

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.2017 kl. 14.00

Kandidatnummer/navn: 330

Veileders navn: Frode Skorpen

Antall ord: 8991

SMERTEBEHANDLING TIL PASIENTER MED KREFTSYKDOM

- NÅR SMERTENE BLIR EN DEL AV LIVET

”Lord, please help me to bring
comfort where there is pain
courage where there is fear
hope where there is despair
acceptance when the end is near
and
a gentle touch with
tenderness, patience, and love

Amen”

(Ukjent)

Bacheloroppgave i sykepleien
Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling Stord 2017
Kull 2014

Kandidatnummer: 330

Antall ord: 8991

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Kreft er en sykdom som involverer mange, enten pasient, pårørende eller bekjent. I 2015 var det totalt 32 592 nye tilfeller av kreft i Norge, og gjennom mange år har antallet nye krefttilfeller økt. Smerter er den plagen som er mest fryktet hos pasienter med kreft. Ved langtkommen kreftsykdom angis 70- 80% at de har behandlingskrevende smerter.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å lindre fysisk smerter hos pasienter med kreft i palliativ fase på sykehus?

Metode: I denne oppgaven har det blitt brukt litteraturstudie. Forskningsartikler ble funnet gjennom ulike internettsøk i ulike databaser. Teori ble funnet og brukt for å finne relevante forskningsartikler til det aktuelle tema, og til å besvare problemstillingen min.

Resultat: Forskningsartikler viser at sykepleierne har stor betydning i smertelindringen til pasienter med kreft som er innlagt på sykehus. Pasientene har et betydelig behov for god kommunikasjon og informasjon angående smertelindring. Det er viktig at sykepleierne er tilstede, lytter, samt viser omsorg og empati. Det er flere faktorer som spiller inn for at pasienten skal kunne få tilstrekkelig smertelindring. For å kunne få best mulig smertelindring kan en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell behandling være løsningen. Det kommer også frem at det er viktig for pasientene med en god relasjon med sykepleierne for å få en best mulig palliativ behandling.

Konklusjon: Å lindre smerte og lidelser hos pasienter med kreft i den palliative fasen, samt å gi informasjon, omsorg og hjelpe dem med å mestre sin situasjon er blant sykepleierens oppgaver. Sykepleierens kunnskap, kompetanse og erfaring er viktig når det gjelder smertelindring. I tillegg må sykepleierne ha medmenneskelige egenskaper, kommunikative kunnskaper og evnen til å vise omsorg. Den sammensatte smerteopplevelsen er en realitet, og det er viktig å se på smerten som en helhet for å kunne opprettholde best mulig smertelindring.

Nøkkelord: Smertelindring, kreft, palliativ fase, sykehus, lidelse, sykepleierens oppgave

SUMMARY

Background: Cancer is a disease involving many, either the patient, family or acquaintance. In 2015 it was registered 32 592 new cases of cancer in Norway, and for many years the number of new cases of cancer has increased. Pain is the symptom feared the most by patients, and 70-80% of the patients with advanced cancer need treatment for their pain.

Research question: How can nurses help cancer patient to treat their pain at the hospital?

Method: The method used in this task is a literature study. Research papers were collected from Internet search in different databases. Theory was found and used to find relevant research papers to the theme, in order to answer my question.

Result: Research papers show that nurses have great significance in pain relief to cancer patients who are in hospitals. Patients have a significant need for good communication and information regarding pain relief. It is important that nurses are present, listening and showing care and empathy. There are several factors that come into play for the patient to get adequate pain relief. In order to get as much pain relief as possible can be a combination of drug and non-drug therapy may be the solution. It is also evident that it is important for patients with a good relationship with the nurses to get the best possible palliative care.

Conclusion: To relieve pain and suffering of cancer patients who need palliative care, as well as providing information, care and help them cope with their situation are among the nurse's duties. The nurse's knowledge, experience are important when it comes to pain relief. In addition, nurses must compassionate qualities, communicative skills and the ability to show you care. The composite pain experience is a reality, and it is important to look at pain as a whole in order to maintain the best possible pain relief.

Keywords: Palliative care, cancer, hospitals, suffering, pain, nurse

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
1.1. BAKGRUNN	1
1.2. PROBLEMSTILLING	1
1.2.1. AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	2
1.3. HENSIKT MED OPPGAVEN	2
2. TEORI	3
2.1. KREFT	3
2.2. SMERTER	3
2.2.1. SMERTER VED KREFTSYKDOM	3
2.3. SMERTELINDRING	4
2.3.1. MEDIKAMENTELL BEHANDLING	5
2.3.2. IKKE MEDIKAMENTELL BEHANDLING	5
2.3.3. SYKEPLEIEFAGLIGE UTFORDRINGER	5
2.4. PALLIASJON	6
2.5. KATIE ERIKSSONS OMSORGSTEORI	6
2.5.1. KATIE ERIKSSON – LIDELSE	7
3. METODE	8
3.1. LITTERATURSTUDIE	8
3.2. FREMGANGSMÅTE	8
3.3. SØK AV ARTIKLER	9
3.4. KILDEKRITIKK	14
3.5. FORSKNINGSETIKK	16
4. RESULTAT	17
5. DRØFTING	22
5.1. OPPLEVELSEN AV SMERTER	22
5.2. SMERTEKARTLEGGING	24
5.3. SMERTEBEHANDLING	26
6. AVSLUTNING	30
REFERANSER	i
VEDLEGG 1 - Resultattabell	iv
VEDLEGG 2 - ESAS - skjema	ix
VEDLEGG 3 – Kroppskart	x
Vedlegg 4 – VAS- skala	xi

1. INNLEDNING

1.1. BAKGRUNN

Temaet jeg har valgt å fordype meg i er smertebehandling til pasienter som lider av en kreftsykdom. I dagens samfunn er kreft en sykdom som berører mange, enten som pasient, pårørende eller bekjent. I 2015 var det totalt 32 592 nye tilfeller av kreft i Norge. Tilsammen døde 10 971 personer av kreft dette året. Gjennom mange år har antallet nye krefttilfeller økt, og kreftsykdom forekommer i alle aldersklasser (Grasdahl, u.å.). For pasienter med kreft er smerter den plagen som er mest fryktet, og det forekommer hos 40-50% av disse pasientene. Ved langtkommen kreftsykdom angis 70-80% at de har behandlingskrevende smerter (Lorentsen & Grov, 2013, s. 407). Å beskrive smertens karakter i et tidsforløp, kartlegging av smerter og smertebehandling er en viktig del av sykepleierens oppgave. Både pasientens fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell smerte er en viktig del av sykepleierens ansvar gjennom kartlegging og behandling av smerter for pasientene (Lorentsen & Grov, 2013, s. 412). Flere pasienter sier de ikke får den smertelindringen de trenger, og de får dårlig oppfølging (Lorentsen & Grov, 2013, s. 419).

I praksisfeltet har jeg opplevd pasienter som har sterke smerter på grunn av kreftsykdom, og redsel for å få store smerter. Jeg har sett sammenhengen mellom fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell smerte, og hvordan dette kan påvirke smerteopplevelsen. Som ferdigutdannet sykepleier har jeg både et ansvar, men også lyst til at smertebehandlingen til mine pasienter skal være tilstrekkelig. Jeg synes også forskning innen kreftmedisin er spennende, og jeg er interessert i videreutdanning innen dette feltet.

1.2. PROBLEMSTILLING

Hvordan kan sykepleiere bidra til å lindre fysisk smerter hos pasienter med kreft i palliativ fase på sykehus?

1.2.1. AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING

På grunn av oppgavens omfang blir den avgrenset til pasienter med kreft som er kommet i den palliative fasen, og hvordan sykepleiere kan bidra til å lindre pasientens fysiske smerter. Fokuset vil være på voksne pasienter på sykehus. Jeg velger å vektlegge opplevelsen av smerter, smertekartlegging og sykepleierens rolle i smertebehandlingen. Smerteopplevelsen er sammensatt, og på grunn av oppgavens omfang blir det å vektlegge fysisk smerte og hvordan man kan behandle den. Den psykiske, sosiale og eksistensielle smerten vil bli nevnt, men ikke gått noe videre innpå, selv om de har innvirkning på hverandre og smerteopplevelsen. Jeg vil komme innom den medikamentelle- og den ikke-medikamentelle smertebehandlingen i oppgaven.

Jeg har ikke valgt en bestemt kreftdiagnose, men omtaler generelt kreft hos pasienter i palliativ fase. Dette er fordi uavhengig av diagnose anser jeg indre følelser og smerter som et likeverdig problem. Ved kreftsykdom er smerter en av flere vanlige plager. Jeg vektlegger ingen andre plager i denne oppgaven, på grunn av dens omfang. Å forebygge og lindre smerter er målet med den palliative behandlingen. Medikamentell smertelindring fører ofte med seg bivirkninger. På grunn av oppgavens begrensning vil disse bare bli nevnt i sammenheng med den medikamentelle behandlingen og utfordringer det kan føre med seg, men jeg vil ikke gå nærmere innpå de. Det betyr ikke at de er mindre viktig av den grunn. Jeg har valgt palliativ fase på sykehus, og vil dermed ikke komme innom hjemmetjenesten eller institusjon i oppgaven. Den terminale fasen utelukkes også. Livskvalitet er veldig relevant i forhold til smerte og i den palliative fasen. Jeg vil ikke kunne gå i dybden, men kommer innom dette i drøftinga siden det blir omtalt i enkelte av artiklene jeg har valgt.

1.3. HENSIKT MED OPPGAVEN

Hensikten med oppgaven er å bruke ulike studier til å drøfte smerteopplevelsen til pasienter med kreft i den palliative fasen, samt ulike smertekartleggingsverktøy og sykepleierens rolle i smertebehandlingen. Det stiller store krav til sykepleierens kunnskap og kompetanse i forhold til sykepleie i den palliative fasen. Dette fordi pasientene ofte har mange plagsomme symptomer som alle vil virke innpå hverandre. Sykepleierne må dermed kunne tolke pasientens symptomer og behov. Symptomene hos pasienter i den palliative fasen kan være svært sammensatte, og de kan endre seg raskt (Lorentsen & Grov, 2013, s. 427).

