, mens andre kan utvikle seg sakte over flere år (Schjølberg, 2010, s. 36). Svulsten kan føre til å oppnå store skader på vev og organer. Mennesket som får kreft får en totalt endret livssituasjon. Kreft oppfattes av de fleste som synonymt med lidelse, smerte og død (Schjølberg, 2010, s. 84).

2.2.1 Smerter ved kreftsykdom

Kreftmerter kan ha flere ulike opphav, der årsaken er sammensatt, og av og til vanskelig å identifisere (Sæteren, 2010, s. 242). Smerter kan skyldes selve kreftsykdommen, behandlingen eller progresjon av metastaser. Ved utviklingen av sykdommen, øker også smerteintensiteten. Hvor kraftig smerten er, avhenger blant annet av hvor svulsten eller metastasen er lokalisert (Rosland & Tjølsen, 2007, s. 311). Den vanligste årsaken til smerte hos langkommet kreftpasienter er metastaser i skjelettet (Kaasa & Borchgrevik, 2007, s. 279). Disse pasientene kan ha flere typer smerter som er både akutte og kroniske (Kaasa & Borchgrevik, 2007, s. 274).

Hvis sykdommen utvikler seg til å bli uhelbredelig, vil pasientene nå et stadium som kalles palliativ fase. Om denne pasientgruppen opplever mye smerter, kan de ta dette som et tegn på at kreften har utviklet seg (Skorpen, 2007, s. 354). Dette kan være grunnen til at denne pasientgruppen får et økt smertefokus. Det å ha et økt fokus på smerter kan føre til å skape en følelse av fortvilelse og håpløshet. Dette kan igjen føre til at den eksisterende smerten blir vanskelig å håndtere (Berntzen et al., 2010, s. 357).

2.3 Palliasjon

Palliasjon er definert av European Association for Palliative Care (EAPC) og Verdens helseorganisasjon (WHO):

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 framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet 2015, s. 11).

Etter denne definisjonen er palliativ pleie holistisk i sin tilnærming, og hovedfokus ligger på en helhetlig omsorg der pasientens og de pårørendes ønsker og behov står sentralt. Fagfeltet palliasjon er også bygget på pioneren Dame Cicely Saunder. Hun er kjent for sitt arbeid angående smertelindring til døende kreftpasienter i England på 1960- og 70-tallet. På

bakgrunn av sin erfaring med behandling, omsorg og smertelindring for de døende, utviklet hun begrepet «Total Pain». Hennes filosofi var å ta menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov på alvor (Trier, 2008, s.744-745). Ved palliasjon bør man kartlegge symptomer som fysiske og psykiske plager (Helsedirektoratet 2015, s. 12).

Palliasjon har sitt opphav hos kreftpasienter og kreftomsorg (Aass, Bjordal, Nordøy, 2007, s. 457). Den palliative fasen er en prosess som starter når en er klar over at langkommet kreftsykdom er uhelbredelig, og behandlingen avsluttes når pasienten ikke lenger er i livet (Helsedirektoratet 2015). Rønning, Strand og Hjernstad (2007, s. 213) uttrykker at det spesielle ved palliativ sykepleie kjennetegnes av aktiv, og helhetlig pleie av pasienter med uhelbredelig sykdom. Lindring av smerter og andre symptomer er overordnet.

2.3.1 Palliasjon i hjemmet

Når pasientens eget hjem blir arena for palliasjon, blir det definert som «Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet» (Rønning, Strand & Hjernstad, 2007, s. 213). Rønning et al., (2007, s. 213) uttrykker at de spesielle oppgavene for hjemmetjeneste hos palliativ pasienter, kjennetegnes av aktiv, helhetlig pleie. Fokuset skal ligge her på å gi tilstrekkelig velvære, velbefinnende og god lindrende behandling.

For at pasienter skal få god palliativ behandling i hjemme, må det være noen forutsetninger, som for eksempel at det må være god nok kompetanse i kommunehelsetjenesten samtidig med at bemanningen må være tilstrekkelig. For å etablere et faglig og forsvarlig tilbud til pasientene i hjemmet, må det være en administrativt og politisk enighet i primærhelsetjenesten, samtidig må det være en god samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten (Rønning et al., 2007, s. 214). Sykepleierens mål er å gjøre livet så godt som mulig i den tiden pasienten har igjen. Her er sykepleie og sykepleierens personlige relasjon til pasienten sentralt.

2.4 Joyce Travelbee sin sykepleieteori om menneske- til- menneske forhold

I følge Travelbee (1999, s. 99) lidelse er en følelse som skifter fra en enkel, forbigående- fysisk- eller psykisk lidelse, til ekstrem uro og kvaler over lang tid. Sårbarheten for lidelse er som regel alltid knyttet til evnen omsorg, og til å bry seg om og engasjere seg i andre. Men dersom denne evnen er fraværende kan det medføre intenst lidelse, og føre til at livet kjennes som et tomrom, og denne tomheten kan bli opphav til en dyp sorg og smerte (Travelbee, 1999, s. 102). Videre uttrykker Travelbee (1999, s. 171) at alt sykepleiere sier og gjør sammen med den syke, bidrar til å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Sykdom eller lidelse lar seg ikke alltid forebygge, og sykepleierens oppgave blir da å hjelpe pasientene og pårørende til å mestre situasjonen. Dette kan skje ved at sykepleieren etablerer en tilknytning til brukeren, som formidler til dem at de blir forstått, og at de ikke er alene (Travelbee 1999, s. 35). Den kontakten sykepleieren har med pasienten kan være grunnleggende for pasientens menneske-til-menneske forhold. Dette er særlig hvis sykepleieren ved hvert møte bevisst går inn for å lære den syke å kjenne, finne frem til og ivareta behovene (Travelbee, 1999, s. 171).

Sykepleieteoretikeren, Joyce Travelbee (1999, s. 112), uttrykker også at man i dagligtale ofte snakker om fysisk smerte. Hun beskriver videre at smerter kan egentlig ikke kategoriseres som psykisk eller fysisk, for smerten angår hele mennesket. Den fysiske smerten kan innvirke på de emosjonelle aspektene i pasientens livsverden, mens den psykiske smerten har klar innvirkning på mennesket i fysisk forstand. Hun uttrykker også at selv om en fysisk smerte kan lokaliseres til en bestemt kroppsdel, er det i virkeligheten hele personen som lider, ikke bare den enkelte kroppsdel (Travelbee 1999, s. 113).

Travelbee (1999, s. 113) fremhever at individets opplevelse av smerter kan bestemmes av mange faktorer. Slike faktorer kan være smertens årsak, varighet, intensitet og i hvilken grad medisinerne lindrer smerten. Det finnes også forskjellige faktorer som innvirker på reaksjoner ved smerte som for eksempel kulturbakgrunn, livsfilosofi og religiøs overbevisning (Travelbee 1999, s. 114). Hun hevder videre at når pasienten får vite at de har en ondartet sykdom, vil de reagere annerledes når de får smertene enn de som vet at smertene vil være kortvarige. Hos de fleste pasienter med langkommet kreftsykdom, vil frykten for smertene være tilstede selv når smertene blir redusert. Dette er fordi de kan frykte at smertene kommer tilbake. Travelbee (1999, s. 115) hevder at reaksjonene den smertepåvirkende får fra omgivelsen, har stor innvirkning på hvordan pasienten mestrer situasjonen. Blant annet

nevner hun at helsepersonell alltid bør tro på pasienten når vedkommende sier at han har smerter.

