



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 523

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Smertelindring hos palliative kreftpasienter på sykehus

Antall ord *: 8241

Navn på veileder *: Angelina Belova

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring hos palliative kreftpasienter på sykehus

Pain relief in palliative cancer patients in hospitals

Kandidatnummer: 523

Bachelor i sykepleie – Stord

Institutt for helse – og omsorgsvitenskap

Veileder: Angelina Belova

Innleveringsdato: 26.04.2018, klokken 14:00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.



**Høgskulen
på Vestlandet**

**SMERTELINDRING HOS PALLIATIVE
KREFTPASIENTER PÅ SYKEHUS**

Bacheloroppgave i sykepleie

HVL, Stord 2018

Kull: 2015

Innleveringsdato: 26.04.2018

Antall sider: 27

Antall ord: 8241

Sammendrag

Bakgrunn: Kreftsykdom er et økende fenomen og i 2016 ble det registrert 32 827 nye krefttilfeller i Norge. Forbedring av kreftbehandlinger, medfører at flere kreftpasienter lever lengre med kreftsykdom. Dette kan føre til at flere kreftpasienter skal ha behov for palliativ omsorg og pleie. Flertallet av palliative kreftpasienter, lider ofte av sterke smerter. Hensikten i med denne oppgaven er å kunne bidra til god smertebehandling samt belyse sykepleierens ansvar i smertebehandlingen på sykehus.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos palliative kreftpasienter på sykehus?*

Metode: Metoden som ble benyttet i oppgaven, er litteraturstudie. For å besvare problemstillingen ble det benyttet pensum-, fag- og forskningslitteratur. Fag og forskningsartikler ble samlet inn gjennom internettsøk i ulike databaser og offisielle retningslinjer. Teorien ble brukt for å besvare problemstillingen.

Resultat: Forskning viser til hvor stort ansvar sykepleiere har i smerteproblematikken. Det fins flere metoder som kan føre til å lindre kreft smerter på en best mulig og effektiv måte. Kombinasjon av den medikamentelle samt ikke-medikamentelle smertebehandlingen kan ha bedre effekt hos disse pasientgruppene. Sykepleierne må være flinke til å kartlegge smerter, finne all nødvendig informasjon, dele informasjonen med pasienter og vise empati og omsorg ved å være til stede og lytte til pasienten. For å få til en best mulig palliativ behandling er det viktig med god relasjon mellom sykepleie og pasienten.

Konklusjon: Sykepleierens oppgaver i den palliative fasen er blant annet å lindre smerter og lidelse, kartlegge smerter, vise omsorg og å ha en god samhandling med pasienter. Det er viktig at sykepleiere har kompetanse, kunnskap og erfaring på dette området. I tillegg må sykepleierne prioritere tiden på en best mulig måte for å observere pasientens lidelser og symptomer og for å iverksette gode tiltak for å oppnå en best mulig smertebehandling på sykehuset. Videre er sykepleierens medmenneskelige egenskaper, kommunikative kunnskaper og evnen til å vise omsorg, svært viktige.

Summary

Background: Cancer is a growing phenomenon, and in 2016 there were registered 32 827 new cancer cases Norway. Improvement of the treatments makes the patients with cancer live longer, which increases the need of palliative care and nursing of those patients. Majority of palliative cancer patients often suffer from severe pain; the purpose of this thesis is to contribute to good pain management as well as lighten the nurse's responsibility in pain treatment in hospitals.

Problem: *How can nurses ease pain in palliative cancer patients in hospitals?*

Method: The method used on paper, is literature. To answer the problem, the curriculum, academic and research literature. Subjects and research papers were collected through Internet search in the various databases and official guidelines. The theory was used to answer the research question.

Result: Research shows how big responsibility the nurses have regarding pain issues. There are several methods that can lead to relieve cancer pain in an optimal and efficient manner. The combination of the drug and non-drug pain treatment may be more effective in these populations. Nurses must be accomplished to chart pain, find all the necessary information, share information with patients and show empathy and care by being present and listen to the patient. To achieve the best possible palliative care, it is important that the relation between the nurse and patient is good.

Conclusion: The nurse's tasks in the palliative phase is partly to relieve pain and suffering, charting pain, show care and to have a good interaction with patients. It is important that nurses have the skills, knowledge and experience in this area. In addition, nurses must prioritize time in the best way to observe the patient's illness and symptoms, and to achieve good measures to obtain the best possible pain treatment in the hospital. Furthermore, the nurse's compassionate qualities, communicative skills and the ability to show care and protection, is very important.

Innhold

BACHELOROPPGAVE	1
1. INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for tema og fokusområde	1
1.2 Målet med denne oppgaven.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
2. TEORI	3
2.1 Kreft	3
2.2 Palliasjon	3
2.3 Smerter ved kreftsykdom	4
2.4 Sykepleierens ansvar og funksjon ved smertelindring.....	5
2.5 Joyce Travelbee om mellommenneskelige forhold.	5
3. METODE.....	7
3.1 Litteraturstudie.....	7
3.2 Fremgangsmåte i denne litteraturstudien	7
3.3 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur.....	11
3.4 Etiske vurderinger.....	12
4. RESULTATER	13
4.1 Utdypning av forskningsartikler	13
Artikkel 1: <i>Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment</i>	13
Artikkel 2: <i>Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS)</i>	13
Artikkel 3: <i>Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer</i>	14
Artikkel 4: <i>Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer</i>	15