2. TEORI

2.1. KREFT

Kreft er et samlenavn på over 200 ulike kreftformer. Selv om kreftformene har mange fellestrekk, skiller de seg også fra hverandre. Dette gjør at sykdomsforløpet, behandlingen og overlevelse varierer (Grasdal, u.å.). Kroppen vår består av milliarder av celler. Ved kreft oppstår det en mutasjon. Det vil si skader i cellens arvestoff, slik at cellen deler seg ukontrollert. Da skjer det en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet, som etter hvert blir omdannet til en kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2013, s. 402). Kreftsvulster har evnen til å metastasere seg. Når en metastase oppstår løsriver cellen seg og føres med blod- og lymfekanaler til andre deler av kroppen. Kreftsvulstene kan da trekke seg inn i vev og andre organer og danne nye svulster der (Grasdal, u.å.). Den medisinske behandlingen ved kreftsykdommer er avhengig av hvilke kreftform pasienten har og hvor den er lokalisert. De vanligste behandlingsformer for kreft er kirurgi, cytostatikabehandling og strålebehandling. Disse kan brukes i kombinasjon eller hver for seg.

2.2. SMERTER

Berntzen, Danielsen & Almås (2013, s. 357) definerer smerter som ”smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”. Smerter er en sammensatt opplevelse, og den kan forverres eller reduseres av påvirkede faktorer. Bare den som selv kjenner smerten kan vite hvordan den føles, hvor intens den er, og hvor lenge den varer. Dette betyr at smerteopplevelsen er høyt subjektiv, og den er lite tilgjengelig for andres kontroll (Berntzen et al., 2013, s. 357). Man skiller mellom akutte smerter, kortvarige smerter og kroniske smerter (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328).

2.2.1. SMERTER VED KREFTSYKDOM

Smerter kan oppleves forskjellig, den kan komme av kreftsykdommen selv, behandlingen eller tanker rundt (Grasdal, u.å.). Smerter er den kreftrelaterte plagen som er mest fryktet. Pasienter som har kreft har ofte flere typer smerter samtidig. Dette kan kreve svært forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling (Lorentsen & Grov, 2013, s. 407). Kreft smerter blir definert som en sammensatt opplevelse som inneholder fysiologiske, sensoriske, følelsesmessige, kognitive, atferdsmessige og sosiokulturelle dimensjoner. Disse dimensjonene henger sammen og er vanskelig å skille. Det dreier seg om varigheten av

smerten, hvordan personen som har vondt vurderer smertens intensitet og kvalitet, den emosjonelle reaksjonen på kreftsmertene, betydningen av smertene og hva personen gjør for å mestre de. Det dreier seg også om etnokulturell bakgrunn, demografi og sosiale faktorer (Utne & Grov, 2016, s. 93). Kreftsmarter inkluderer både en vedvarende bakgrunns smerte og kortvarige perioder med forverring av smerteintensiteten. Disse forbigående ”smertetoppene” kaller en for ”gjennombruddssmerter”. Smertene kan være utløst av en påvisbar faktor eller uten noen forklaring. Serke smerter hos kreftpasienter skal behandles umiddelbart på en adekvat måte. Man bør gjøre en utredning etter at smerten er tilfredsstillende lindret, for at en senere kan behandle den bakenforliggende årsaken om mulig. Kreftpasienter har sjelden en stabil smerte, og smertene vil ofte variere over tid. Dette innebærer at en må følge pasientene systematisk både for å få oversikt over smertetilstanden og/eller for å monitorere effekten av behandlingen. Behandlingen må tilpasses den enkelte pasient. Man må behandle, evaluere, behandle og reevaluere behandlingen. Forhold som blir vektlagt er smertens intensitet, lokalisering og karakter samt sykdommens utbredelse (Kaasa, 2016, s. 403).

2.3. SMERTELINDRING

Smerter over et visst nivå vil ha stor innvirkning på pasientens liv. Ved en vellykket smertebehandling kan livskvaliteten raskt forbedres (Kaasa, 2016, s. 403). Ved smertebehandling skal pasienten ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser. For å kunne lindre smerten er det viktig med en grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter. Videre må man planlegge, iverksette og evaluere systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling. Det er flere hjelpemidler man kan bruke til dette, som omfattende spørreskjemaer med beskrivelser av smerter til enklere skalaer der pasienten selv graderer smerten han opplever (Berntzen, et al., 2013, s. 362).

Den vanligste smertelindringen for pasienter med kreft er legemidler som ulike opioider. Når smertene er sammensatte må en kombinere medikamenter som virker på ulike områder. Da er det viktig med evaluering underveis, fordi smertebildet kan forandre seg fort. Det finnes også andre behandlingsformer for smerte. Dette kan være akupunktur og transkutan nervestimulasjon, avspenningsteknikker og fysisk aktivitet (Grasdal, u.å.).

Kreftsmarter er oftest en kronisk tilstand, og behandlingen må innrettes deretter. Det skjer fysiologiske forandringer ved vedvarende smerter som gjør at smerteimpulsen blir sterkere og

vanskeligere å behandle. All smerte kan ikke fjernes, og det er viktig at man setter realistiske mål, men det er også viktig at man gjør alt for at livet til pasienten og pårørende blir så godt som overhodet mulig, med lavest mulig nivå av smerte og andre plagsomme symptomer (Kaasa, 2016, s. 404).

2.3.1. MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Når diagnosen først er stilt, skal behandlingen igangsettes umiddelbart, og medikamenter bør gis i tilstrekkelig store doser. Opioider er de viktigste medikamentene i behandlingen av smerter ved kreftsykdommer. Enkelte opioider som for eksempel morfin har ingen øvrige doseringsgrense. Døgndosen kan variere fra 40 mg til mange tusen mg morfin for optimal analgetisk effekt. Om en øker dosen raskt kan bivirkninger bli en begrensende faktor for å oppnå tilfredsstillende smertelindring (Kaasa, 2016, s. 404). Studier viser at ved å kombinere ikke-opioide analgetika og opioider oppnår 85-90% av kreftpasienter tilfredsstillende smertelindring, og pasienter trenger da mindre dose med opioider (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 429).

Ikke-opioide og adjuvante analgetika er også to hovedgrupper analgetika som er viktig i smertebehandlingen ved kreftsykdom. De vanligste ikke-opioide analgetikaene er paracetamol, NSAIDs og acetylsalisylsyre. Adjuvante analgetika blir brukt ved smertetilstander som ikke kan lindres av opioider uten å gi bivirkninger (Benthien & Sjøgren, 2016, s. 411).

2.3.2. IKKE MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Smerter kan i mange situasjoner lindres uten legemidler. Det er mange ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder som er i bruk. De vanligste metodene for ikke-medikamentell behandling er massasje, vibrasjon, akupunktur, varme og kulde terapi, musikk, avledning og sensorisk stimulering (Berntzen et al., 2013, s. 365). Denne behandlingen har som intensjon å redusere angst og spenning, behandle depresjon, smerte, tungpustethet, kvalme og sykkelig tretthet (Risberg, Nilsen, Wist, 2016, s. 105).

2.3.3. SYKEPLEIEFAGLIGE UTFORDRINGER

Når det gjelder smertebehandling og lindring av pasientens smerter har sykepleieren en viktig funksjon og et stort ansvar, der kunnskap står sentralt. Ansvaret omfatter datainnsamling,

observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, administrering av medikamentelle tiltak, ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak og evaluering av tiltakenes effekt. Også holdningene sykepleierne har overfor pasientens smerteopplevelse er viktige å tenke over (Berntzen et al., 2013, s. 355-356).

2.4. PALLIASJON

Når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling, må målet med behandlingen endres, og behandlingen blir livsforlengelse, symptomlindring og mest mulig livskvalitet. Når sykdommen er uhelbredelig og pasienten nærmer seg livets slutfase, definerer det som palliativ fase (Lorentsen & Grov, 2013, s. 425). European Association for Palliative Care (EAPC) og World Health Organization (WHO) definerer palliasjon slik: ”aktiv 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 åndelig/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 den del av livet” (Lorentsen & Grov, 2013, s. 425).

2.5. KATIE ERIKSSONS OMSORGSTEORI

I noen situasjoner må naturlig omsorg erstattes med profesjonell omsorg. Utgangspunktet for profesjonell omsorg mener Eriksson (1996, s. 17) er knyttet til tro, håp og kjærlighet, som i naturlig omsorg. Målet er likt for den profesjonelle og den naturlige omsorgen: Å fremme heleprosessene hos mottakeren. Oppgaven min bygger på Katie Erikssons omsorgsteori, da det er nært knyttet opp mot lidelse, helse og menneskesyn. I Erikssons omsorgsteori står helse veldig sentralt, og helsebegrepet hennes rommer tre komponenter: sunnhet, friskhet og velvære. Som i den naturlige omsorg knytter Eriksson forøvrig begrepene tro, håp og kjærlighet direkte til helsebegrepet. Hun sier tro er helsens grunns substans, håpet er helsens retning og kjærligheten er helsens form (Kristoffersen, 2014, s. 242-244). Om vi ser på Erikssons helsebegrep, er menneskets subjektive opplevelse en viktig side ved helsa. Et viktig mål for sykepleieren i møte med alvorlig syke mennesker vil være å fremme pasientens opplevelser av velvære i tråd med den subjektive opplevelsen (Kristoffersen, 2014, s. 60).

Eriksson ser på mennesket som en helhet med dimensjonene kropp, sjel og ånd. Hun er opptatt av hva det er som kjennetegner mennesket, hvordan mennesket forholder seg til seg selv, til verden og til andre mennesker, og hva som kjennetegner dens natur og vesen. Eriksson hevder at mennesket kjennetegnes ved at det både har bevissthet og selvbevissthet, og at graden av bevissthet og selvbevissthet utgjør selve grunnlaget for menneskets indre virkelighet eller opplevelsesverden. Eriksson sier at menneskes opplevelser kan aldri helt forstå eller tolkes av andre, fordi de er dets egne (Kristoffersen, 2014, s. 241-242).

2.5.1. KATIE ERIKSSON – LIDELSE

Eriksson (1995, s.13) sier at lidelsen er tilegnet mennesket, å leve innebærer blant annet å lide. Hun sier ”lidelse er noe fullstendig ondt og har i seg selv ingen mening, men hvert menneske kan ved å gjennomleve sin lidelse tilskrive det en mening. Lidelsen er en kamp mellom det onde og det gode, mellom lidelse og lyst. Liv og død, lidelse og lyst utgjør kjernen i alt menneskelig liv”.