2.4.1 Joyce Travelbee om kommunikasjon og relasjon

Begrepet kommunikasjon hevder at det er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner (Travelbee, s. 137). Dette gjelder spesielt de som kommuniserer gjennom holdninger, adferd og ansiktsuttrykk. En god kommunikasjon mellom sykepleieren og den syke kan gi en anledning til å oppnå en god relasjon og bli bedre kjent med hverandre som person til person. Når man har en nær relasjon til pasienten kan det være lettere for sykepleieren å hjelpe pasienten med hans behov, og der blir sykepleierens mål og hensikt ervervet (Travelbee, 1999, s. 136).

Travelbee (1999, s. 138) uttrykker videre at sykepleierens grunnleggende intensjon og hennes oppfatning av pasienter og deres pårørende, alltid blir kommunisert i en sykepleiesituasjon. I møte mellom bruker/pasient og sykepleier kan man bruke både verbal- og non-verbal kommunikasjon. Pasienten kan ha problem med å utrykke seg verbalt, og da er det viktig at sykepleieren er oppmerksom på non-verbal kommunikasjon der pasienten kan utrykke smerte gjennom for eksempel ansiktsuttrykk eller kroppsbevegelser (Travelbee, 1999, s. 138). Den nonverbale kommunikasjonen omfatter også lyder som skriking eller gråting. Når det er vanskelig å finne ord, kan man støtte seg til at den non-verbale kommunikasjonen blir antatt å være en medhjelper, for den verbale kommunikasjonen mellom to mennesker i en konversasjon.

3.0 METODE

En metode defineres som en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og å komme fram til ny kunnskap (Dalland, 2012 s. 111-112). Gjennom metoden beskriver man hvordan en planlegger å finne kildematerialet for å kunne svare på problemstillingen. Denne bacheloroppgaven har blitt gjennomført som en litteraturstudie. Litteraturstudien er en metode der andres studier blir gjennomgått for å gå dypere inn i et tema, og for å få fram kunnskap om temaet (Fosberg & Wengstrøm 2008, s. 215). Fosberg og Wengstrøm (2008, s. 216) hevder videre at litteraturstudien ikke er ny kunnskap, og at gjennom litteraturstudie kan man få et nytt syn på kunnskapen og oppdage noe som ikke er allment kjent.

Dalland (2012, s. 67) fremhever at litteratur er et viktig opphav for alle studieoppgaver. I en litteraturstudie er det relevant å komme med en systematisk innsamling av informasjon, slik at man kan besvare problemstillingen på en akseptabel måte. Det er viktig at det går tydelig fram om hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, samt hvordan utvalget har blitt gjort.

3.1 Litteratursøk

I denne studien er det gjennomført et systematisk litteraturstudie innenfor feltet «smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase», for å finne et teorigrunnlag. Problemstillingen er belyst med relevant litteratur og forskningsartikler. Søket begynte med å se etter retningslinjer og helsefaglig informasjon, og her ble helsebiblioteket også benyttet.

Litteratursøket er gjort i de helsefaglige databasene, PubMed og Cinahl for å finne relevant forsknings litteratur. Hvilken forskningslitteratur, og hvor mange man finner, er avhengig av søkeordet (Dalland, 2012 s. 112). Søket startet med Cinahl; det er en database med hovedvekt på sykepleie, og den registrerer kvalitativ og kvantitativ forskning innen sykepleie og andre helsefag. Innenfor den kvantitative metoden, finner man data i form av målbare enheter, slik at man kan foreta seg regneoperasjoner og dermed finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. På den andre siden, er kvalitativ en metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012 s. 112). Det var satt ulike kriterier for å styrke forskningens gyldighet, blant annet for publikasjonsdato. For å avgrense søket, var ett av kriteriene at artiklene som skulle brukes ikke måtte være eldre enn fra 2010. Et annet kriterium var at sammendrag skulle være tilgjengelig samt at selve artiklene skulle

være tilgjengelig i full tekst. En annen avgrensing som ble tatt hensyn til ved søket, var at aktuelle ord måtte være i enten tittelen eller utdraget. For å finne søkeord, ble det brukt ord fra problemstillingen. De aktuelle søkeorda ble brukt på engelsk, fordi de fleste databaser har hovedspråket sitt på engelsk. De aktuelle søkeordene som ble tatt i bruk var: cancer patients, palliative care, pain assessment, pain management, quality of life, og pain control in the end of life. Dette viser til (Vedlegg 1).

Norsk Sykepleierforbunds fag- og forskningsarkiv ble også benyttet, fordi det er et viktig tidsskrift for sykepleie i Norge. I tillegg til det systematiske søket, ble det også gjort en gjennomgang av litteraturlistene til de aktuelle forskningsartiklene.

3. 2 Kritikk vurdering av litteratur

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann eller usann. Her kan man vurdere og karakterisere de kildene som kan benyttes i litteraturen (Dalland, 2012, s. 67). Dalland (2012 s. 68) fornemmer to sider ved kildekritikk: den ene omhandler hjelp til å finne fram til den litteraturen som best mulig kan belyse den utvalgte problemstillingen, og den andre omhandler det å gjøre rede for litteraturen som ble benyttet i oppgaven.

I denne litteraturstudien er det brukt både primær- og sekundærkilder. Gjennom søkeprosessen ble det funnet mye litteratur i form av forskningsartikler, fagartikler og lærebøker. De artiklene som er blitt brukt i denne oppgaven, ble sjekket både for metode, resultat, diskusjon og referanseliste. Ved gjennomgang av litteraturen, kom jeg fram til forståelsen at smertelindring hos palliative kreftpasienter er et emne som ikke er preget av store endringer. Derfor ble en artikkel som var skrevet i 2009 inkludert, fordi denne var veldig relevant til besvarelsen av problemstillingen.

3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk tar sikte på etikken i studien. Etikk er et fag som er i stadig utvikling (Sørbye, 2010, s. 286). Olav Dalland (2012, s. 95) beskriver etiske overveielser slik: «*Etiske overveielser handler om mer enn kun å følge reglene. Det betyr at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres*». Dette handler om

eventuelt planlegging, gjennomføring og rapportering av studiet. Det omhandler blant annet om å bevare troverdighet av forskningsresultatene og ivareta personvern.

I studien behandles ikke personopplysninger direkte. Dette er en litteraturstudie som innebærer at de etiske kravene er mildere enn ved forskningsarbeid som benytter seg av direkte kontakt med personer (Olsson & Sørensen, 2003, s. 57-63). Det stilles likevel krav til litteraturen som blir brukt (Dalland, 2007, s. 70). Ifølge Dalland (2007, s.71 og 279) må konklusjonene stå i sammenheng med litteraturen som er studert. Dermed er det viktig å referere riktig til den benyttede litteraturen.

4.0 RESULTATER

Her presenteres hovedfunnene i artiklene som er blitt valgt til å inkluderes i oppgaven for å belyse på problemstillingen.

Artikkel 1: Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS), (Samar, Monterosso, Kristjanson og McConigley, 2011)

Hensikt: Hensikten med denne artikkelen er å beskrive nødvendigheten og brukbarheten av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-skjemaet), for å undersøke kvaliteten på smertebehandlingstilbudet. ESAS-skjemaet (vedlegg 2) er det mest brukte kartleggings-skjemaet.

Metode: Denne studien er en kvantitativ tverrsnittstudie, gjennomført som en anonym spørreundersøkelse av ca. 572 kreftpasienter fra fem ulike palliative spesialisttjenester i Australia.