Artikkel 5: <i>Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.</i>	15
Artikkel 6: <i>Kreftpasienters barriere mot smertebehandling.</i>	16
4.2 Hovedfunn fra alle studiene	16
5. DRØFTING	18
5.1 Sykepleierens funksjon i smertebehandling	18
5.2 Kartleggingsverktøy for vurdering og identifisering av smerter hos kreftpasienter.....	20
5.3 Medikamentell behandling i palliativ fase.....	22
5.4 Å etablere god relasjon mellom sykepleier og pasienten i palliativ fase.....	23
6. KONKLUSJON	26
7. REFERANSER	28

Innholdsfortegnelse over vedlegg:

Vedlegg I: Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS- skjemaet

Vedlegg II: ESAS-r –symptomskjema

Vedlegg III: Numerical Rating Scale, NRS-skjema

Vedlegg IV: Kroppskartet

Vedlegg V: Resultattabell

1. INNLEDNING

Temaet kreft og smerte er et velkjent tema, da kreftsykdommer har hatt en kraftig økning den siste perioden og er et økende fenomen i Norge. Kreftstatistikk fra 2016 har registrert 32 827 nye krefttilfeller i Norge (Kreftregisteret 2016). Risikoen for å bli rammet av en eller annen kreftform, øker med alderen. Kreftregisteret (2016) påstår at 36 % av alle menn og 29 % av alle kvinner, vil rammes av en kreftsykdom innen de blir 75 år.

Kaasa (2007, s.285) uttrykker at bestandig utvikling samt forbedring av kreftbehandlinger, fører til at flere kreftpasienter lever lengre med kreftsykdommen (2007, s.285). Dette fører til at flere kreftpasienter har behov for palliativ omsorg og pleie. Pasienter med langtkommen kreftlidelse i den palliative fasen har som oftest lidelse med sterke smerter, og smertene er den kreftrelaterte lidelsen som pasienter frykter mest (Kaasa og Borchgrevink, 2007, s.272). Ifølge Bjørge får mange palliative kreftpasienter god smertebehandling, men enkelte av dem med langt kommen og uhelbredelig kreftsykdom, bærer smerter som er vanskelige å lindre (2010, s. 202).

1.1 Bakgrunn for tema og fokusområde

Temaet som ble valgt i denne studien, handler om smertelindring hos pasienter med langtkommen kreftlidelse i den palliative fasen på sykehus. Bakgrunnen for valg av dette temaet, er at smerte er et komplekst problem hos de fleste palliative kreftpasienter med uhelbredelig kreftsykdom. Smerter innskrenker pasientenes hverdag og livskvalitet betraktelig. Vedvarende smerter kan også øke pasientens oppgitthet, medvirke til sosial isolasjon samt gi en følelse av et uverdigg liv (Kaasa 2007, s.262). Dette førte til at jeg i denne studien vil undersøke nærmere hvordan sykepleiere kan tilby god smertelindring. Jeg vil også finne ut hvordan denne pasientgruppen kan få en best mulig avslutning på livet, slik at den siste tiden ikke blir preget av sterke smerter. De palliative pasientene med kort forventet levetid, bør bruke tiden til å oppnå positive opplevelser med sine pårørende. De bør leve siste tiden mest mulig smertefri. For å oppnå en optimal smertelindring, har sykepleiere en betydningsfullt ansvar og rolle.

Videre i praksisperioden min, ble jeg kjent med palliative kreftpasienter og deres pårørende. Jeg har opplevd at sterke smerter påvirket hverdagen deres og at pasientene klarer ikke tenke på noe annet. Videre opplevde jeg hvor sammensatt deres smerteproblematikk kan være, og hvor sårbare disse pasientene ofte kan være. Som student har jeg sett at det å være rammet av

sterke kreftsmarter er innviklet. Jeg har forstått hvor stort ansvar en sykepleier har i møtet med disse pasientgruppene. Jeg fikk oppleve flere utfordringer innenfor smertelindring hos de palliative kreftpasientene. En av utfordringene er blant annet oppfatningsevnen av smertenes intensitet og det å ta pasientens smerter på alvor. Jeg fikk også oppfatning av at høye doser med opioider ikke alltid gir tilstrekkelig effekt. Dette førte til at jeg i denne studien ønsker å få økt innsikt i hvordan palliative kreftpasienter kan oppleve god smertelindring, og hvordan oppnå en best mulig smertebehandling.

Ved å arbeide med denne oppgaven, ønsker jeg å utvikle min kunnskap om god og tilstrekkelig smertelindring. Ikke minst sette lys på hvordan sykepleiere kan lindre smerter hos palliative kreftpasienter på sykehuset. For å øke kunnskapen min, har jeg søkt på forskningsartikler, brukt pensum og annen relevant litteratur.

1.2 Målet med denne oppgaven

I denne oppgaven velger jeg å fokusere på kreftpasienter som er innlagt på sykehuset. Målet med oppgaven er å lære mer om smerter og smertebehandling. Videre vil jeg fordype meg om i hvilke legemidler som oftest blir brukt hos kreftpasienter i palliativ fase med sterke smerter. Jeg vil også utvikle kunnskapen min om hvordan sykepleiere identifiserer og kartlegger smerte hos palliative kreftpasienter i sykehuset.

Pasienter i palliativ fase har ofte mange plagsomme symptomer som smerte, tørste, kvalme, obstipasjon, angst og dyspné m.m. som virker inn på, og svekker livskvaliteten. Dette krever at sykepleieren må ha mye kunnskap og kompetanse (Reitan, 2010, s. 104). I praksisperioden har jeg møtt denne pasientgruppen under flere omstendigheter, både på sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie og de finnes i alle aldre og begge kjønn. Jeg har brukt forskning og relevant litteratur rundt dette tema for å finne frem til hva som gir god smertelindring i høyest grad. Hensikten med denne oppgaven er å forstå og øke kunnskapen angående dette temaet og for å gi best mulig sykepleie til denne pasientgruppen.