Eriksson (1995, s. 66) beskriver tre ulike former for lidelse: sykdomslidelse, pleielidelse og eksistensiell lidelse. Sykdomslidelse er den lidelsen pasienten opplever til selve sykdommen eller behandlingen. Det kan være fysiske smerte eller sjelelige og åndelige lidelser. Pleielidelsen er den lidelsen som oppstår i relasjon til pleiesituasjonen. Den eksistensielle lidelsen eller livslidelse er den lidelsen som oppleves i relasjon til ens eget liv. Det er bevisstheten om den absolutte isolasjon, og dermed ensomhet.

3. METODE

I denne delen av oppgaven skal jeg gjøre rede for betydningen av begrepet metode, og forklare hva et litteraturstudie er. Jeg skal presentere min egen bruk av metoden, hvilke søketabeller jeg har utarbeidet, og hvilke fremgangsmåter jeg har brukt. Deretter skal jeg gjøre rede for bruk av etiske overveielser og metodekritikk.

Metode går ut på hvordan oppgaven skal skrives. Det er en fremgangsmåte for å løse problem og til å komme frem til ny kunnskap på. Det omfatter hvordan man skal jobbe for å etterprøve ny kunnskap (Dalland, 2015, s. 50). Metode kan en definere slik: ”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2015, s. 111).

3.1. LITTERATURSTUDIE

Metoden jeg skal bruke i denne oppgaven er litteraturstudie. Dette er en studie basert på allerede eksisterende skriftlige kilder. Forsberg og Wengström (2015, s. 30) forklarer at en litteraturstudie innebærer å søke systematisk, kritisk granske og deretter sammenligne litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. Flere kjennetegn på litteraturstudie er blant annet at problemstillingen er presist formulert og avgrenset, metodevalget er grunnlagt, informasjon er fra flere kilder og at kildene er relevante (Tidemann, 2015, s. 80).

Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte området og ha som mål til å finne beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Tidemann, 2015, s. 80).

3.2. FREMGANGSMÅTE

I denne studien er det gjennomført et litteraturstudie innenfor temaet ”smertelindring til pasienter som lider av en kreftsykdom i den palliative fasen på sykehuset” for å finne et teorigrunnlag. Litteratursøkene er gjort i de helsefaglige databasene, Cinahl og PubMed for å finne relevant forskning. Både Cinahl og PubMed er databaser som er relevant og egnet på grunnlag av at det er et stort utvalg av sykepleierforskning. Cinahl er i følge Tidemann

(2015, 85) en database som dekker sykepleierelaterte fag. På Cinahl finnes det for det meste forskningsartikler og avhandlinger. Cinahl har for det meste artikler på engelsk. PubMed er den mest brukte databasen for helsepersonell, der man hovedsakelig finner forskningsartikler. Også her er det fleste artiklene skrevet på engelsk (Thidemann, 2015, s. 85). Også sykepleien.no ble benyttet til å finne relevant faglitteratur. Noen av artiklene har jeg funnet gjennom tidligere bacheloroppgaver, både inne i metodedelen og i referanselista. Under litteratursøkene mine så jeg i noen artikler sine referanselister, og fant andre artikler der fra. Dette er ifølge Thidemann (2015, s. 83) en fin måte å søke for å finne gode primærkilder.

Jeg brukte søkeord på engelsk for å få et bredt treff, og søkeordene som ble brukt er ”Nursing pain management”, ”cancer pain”, ”cancer patients”, ”hospital”, ”measuring symptom”, ”symptom assessment scale”, ”palliative care”, ”patients with advanced cancer”, ”pain controll” og ”breakthrough pain”. I søkeordene mine definerte jeg inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, og fikk mer relevant stoff om det jeg ønsket. Inklusjonskriterier jeg hadde innenfor søket på Cinahl var å huke av for ”all adult” og PubMed ”voksne over 19 år”. På de fleste søkene mine hadde jeg eksklusjonskriterier som å velge ut årstall, og valgte å se på publikasjoner skrevet etter år 2008, på PubMed valgte jeg artikler fra de siste 5-10 årene. De fleste søkene mine fikk jeg ned til under 22 treff, men den største andelen av artikler jeg valgte å bruke fant jeg gjennom søkene som ga 17 treff eller mindre. Når jeg gjennomførte søkene mine har jeg dokumentert søkehistorikken. Tabellen for denne blir presenter under.

3.3. SØK AV ARTIKLER

TABELL 1 – Cinahl og PubMed					
Søkt: 09.01.2017					
		Cinahl		PubMed	
	Søkeord	Antall treff	Avgrensing	Antall treff	avgrensing
S1	Nursing pain management	74	2009-2017, mennesker, voksne	1449	Siste 10 år, mennesker, voksne over 19 år

S2	Cancer pain	731	2009-2017, mennesker, voksne	11 237	Siste 10 år, mennesker, voksne over 19 år
S3	Cancer patients	9 185	2009-2017, mennesker, voksne	276 228	Siste 10 år, mennesker, voksne over 19 år
S4	S1 and S2 and S3	6	2009-2017, mennesker, voksne	389	Siste 10 år, mennesker, voksne over 19 år
S5	Hospital	(ikke søkt)	2009-2017, mennesker, voksne	1 722 577	Siste 10 år, mennesker, voksne over 19 år
S6	S4 and S5		2009-2017, mennesker, voksne	187	Siste 10 år, mennesker, voksne over 19 år
S6	S4 and S5		2009-2017, mennesker, voksne	15	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år

Valgte artikkel S4 fra Cinahl: Nursing pain management – A qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment.

TABELL 2 – Sykepleien.no

Søkt: 09.01.2017

Jeg fant forskningsartikkelen på sykepleien.no med søkeordet kreftsmertter.

Valgte artikkel: Kreftpasienters barriere mot smertebehandling.

TABELL 3 – Cinahl og PubMed				
Søkt: 09.01.2017				
		Cinahl	PubMed	
	Søkeord	Antall treff	Antall treff	Avgrensing
S1	Measuring symptom	266	2456	2008-2017
S2	Symptom assessment scale	510	7500	2008-2017
S3	S1 AND S2		324	2008-2017
S4	Palliative care	26 172	61890	2008-2017
S5	S1 AND S2 AND S3	3	22	2008-2017

Valgte artikkel S5 fra både Cinahl og PubMed: Measuring symptom distress in palliative care: Psychometric properties of the symptom assessment scale (SAS).

TABELL 4 – Cinahl og PubMed					
Søkt: 09.01.2017					
		Cinahl		PubMed	
	Søkeord	Antall treff	Avgrensing	Antall treff	avgrensing
S1	Patients with advanced cancer	1 298	2008-2017 mennesker, voksne	19 437	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S2	management	20 155	2008-2017 mennesker, voksne	174 286	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S3	pain	23 089	2008-2017 mennesker,	70 656	Siste 5 år, mennesker,

			voksne		voksne over 19 år
S4	Pain management	1 547	2008-2017 mennesker, voksne	11 479	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S5	S2 or S3 or S4	40 354	2008-2017 mennesker, voksne	226 485	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S6	S5 and S1	278	2008-2017 mennesker, voksne	3 534	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S7	Palliative care	4 403	2008-2017 mennesker, voksne	6 637	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S8	S6 and S7	97	2008-2017 mennesker, voksne	569	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S9	Advanced cancer	1 883	2008-2017 mennesker, voksne	22 673	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S10	S9 and S8	17	2014-2017 mennesker, voksne	569	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S11	hospital	(ikke søkt)		153 812	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år
S12	S10+S11			102	Siste 5 år, mennesker, voksne over 19 år

Valgte artikkel S8 fra Cinahl: What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study.

TABELL 5 – Cinahl og PubMed					
Søkt: 02.03.2017					
		Cinahl		PubMed	
	Søkeord	Antall treff	Avgrensing	Antall treff	avgrensing
S1	Breakthrough cancer pain	180	2000-2017	672	
S2	Palliative care	26 311		25098	Siste 10 år
S3	Pain management	12 920		41 024	Siste 10 år
S4	S1 and S2 and S3	11		70	Siste 10 år, mennesker

Valgte artikkel S4 fra Cinahl: Breaktrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer and Breakthrough cancer pain: An Observational study of 1000 European Oncology Patients

TABELL 6 – Cinahl og PubMed					
Søkt: 02.03.2017					
		Cinahl		PubMed	
	Søkeord	Antall treff	Avgrensing	Antall treff	avgrensing
S1	Pain controll	5 173	2008-2017 All adult	672	
S2	Palliative care	26 287	2008-2017 All adult	25098	Siste 10 år

S3	Nursing	470 196	2008-2017 All adult	11 228	
S4	Breakthrough cancer pain	180	2008-2017 All adult	41 024	Siste 10 år
S5	S1 and S2 and S3 and S4	1		70	Siste 10 år, mennesker

Valgte artikkel S5 fra Cinahl: Breakthrough cancer pain: An observational study of 1000 European Oncology patients.

3.4. KILDEKRITIKK

Dalland (2015, s. 67) sier at kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Det betyr at en må vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Man kan si at kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Når en bruker kildekritikk skal det vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til de kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen. En må kunne vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet henger sammen med den problemstillingen vi har valgt. Man må se på gyldighet, holdbarhet og relevans overfor problemstillingen (Dalland, 2015, s. 72-23).

Når en skal bruke en litteraturstudie må en være klar over at det finnes flere svakheter. Dette kan være at man bare har tilgang til en avgrenset mengde forskningsartikler, og dermed ikke har med relevante artikler som er viktig for å kunne svare på problemstillingen. En annen ting er at forfattere også kan komme frem til ulike sluttresultater, og dermed blir utvalget av artikler og annen litteratur selektiv dersom en velger studier som underbygger egne standpunkt. For at en skal kunne gjøre et litteraturstudie er en forutsetning at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet og som kan utgjøre grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

Artiklene jeg har valgt ut er forskning gjort i nyere tid, som tar for seg blant annet pasienten sin opplevelse av smerter, sykepleieren sin funksjon under smertebehandling og kartlegging av smerter. Siden problemstillingen min spør om hvordan sykepleiere kan bidra til å lindre

fysisk smerter hos pasienter med kreft i palliativ fase på sykehus, synes jeg disse artiklene blir naturlig å bruke i drøftingsdelen. Dette fordi det handler og svarer på det problemstillingen min spør etter. Jeg har lest sammendraget til artiklene og sett om informasjonen er relevant til mi problemstilling når jeg valgte ut artiklene. De fleste artiklene jeg har valgt å bruke er skrevet på engelsk, noe som gjør at det kan oppstå språktolkninger i oversettingen fra engelsk til norsk. Jeg tar dermed forbehold om innholdet kan bli tolket annerledes. Kriteriene jeg hadde for å inkludere artiklene jeg bruker var at artiklene skulle handle om smerter til kreftpasienter i den palliative fasen, ikke smerter generelt, og at det vart forsket på voksne pasienter på sykehus. Også artikler som omhandlet hvordan en som sykepleier kan bidra til å lindre kreftmerter. Jeg ekskluderte artikler som omhandlet kreftpasienter i hjemmet, samt barn, med grunnlag i at dette ikke er avgrenset til problemstillingen min. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er i følge Tidemann (2015, s. 80) viktig å definere i forberedelsen av en god problemstilling.