Resultat/Funn: I resultatdelen foreligger det en beslutning at bruk av ESAS-skjemaet er det beste hjelpemidlet til å kartlegge og vurdere kreftsmarter og plager av palliativpasienter. ESAS-skjema er nyttig, veiledende, lett å administrere og tar kort tid å fylle ut. Dette viser seg også å være et forståelig verktøy for pasienter og pårørende. ESAS brukes som et screeningsverktøy for å kartlegge plagsomme symptomer og å skille endringer i symptomer hos kreftpasienter. Bruk av ESAS-skjemaet kan videre lette kommunikasjonen mellom pasienter, pårørende og sykepleiere.

Konklusjon: I studien har det kommet frem at ESAS-skjemaet er en metode for symptomvurdering som trenger økt oppmerksomhet, umiddelbar klinisk undersøkelse og omfattende vurdering. Skjemaet er også enkelt å bruke samt kan benyttes i flere tilfeller ved palliativbehandling. Videre kommer det frem at det å behandle symptomer og plager etter ESAS-skjemaet, kan føre til å gi optimal smerte- og symptomlindring.

Artikkel 2: Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers (Mehta, Cohen, Enzer, Carnevale og Ducharme, 2011)

Hensikt: Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvilke typer smerter pasienter i palliativ fase opplever, og hvordan familien deres vurderer deres smerter på en best mulig måte. Fokuset i denne artikkelen ligger på smerte, smertelindring, palliativ omsorg og pårørende som omsorgspersoner.

Metode: Dette er en kvalitativ studie. I denne studien ble det gjennomført intervjuer av 24 pårørende til kreftpasienter i den palliative fasen i hjemmet. Intervjuene inkluderte spørsmål knyttet til hvilke typer smerter pasientene hadde, hvordan pårørende visste når det var på tide å gripe inn, hvilke strategier de brukte for å redusere ulike typer smerte, hvilke strategier som ble brukt og hvordan de vurderte resultatene av tiltakene de satte i verk.

Resultat/Funn: I resultatet kommer det frem at kreftpasientene lider av ulike typer smerter. Kreftpasientenes pårørende opplever at smertestillende medikamenter var det som hadde raskest og mest effektiv innvirkning mot smerter. I noen tilfeller mente de at medisiner var det eneste som bidrog til smertedemping, men det negative var at pasientene ble døsig og kunne ikke kunne fungere i dagliglivet etter bruk av opioider. Pårørende mente at det var viktig å behandle smerter, men det er også viktig at pasienten bør kunne fungere i dagliglivet. Enkelte pårørende uttrykte også at medikamentellbehandling ikke alltid hjalp for å lindre smertene optimalt. Det konkluderes med at en blanding av medikamentell og ikke-medikamentelle tiltak ofte er den beste løsningen for å hemme smerter.

Konklusjon: Den nøyaktige vurderingen av hvilke typer smerter pasienten opplever, kombinert med det mest hensiktsmessige inngrep for smertekontroll, er avgjørende for god smertelindring. Støtte, tillit og omsorg fra de pårørende som gjennomfører den komplekse prosessen med kreftsmertebehandling, blir også fremhevet. Sykepleiere burde være involvert med pasienter som får palliativ smertebehandling, og et viktig grunnlag for dette er nok kunnskap om ulike smertestillende tiltak. På denne måten kan man hjelpe pårørende ved å gi nøyaktig informasjon, forstå deres valg, og administrere tiltak trygt og effektivt.

Artikkel 3: *Nursing Pain Management - A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment* (Rustøen, Gaardsrud, Leegaard og Wahl, 2009)

Hensikt: Denne studien beskriver forståelsen av kreftpasienters erfaringer med sykepleier innenfor smertebehandling. Studien beskriver også de viktigste sykepleieoppgavene som inngår under behandling.

Metode: Det er en kvalitativ studie som ble gjennomført ved å studere pasientenes erfaringer med smerte, deres erfaringer med den smertelindrende sykepleien og deres forventninger til sykepleieren. Data ble samlet inn ved dybdeintervju av en sykepleier over en periode på 1 år, samt ved intervjuer av 18 kreftpasienter, der syv av dem var menn og elleve av dem var kvinner.

Resultat/Funn: Studien har kommet frem til at pasientene har et betydelig behov for god kommunikasjon og informasjon. I resultatdelen presenteres den viktigste sykepleieoppgaven som er å være tilstede, være lyttende samt vise omsorg og empati til den sårbare. Å informere og kommunisere på en tilstrekkelig måte, var avgjørende for pasientene. Pasientene uttrykte at de ønsker både muntlig og skriftlig informasjon fra sykepleierne om smerter og smertelindring. Med dette menes at sykepleierne måtte komme med forklaringer rundt de smertene som oppstår, og dele sine kunnskaper med pasientene uten at de måtte be om det. Pasientene uttrykker i studien at en tilstrekkelig og god informasjon hjelper dem med å redusere deres angstnivå og usikkerhet. Det var også av stor betydning at sykepleierne gjennom kroppsspråk viste vilje til å hjelpe, eksempelvis sette seg ned på sengekanten og å holde hånden.

Konklusjon: Pasienter i studien opplevde forskjeller mellom hvordan de ulike sykepleierne håndterte smertebehandling. Videre legges det også til at enkelte pasienter opplevde mangel på informasjon fra sykepleiere i forhold til smertebehandling. Selv om kreftpasienters erfaringer viste betydningen av administrering av smertelindrende tiltak, kommer det frem at sykepleiere bør ha en tydeligere rolle i forhold til rådgivning, informasjon og pasientopplæring.

Artikkel 4: Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach (Bergdahla, E. Benzeina, E. Ternestedta B. M. and Andershed, B. 2011)

Hensikt: Målet med denne studien er å reflektere over hvordan sykepleiere kan skape en god, omsorgsfull relasjon med hjemmeboende palliative pasienter. Et annet mål var å undersøke nytten av en ny teori, basert på resultatene fra en tidligere studie.

Metode: Det primære formålet med studien var å utforske aspekter av sykepleier-pasientrelasjoner i sammenheng med palliativ omsorg. Aksjonsforskning ble brukt som metode, altså en syklisk prosess med ulike faser som problemidentifisering, planlegging, tiltak og evaluering. Under denne aksjonsforskningsprosessen ble 42 fortellinger analysert, samt tre forskjellige datainnsamlinger ble gjennomført og analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat/Funn: Mangel på kommunikasjon ble hyppigst nevnt som et problem som kunne skape en dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne fremhevet også at mangel på tid gjorde det vanskelig å ta seg tid til å ha en samtale med pasienter om deres bekymringer. Det blir også fremhevet at hjemmesykepleiere ser behov for sykepleierens grundige fagkunnskap i palliativbehandling og høyere kompetanse i smertelindring. Oppdatert kunnskap om palliativ smerte, er betydningsfullt for å skape en god og omsorgsfull relasjon.

Konklusjon: Studien konkluderer med at når sykepleiere og pasienter har en god relasjon, er det enklere å nå målet for smertebehandlingen. Jevnlig kontakt med pasientene, å vise at man er tilgjengelig og forstå deres behov er sentralt for å oppnå dette. Sykepleierne må både gjennom holdning og handling vise at de er opptatt av hvordan pasientene har det i hverdagen og hvordan de opplever smerte. Aksjonsforskningsprosessen i seg selv kan være en effektiv måte å vurdere nytten av en ny teori, og kan også gi verdifulle ideer til videre forskning og endringer i praksis.