1.3 Problemstilling

Problemstilling min er:

Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos palliative kreftpasienter på sykehus?

2. TEORI

2.1 Kreft

Kroppen vår består av milliarder av celler som formerer seg ved deling. Ved kreft mister kroppen kontrollen over celledelingen. På grunn av feil i celledelingen deler celler seg ukontrollert, rask og utfører ikke de oppgavene friske celler ellers ville ha gjort. Etter hvert som kreftcellene fortsetter å dele seg, skjer det en opphoping av kreftceller i organet der den ukontrollert veksten startet (Lorentzen & Grov, 2010, s. 402).

Det kan ta opptil 20 år fra første gang det skjer en feil ved celledelingen, til en svulst er stor nok til å bli oppdaget, andre ganger går utviklingen raskt. Behandlingen kan ha som mål å være helbredende (kurativ) eller lindrende (palliativ), for ikke alle kreftpasienter kan bli friske. Målet at de skal kunne leve lengst mulig på best mulig måte og å gi best mulig symptom- og smertelindring. Kreftpasientene har ønske om å bli helt friske, eller endres til å være smertefri, å oppleve en spesiell begivenhet (Lorentzen & Grov, 2010, s. 402).

Veksthastigheten varierer mellom svulstene. Noen svulster utvikler seg sakte over flere år, mens andre kan utvikle seg forttere. Svulster kan føre til store skader på vev og organer. Personer som får kreft får en totalt endret livssituasjon (Reitan, 2010, s. 84)

2.2 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).

Lorentsen & Grov (2010) skriver når pasientene ikke lenger har nytte av helbredende behandling, endres målet for den medisinske behandlingen og sykepleien mot livsforlengelse,

symptomlindring og gi best mulig livskvalitet. Målet med endring er at en holder sykdommen i sjakk i lang periode (Lorentsen & Grov, 2010, s.425).

2.3 Smerter ved kreftsykdom

International Association for Study of Pain (IASP) definerer smerter slik: «*Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk eller potensiell vevsødeleggelse*» (Kaasa og Brochgrevink, 2007, s.272). Berntzen, Danielsen og Almås uttrykker at smerter er «*alltid subjektiv*» (2010. S. 357). Smerte er den årsaken til at pasienter kontakter helsepersonellet hyppig.

Kaasa og Brochgrevink uttrykker at smerte er et av de symptomene som kreftpasienter frykter mest (2007, s. 272). Smerte er en svært sammensatt opplevelse som varierer fra person til person. Smerter påvirkes av mange ulike faktorer som enten kan forverre eller redusere smerteopplevelsen (Berntzen et al. 2010, s. 357). Det er viktig med god kunnskap og tverrfaglig samarbeid mellom pasient, lege og sykepleier for å kunne gi en god smertelindring (Lorentsen og Grov, 2010 s. 401- 402). Sykepleierens viktigste oppgave og ansvar er å ha oversikt over pasientens smerter ved en grundig og nøyaktig smertekartlegging og beskrive smertens endringer i et tidsforløp. Smertekartlegging danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling (Berntzen et al, 2010, s. 365). For å kartlegge smerter hos kreftpasienter er det vanlig å bruke blant annet ESAS- skjemaet, VAS- skalaen og kroppskart (Lorentsen og Grov, 2010.s. 412).

I følge Dale (2007, s. 354) er smerteopplevelsen et subjektivt symptom. Dermed bør den vurderes av pasientene selv. Kreftpasienter i den palliative fasen er i et stadium hvor sykdommen har utviklet seg til å bli uhelbredelig og der emosjonelle reaksjoner er naturlig når de ikke lenger har kontroll over sine tidligere funksjoner. Dale beskriver videre at når en langtkommet kreftpasient opplever mye smerter, vil han ta dette som et tegn på at kreften har utviklet seg (2007, s. 354). Dette kan føre til at smertefokuset øker. Videre beskriver Berntzen et (2010, s. 357) at når palliative kreftpasienter mister kontrollen over sin egen kropp, kan det skapes en følelse av fortvilelse og håpløshet. Det er en av årsakene til at eksisterende smerter blir vanskelige å håndtere. Kreftpasienter har ofte flere typer smerte samtidig, noe som kan kreve svært forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling. Smertebehandling kan ofte iverksettes uten bruk av medikamenter, men er stort sett medikamentell (Lorentsen & Grov, 2013, s. 407). Metastaser til skjelettet er hovedårsak til smerte hos kreftpasienter. De mest

utbredte kreftsykdommene som brystkreft, prostatakreft og lungekreft sprer seg ofte til skjelettet og kan forårsaker enorme smerter (Kaasa og Brochgrevink, 2007, s. 279).

2.4 Sykepleierens ansvar og funksjon ved smertelindring

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpeker at sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse samt bidra til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleie er et praktisk yrke som har fagspesifikke funksjoner og ansvar for å ivareta pasientens behov i alle situasjoner (Nortvedt og Grønseth, 2010, s.21).

Sykepleierarbeid i et sykehus er å observere og lindre pasientens symptomer. For å kunne vurdere og håndtere situasjonen må sykepleieren ha kunnskap om symptomer og vite hvilket tiltak som kan iverksettes for å hjelpe. «*Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*» hevder at sykepleieren skal forstå, ha erfaringskunnskap, ha handlingskompetanse og skal ha en sentral rolle når det gjelder smertebehandling av palliative kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2015, s.170-171). Blant annet er det sykepleiere som har ansvar for å administrere de ordinerte smertestillende medikamenter. Nortvedt og Grønseth beskriver at sykepleierens ansvarsområde innen smertebehandling går ut på observasjon, datainnsamling, kartlegging og vurdering av smerteintensitet. Ikke minst administrering av medikamentelle og ikke medikamentelle smertehemmende tiltak, samt evaluering av tiltakenes effekt. Et annet viktig sykepleieansvarsområde er å kunne informere, veilede samt undervise pasienter (Nortvedt & Grønseth, 2010, s.21-22).