Når jeg har valgt ut artikler valgte jeg utfra IMRaD-strukturen. Dette er ifølge Thidemann (2016, s. 30) en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler og forteller hvordan du finner forskjellig informasjon. Denne strukturen samsvarer med forskningsprosessen. Om en artikkel er bygget utfra IMRaD-strukturen er det en vitenskapelig artikkel, dermed visste jeg ved hjelp av IMRaD-strukturen at mine valgte artikler er forskningsartikler. Tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler, pålegger forskerne å følge denne strukturen, selv om det finnes unntak. Den vitenskapelige artikkelen innledes med et sammendrag, der det blir beskrevet hva artikkelen handler om (Thidemann, 2016, s. 69). Jeg leste dermed alltid sammendraget i artiklene for å se om artikkelen er relevant til problemstillingen min.

Annen litteratur jeg har brukt er bøker hentet fra studieforløpet sin pensumliste, relevante bøker fra høyskolen sitt bibliotek, og tips fra medstudenter om bøker jeg kan bruke. Litteraturen jeg bruker er for det meste på norsk, men noen bøker er skrevet på dansk og svensk. Felles for alle bøkene er at de tar opp temaet om smerter til pasienter med kreft innlagt på sykehus. Bøkene jeg bruker som er skrevet av sykepleieteoretiker er skrevet i 1995 og 1996, men teorien er fremdeles relevant, så dermed valgte jeg å bruke bøkene. Dalland (2015, s. 86) skriver at en bør ha som hovedregel å oppsøke primærkilder. Jeg har brukt primærkilder så langt det lar seg gjøre, og brukt sekundærkilder der primærkilden ikke har vært tilgjengelig. For eksempel har jeg brukt ”det lidende mennesket” og ”omsorgens ide” av Katie Eriksson som primærkilde, og ”Grunnleggende sykepleie” av Kristoffersen, Nortvedt

og Skaug som sekundærkilde til å finne teori om Katie Eriksson sin sykepleieteori når ikke den primære kilden var tilgjengelig. Dette kan gjøre at tolkning av stoff har påvirket innholdet.

3.5. FORSKNINGSETIKK

Når en driver med forskning innen helsefagene må en gjøre det etisk forsvarlig. Etiske overveielser handler om at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres. Forskningsetikk tar sikte på etikken i studien, og etikk dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Forskningsetikk handler dermed om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene, og har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre (Dalland, 2015, s. 96).

Forskning består i å søke etter sannhet og ny kunnskap. Når en får ny kunnskap innen forskning er hensikten å formidle den videre til andre (Dalland, 2015, s. 107). Det er da viktig at en formidler den kunnskapen en har tatt til seg rett. En skal ikke komme med informasjon som ikke er sann, eller som ikke står i den forskningen du har sett på.

4. RESULTAT

I resultatdelen vil hovedfunnene i artiklene som er blitt valgt ut til oppgaven for å belyse problemstillingen bli presentert, samt et sammendrag fra hver av artiklene. Hovedfunnene i artiklene er at pasienter trenger en god relasjon og kommunikasjon med sykepleierne, samt at de trenger tilstrekkelig med informasjon angående smertebehandling. Informasjon om virkning og bivirkning av medikamenter står helt sentralt. Det kommer frem at viktigheten med bruk av kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientens smerter. Samt hvordan pasienten klarer å leve med smertene sine relatert til kreftsykdommen, og opplevelsen av å miste kontroll over kroppen er hovedfunn fra valgte artikler.

Artikkel 1: Nursing pain management – A qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment (Rustøen, Gaardsrud, Leegaard og Wahl, 2009)

I denne studien beskrives de viktige sykepleieoppgavene som inngår under smertebehandling. Hensikten med studien var å belyse forståelsen av pasienter med kreft sine erfaringer med sykepleier innenfor smertebehandling på sykehus. Det er en kvalitative studie gjort i Norge der 18 pasienter med kreft ble intervjuet, 7 menn og 11 kvinner. I studien kommer det frem at pasientene har et betydelig behov for god kommunikasjon og informasjon angående smertelindring med sykepleierne. Sykepleierne må være tilstede, lytte, samt vise omsorg og empati til den sårbare. Pasientene ønsker både skriftlig og muntlig informasjon fra sykepleierne om smerter og smertelindring. De ønsket forklaringer rundt smertene som oppstår, og at sykepleierne skal dele sine kunnskaper om smerter med pasienten. Det var også viktig at sykepleierne gjennom kroppsspråk viste vilje til å hjelpe. Med tilstrekkelig informasjon rundt de fysiske smertene pasienten fikk, bidro det til å redusere deres angstnivå og usikkerhet. I følge pasientene i studien var det forskjeller på hvordan de ulike sykepleierne håndterte smertebehandlingen, også enkelte pasienter opplevde mangel på informasjon fra sykepleierne 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 rådgiving, informasjon og pasientopplæring. Studien viser også at smerter er et betydelig problem, spesielt hos pasienter med alvorlig sykdom, og at verken pasienter som er innlagt på sykehus eller som er på poliklinikk får tilstrekkelig smertebehandling og omsorg.

Artikkel 2: Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling (Valeberg, Bjordal & Rustøen, 2010).

Studien er en beskrivende tverrsnittsundersøkelse som har som hensikt å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smertebehandling hos pasienter med kreft. Bakgrunnen med studien er at optimal smertebehandling kan være tilbakeholdent for pasienter med kreft. Dette kan forklares med feiloppfatninger, misforståelser eller manglende kunnskap om smerter og smertebehandling. I studien er det 217 polikliniske pasienter med kreftsykdom som har smerter og/eller bruker smertestillende medikamenter hvor barriere mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av barriereskjema. Barriereskår blir omtalt som pasientens terskel med å tåle smerter. Det kommer frem i studien at de som har høyere barriereskår også opplever at smertene i større grad påvirker livsglede og søvn. Samt det viste seg at det var mindretallet av pasientene som mente at medisiner ikke kunne lindre kreftsmerte og at smertestillingen fører til at du sier eller gjør pinlige ting. Også det at om du sier noe om smertene til legen eller andre kunne dette ha uheldige konsekvenser. Bivirkninger som kvalme og forstoppelse er ikke vanskelig å håndtere. Polikliniske pasienter har en del barrierer for smertebehandling, og for at de skal få det bedre bør de få en mer individualisert informasjon om smerte og smertebehandling.

Artikkel 3: Measuring symptom distress in palliative care: Psychometric properties of the symptom assessment scale (SAS) (Samar, Monterosso, Kristjanson og McConigley, 2011)

ESAS – skjemaet er det mest brukte kartleggingsverktøyet for å kartlegge smerter hos pasienter. I denne kvantitativ tverrsnittstudien belyser en nødvendigheten og brukbarheten av dette skjemat for å undersøke kvaliteten på smertebehandlingstilbudet. Hensikten med studien var å teste om ESAS- skjema var nyttig i bruk av smertekartlegging, samt nødvendigheten og brukbarheten av skjema. Funnene som blir gjort er at en ser at bruk av ESAS- skjemaet er det beste hjelpemidlet til å kartlegge og vurdere kreftsmarter og plager av palliative pasienter. ESAS- skjema er veiledende, lett å administrere, tar kort tid å fylle ut og er nyttig. Det er et forståelig verktøy for pasienter og pårørende. I studien kommer det frem at bruk av ESAS- skjema kan lette kommunikasjonen mellom pasienter, pårørende og sykepleier. Det brukes også som et screeningsverktøy for å kartlegge plagsomme symptomer og å skille endringer i symptomer hos pasienter med en kreftsykdom. ESAS- skjemaet er enkelt å bruke og kan

brukes i flere tilfeller ved palliativbehandling. Det er en metode for symptomvurdering som trenger økt oppmerksomhet, umiddelbar klinisk undersøkelse og omfattende vurdering. Det å behandle symptomer og plager etter ESAS- skjema kan føre til å gi optimal smerte- og symptomlindring. Studien ble gjennomført av ca. 572 kreftpasienter fra fem ulike palliative spesialtjenester i Australia som en anonym spørreundersøkelse.

Artikkel 4: What do patients with advanced incurable cancer want form the management of their pain? A qualitative study (Gibbins, Bhatia, Forbes & Reid, 2013)

I denne kvalitative studien var det gjort et ansikt til ansikt intervju for å kunne undersøke hvordan pasienter med fremskreden kreft beskriver kontrollen av smerter og hva de ønsker fra helsepersonellet for denne smerten. Bakgrunnen for studien er at smerter er en av de hyppigste symptomene hos pasienter med kreft med metastaser, men det er lite kjent om hva pasienter med kreftmetastaser ønsker fra helsepersonell av deres smerter. Målet var å undersøke hvordan pasienter med fremskreden kreft beskriver kontrollen av smerter og hva de ønsker fra helsepersonell. I studien kom det frem at de holdt ut en stund med smertene før de ble ”desperat”. Pasientene prøvde å fortsette med sine normale aktiviteter, og når de ble truet måtte de søke hjelp til å redusere smertene sine får å kunne aktiviserer normale aktiviteter og for å ”komme tilbake”. Det som avgjorde om smerten var kontrollert var om pasienten klarte å gjøre dagligdagse aktiviteter eller ikke. Det å ha kontroll på smertene var ikke det samme som å være smertefri. Mange av pasientene sa også at det å opprettholde verdifulle relasjoner var viktig, men dette var vanskelig når smertene påvirket disse relasjonene. Pasienten ønsket å bli smertefri, men forventet ikke at all smerten skulle gå bort. De justerte smertene ved å ikke utføre aktiviteter som fremhevet smerten, men de var motvillige for at smerten skulle minske deres funksjon. Mange av deltakerne holt ut med smerten sin for å opprettholde sin funksjon. Mange sa det var viktig å vite nøyaktig hva som var grunnen til dagens smerter, dette på grunn av frykten for progresjon av sykdommen. Numeriske skalaer ser ikke ut til å være meningsfulle for pasienten. I stedetfor å spørre pasienten om ”hvordan smertene dine er idag?” kan det være nyttig å spørre ”når du tenker på din smerte, hva er det du kan gjøre eller ikke gjøre idag?”.