Artikkel 5: *What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study* (Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid C. M., 2013)

Hensikt: Målet med denne studien er å undersøke hvordan pasienter med langkommet kreftsykdom beskriver kontrollen av smerte og hvilke forventninger de har til sykepleieren med tanke på smertelindring.

Metode: I denne studien blir kvalitativ metode brukt, der data ble samlet inn gjennom intervju med deltagerne og analysert ved bruk av en konstant sammenlignings tilnærming.

Resultat/Funn: I denne studien var det vanskelig for pasientene å si hvilke forventninger de har til sykepleieren med tanke på lindring av kreftsmarter. Pasientene uttrykker et sterkt ønske om å bli smertefri og leve livet så normalt som mulig, og å kunne gjøre ting de var vant med å gjøre i dagliglivet uten smerte. Det kommer også frem at sykepleierne er tilgjengelige og støttende for pasienter, noe som innebærer empati, troverdighet og tilgjengelighet.

Konklusjon: I denne studien uttrykker pasientene at sykepleierne bør finne seg tid til å lytte til dem og kjenne til smerteproblematikken deres. Pasientene understreker forventninger om at sykepleierne bør ha kunnskap og kompetanse innenfor smertelindring, og at deres smerte bør bli forstått for å oppnå vellykket smertelindring. Pasientene hadde også et sterkt ønske om en åpen relasjon med sykepleiere. Videre uttrykker pasientene at smerter gjør at de risikerer å miste kontroll, selvstendighet og deres rolle. Numeriske skalaer for å måle om de er i stand til å utføre dagligaktiviteter eller opprettholde en følelse av kontroll og uavhengighet, ser ikke ut til å være meningsfull for disse pasientene. I stedet for å spørre pasienten «*Hvordan er smertene dine i dag?*», kan det være nyttig å spørre «*Mens du er plaget av smerter, hva kan du gjøre og hva kan du ikke gjøre?*»

Artikkel 6: Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer
(Katherine Webber & Andrew N. Davies & Martin R. Cowie, 2011)

Hensikt: Mål med denne studien tar sikte på å utforske den individuelle opplevelse av å leve med gjennombruddssmerter i sammenheng med kreft.

Metode: I denne studien ble det utført en kvalitativ innholdsanalyse, der data ble samlet via intervju med 10 pasienter.

Resultat/Funn: I resultatdelen rapporteres det at nesten alle pasienter som har gjennombruddssmerter, har hatt en omfattende innvirkning på deres livskvalitet. Smertene hindret dem å utføre daglige gjøremål og å være i aktiviteter noe som igjen har innvirkning på livskvaliteten. I resultatdelen kommer det fram at pasienter ofte ble påvirket av episoder med sterke gjennombruddssmerter. Forekomsten av smerter var forbundet med en erkjennelse av mangel på kontroll over sin kropp. I resultatdelen definerte pasientene smertene slik:

“Smerten stjeler hele min oppmerksomhet og jeg klarer ikke gjøre annet enn å skrike og håpe det skal ta slutt” (Webber et al. 2011, s. 2043).

“Du når et punkt det du ikke lengre vet om du kommer til å kollapse av smertene” (Webber et al. 2011, s. 2043).

Konklusjon: I studien kommer det fram at pasienter med kreftsykdom allikevel kan oppleve god livskvalitet. Dette kan skje ved at de får et endret perspektiv på livet, ellers ved at de får et endret syn på hva som er viktig i livet og hva som gir mening i livet. I studien peker på punkter som medvirker til økt livskvalitet:

- Det å redusere smerte
- Det å leve et normalt liv
- Det å ivareta relasjoner

5.0 DRØFTING

5.1 Palliasjon og smerte: En kompleks situasjon

I studien til Rustøen et al., (2009) kommer det frem at pasientens smerte var en unngåelig del av kreftsykdommen. Ikke bare nok med det, men den palliative fasen i seg selv bringer også med seg sine egne påkjenninger som øker smertene ytterligere. Pasientene har alle sine subjektive og individuelle smerter, som både forsterkes og påvirkes av fysiske, psykiske, sosiale, åndelige eller eksistensielle faktorer. Et sentralt fokus for sykepleieren blir å finne ut de bakenforliggende årsakene til smertene, dersom dette skulle være aktuelt. Siden individuelle opplevelser krever individuelle tiltak, er det sentralt at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap, god dialog, samt et godt samarbeid med både selve pasienten og deres pårørende for å oppnå en løsning på smerteproblematikken. I følge Rustøen et al., (2009) kan sykepleierens kunnskap og erfaringer med smerter føre til at man blir mer observant og får mer oppmerksomhet på pasientens uttrykk for smerter.

Selv om smertelindring er en viktig del av den palliative pleien, fremmer Loge, Bjordal, Paulsen, Kaasa (2007, s. 67) og Ribu (2010, s. 48) at det grunnleggende målet innen all palliativ behandling, pleie og omsorg er å gi best mulig livskvalitet for både pasient og pårørende i deres eget hjem. Livskvalitet handler om hvordan hver enkelte pasients opplevelse av å ha det godt og å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv (Ribu 2010, s. 50). Ut fra dette kan det ses at livskvalitet for den enkelte pasienten bør defineres av pasienten selv, og det er disse verdiene sykepleieren må forholde seg til. For å vurdere de beste tiltakene for økt livskvalitet i eget hjem, må man som sykepleier ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov, og legge til rette for å oppnå disse så langt det lar seg gjøre.

Det er ingen tvil om at smerte har en betydelig innvirkning på pasientens hverdagsliv. Og det underbygges både av teorien og studiene at plagsomme symptomer og utilstrekkelig smertelindring setter begrensninger for å kunne leve et godt liv til det siste. I studien til Webber et al., (2011) beskriver pasientene at tap av funksjon og kontroll med egen livssituasjon, hovedsakelig skjer på grunn av sterke smerter og plagsomme symptomer. De frykter også for å oppleve smerter. De opplever smerte som skremmende, både med tanke på nåtiden og fremtiden. Når man kjenner på frykten over en ukontrollerbar smerte sammen med langkommet sykdom, påvirkes ofte selvbildet i negativ forstand, da pasientene opplever stadige lidelser og meningsløshet. At pasienten er i en tapsprosess, er noe både pårørende og

sykepleieren må akseptere, uavhengig av funksjons- og mestringsnivå (Rønning et al., 2007, s. 221). En viktig forutsetning for å kunne hjelpe pasienten til å mestre situasjonen i deres eget hjem og eget miljø, er å finne ut hva han opplever som viktig. Det er også sentralt for sykepleieren, sammen med pasienten og pårørende, å finne ut hvordan pasienten på best mulig måte kan leve sitt liv i eget hjem, både nå og i tiden som kommer. Dette kan gi et håp til pasienter i den palliative fase med langkommet kreftsykdom, og bidra til økt hverdagsvelvære og god lindring.

5.2 Smertekartlegging

Til alle døgnets tider etter pårørende og venner, er det sykepleierne som jobber tettest med pasienten. Dermed har de anledningen til å bidra med en god og effektiv smertelindring, men for å oppnå dette kreves det at sykepleieren inne har kunnskap om ulike smertebehandling samt medisinsk virkning og bivirkning hos palliative kreftpasienter. I følge Berntzen et al., (2011, s. 362) og Samar et al. (2011) er en god kartlegging av pasientens smerter av stor betydning for å danne grunnlag til å sette i verk ulike tiltak som kan lindre smertene. For å kunne kartlegge på best mulig måte, har sykepleieren flere verktøy som kan benyttes i denne prosessen. Som tidligere nevnt, kan man ved bruk av ESAS- skjemaet kartlegge kreftsmerter. Her bør sykepleiere ha kjennskap om hvor smertene er lokalisert. For å måle smerteintensiteten, kan VAS-skalaen (vedlegg 3) være et godt hjelpemiddel, der pasienten har anledning til å plassere sin smerte fritt et sted på streken (Berntzen et al. 2011, s. 362). Ved bruk av kroppskart (vedlegg 4) som viser kroppen sett både forfra og bakfra, i kombinasjon med øvrige spørreskjema, vil opplysningene om smertegrad og intensitet komme bedre frem. Dette kan utføres like godt i hjemmet som på sykehus og sykehjem.