Videre spiller sykepleiere en nøkkelrolle i smertebehandlingen. Det er sykepleierne som tilbringer mye tid sammen med pasienten, og kan derfor evaluere behandlingen hyppig. For at en pasient skal få en tilfredsstillende behandling er det flere krav som må oppfylles fra sykepleierens side (McCaffery & Beebe, 1996, s. 58).

2.5 Joyce Travelbee om mellommenneskelige forhold.

Joyce Travelbee (1926-1973) er en sykepleieteoretiker som jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen (Travelbee, 2017, s. 5).

I denne oppgaven ble Travelbee sin teori om «mennesket-til-mennesket forholdet» valgt. Grunnen for valget er viktigheten i situasjoner mellom kreftpasienten og sykepleieren. Travelbee beskriver at menneske-til-menneske forholdet er alt sykepleiere sier og gjør sammen

med den syke. Dette kan bidra til å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Hun uttrykker at det er viktig at sykepleieren skaper et godt forhold til pasienten og at sykepleieren bør vite hva pasienten tenker, føler, gjør og erfarer. Gjennom et menneske-til-menneske forhold kan sykepleiere hjelpe både pasienten og familien med å forebygge og mestre situasjonen. Dette er viktige ting å tenke på når man utøver sykepleie (Travelbee, 2017, s. 171).

Joyce Travelbee om relasjon

Ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for foregår det en form for kommunikasjon, både når det foregår samtaler og når de er tause. Kommunikasjonen går gjennom utseende, atferd, holdninger, ansiktsuttrykk, manerer og gester fra den syke og sykepleieren. For å etablere menneske-til-menneske forholdet og oppnå sykepleierens mål og hensikt innebærer dette at all interaksjon med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med pasienten som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov. Sykepleieren bør lese pasienten og forstå hva pasienten er på jakt etter uten at pasienten trenger å si det og til å planlegge sykepleietiltak (Travelbee, 2017, s. 135).

Joyce Travelbee om smerte

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2017, s. 112) beskriver smerter som intenst ensomme erfaringer som er svært vanskelig å formidle til andre. Samtidig beskriver hun at det er vanskelig å vurdere graden eller intensiteten av andres smerter. Hun påpeker at det er flere faktorer som kan påvirke den enkeltes smerteopplevelse.

Travelbee påpeker at individuelle reaksjoner på smerter bestemmes av mange faktorer. ”*En innlysende faktor er smertens årsak, varighet og intensitet, og i hvilken grad det gis lindring ved hjelp av forskjellige legemidler*”. Videre nevner hun at den som får vite at han har en ondartet sykdom, vil reagere annerledes når smertene inntreffer, enn de som ikke har en ondartet sykdom. Kreftpasienter som har kronisk smerter sliter ofte med frykten for at smertene kommer tilbake selv når smertene avtar (Travelbee 2017, s.113).

3. METODE

Metode er et redskap som hjelper oss til å gå til verks for å samle inn data om et spesifikt tema og for å utvikle vår kunnskap. Gjennom metode kan man gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskapen. Metoden sier noe om hvordan man bør planlegge for å finne kildematerialet man trenger i en oppgave og for å kunne svare på problemstillingen (Dalland, 2017 s.51). Gjennom metode kan man skaffe de gode data for å belyse spørsmålet på en god måte.

Dalland (2017, s.50) har definert metode 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*”

3.1 Litteraturstudie

Metoden som er blitt brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2017, s.79). Her blir andres studier gjennomgått for å gå dypere inn i et tema, og for å få fram kunnskap om et tema (Dalland, 2017, s.222). Thidemann (2017, s.80) skriver at hensikten med litteraturstudien er å oppnå en oppdatert og god forståelse av kunnskap på det området som problemstillingen etterspør, i tillegg hvordan en har kommet frem til kunnskapen.

Litteratur er en viktig basis for alle studieoppgaver. Thidemann (2017, s.79) uttrykker at en litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. En systematisk gjennomføring, betyr å samle inn litteratur, gå nøye igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele (Thidemann 2017, s.79). Det kan være til hjelp for å besvare problemstillingen på en tilfredsstillende måte.

3.2 Fremgangsmåte i denne litteraturstudien

For å finne et teorigrunnlag for denne litteraturstudien, ble det gjort en gjennomgang av faglitteraturer innenfor fagfeltet «*smertes hos palliative kreftpasienter på sykehus*». Det ble også brukt relevante bøker fra pensumlister og bøker med relevant tema fra HVL sine biblioteksider. Videre ble Joyce Travelbee valgt som sykepleiefaglig teoretisk perspektiv. I denne oppgaven ble fokuset på en av hennes relasjonsteori om å ha et "menneske-til-menneske-forhold" i å utøve sykepleie.

Thidemann fremhever at en god søkestrategi vil herske til å finne relevant litteratur. Videre uttrykker han at valg av søkeord, er avgjørende for hvor mange og hvilken forskningslitteratur en finner (Thidemann 2017, s.87). I denne oppgaven ble det tatt en titt på internettsøk i de helsefaglige databasene; Cinahl, Cochrane, SweMed+ og PubMed. Det ble sett på både kvantitative og kvalitative forskninger. Søket ble startet med Cinahl, SweMed+ og PubMed databaser, da både Cinahl, SweMed+ og PubMed gir fagfelleverderte forskningsartikler rettet mot sykepleie.