Artikkel 5: Breakthrough pain: A qualitative study involving patients with advanced cancer (Webber, Davies & Cowie, 2010).

Bakgrunnen for denne studien er å undersøke hvordan de individuelle erfaringene med å leve med gjennombruddssmerter er. Målet med studien er å utforske den individuelle opplevelsen av å leve med gjennombruddskreftsmarter ved hjelp av en kvalitativ metode. Det var ti pasienter som ble intervjuet, deretter ble en kvalitativ innholdsanalyse utført. Nesten alle deltakerne rapporterte at gjennombruddssmertene hadde en stor innvirkning på deres aktiviteter i dagliglivet, og det hadde en omfattende innvirkning på deres livskvalitet. Forekomsten av gjennombruddssmerter er assosiert med oppfatning av manglede kontroll over kroppen. Det kommer frem at mange av deltakerne måtte endre livsstilen sin for å forsøke å forbedre og/eller minske alvorlighetsgraden av gjennombruddssmertene sine. Dette hadde stor innvirkning på livskvaliteten til pasienten, og i noen tilfeller ble livsstilsendringen ekstrem, dette var ofte på grunn av assosiasjoner mellom bevegelse og den begynnende smerten. Deltakerne sa også at gjennombruddssmertene var en påminnelse om tilstedeværelsen av kreften. De uttalte også at det var viktig å få en forståelse av den underliggende årsaken til gjennombruddssmertene fra helsepersonellet. Pasientene definerte smertene i resultatdelen slik:

”Smerten stjeler hele min oppmerksomhet og jeg klarer ikke å gjøre annet enn å skrike og håpe det skal ta slutt” (Webber et al., 2010).

”Du når et punkt der du ikke lenger vet om du kommer til å kollapse av smertene” (Webber et al., 2010).

Det kommer allikevel frem i studien at pasientene kan oppleve god livskvalitet selv med denne kreftsykdommen. Dette ved at de endrer sitt perspektiv på livet, ved at de endrer sitt syn på hva som er viktig og hva som gir mening i livet. Ved å øke livskvaliteten kommer det frem i studien at en må redusere smerter, leve et normalt liv og ivareta relasjoner.

Artikkel 6: Breakthrough cancer pain: An observational study of 1000 European Oncology Patients (Davies et al., 2013)

Hensikten med denne kvantitative undersøkelsen var å kjenne tegne gjennombruddssmerter hos kreftpasienter i en mangfoldig befolkning. Studien involverte 1000 pasienter med kreft fra 13 europeiske land. En kommer frem til at gjennombruddskreftssmerter er en ekstrem heterogen tilstand. Det viser forskjell fra pasient til pasient, men de fleste pasientene sa at smertene stoppet dem i å gjøre aktiviteter, andre sa det stoppet dem noen ganger, men få tallet sa at smertene ikke forstyrret deres aktiviteter. Likevel så har gjennombruddssmerter en negativ effekt på livskvalitet og dette er relatert til lidelse og en virkning inn på dagliglivets aktiviteter.

5. DRØFTING

Problemstillingen i denne oppgaven dreier seg om hvordan sykepleiere kan bidra til å lindre fysisk smerter hos pasienter med kreft som er kommet i den palliative fasen på sykehus. Jeg vil drøfte problemstillingen ut fra valgte temaer- opplevelse av smerter, smertekartlegging og smertebehandling. Jeg vil drøfte de sentrale temaene opp mot funnene fra forskningsartiklene og Katie Eriksson sin omsorgsteori.

5.1. OPPLEVELSEN AV SMERTER

I studien til Webber et al. (2010) kom det frem at hvordan smerter oppleves nå for den enkelt pasient avhenger av tidligere erfaringer og følelser overfor smerter. Videre kommer det frem at smerter er vanskelig å beskrive, og at mange pasienter synes det er vanskelig å snakke om den smerten de opplever. Dette fordi den eneste personen som lider eller kjenner smerten er det enkelte mennesket som er i denne situasjonen. Smerter er opphavet til mange lidelser og har alltid eksistert. Dette gjelder særlig på områder der smerter erfarer som uutholdelig, livstruende og uforståelig. Til tross for dette må det å ha evnen til å kunne kjenne smerter ikke utelukkende sees på som noe unaturlig eller helt unødvendig for oss som mennesker. Vi som mennesker er faktisk avhengig av å kunne registrere og kjenne på smerter for å kunne overleve (Winger & Leegaard, 2016, s. 172). Noe tilsvarende omtaler Eriksson (1995, s. 13) i sin teori om lidelse at å leve innebærer blant annet å lide. Hun sier at lidelse er tilegnet mennesket. Det å lide innebærer alltid en kamp, og mennesket bærer alltid en redsel, angst eller uro overfor lidelsen. Smerter står sentralt inn mot sykdomslidelsen, da sykdom og behandling kan være med på å påføre pasienten smerter (Eriksson, 1995, s. 66). Det kommer frem i studien til Webber et al. (2010) at smerter tar alt av oppmerksomhet fra pasientene, og pasientene klarer ikke annet enn å skrike og ønske at denne opplevelsen av kreft smerter skal bli lindret. Videre kommer det frem at dette gjelder spesielt for de pasienter som opplevde ”spontane” gjennombruddssmerter. Både i studien til Webber et al. (2010) og Rustøen et al. (2009) kommer det frem at smerter er et uholdbart klinisk problem. Opplevelsen av smerter beskrives som en forferdelig påminnelse om tilstedeværelsen av kreft og usikkerheten om fremtiden. Det kommer videre frem i studien til Webber et al. (2010) at gjennombruddssmertene deltakerne hadde var relatert til den underliggende kreftsykdommen. Forekomsten av gjennombruddssmerter er assosiert med oppfatning av manglete kontroll over kroppen, og pasientene som fikk disse gjennombruddssmertene var redd for at smertene var et symptom på at kreften ble forverret. Eriksson (1995, s. 67) fremhever også at smerter,

ofte rent fysiske smerter, er en vanlig årsak til lidelse i forbindelse med sykdom. Den fysiske smerten er gjerne på en bestemt del av kroppen, og den fanger hele menneskets oppmerksomhet. Dette reduserer menneskets mulighet til å benytte hele sitt potensiale til å mestre sin opplevelse av lidelse. Smerter er en ubehagelig opplevelse, som er fryktet av de aller fleste pasienter som har en lidelse forårsaket av kreftsykdom. Dessverre er det slik at gjennom et slikt pasientforløp vil de mest sannsynlig oppleve det å ha smerter. Ved kreftsykdom er smerte et av de mest vanlige, samt mest fryktede symptom (Winger & leegaard, 2016, s. 184). Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm & Matilinen (1995, s. 17) mener å være lidende innebærer å søke noe mer helhetlig. Gjennom å tilfredsstille sine behov forsøker mennesket å lindre sin lidelse. Behovene kan tilfredsstilles men mennesket kjenner en uro som finnes og som før eller siden driver det videre. Å være lidende er en kamp, en kamp mellom håp og håpløshet, mellom liv og død.

Webber et al. (2010) fremmer at flere av deltakerne i studien har endret livstilen sin for å forsøke å forberede og/eller minske alvorlighetsgraden av smertene sine. Dette ofte på grunn av assosiasjoner mellom bevegelser og den begynnende smerten. Deltakerne i studien sa at det å ha kreft smerter var som at du hadde kommet i en ulykke og mistet dine lemmer, det er ingenting annet å gjøre enn å endre livsstilen din. På samme måte kommer også dette frem i studien til Gabbin et al. (2014) der pasientene som deltok sa at de ”justerte” virksomheten til smertene sine ved for eksempel å ikke utføre aktiviteter som fremhevet den. Også Davies et al. (2013) bekrefter i sin studie at pasientene måtte endre livsstilen sin på grunn av smerter forårsaket av kreftsykdom. De fleste pasientene opplevde at smertene stoppet dem i å gjøre aktiviteter som de vanligvis brukte å gjøre. Til sammenlikning har jeg fått oppleve dette i praksis. Pasientene vegret seg ofte i å gjøre spesielle øvelser og aktiviteter som hadde innvirkning på smerten. Noen fant på ”alternative øvelser” for å redusere risikoen for å få smerter. Det er slik at smerter innebærer en opplevelse av noe ubehagelig, og opplevelsen av smerter henger sammen med et sanseinntrykk som forteller om en stimulus eller en påvirkning på kroppen. Opplevelsen av smerter lagres i hjernen, noe som gjør at ved gjentatte smerter kan tidligere erfaringer og følelser ha stor betydning for hvordan den aktuelle smerten blir opplevd (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328). Noe lignende skriver Eriksson (1995, s. 75) ved at menneskets totale livssituasjon kan forandres på mange måter. Fysisk lidelse og alvorlig smerte kan virke lammende på hele mennesket. En plutselig påtvungen forandring av menneskets livssituasjon strider mot det naturlige, og mennesket trenger tid for å finne en ny sammenheng i tilværelsen. En kan føle en trussel om tilintetgjørelse, redsel og fortvilelse

blandet med vilje til liv. Hun sier videre at lidelse kan være å være trett og lei av sin syke og vonde kropp, av hele seg selv.