Likevel skal man ikke verken undervurdere eller glemme at den viktigste og beste kilden til å kartlegge smerter, er hos pasienten selv. Gjennom samtale kan man basert på pasientens beskrivelser få den beste innsikten i hvordan smertene oppleves både fysisk og psykisk. Dette påpeker også Rustøen et al., (2009) der det kommer frem at for å oppnå god smertelindring, holder det ikke med bare kartlegging og observasjon; man må også kommunisere med pasienten. Samar et al. (2011) og Kaasa og Loge (2007, s. 82) hevder at bruk av skjema kan føre til å skape et forhold samt nærere relasjon mellom pasienten og sykepleieren. Travelbee (1999, s. 177) hevder derimot at god pleie og omsorg skjer gjennom etablering av et

menneske-til-menneske forhold, noe jeg kan si meg enig i. Basert på egne erfaringer har jeg opplevd at det er ingen skjema eller tegning som på noen måte kan overgå den informasjonen man får gjennom å ha en god relasjon til pasienten, og ha kjennskap til hans særegne ønsker og behov.

5.3 Smertebehandling

Kreftsmarter hos palliative pasienter, er en kronisk tilstand. Dermed er bruk av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak en nødvendig del av smertelindringsarbeidet. I følge Berntzen et al., (2011, s. 362-264) finnes det flere viktige prinsipper i smertebehandling; blant annet at pasientene skal ha det så godt det lar seg gjøre uten unødvendige lidelser, miljøet rundt pasienten i deres hjem må være godt, målene må være realistiske, behandlingen må planlegges, smertelindrende medikamenter bør være lett tilgjengelige for å lindre smerter så fort som mulig. Sykepleierne må ta hensyn til ulikheter knyttet til pasientens ulike behov, om hvilke behandlingstiltak som fungerer best for dem. Pasientene har også sine individuelle tanker og forventninger til både medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring (Gibbins et al., 2013 & Webber et. al, 2011).

5.3.1 Ikke-medikamentell smertelindring

Smertelindring kan utføres som medikamentelt- eller ikke-medikamentelt behandling. Den ikke-medikamentelle delen, er vel så viktig som den medikamentelle. Resultatdelen i studien til Rustøen et al., (2009) og Mehta et al., (2011) underbygges også av Kaasa (2007), Almås (2011) og Helsedirektoratet (2015) at det å få fokuset over på andre ting enn smerten, er en viktig faktor for å bidra til å redusere smerte. Å tenke på at man har vondt, gjør ofte at det føles enda verre. Og ofte blir det slik når man er syk og sengeliggende. Men å bestemme seg for å glemme smerten og tenke på noe positivt er mange ganger lettere sagt enn gjort. Klarer ikke pasient å flytte fokuset på egenhånd, kan man som sykepleier eller pårørende som bor sammen med pasienten på flere ulike måter hjelpe ham med dette. Resultatene som kom fram i studiene til Rustøen et al., (2009) og Mehta et al., (2011) uttrykker også Almås (2011), Kaasa (2007) og Helsedirektoratet (2015) ulike ikke-medikamentelle tiltak som kan være nyttige. Disse ikke-medikamentelle tiltakene kan blant annet være massasje, fysioterapi, avspenning, varme- og kuldeterapi, akupunktur, varmekilde og musikk. Noen av disse

tiltakene kan for noen være en del av en vanlig hverdag, som for eksempel det å ha musikken på eller det å ha noen rundt seg. Gjennom erfaringen kan jeg si at det å tente lys, og å ha rolig musikk, kan hjelpe pasienten med å slappe av. En observant og dyktig sykepleier vil legge til rette og tilby forslag til slike tiltak.

I studien til Samar et al., (2011) kommer det frem at det er viktig å være til stedet for pasienten og vise at du er interessert. Det å ha samsvar med pasienten og prøve å finne løsninger som gir ham symptom lindring, kan føre til at han får følelse å bli hørt og tatt på alvor. Som det er blitt nevnt tidligere pasienten selv kjenner sin egen kropp best og vet hvilke symptomer han har på smerte. Almås (2011, s. 365) støtter dette i sin teori der han skriver at tilretteleggingen av individuelle tiltak etter pasientens behov og ønske, kan virke lindrende ved mange smertetilstander. Men man må ikke nødvendigvis gjøre noe praktisk for å gjøre dette. Det kan også skje i form av et godt smil, et varmt blick, gjennom å vise empati og engasjement i form av å lytte og gi pasienten oppmerksomhet når han trenger det (Birkeland & Flovik 2011, s. 109). Mange av disse tiltakene er enkle og raske å legge inn som en rutine i en vanlig hverdag. Jeg har selv opplevd hvordan småting kan bedre situasjonen med en pasient som var veldig urolig og hadde det vondt; da jeg satte meg ned og holdt hånden hans og begynte å snakke, glemte pasienten at han hadde vondt og begynte å snakke om andre ting. Selv om slike ikke-medikamentelle tiltak ofte kan utgjøre stor forskjell, kan man ikke legge skjul på at bruk av medikamenter er essensielt og noe vi ikke klarer oss uten. I følge Mehta et al., (2011) er en kombinasjon av medikamenter og ikke-medikamentell tiltak den beste løsningen for å dempe smerter.

5.3.2 Medikamentell smertelindring

Hjemmeboende kreftpasienter i palliative fase, har ofte behov for avansert medisinsk behandling, noe som krever kunnskap og ferdigheter i administrering av ulike typer medikamentell behandling (Rønning et al., 2007, s. 219). Bruken av medikamenter krever alltid den ytterste forsiktighet, og ofte er den en hårfin balanse mellom for mye og for lite, som kan få store konsekvenser for pasienten. Det er derfor avgjørende at både pasienten selv, og pårørende blir tilstrekkelig informert om både ulemper og fordeler med medikamentene som blir administrert. Å gi tilstrekkelig informasjon om medikamenters virkning og bivirkning, samt hvordan man forebygger risikoen for bivirkninger, er en viktig forutsetning for å unngå at enkelte pasienter lar være å ta medisinene sine. Uten riktig administrering og bruk av medikamenter er det vanskelig å lindre smertene (Webber et. al, 2011). Ifølge Rustøen (2009,

s. 52) kunne situasjonen for pasient og pårørende oppleves verre dersom de ikke opplevde å få nok informasjon om eventuelle virkninger og bivirkninger. Dette understreker hvor viktig det er at sykepleierne har kunnskap om medisinsk behandling og legemiddelhåndtering.