Det ble satt ulike kriterier for å styrke forskningens gyldighet og søket ble begrenset innenfor det som er relevant i forhold til problemstillingen. Artiklene som ble brukt i denne oppgaven er ikke eldre enn 2008, dette er et av kriteriene for å kunne avgrense oppgaven. Et annet kriterium i denne oppgaven, var at sammendrag skulle være tilgjengelig, samt at selve artiklene skulle være tilgjengelig i full tekst. Søket ble også avgrenset ved at de aktuelle søkeordene skulle stå i tittelen eller i utdraget. For å finne aktuelle søkeord ble det benyttet norske søkeord som *kreft, kreftpasienter, kreftsmertes, smerte, smertebehandling, pasient og smertekartlegging, ESAS, sykepleierens rolle i smertebehandling*. Det ble også brukt engelske søkeord da hovedvekten av søket var i engelskspråklige databaser. De aktuelle engelske søkeord var blant annet: *cancer, pain, cancer pain, cancer patients, pain management, pain assessment, pain control, palliative care, end of life, nursing, patients with pain, cancer treatment*. For å få relevante artikler ble søket brukt i forskjellige kombinasjoner med AND eller OR som bindeord. En annen avgrensing som ble tatt hensyn til ved søking, er at de aktuelle søkeord måtte være i enten tittelen eller utdraget. Ut ifra de treffende resultatene ble det tatt hensyn først og fremst i overskrifter, deretter metoder og konklusjoner. Underveis i søkeprosessen ble det alltid holdt orden på søkene, ved hjelp av å skrive treffene ned. De treffene som ble skrevet ned, tar for seg hvilke søkeord, databaser, og kombinasjoner som ble tatt i bruk, antall treff, antall leste abstrakter, antall leste titler samt hvor mange artikler som ble inkludert.

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

Tabell 1: Søk i Cinahl 05.03.2018

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning

S1	Cancer patients	51,268	2009 - 2018
S2	Patient Attitudes	34,354	2009 – 2018
S3	Cancer pain	5,683	2009 – 2018
S4	hospitalized for cancer treatment	256	2009 – 2018
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	3	2009 - 2018

Valgte artikkel nr1. *Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment.* Rustøen, Gaardsrud, Leegaard og Wahl (2009)

Tabell 2: Søk i PubMed 05.03.2018

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Patient Assessment	317255	Siste 10 år
S2	Symptoms -- Physiopathology	386683	Siste 10 år
S3	Measuring Symptom in Palliative Care	95	Siste 10 år
S4	S1 AND S3	40	Siste 10 år

Valgte artikkel nr 34: *Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS).* Samar, Monterosso, Kristjanson og McConigley (2011)

Tabell 3: Søk i PubMed 05.03.2018

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Pain management	9026	Siste 10 år

S2	Patients with cancer	566524	
S3	Impact of early access to a palliative	24	Siste 10 år
S4	S1 AND S2 AND S3	5	Siste 10 år

Valgte artikkel nr 4, *Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer.* Bandieri1, Sichetti, Romero, Fanizza, Belfiglio, Buonaccorso, Artioli, Campione, Tognoni og Luppi (2012)

Tabell 4: Søk i PubMed

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Palliative care	33010	Siste 10 år
S2	Cancer pain	26682	Siste 10 år
S3	Breakthrough cancer pain	506	Siste 10 år
S4	Patients with advanced cancer	70166	Siste 10 år & Full text
S5	S3 AND S4	53	Siste 10 år & Full text

Valgte artikkel nr 36: *Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer.* Webber, Davies og Cowie (2010)

Tabell 5: Søk i SveMed+ 05.03.2018

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Smerte	4542	

S2	Smertelindring	516	Siste 10 år
S3	Kreftpasienter	59	Siste 10 år
S4	Kunnskap til smerte	24	Siste 10 år
S5	S3 AND S4	4	Siste 10 år

Valgte artikkel nr 1, Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. Granheim, Raaum, Christophersen og Dihle (2015)

Tabell 6: Søk i SveMed+

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Smertebehandling	242	Siste 10 år
S2	Kreftpasienters	59	Siste 10 år
S3	S1 AND S2	2	Siste 10 år

Valgte artikkel nr2, Kreftpasienters barriere mot smertebehandling. Valeberg, Bjordal, & Rustøen (2010).

3.3 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

I følge Daland (2017, s.158) er det å foreta kritiske vurderinger, å bestemme relevansen, styrke og begrensninger i de kildene som kan benyttes i litteraturen. Ved valg av litteratur, ble det stilt følgende spørsmål til hver enkel artikkel; «Er denne artikkelen relevant for å besvare problemstillingen? Når ble er denne artikkelen skrevet? Er artikkelen fagfeltvurdert? Ved å stille disse spørsmålene, ifølge Daland (2017 s.40) kan man vurdere om litteraturen er validitet og reliabilitet eller ikke. Validitet står for relevans og gyldighet og betyr at litteraturen som brukes må være relevant og gyldig i forhold til det problemet som undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om at målinger må utføres korrekt og at eventuelle feilmarginer angis (Daland 2017 s.40). I denne litteraturen ble det gjennom hele søkeprosessen, forsøkt å holde et sykepleiefaglig fokus.

I denne oppgaven har jeg valgt seks forskningsartikler. Alle artiklene er relevant og besvare for problemstillingen. Artiklene som ble valgt i denne oppgaven er fire kvantitative og to kvalitative forskningsartikler, forholdsvis fire på engelsk og to på norsk. Jeg har brukt sjekkliste som ligger på helsebiblioteken.no for å kritisk vurdere artiklene. Brukte artikler i oppgaven ble hentet fra anerkjente tidsskrifter som i tillegg er anbefalt av skolens bibliotekside. Ut ifra dette vil jeg vurdere disse artiklene som pålitelige og godkjente til å bli brukt i oppgaven. Artiklene ble i tillegg vurdert ut ifra IMRAD modellen, som er en oversiktsmodell for oppsettet i forskningsartikler. Artiklene som ble brukt i denne oppgaven er etiske godkjent fra komiteet og land.