Noen pasienter er mer bekymret for symptomer som smerter, enn for selve døden fremmer Lorentsen og Grov (2013, s. 430). Beklageligvis kommer det frem i studien til Rustøen et al. (2009) at smerter er en unngåelig del av kreftsykdommen, men den palliative fasen i seg selv bringer også med påkjenninger som øker smertene ytterligere. I følge Lorentsen og Grov (2013, s. 430) er smerter et av de hyppigste problemene hos pasienter i palliativ fase. 15 % av pasientene har så komplekse smerte- og symptombilde at sykepleierne trenger spesialkompetanse for å kunne behandle de. Fysiske smerter hindrer andre behov i å komme til kjenne fordi de overskygger alt. Smerter skaper brudd i tilværelsen, den merker kroppen og gjør at vi blir bevisst på det kroppslige. Eriksson (1995, s. 67) hevder at fysisk smerte er forårsaket av sykdom og behandlingen. Smertene er sjelden bare fysisk, men oppleves av mennesket som en helhet. Etter pasient erfaringer og egne erfaringer med det å ha smerter, ser jeg at smerter er veldig sammensatt. Har en det bra, kan smerten kjennes mindre. Har en det derimot ikke så bra kan smerten kjennes verre enn nødvendig. Kjennetegnet til smerter skriver Nortvedt, Leegaad, Valeberg og Helseth (2016, s. 16) er å være ubedt, den kommer, snikende eller akutt og voldsomt, og rykker oss ut av den eksistensielle likevekten og skaper ubalanse og disharmoni. Den eksistensielle lidelsen sier Eriksson (1995, s 74-75) innebærer alt, fra en trussel mot hele ens eksistens til tap av muligheten til å fullføre forskjellige sosiale oppgaver. Den eksistensielle lidelsen er den lidelsen som er relatert til alt det som innebærer i å leve, å være menneske blant andre mennesker.

5.2. SMERTEKARTLEGGING

Både Samar et al. (2011) og Berntzen et al. (2013, s. 362) sier at i en palliativ fase må en rekke symptomer vurderes hver dag. Dette fordi god kartlegging av pasientens smerter er av stor betydning for å danne grunnlaget til å sette i verk ulike tiltak som kan lindre smerten. Sykepleierne har flere ulike verktøy som kan benyttes til å kartlegge smerter på best mulig måte. I undersøkningen gjort av Samar et al. (2011) kommer det frem at bruk av ESAS- skjema (VEDLEGG) er det beste hjelpemidlet til å kartlegge og vurdere kreftsmarter og plager i palliativ fase. Dette fordi ESAS- skjema er veiledende, lett å administrere, tar kort tid å fylle ut og er nyttig. Det er et forståelig verktøy for både pasienter og pårørende. I tillegg til ESAS- skjema kan sykepleierne benytte seg av andre kartleggingsverktøy som for eksempel VAS-

skalaen (VEDLEGG) eller et kroppskart (VEDLEGG). Begge disse skalaene er det lett for pasienten selv å fylle ut. Berntzen et al. (2013, s. 365) hevder at om kroppskartet blir brukt i kombinasjon med et spørreskjema vil opplysningene om smertens kvalitet komme bedre frem. Det er viktig å kartlegge smerten før behandling, dette fordi det gir et utgangspunkt for å evaluere effekten av smertelindring, mestring og økt funksjonsnivå. Samt smertevurdering er nødvendig for å kunne sammenligne og evaluere ulike smertebehandlingsregimer (Lorentsen & Grov, 2013, s. 412). Utfra egne erfaringer i praksis har jeg erfart at å alltid begynne med å kartlegge pasientens smerte hadde stor nytte til videre vurdering og evaluering av smertebehandlingstiltakene.

Det å behandle symptomer og plager etter ESAS- skjemaet kan føre til optimal smerte- og symptomlindring hevder Samar et al. (2011). Til tross for dette er sykepleiere generelt for dårlige, både å forstå betydningen av og ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingsskjemaer eller skalaer for å kartlegge pasientens smerter i følge Berntzen, et al. (2013, s. 356). Som eksempel kommer det frem i en norsk spørreundersøkelse at det kun var 10% av sykepleierne som benyttet seg av smerteskalaer i sine vurderinger. Det var hele 67% som sa at de sjelden eller aldri vurderte pasientenes smerte etter en skala. Det kommer også frem i studien at sykepleiere og leger er for dårlige til å angi pasientenes smerter. For å kunne være grundig og nøyaktig i kartleggingen av pasientens smerter skriver Berntzen et al. (2013, s. 363) at en må planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling. I praksis så jeg nytten av å bruke de ulike smertekartleggingsverktøyene. Ved å bruke de kunne pasienten rangere smertene sine etter en skala. Flere pasienter syntes det var vanskelig å rangere smerten sin. Ved å sammenlikne hvordan smerten var nå med for eksempel tidligere på dagen eller dagen før, vart det lettere for pasienten å kunne gå opp eller ned på skalaen. Dermed vart det lettere å se om tiltakene for smertebehandling hadde effekt eller ikke.

I tillegg til optimal smerte og symptomlindring hevder Samar et al. (2011) at ESAS-skjemaet kan lette kommunikasjonen mellom pasienter, pårørende og sykepleiere. Sett i et slikt lys vil kartleggingsverktøy være til stor nytte i kartleggingen av smerter. Selv om det finnes mange gode kartleggingsverktøy for å kartlegge smerten på, mener jeg at en ikke må glemme eller undervurdere at gode samtaler og kommunikasjon med pasienten kan gi nyttig informasjon angående pasientens smerter. Jeg mener at en må kunne kombinere en god kommunikasjon med bruk av kartleggingsverktøy for å få den beste og mest optimale kartleggingen av

pasientens smerter. Dette påpeker også Rusten et al. (2009) der det kommer frem at for å oppnå god smertelindring er det viktig å kommunisere med pasienten, og ikke bare observasjoner og bruk av kartleggingsverktøy. Med grunnlag i dette kan en si at pasientens egenrapporterte smerte er avgjørende for god diagnostikk og oppfølging/justering av behandling som er igangsatt (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396). Sykepleierne stoler ofte på observasjonene de gjør overfor pasientenes smerte, noe som har vist at det ikke alltid er like gunstig. Knudsen og Kassa (2016, s. 396) hever dermed at egenregistrering av smerter er nødvendig. Åpenbart må en vite om pasienten har smerter for å kunne gi god smertelindring. Som Winger og Leegaard (2016, s. 177) skriver må sykepleierne ha kunnskap om hvorfor pasienten har vondt, hvor pasienten har vondt og hvordan den enkelte opplever smerten. Sykepleieren må også kunne se tegn på smerter hos pasienten. Siden smerter er en kompleks erfaring, må det ses på i et større perspektiv. Her må kliniske observasjoner av pasienten, fysiske undersøkelser og kjennskap til hva som er utgangspunktet for smerten tas i en helhetlig betraktning (Winger & Leegaard, 2016, s. 177). Som Lorentsen og Grov (2013, s. 412) skriver kan det være vesentlig å kartlegge smertene til pasientene slik at de kan få en tilstrekkelig smertelindring. Dette fordi det kan være vanskelig å fokusere på noe annet enn smertene for en pasient med kreft. Sykepleieren har ansvar for å kartlegge pasientens totale smerte, den fysiske, psykisk, sosial og eksistensielle smerten, og beskrive smertens endring i et tidsforløp.

5.3. SMERTEBEHANDLING

Verken pasienter med kreft som er innlagt på sykehus eller er på poliklinikk får tilstrekkelig smertebehandling og omsorg ifølge studien til Rustøen et al. (2009). Videre kommer det frem at smerter er et betydelig problem, spesielt hos pasienter med alvorlig sykdom. Dette sier Rosland og Tjølsen (2016, s. 328) er fordi smerter er vanskelig å definere, fordi smerter består av både en opplevelse og et sanseintrykk. Til tross for dette sier Sjøgren og Pedersen (2009, s. 301) at det er opp mot 80% av pasienter som har en kreftsykdom som kan behandles tilfredsstillende ved hjelp av WHO's smertetrapp. Smerter er et av de mest fryktede symptomer hos pasienter som har kreft, og forekomsten av smerter hos disse pasientene er høy (Valeberg et al. 2010). Pasienter som har kreft har sjelden en stabil smerte, og den vil ofte variere veldig over tid. Dermed er det viktig at en følger disse pasientene systematisk for å få en oversikt over smertetilstanden deres, og for å overvåke effekten av behandlingen de får. Hos den enkelte pasient må en behandle, evaluere, behandle og reevaluere behandlingen

(Kaasa, 2016, s. 403). I likhet med Sjøgren og Pedersen (2009, s. 301), sier også Valeberg et al. (2010) at i de fleste tilfeller kan tilfredsstillende smertelindring hos pasienter som lider av kreft oppnås hvis en følger anbefalte retningslinjer for smertebehandling.

Det er mange faktorer som bidrar til at pasienter med en kreftsykdom får en manglende smertebehandling i følge Rustøen et al. (2009). For det første spiller helsevesenet, helsearbeidere og pasienten selv en viktig rolle her. Det er sykepleieren som har nøkkelrollen i smertebehandlingen hos innlagte pasienter med kreft. Av den grunn at sykepleierne er rundt pasienten til enhver tid, og det er de som setter i gang og følger opp smertebehandlingen. For det andre kommer det frem at pasienter som har en kreftsykdom ønsker medisiner for smerten, men understreker viktigheten med kontakt og kommunikasjon med sykepleierne. Dermed er det avgjørende at både pasienter og pårørende blir tilstrekkelig informert om virkning av medikamentene som blir administrert, samt hvordan en kan forebygge bivirkninger (Webber et al. 2011). Ikke bare informasjon om virkning og bivirkninger er viktig for at pasienter som har en kreftsykdom skal få en god og tilstrekkelig smertelindring. I følge Rustøen et al. (2009) trenger pasientene å få forståelse for smerteopplevelsen sin i forhold til smertebehandlingen. Det var avgjørende for pasienter som lider av en kreftsykdom at sykepleierne var tilstede, lyttende, samt at de viste omsorg og empati. Det var også stor betydning at sykepleierne viste gjennom kroppsspråk at de var villig til å hjelpe. En må være oppmerksom på at pasienter med kreft og hans pårørende er i en svært sårbar og stressende situasjon. Pasientstudier viser at de ikke bare er god medisinsk behandling som avgjør hvordan pasienten lever med sin kreftsykdom. Gode omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier har også betydning for opplevelsen av livskvalitet og helse (Lorentsen & Grov, 2013, s. 401). For å kunne øke livskvaliteten til pasienter som lider av kreft kommer det frem i studien til Webber et al. (2010) at en må redusere smerter, leve et så normalt liv som mulig og ivareta personlige relasjoner. Eriksson (1995, s. 18) skriver at livslidelsen innebærer alt, fra en trussel mot helsens eksistens til tap av muligheten til å fullføre forskjellige sosiale oppgaver. Livslidelsen er den lidelsen som er relatert til alt det som innebærer å leve, å være mennesker blant andre mennesker. Med grunnlag i dette mener jeg at dersom man klarer å unngå at pasienten opplever livslidelsen, er det lettere at pasienten oppnår god livskvalitet. Ved at pasienter som lider av kreft oppnår en god livskvalitet vil det også tyde på at smertebehandlingen er tilstrekkelig.