Selv om medikamentell lindring ofte er den beste og eneste løsningen man har, blir det likevel beskrevet av pårørende at medikamentell behandling ikke alltid lindrer smertene (Mehta et al., 2011). Noen av de pårørende i studiene til Mehta et al., (2011) og Rustøen et al., (2009) rapporterte også at pasientene fikk redusert evne til å fungere i dagliglivet etter bruk av enkelte medisiner. Dette kan på mange måter være forståelig, da svake pasienter som inntar sterke smertelindrende preparater, kan bli hemmet av dette. Det likevel sørgelig at enkelte pasienter ikke blir godt nok smertedekket, slik det kommer frem i studien til Mehta et al., (2011). I disse artiklene påpekes det at på grunn av sykepleieres mangelfulle kunnskap om opioider og andre kraftige smertedempende, får ikke alle kreftpasienter den lindringen de trenger. Berntzen et al., (2010, s. 371) bekrefter også dette da de skriver lindring og forebygging av smerter ofte kan være en utfordring for sykepleierne. Det må likevel tas i betraktning at mange av pasientene har både kroniske og akutte smerter på et slikt nivå at det svært vanskelig lar seg behandle. Det er tungt for sykepleieren å forholde seg til hjemmeboende pasienter med så sterke smerter uten å se tiltakenes tilstrekkelige effekt.

I studien til Rustøen et al., (2009, s. 53) og Mehta et al., (2011) kommer det også frem at sykepleiere ofte er utrygge angående de medikamentelle bivirkningene som kan oppstå, særlig i forhold til om pasientene er sterke nok til å klare å mestre den eventuelle kvalmen, obstipasjonen og ikke minst respirasjonsdepresjonen som kan oppstå. Det skal selvfølgelig tas i betraktning de store konsekvensene det kan få for en pasient at en alvorlig bivirkning inntreffer. Men det må likevel ikke komme i veien for å lindre pasientens smerter. Gjennom å tydelig informere pasienten og hans nærmeste om betydningen av helsehjelpen, tror jeg det fleste pasienter vil ha forståelse for risikoen bivirkningene innebærer.

5.4 Å etablere en tillitsfull relasjon

Ifølge Bergdahla et al. (2011) blir det beskrevet at en god relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende kan bidra til å oppnå en god palliativ pleie i hjemmet, samt øker sjansene for å nå smertebehandlingsmålet. Som sykepleier hjelper man pasienten i en sårbar situasjon, blant annet ved å redusere lidelser og gi en optimal smertelindring til det siste. Det blir da en

selvfølge at man utvikler en form for relasjon. Men for å kunne skape en god relasjon, er det spesielt et fokusområde man bør legge vekt på; nemlig kommunikasjon, for disse områdene henger ofte tett sammen. Travelbee (1999, s. 137) støtter dette ved å uttrykke at god kommunikasjon og samhandling er de viktigste begrepene for å utøve god sykepleie. Gjennom god kommunikasjon og relasjon kan både pårørende og pasientene få en følelse av å bli ivaretatt på flere nivå, men det er også et viktig redskap for at sykepleieren skal kunne få et bilde av pasientens smerteproblematikk. Ved å være omsorgsfull, og samtidig legge merke til pasientens behov uten at han selv må spørre eller be om det, fører til økte muligheter for å nå målet med en god behandling. Når denne relasjonelle og kommunikative kontakten ikke er til stede, kan det medføre at situasjonen oppleves som ekstra belastende og smertefull for pasienten. At pasienten får snakket om det som er vondt, kan ofte bidra til å lette smerten.

For å kunne kommunisere og legge til rette for en god relasjon kreves det ofte en del tid, noe sykepleierne i studien til Bergdahla et al., (2011) dessverre uttrykte at de ikke hadde nok av. Dette førte ofte til at de ikke rakk verken å reflektere over eller diskutere med pasienten om hans bekymringer, noe som førte til at pasienten ikke fikk god nok smertebehandling. Både for pasientenes del, og målet med sykepleien i seg selv er det likevel så viktig at man setter av nok tid, og ofte kreves det ikke så mye. Studien til Gibbins et al., (2013) blir det påpekt av pasientene hvor stor betydning det hadde for dem at sykepleieren signaliserer at de har god tid til å lytte til og vise forståelse for deres bekymringer. Dette var noe som på mange måter lettet deres smerter, samt gav dem en følelse av fred og sikkerhet i omstendighetene.

Dame Cicely Saunder skriver i sin teoridel at det å innhente kunnskap om pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov er sentralt for å kunne yte best mulig hjelp. Men å bli kjent med disse er ikke enkelt uten at man har en god kommunikasjon og relasjon (Trier, 2008, s. 744-745). Et godt forhold og god relasjon mellom pasienten og sykepleieren er viktig, fordi da blir det lettere for sykepleieren å oppnå opplysninger om pasientens opplevelse relatert til lidelsen. For å oppnå en bedre smertebehandling, er det viktig at pasienten er villig til å samarbeide med sykepleieren (Haugen, Jordhøy og Hjermsstad, 2007, s. 209). De fleste palliative kreftpasientene har visse krav til hva de forventer av en sykepleier i dette samarbeidet. Det er et ønske om et profesjonelt forhold mellom sykepleier og pasient, men likevel kreves det ofte mer enn bare profesjonalitet. Videre hadde pasientene i studiene til Rustøen et. al., (2009), Gibbins et al., (2013) og Bergdahla et al., (2011) ønske om å ha et godt forhold til sykepleierne, der det kunne snakke åpent om sin lidelse. Ofte er det vanskelige emner pasientene ønsker å diskutere, noe som er naturlig med tanke på

omstendighetene. Dette blir også påpekt av pasientene i studien til Rustøen et al., (2009) som sier at sykepleierne bør være komfortable med å kommunisere om vanskelige tema.

Det er ofte slik at disse pasientene føler seg veldig ensom med sin sykdom og smerter. Når man er i en håpløs situasjon, kan pasientens relasjon med sykepleieren kan føre til at han opplever at han har noen å stole på, som han kan belyse sine følelser til (Bergdahla et al., 2011). Mange ganger er det faktisk nok at pasienten er den som snakker, noe som også uttrykkes av pasientene i artikkelen Gibbins et al., (2013) og Rustøen et. al., (2009) der de sier at aktiv lytting, bruk av øyekontakt og noe fysisk kontakt fra sykepleierens side både kan lette deres smerter, samt gi dem en følelse av å bli ivaretatt. Det er viktig at sykepleieren viser pasienten at de er et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt menneske som de kan forholde seg til for å få hjelp. Ofte skal det ikke mer til enn å sette seg ned og ta en prat og eventuelt finne fram en kopp kaffe, eller å holde hånden til pasienten. Disse handlingene viser at sykepleiere bryr seg om pasienten, og at de ønsker å hjelpe dem (Birkeland & Flovik 2011, s. 28).

5.5 Sykepleierens faglige kunnskap og kompetanse

Gjennom forskningen og litteraturen som ble presentert i oppgaven, kommer det frem at sykepleiere har en viktig rolle i når det gjelder å kvalitetssikre smertelindringen som blir gitt til kreftpasienter i palliativ fase i hjemmet. De har også en viktig oppgave med å ivareta kontinuitet, planlegging, ansvarsfordeling og å «holde i all trådene» i behandlingen (Rønning et al., 2007, s. 217). Mye av bakgrunnen til dette, er at etter pårørende og venner, er det hovedsakelig sykepleieren som tilbringer mest tid sammen med pasienten frem til døden inntreffer. Dermed har sykepleierne anledning til både å administrere og evaluere behandlingen hyppig (Trier, 2010, s.742; Rustøen et al. 2009, s. 52 og Travelbee, 1999, s.31). Sykepleierens faglige kunnskap og erfaring, sammen med evne til å systematisk observere, registreres og dokumentere er viktige forutsetningene som ligger til grunn for en god smertebehandling og palliativ omsorg. Gjennom å kombinere sine kunnskaper med det pasienten uttrykker og ønsker, kan sykepleieren få et inntrykk av hvilke tiltak som er aktuelle for å lindre den individuelle pasients smerter. Ifølge de pårørende i studien til Gibbins et al. (2013) kommer frem at også de pårørende opplever det som viktig at sykepleieren har grundige fagkunnskap i palliativ behandling, og en høy kompetanse i smertelindring. De

pårørende er en sentral del av arbeidet som foregår i den palliative pleien, og ikke minst fordi det er i pasientens hjem. Sykepleierens funksjon er ikke bare å hjelpe hvert enkelt individ, men også familien til å mestre situasjonen, samt forebygge sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 41-48).