Det ble brukt mye litteratur i form av forskningsartikler, fagartikler og lærebøker, samt relevante bøker i forhold til problemstillingen. De artiklene som ble benyttet i denne litteraturen, ble sjekket både for metoddelen, resultatdelen, diskusjonsdelen og referanselisten. Det ble også forsøkt å bruke de mest oppdaterte bøker som handlet om kreft, palliasjon og smertelindring, men det ble også brukt noen eldre bøker da de var relevant i forhold til temaet.

3. 4 Etiske vurderinger

Sørbye (2010, s. 286) beskriver etikken som et fag i kontinuerlig utvikling. Dalland (2017, s.235-236) uttrykker at de 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 planlegging, gjennomføring og rapportering av de brukte studier og handler om å bevare troverdighet av de resultatene i forskningen samt ivareta personvern.

I denne studien er ikke personopplysninger blitt behandlet direkte. Denne oppgaven er et litteraturstudium, og de etiske kravene er ikke like strenge sammenliknet med annet forskningsarbeid som gjelder direkte kontakt med forsøkspersoner (Olsson & Sørensen, 2003, s.57-63). Forskningsetikk viser strenge krav og det omhandler å ivareta personvernet, men og menneskets anonymitet, integritet og velferd samt sikre at de som velger å delta i studiet skal ikke komme til skade eller bli påført unødige belastninger (Dalland, 2017, s.236).

4. RESULTATER

4.1 Utdypning av forskningsartikler

Artikkel 1: Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment.

I en kvalitativ studie undersøker Rustøen, Gaardsrud, Leegaard og Wahl (2009) kreftpasientenes erfaringer med sykepleien de fikk i forhold til smerte. Studien undersøker også kreftpasientens forventninger om sykepleieren innenfor smertebehandling og de viktigste sykepleieoppgavene som inngår under behandling. Denne studien ble gjennomført ved å intervju kreftpasientenes opplevelser med smerte, deres erfaringer med sykepleie i forhold til smertebehandling og videre deres forventninger til sykepleieren. Data i denne studien ble samlet ved et dybdeintervju av en smertelindrende sykepleie i en periode på 1 år og ved å intervju 18 kreftpasienter som består av syv menn og elleve kvinner.

I studien fant de ut at kreftpasientene har vesentlig behov for god kommunikasjon og tydelig informasjon. Studien beskriver også at sykepleiere må være tilstede og tilgjengelige, at de må være lyttende og vise empati og omsorg til kreftpasienter. For kreftpasientene var det betydningsfullt å kommunisere og informere på en tilstrekkelig måte. I studien ønsker pasientene både muntlig og skriftlig informasjon med hensyn til deres smerter og smertelindring. Videre ønsker pasientene å få tydelige forklaringer rundt deres smerter, og at sykepleiere måtte dele sine kunnskaper med dem uten at de måtte be om det.

I studien opplevde pasientene forskjell på hvordan de ulike sykepleierne håndterte deres smertebehandling. Enkelte pasienter opplevde mangel på sykepleieinformasjon i forhold til smertebehandlingen de fikk. Det kommer også frem at sykepleierne må ha en tydeligere rolle i forhold til pasientopplæring, rådgivning og informasjon, selv om kreftpasienters erfaringer avdekket betydningen for administrering av smertelindrende tiltak.

Artikkel 2: Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS).

I en annen studie av Samar, Monterosso, Kristjanson og McConigley (2011) var hensikten å se nødvendigheten og brukbarheten av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-skjemaet) (vedlegg I) for å vurdere kvaliteten på smertebehandlingstilbudet. ESAS-skjemaet er det mest brukte kartleggingsskjemaet på sykehus.

Denne studien er en kvantitativ tverrsnittstudie. Studien er gjennomført som en anonym spørreundersøkelse av ca. 572 kreftpasienter fra fem ulike palliative spesialisttjenester i Australia. I denne studien fant de ut at bruk av ESAS-skjemaet er det beste hjelpemidlet til å vurdere og kartlegge smerter og plager av palliative kreftpasienter. Studien påpeker at ESAS-skjemaet er nyttig, informativt, lett å administrere samt lett å fylle ut. ESAS er et forståelig verktøy for pasienter og pårørende. De har også funnet ut at ESAS-skjemaet er en metode for symptomvurdering hos kreftpasienter som har behov for økt oppmerksomhet, klinisk undersøkelse og omfattende vurdering. Studien påpeker at ESAS-skjemaet er enkelt å bruke og kan brukes i flere tilfeller ved palliativ behandling. Videre beskriver de at det å behandle symptomer og smerter etter ESAS-skjemaet, kan føre til optimal smerte- og symptombehandling.

Artikkel 3: Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer.

I studien av Bandieri¹, Sichetti, Romero, Fanizza, Belfiglio, Buonaccorso, Artioli, Campione, Tognoni og Luppi (2012) påpekes betydningen av tidlig innblanding av palliativt team i smertebehandling. I studien deltok 1450 pasienter. Disse pasientene ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen fikk vanlig palliativ pleie og den andre gruppen fikk tidlig behandling av et palliativt team.

I denne studien lagde palliative team individuelle planer for hver enkelt pasient. De fant ut at smerteopplevelsen var mye mindre hos den gruppen som fikk behandling av palliativt team. Videre fant de ut at pasientene som ble behandlet tidlig av et palliativt team i sykdomsprosessen, fikk høyere livskvalitet, redusert depresjon samt tre måneder lengre levetid.