Det kommer frem at pasienter som lider av en kreftsykdom er motvillige til å ta smertestillende medikamenter fordi de er redd for bivirkninger og avhengighet i studien til Gabbins et al. (2013). På grunn av dette tok de fleste pasientene som deltok i studien ikke mer medisiner enn de følte var nødvendig for å ”ta knekken” eller ”holde grep” på smertene. I likhet med dette kommer det også frem i studien til Valeberg et al. (2010) at pasientene er engstelige for avhengighet og bivirkninger, og dette er barrierer som gjør at pasientene vegrer seg mot å ta smertestillende. Dessuten er også frykten for å utvikle toleranse for smertestillende medikamenter en stopper for at pasientene med kreft tar smertestillende. Dette fører til at pasientene venter med å bruke smertestillende til smertene blir sterkere, eller at de ikke tar den fulle dosen legen har anbefalt (Valeberg et al. 2010). Til tross for dette utgjør medikamentell behandling den viktigste behandlingsformen innenfor smertelindring til pasienter som lider av kreft, der opioidene står helt sentralt hevder Sjøgren og Pedersen (2009, s. 301). På den andre siden må en ikke utelukke at det også finnes andre måter for å redusere smerter på enn medikamentell smertebehandling. I resultatdelen til Rustøen et al. (2009) underbygges også av Winger og Leegaard (2016, s. 190) og Berntzen et al. (2013, s. 362) vises det at å få fokuset over på andre ting enn smerten er en viktig faktor for å redusere smerten pasienten opplever. Å ligge å tenke på at man har vondt gjør smerten ofte bare enda verre. Om pasienten ikke klarer å endre tankene sine selv, spiller en som sykepleier en stor rolle her. Winger og Leegaard (2016, s. 190) skriver at det ikke alltid er nok med medikamentell smertelindring, og det er heller ikke alltid sterke smertelindrende legemidler har effekt i det hele tatt. Dette fordi smerter er et komplekst fenomen sammensatt av tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og erfaringer gjennom et levd liv. Selv om medikamentell behandling er en stor og viktig del av smertelindringen for kreftpasienter, finnes det også andre behandlingsmetoder for å lindre smerten på. Mange pasienter som er i den palliative fasen vil tilbringe mye tid på sykehus, og de fleste pasientene har behov for et eller flere sykehusopphold i løpet av perioden (Haugen & Ass, 2016, s. 119). Etter erfaringer fra praksis har jeg sett at bruken av smertestillende øker når en kommer på sykehuset, og reduseres om pasienten får lov å reise hjem og har et stort ønske om dette. De fleste pasientene i den palliative fasen ønsker også helst å komme hjem. Jeg vil si at smerten her er sammensatt. Den fysiske smerten øker eller minsker avhengig av hvordan psyken er. Med grunnlag i dette mener jeg medikamentell smertelindring ikke er tilstrekkelig nok. De ulike ikke-medikamentelle behandlingene som kan være nyttige kommer frem i Berntzen et al. (2013, s. 365-366) underbygget av Risberg et al. (2016, s. 105-106) og Winger og Leegaard (2016, s. 190) er massasje, musikkterapi, akupunktur, varme og kuldeterapi, samt det at sykepleieren

avleder fra tankene om smerter. Sett i et slikt lys kan en dra inn Erikssons (1995, s. 63) teori om lidelse. Hun sier at forsøke å lindre og trøste er noe vi alle kan gjøre. Trøst gir lindring for menneskets plager og kvaler i en lidelse som virker uutholdelig. Om en sykepleier gir virkelig trøst, vekket dette tillit og fortrøstning hos den lidende, og det gir håp og mot. Det må finnes både plass til livsglede og livshåp i trøsten. Videre sier Eriksson (1995, s. 76) at den tyngste lidelsen kan for en stund lindres av et vennlig blikk, et ord, et kjærtegn eller noe annet som gir uttrykk for oppriktig medfølelse. Hun fortsetter med at det er så lett å overse tilsynelatende små detaljer, som likevel er så viktige for den pasient som er avhengig av en pleier. Jeg mener at en dyktig og observant sykepleier vil legge til rette og tilby mulighet for slike tiltak som vil hjelpe pasienten ut fra sin smerte og lidelse. Betydningen av dette er tillit og håp for pasientene som lider av en kreftsykdom. Også vil det ha innvirkning på smerteopplevelsen, og pasientene vil kunne føle seg ivaretatt. Eriksson (1996, s.17) skriver også om naturlig og profesjonell omsorg, der kjernen i omsorgen kan uttrykkes i begrepene tro, håp og kjærighet. Den profesjonelle omsorg bør eksistere og fungere som støtte for den naturlige omsorg, om den naturlige omsorgen blir utilstrekkelig. Den profesjonelle omsorg må kunne være så naturlig som mulig, samt den bør vektlegge faglig kompetanse og ta utgangspunkt i et helsesyn.

6. AVSLUTNING

Selv om kreft er en sykdom som rammer mange, kan en også utfra litteraturen som er benyttet se at smerter ikke alltid kan tilfredsstilles tilstrekkelig. Mange pasienter opplever unødig lidelse i den palliative pleien. Dette på grunnlag av pasienters barriere mot medikamentell smertebehandling og sykepleierens kompetanse og kunnskap om smertestillende, evnen til kommunikasjon og god relasjon. Like mye har kjennskap til kartleggingsverktøy for opplevde smerter hos pasienter betydning for bedre smertelindring i forhold til pasienter med kreft.

Utfra litteraturen som er benyttet kan en se at sykepleierne har en stor rolle i smertelindringen til pasienter med en kreftsykdom. Både innenfor den medikamentelle og ikke-medikamentelle behandling. En god relasjon mellom pasient og sykepleier har mye å si for utfallet av smertebehandlingen, der kommunikasjon er nøkkelordet. Innen smertebehandling ser en at lidelse er en stor del, og smerte og lidelse står helt sentralt. Dette kommer også igjen flere plasser i Eriksson sin omsorgsteori. Som Eriksson sier svever pasienter som lider av en kreftsykdom mellom håp og håpløshet, mellom liv og død, men de holder alltid på noe som driver de videre.

Den sammensatte smerteopplevelsen er en realitet, og det er viktig å se på smerten som en helhet for å kunne opprettholde best mulig smertelindring. Dette fordi smerter er en sammensatt situasjon. Også forståelse overfor smerteopplevelsen, og informasjon om hva smerten kommer fra og hvorfor en får den er viktig for pasienten å vite. Jeg mener god kommunikasjon er nøkkelordet i smertebehandlingen til kreftpasienter. Dette fordi en kan forklare smerteopplevelsen, en kan kartlegge smertene og gjennom trøst og forståelse kan en være med på å lindre smertene. En tillitsfull dialog mellom pasient og sykepleier er nødvendig for å tilnærme seg en sikker og felles oppfatning av optimal smertelindring.

REFERANSER

- Benthien, K. S., & Sjøgren, P. (2016). Ikke-opioide og adjuvante analgetika. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 411-428). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2013). *Sykepleie ved smerter*. I H. Almås, D-G. Stabberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Davies, A., Buchanan, A., Zeppetella, G., Porta-Sales, J., Likar, R., Weismayr, W., Slama, O., Korhonen, T., Filbet, M., Poulain, P., Mystakidou, K., Ardavanis, A., O'Brien, T., Wilkinson, P., Caraceni, A., Zucco, F., Zuurmond, W., Andersen, S., Damkier, A., Vejlgaard, T., Nauck, F., Radbruch, L., Sjolund, K-F., & Stenberg, M. (2013). Breakthrough Cancer Pain: An Observational Study of 1000 European Oncology Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(5): 619-628. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.12.009.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Otta: TANO forlag.
- Eriksson, K. (1996). *Omsorgens ide*. København: Munksgaard.
- Eriksson, K. (Red.), Bondas-Salonen, T., Herberts, S., Lindholm, L., & Matilainen, D. (1995). *Den mångdimensionella hälsan: Verklighet och visioner* (Sluttrapport, 1995). Vasa: Vasa sjukvårdsdistrikt SKN; Institutionen för vårdvetenskap, Åbo.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbers, K. & Reis, C. M. (2013). What do patients with advanced incurable cancer want from the manahement of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1): 71-78. doi: 10.1177/0269216313486310

- Grasdal, A. (u.å.). Hva er kreft? Hentet fra: <https://kreftforeningen.no>
- Haugen, D. F., & Ass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 112-125). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Klepstad, P., & Kaasa, S. (2016). Opioider. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 429-439). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Knudsen, A. K., & Kaas, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 387-401). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2014). *Helse og sykdom*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2.utg., s. 31-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2014). *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2.utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg., s. 402-410). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D-G. Stabberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (4.utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, F., Leegaard, B., Valeberg., & Helseth, S. (2016). Livskvalitet og smerte – begrep og fenomen. I S. Helseth, M. Leegaard & F. Nortvedt (Red.), *Livskvalitet og smerter* (s. 11- 24). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Risberg, T., Nilsen, O. G., & Wist, E. (2016). Alternativ og komplementær behandling. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg., s. 97-109). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Rosland, J. H., & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg., s. 328-341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 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.
- Sjøgren, P., & Pedersen, L. (2009). Cancersmertetilstande – epidemiologi, ætiologi og behandling. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund, evidens og behandling* (2. utg., s. 299-312). København: FADL´s Forlag AS.
- Tidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Utne, I., & Grov, E. K. (2016). Livskvalitet og smerte hos kreftpasienter. I S. Helseth, M. Leegaard, & F. Nortvedt (Red.), *Livskvalitet og smerter* (1. Utg., s. 92-108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Valberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Forskning*, 4(5), 266-276. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/12/kreftpasienters-barrierer-mot-smertebehandling>
- Webber, K., Davies, A. N., & Cowie, M. R. (2010). Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 19:2041-2046. doi: 10.1007/s00520-010-1062.
- Winger, A., & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg., s. 172-197). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