Selv om sykepleiere har en klar rolle, samt faglig kunnskap og kompetanse innenfor smertemedikamentell behandling, er det likevel ikke alltid vi klarer å løse alle utfordringer og problemer vi møter på. Dermed bør sykepleiere ha egeninnsikt og trygghet nok til å kunne formidle at de ikke vet og kan alt. Rønning et al., (2007, s. 219) uttrykker videre at det å kjenne sine begrensninger og å skaffe nødvendige informasjon, eller innspill fra andre fagpersoner er en nødvendig og vesentlig del av kompetansen. Rønning et al., (2007, s. 219); Rustøen et al., (2009) og Gibbins et al., (2013) påpeker at sykepleiere som jobber i pasientens hjem har en selvstendig funksjon og ofte er alene uten kollegaer å rådføre seg med. Det viktig at sykepleieren benytter seg av andre ressurser i krevende situasjoner. Opplevs det som at tiltakene man gjør ikke fører frem, er man pålagt til å søke hjelp fra andre. I første omgang tar man kontakt med andre sykepleiere, pasientens fastlege, eventuelt legevakt dersom det er akutte problemstillinger. Gjennom det tverrfaglige samarbeidet øker kompetansen, og føre til at en kan bedre vurdere om smertelindringen som blir gitt er god nok, eller om det bør iverksettes andre tiltak for å bedre pasientens hverdag i hjemmet. Også sykehusbasert palliative team og kreftkoordinator kan være en nyttig ressurs (Rønning et al., 2007, s. 214). Pasienten og pårørende bør oppleve et tett samarbeid mellom sykehus og hjemmesykepleie, understreker Rønning et al. (2007, s. 215). Dette skaper trygghet for både pasienten og pårørende i hjemmesituasjonen.

Det er ingen tvil om at faglig kunnskap og kompetanse, sammen med et tverrfaglig samarbeid er et avgjørende grunnlag for å kunne gi optimal smertelindring i den palliative fasen. Men det krever også mye refleksjon og etisk tilnærming når man jobber med kreftpasienter som er i den palliative fase. Det er en dramatisk og sårbar opplevelse for både pasienten og alle rundt ham, og krever at sykepleier må i bruk sine empatiske evner og skape tillit, gjensidig respekt, og ikke minst være tilgjengelig for både pasienten og hans pårørende. Kunnskap om selve smertebehandlingen hos palliative kreftpasienter, sammen med et godt forhold og god kommunikasjon sammen med pårørende, er betydningsfullt for hvordan resultatet av pleien blir. Målet er at pasienten selv, men også de pårørende opplever en god palliativ lindring.

6.0 KONKLUSJON

I dette litteraturstudiet ble det jobbet med temaet kreft og smertelindring. Fokuset var å finne metoder som kan brukes for å kvalitetssikre smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Smerte er en individuell opplevelse som er forskjellig fra individ til individ. Det som fungerer for noen, fungerer kanskje ikke for andre. Det er avgjørende for sykepleiere å sette seg inn i hver enkelt situasjon, for å gripe og forstå hva pasientene egentlig opplever som smerte. Smerten er en personlig erfaring som kun pasienten selv kan beskrive. Sykepleierne bør ha god kunnskap om kreftsykdom og smerte, på lik linje med kunnskap om kartlegging, observasjon, tiltak og evaluering. Sykepleierne bør vurdere smerter etter hvor smerten er, hvor intens den er og eventuelt hvilke typer smerter pasienten har. For å vurdere og behandle kreftsmarter hos hjemmeboende palliative pasienter, er det påkrevet å kartlegge smertene for å kunne gi god smertelindring. ESAS, VAS, kroppskart er smertekartleggingsskjemaer som gir en god og klar oversikt over smerter og gir oss viktig informasjon om valget av behandlingen.

Ut fra oppgavens drøftinger, bør den medikamentelle smertebehandlingen gå hånd i hånd sammen med den ikke-medikamentelle smertebehandling, for å kunne lindre pasientens smerter på en best mulig måte. Videre viser det seg at relasjonen mellom pårørende, pasient og sykepleier har en vesentlig betydning. Sykepleierne bør være bevisst sitt eget ansvar tilknyttet vurderingsprosessen, for å bidra til god smertelindring. For dette er kunnskap et viktig fundament. Likevel er veien til tilstrekkelig smertelindring både komplisert og sammensatt. Sykepleieren må evne å prioritere for å kunne ivareta medikamentell- og ikke-medikamentell smertebehandling riktig. Gode rutiner ved bruk av kartleggingsskjemaer, gode dokumentasjonsevner og samarbeid med pasient og eventuelt pårørende, er noen av de viktigste verktøyene vi har for å lindre smerter hos palliative kreftpasienter.

7.0 REFERANSELISTE.

- Aass, N., Bjordal, K., Nordøy, T., (2007). Systemisk tumorrettet behandling. I Kaasa, S. (red.), *Palliasjon Nordisk lærebok*. (2 utg., s. 457- 470). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Berntzen, H., Danielsen, A., Almås, H.(2010). Sykepleie ved smerte. I Almås, H., Stubberud, D., Grønseth, R. (red), *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg., s. 357- 395). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bergdahl, E., Bezein, E., Ternestedt, B., & Andershed, B. (2011). Development og nurses`abiliies to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. *Nursing Inquiry*, 18(2), 111-122. doi:10.1111/j. 1440-1800.2011.00527.x
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Gibbins J., Bhatia R., Forbes K. & Reid C. M. (2014) What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? *A qualitative study*. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78. doi:10. 1177/0269216313486310.
- Dale, O. (2007). Medikamentell behandling av gamle mennesker. Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s- 351). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fosberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008) *Att gjøre systematisk litteraturstudier*. Stockholm, (2. Utg.), Författerna och Bokforlaget Natur och Kultur.
- Haugen, D. Jordhøy, M. Hjermsstad, M. (2007) Organisering av palliative tilbud. I Kaasa, S. *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 209). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet frå:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Kaasa, S. (2007). Hva er palliasjon. I Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 31-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa, S. (2007). Smertebehandling. Kaasa, S. (red). I Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 262). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa, S & Borchgrevik, P. (2007). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 274). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa, S & Loge, J. H. (2007). Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring. I Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 78). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Loge, J. H., Hjerme, M. J., Kaasa, S. (2007). Delirium. I Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 274). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Loge, J. H. Bjordal, K. Paulsen, Ø. Kaasa, S. (2007). Den palliative konsultasjon. I Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 67). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Mehta, A., Cohen, S., Ezer, H., Carnevale, F., & Ducharme, F. (2011). Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), E37-45 1p. doi:10.1188/11.ONF.E37-E45

Norsk helseinformatikk (2014). *Kreft- sykdom*. Hentet fra <http://nhi.no/sykdommer/kreft/kroppen-var/kreft-1808.html>

Reitan, A. M. & Schjøllberg, T. K. (2010) *Pasient- Utfordring- Handling*. Oslo: Akribe Forlag AS.