I studien kommer det også frem at palliative team bruker høyere og sterkere smertestillende doser. Dette førte til at pasientene fikk bedre livskvalitet og mindre smerter. Studien påpeker også at en individuell plan for hver enkelt pasient gir en bedre smertelindring. Studien konkluderte ikke at tidlig innkomst av palliativt team reduserer kreftpasientens smerter, men smertelindringen er blitt bedre.

Artikkel 4: Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer.

I den kvalitative studien utforsker Webber, Davies og Cowie (2011) pasientens individuelle opplevelser av å leve med gjennombruddssmerter i forbindelse med kreftsykdommen. Her ble det utført intervju med 10 pasienter for å samle data.

I studien ble det funnet at gjennombruddssmerter har hatt en omfattende innvirkning på nesten alle pasientenes livskvalitet. De påpeker at smerter hindret pasienter å utføre daglige gjøremål og å være i aktivitet. Det kommer også fram at pasienter ble påvirket av hendinger med sterke gjennombruddssmerter. Smerter førte til at pasientene fikk en erkjennelse av mangel på kontroll over deres kropp. I resultatdelen identifiserte noen 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).

Artikkel 5: Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.

I denne studien har Granheim, Raaum, Christophersen og Dihle (2015) fokus på sykepleierens holdninger og kunnskaper innenfor medikamentell smertebehandling hos voksne pasienter med alvorlig kreftsykdom. Studien er en tverrsnittstudie med 82 sykepleiere og 83 sykepleiestudenter som svarte på spørreskjemaet. De pasientene som ble presentert i studien, var innlagt på en kirurgisk avdeling.

Studien konkluderer med at få i utvalget tok hensyn til pasientens egen smertevurdering, selv om sykepleierne og studentene hadde krysset av at pasienten selv er den som best bedømmer egen smerteintensitet. Det kommer også frem at sykepleiere og sykepleiestudenter ikke nødvendigvis tok hensyn til pasientens subjektive utsagn i pasienthistoriene og at sykepleierens vurdering av pasientens smerteintensitet ikke alltid stemte med pasientens egenvurdering. Pasientene i studien rapporterte en smerte på åtte, på en skala fra en til ti og sykepleiere valgte ut ifra deres egen oppfatning å gi en lavere dose enn det som skulle vært gitt ved smerte på åtte. Granheim et al. (2015, s.331) beskriver at sykepleiere er redde for at høye opioiddoser kan gi respirasjonssvikt og avhengighet hos pasienten. Ved god kunnskap om opioider, mener

Granheim et al. (2015, s.332) at denne «opioifobien» kunne vært unngått. Dette påpeker at det er en avgrunn mellom teoretiske kunnskaper og praktiske handlinger.

Artikkel 6: Kreftpasienters barriere mot smertebehandling.

I denne studien forsker Valeberg, Bjordal, & Rustøen (2010) på om kreftpasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling og om barrierer for smertebehandling påvirker kreftpasientenes smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon. Studien er en beskrivende tverrsnittundersøkelse med 217 kreftpasienter som er påvirket av smerter og bruker smertestillende medikamenter.

Valeberg et al. (2010, s.271-272) kommer fram til at mange av kreftpasientene og deres pårørende er redde for at bruk av smertestillende kan føre til avhengighet. Studiene viser til at dette kan forklares ved at både pasientene og deres pårørende har manglende informasjon angående virkning og bivirkning av smertestillende. Studien bekrefter også at sykepleiere har behov for tilstrekkelig kunnskap om bruk av opioider for å bli tryggere på å administrere smertestillende. Videre påpeker de at ved god kunnskap rundt opioider, kan sykepleiere lettere informere både pasienten og pårørende for å hemme usikkerheten ved bruken av opioider.

4.2 Hovedfunn fra alle studiene

Her beskrives det en kort oppsummering av de hovedfunnene og de fellestrekkene som har kommet fram under vurdering og analysering av de forskningsartiklene som ble benyttet i denne litteraturstudien.

I forskningsartiklene kommer det fram at sykepleierne har en viktig funksjon innenfor smertebehandlingen og et stort ansvar for å lindre pasientens smerter. Sykepleierens ansvarsområde går ut på observasjon, datainnsamling, kartlegging og vurdering av pasientens smerte og administrering av smertestillende medikamenter. ESAS-skjema er det mest brukte kartleggingsskjemaet fordi det er det beste hjelpemiddelet i kartleggingen av palliative kreft smerter og plager samt den er det beste hjelpemiddelet til vurdering av behandlingens effekt. For å oppnå en optimal smertelindring, kan sykepleierne henvise pasienten til palliative team, siden de er effektive til å hjelpe pasienter på en best mulig måte og gir dem et bedre livskvalitet og mindre smerter.

Videre for å gi tilstrekkelig hjelp, er det viktig at sykepleierne har faglig kunnskap innenfor smerter, om gjeldende behandlingsprinsipper samt om virkning og bivirkning av opioider som

pasientene får. Dette er viktig fordi de fleste kreftpasientene er redde for bivirkninger. Sykepleierne bør dele sin kunnskap både med pasienten og deres pårørende for å oppnå vellykket smertelindring. Dette kan også føre til en åpen relasjon både med selve pasienten og deres pårørende. Sykepleierne bør også være til stede, være lyttende til pasienten samt vise empati og omsorg. Både sykepleierens fagkunnskap og erfaring har stor betydning for smertebehandlingen. De forutsetningene som ligger til grunn for god smertebehandling er sykepleierens evne til de å gjennomføre observasjoner, der endringer i smertebildet opptas og dokumenteres.