VEDLEGG 1 - Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Rustøyen, Gaardsrud, Leegaard og Wahl (2009) <i>Nursing pain management – A qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment.</i>	Hensikten med denne studien er å belyse forståelsen av kreftpasienters erfaringer med sykepleie innenfor smertebehandling. Studien beskriver også de viktigste sykepleieoppgavene som inngår under behandling.	Det er en kvalitativ studie der det ble samlet inn data ved dybdeintervju. Studien ble gjennomført ved å studere pasientenes erfaringer med smerte, deres erfaringer med den smertelindrende sykepleien og deres forventinger til sykepleien.	18 kreftpasienter, 7 menn og 11 kvinner. Pasientene måtte ha brystkreft, prostatakreft eller avansert kreft med spredning til skjelettet. Pasienten måtte også ha store smerter.	Pasientene har et betydelig behov for god kommunikasjon og informasjon. Pasientene ønsker både skriftlig og muntlig informasjon om smerter og smertelindring. Sykepleierne må være tilstede, lytte samt vise omsorg og empati til den sårbare. For pasientene var det avgjørende at sykepleierne informerte og kommuniserte på en tilstrekkelig måte. Det var av stor betydning at sykepleierne

				viste gjennom kroppsspråk vilje til å hjelpe.
Valeberg, Bjordal & Rustøen (2010) <i>Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling</i>	Hensikten med studien er å beskrive pasientrelatert barriere i forhold til smerte og smertebehandling i et utvalg av norske kreftpasienter. Og undersøke om barrieren for smertebehandling påvirker pasientenes smerteintensitet og smertenes påvirkning på funksjon.	Det er en kvalitativ studie der det ble samlet inn data ved dybdeintervju. Studien ble gjennomført ved å studere pasientenes erfaringer med smerte, deres erfaringer med den smertelindrende sykepleien og deres forventinger til sykepleien.	I studien var det 217 polikliniske kreftpasienter over 18 år, som har smerter og/eller brukte smertestillende medikamenter hvor barriere mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av barriereskjema.	Spørsmål som reflekterer de høyeste barrierene for smertebehandling er spørsmål om avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som døsighet.
Samar, Monterosso, Kristjanson & McConigley, (2011) <i>Measuring symptom distress in palliative</i>	Hensikten med studien var å belyse nødvendigheten og brukbarheten av ESAS-skjema, for å undersøke kvaliteten på	Studien er en kvantitativ tverrsnittstudie i en anonym spørreundersøkelse.	Studien er gjennomført av 572 kreftpasienter fra fem ulike palliative spesialist-tjenester i Australia.	Studien viser at ESAS –skjemaer er pålitelig og en gyldig metode for å vurdering av symptomer. Den er kort og enkel å bruke, og kan

<p><i>care: Psychometric properties of the symptom assessment scale (SAS)</i></p>	<p>smerte- behandlings- tilbudet.</p>			<p>brukes på en rekke palliative symptomer.</p>
<p>Gibbins, Bhatia, Forbes & Reid (2014) <i>What do patients with advanced incurable cancer want form the management of their pain? A qualitative study</i></p>	<p>Hensikten med studien er å finne ut hvordan pasienter med avansert kreft avgjør når deres smerter er kontrollerte, og hvordan/om de kommuniserer med hele- omsorgs og fagfolk med å administrerer deres smerte.</p>	<p>Studien er en kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom intervju med deltagerne og analysert ved bruk av en konstant sammenlignings tilnærming.</p>	<p>Det var 15 pasienter med avansert kreft og som var under et palliativt team som deltok i undersøkelsen.</p>	<p>Pasientene uttrykte sterke ønsker om å bli smertefri og leve livet så normalt som mulig, og å kunne gjøre dagligdagse ting. Det var vanskelig å si hvilke forventninger pasientene hadde til sykepleierne med tanke på lindring av kreftsmarter. Men sykepleierne måtte være tilgjengelige og støttende for pasienter, noe som innebærer empati, troverdighet og</p>

				tilgjengelighet.
<p>Webber, Davies & Cowie (2010)</p> <p><i>Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer</i></p>	<p>Hensikten med denne oppgaven var å undersøke de individuelle opplevelsene ved å leve med gjennombruddsmerter i sammenheng med kreft.</p>	<p>Denne studien er en kvalitativ innholdsanalyse, der data ble samlet via intervju med 10 pasienter.</p>	<p>Det var 10 pasienter fra to ulike kreftsenter i Storbritania som ble intervjuet. Pasienten måtte være eldre enn 18 år og ha en kreft diagnose, gjennombruddsmerter og evnen til å samtykke og evnen til å være med på intervjuet.</p>	<p>Det kommer frem i undersøkelsen at for nesten alle pasientene så hadde gjennombruddsmerter en innvirkning på livskvaliteten. Smertene hindret dem i å utføre daglige gjøremål og aktiviteter som har innvirkning på livskvaliteten. Forekomsten av gjennombruddsmerter var forbundet med en erkjennelse av mangel på kontroll over sin egen kropp.</p>
<p>Davies et al. (2013)</p> <p><i>Breakthrough Cancer Pain: An</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å kjennetegne gjennombrudds-</p>	<p>Det er en kvantitativ undersøkelse der 1000 pasienter fra ulike europeiske</p>	<p>Det er 1000 deltakere med i studien fra 13 ulike europeiske land.</p>	<p>I studien kommer det frem at kreftsmert er en ekstremt</p>

<p><i>Observational Study of 1000 European Oncology Patients</i></p>	<p>smerter hos kreftpasienter i en mangfoldig befolkning.</p>	<p>land har deltatt. Pasientene ble undersøkt for gjennombrudds-smerter og deretter avhørt om egenskaper og forvaltning av smertene deres.</p>		<p>heterogen tilstand. Det viser forskjell fra pasient til pasient. De fleste pasientene sa at smertene gjorde en stopper for dem å utføre aktiviteter, andre sa det stoppet dem noen gangen og fåtallet sa smertene ikke stoppen dem i å gjøre deres aktiviteter. Det kommer også frem at gjennombrudds-smertene har en negativ effekt på livskvaliteten og at smerter er relatert til lidelse og en virkning inn på dagliglivet.</p>
--	---	--	--	--

VEDLEGG 2 - ESAS - skjema

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

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
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvrig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ikke kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Pasientens navn: _____

Dato: _____

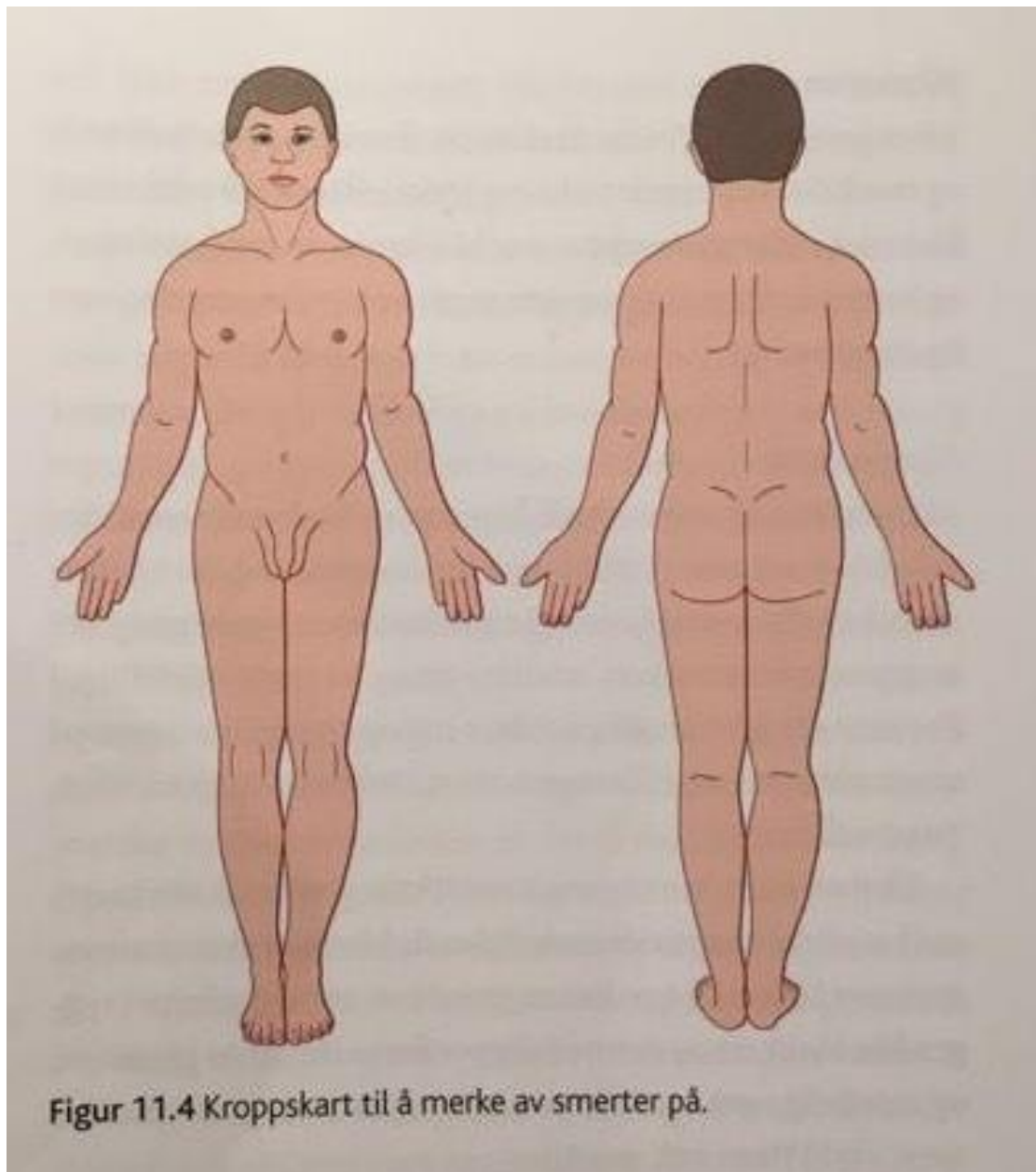
Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

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

8/12-2010

VEDLEGG 3 – Kroppskart



Vedlegg 4 – VAS- skala