- Rosland, J & Tjølsen, A. (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 311). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rosen, G. Stiles, T. C. (2007). Smertebehandling og psykologi. Kaasa, S. (red), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 411-418). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rønning, M., Strand, E., Hjermsstad, M. (2007). Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I Kaasa, S. (red), *Palliasjon – Nordisk lørebok*. (2. utg., s. 213-225). Oslo: Akribe AS
- Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M., & Wahl, A. (2009). Nursing pain management -- a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. *Pain Management Nursing*, 10(1), 48-55 8p. doi:10.1016/j.pmn.2008.09.003.
- Samar, M. A., Monterosso, L., Linda J. Kristjanson, & Ruth McConigley (2011). Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS). *International Journal of Palliative Medicine*, 14(3), 315-312. DOI: 10.1089/jpm.2010.0412.
- Schjøelberg, T. K. (2010). Forebygging av Kreft. I Reitan, A. M. & Schjøelberg, T. K. (red), *Kreftsykepleie pasient – utfirdring – handling*. (3 utg., s. 35- 46). Oslo: Akribe AS
- Schjøelberg, T. (2010). Sykepleie til pasienter med kreft. Knutstad, U. (red.), *Sykepleie-boken 3*. (1 utg., s. 104). Oslo: Akribe AS.
- Skorpen, F. (2007). molekylærgenetikk i smertebehandling. I Kaasa, S. (red), *Palliasjon – Nordisk lørebok*. (2. utg.,). Oslo: Akribe AS
- Sørbye, L. W. (2010). Etske problemstillinger. I Reitan, A. M. & Schjøelberg, T. K. (red.), *Kreftsykepleie pasient – utfirdring – handling*. (3 utg., s. 286). Oslo: Akribe AS

Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I Reitan, A. M. Schjølberg, T. K. (red.), *Kreftsykepleie pasient – utfirdring – handling*. (3 utg., s. 242). Oslo: Akribe AS

Travelbee, J. (1999). Begrepet kommunikasjon. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Universitetsforlaget.

Trier, E. (2010). Lindrende sykepleie. Knutstad, U. (red.), *Sykepleie- boken 3*. (1. utg., s. 742-745). Oslo: Akribe AS

Webber K, Davies, A., & Cowie, M. (2011). Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. *Journal Supportive Care in Cancer*, 19(12),2041-2046
6p.

World Health Organization (2013) *WHO Definition of Palliative Care*, 2013, WHO.
Tilgjengelig fra: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg-1 Søkeprosess

I forhold til oppgavens problemstilling vil jeg bruke helsebiblioteket.no for å finne nasjonale føringer. Jeg vil også ta utgangspunkt i de nasjonale føringene i forhold til smertelindring hos palliativkreftpasienter.

Tabell 1: Søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Palliative Care	14082	
S2	Cancer pain	4070	
S3	S1+ S2	768	
S4	S1 + S2	219	2010 – 2015
S5	S1 + S2 + Family role	2	2010 – 2015

Valgte artikkel S5: *Striving to respond to palliative care patient's pain at home: a puzzle for family caregivers.*

Tabell 2: Søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Cancer patients	9091	2008 - 2015
S2	Patient Attitudes	11753	2008 – 2015
S3	Cancer pain	4070	
S4	S1 + S2 + S3	27	2009 - 2016

Valgte artikkel S4. *Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment*

Tabell 3: Søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Palliative care	16408	Siste 5 år
S2	Cancer pain	21871	Siste 5 år
S3	Breakthrough cancer	306	Siste 5 år

	pain		
S4	Patients with advanced cancer + S3	21	Siste 5 år & Full text

Valgte artikkel S4: *Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer*

Tabell 4: Søk i PubMed

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Patient Assessment	147568	Siste 5 år
S2	Symptoms -- Physiopathology	185438	
S3	Measuring Symptom in Palliative Care	42	Siste 5 år
S4	S1+ S3	20	

Valgte artikkel S4: *Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS)*

Tabell 5: Søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Cancer pain - Therapy	504	2011 - 2015
S2	Management of pain	1398	2011 – 2015
S3	S1 + S2	47	2014-2016
S4	S1 + S2 + Psychosocial Factors	6	2014 - 2016

Valgte artikkel S4: *What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study*

Tabell 6: Søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Nurse-Patient Relations + Palliative Care	317	Siste 6 år
S2	S1 + Caring	53	
S3	S1 + S2 + Reflection	6	Siste 5 år

Valgte artikkel S3: *Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach*

8.2 Vedlegg -2 Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS- skjemaet

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<hr/>												
Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvnnig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære (Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyllt ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

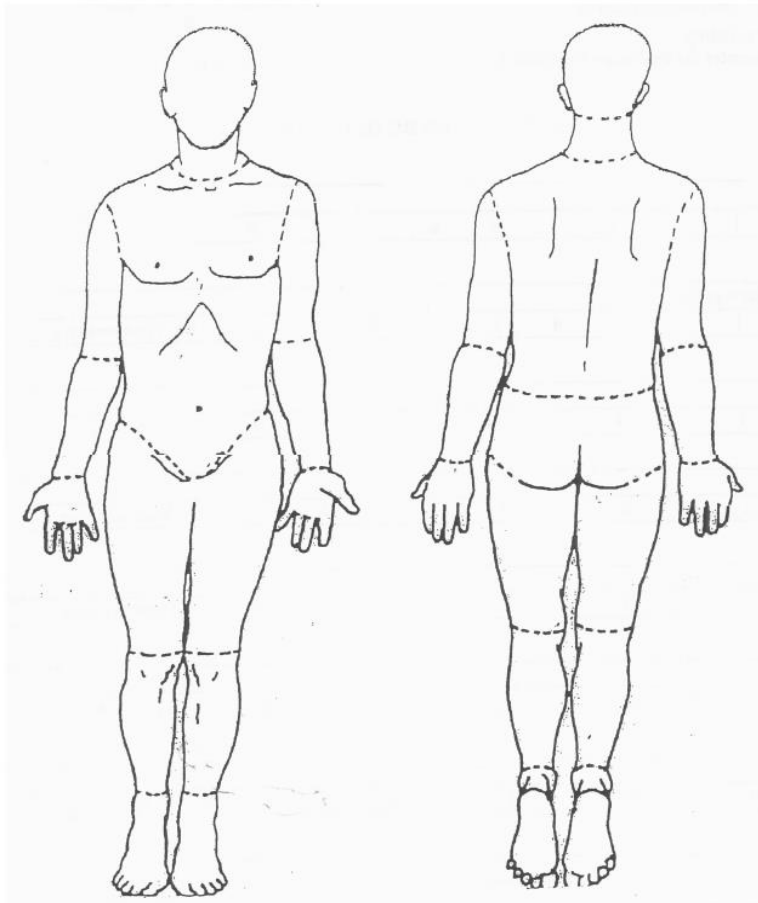
Edmonton symptom assessment system, revidert versjon 2010 (ESAS-r)

8.3 Vedlegg -3 Numerical Rating Scale, NRS-skjema



8.4 Vedlegg 4- Kroppskartet

SMERTEREGISTRERING



Smertens karakter:

1. Konstant

2. Ujevn

3. Utløst av bevegelse

A. Verkende	G. Brennende
B. Pulserende	H. Utstrålende
C. Stikkende	I. Sviende
D. Skjærende	J. Ilende
E. Rivende	K. Annet
F. Trykkende	