5. DRØFTING

5.1 Sykepleierens funksjon i smertebehandling

I studier og litteratur som ble brukt i denne oppgaven, kommer det fram at sykepleierne har et betydelig ansvar i smertebehandlingen til pasienter i den palliative fasen. Sykepleierens unike rolle i behandlingen skiller ut ifra de andre. Mye av grunnen til det, er at sykepleierne tilbringer mye av tiden sammen med pasientene (Travelbee, 2017, s.30-31 & McCaffery & Bebbe 1996, s.12). Ut fra dette kan vi si at sykepleierne har mulighet til å evaluere og vurdere behandlingen hyppig. En hyppig og riktig evaluering og vurdering av pasientens smerter, kan videre føre til en riktig smertelindring (Kaasa 2007, s.288 & Lurentsen og Grov 2010 s.412). Her er det også viktig å vite at de aktivitetene som ofte er forbundet med sykepleierne, er forståelse, fysisk omsorg, helsefremmende undervisning og lindring av lidelser og smerter (Travelbee 2017, s.173).

På den andre siden hevder noen studier at det er enkelte pasient som føler at de ikke får god nok smertelindring (Granheim et al. 2015, s.331 & Valeberg et al. 2010, s. 272). Lorentsen og Grov (2010, s.412) begrunner denne påstanden ved å påpeke at smertelindring hos kreftpasienter, er en viktig utfordring for sykepleierne. Her bør sykepleierne på sykehuset legge premissene for samarbeid med pasienten og bør ta ansvar for å skape et tillitsforhold. Videre bør pasienten kunne delta aktiv i planleggingen og vurderingen av hvilke smertelindringsmetoder som skal velges for å oppnå god smertelindring (Berntzen, Danielsen & Almås 2010, s.362).

Travelbee (2017, s.41) påpeker at sykepleierens mål og hensikt, er å hjelpe enkeltindividet og familien til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Ifølge Travelbee skjer dette ved å etablere et menneske-til-menneske forhold (2017, s. 171). Sykepleierne bør kunne legge til rette slik at den palliative kreftpasienten kan føle trygghet og respekt. Travelbee påpeker også at dersom sykepleierne skal bygge et forhold til pasientene, er de nød til å oppfatte og relatere seg til pasientene som individ (2017, s.70). Videre når sykepleierne signaliserer at de bryr seg om den enkelte, kan pasientene oppleve at han ikke er alene i kampen og smerter blir lettere å bære (Lorentsen & Grov 2010, s.410). Dersom kreftpasientene på sykehuset ikke klarer å bearbeide sine følelser og finne mening eller mestring i den situasjonen de befinner seg i, kan situasjonen oppleves som ekstra belastende og smertefull. Travelbee, (2017, s.48) støtter dette ved å beskrive at det er viktig å støtte pasientene med å finne mening i alvorlig sykdom. Granheim

(2015, s.331) hevder at for å hjelpe kreftpasientene med deres smerter og plager, må tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter være tilstede.

I følge Nortvedt, Grønseth (2010, s.23) må sykepleierne som gir behandling, omsorg og pleie til kreftpasienter, ha en sterk fagspesifikk erfaringskunnskap og i tillegg at kunnskapen stadig må oppdateres og fornyes. I min sykehuserfaring må sykepleierne ha tilstrekkelig kunnskap om både palliasjon og palliativsmarter som fagfelt. Fordi kreftpasienter ofte lider av sterke smerter i palliativ fase. Når det gjelder smertelindring ifølge Travelbee plikter sykepleiere til å gi gode råd og veiledning til pasientene (2017, s.113-115). Sykepleiefunksjon er å kunne gjennomføre en god systematisk smerte og symptomkartlegging samt å utføre en dekkende observasjon og evaluering (Nortvedt og Grønseth, 2010 s.21). Videre som det er nevnt tidligere, er det sykepleieren som har den nærmeste kontakten med pasienten (Travelbee, 2017, s.31 & McCaffery & Bebbe 1996, s.12), i tillegg til at de også har ansvar for å vurdere pasientens smerter og videreformidle deres observasjoner og vurderinger til legen. Fra min sykehuserfaring har sykepleierne plikt til å diskutere daglig med leger angående medikamenthåndtering, fordi det er sykepleieren som observerer best pasientens behov for smertebehandling og behandlingens effekt. Nortvedt og Grønseth (2010 s.23) støtter dette ved å beskrive at sykepleieren må ha evne til å analysere og sammenfatte data og vurdere disse opp mot sine faglige og personlige kunnskaper. Helsedirektoratet (2017, s.10) hevder også at det er viktig at en sykepleier har god kunnskap og god vurderingsevne.

Både Granheim et al. (2015) og Valeberg et al. (2010) påstår i deres studier at det er avgjørende med god faglig sykepleiekompetanse for å klare å utføre en optimal smertelindring hos kreftpasienter. Med den faglig kompetansen menes både kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Sykepleiekunnskaper og erfaringer er en viktig faktor som påvirker hvordan sykdommen og behandlingen blir oppfattet (Nortvedt og Grønseth 2010 s.23). Videre skriver Webber et al. (2010, s. 2044) at kreftpasientene føler seg tryggere når sykepleierne har god kunnskaper, og når sykepleierne er tilgjengelige for å hjelpe og støtte dem når de har behov for det. I følge min erfaring vil det redusere angst og ubehag når pasientene på sykehus opplever sosial støtte, og videre kan dette redusere smerter. For å oppnå dette er det viktig at sykepleierne tar seg tid til å ha en samtale om deres lidelser og smerter. Rosen og Stiles (2007, s. 411) sier også at ved å være lyttende og bruke tid til pasientene, kan sykepleierne hjelpe dem til å bearbeide bakenforliggende problemer som kan forhindre godt behandlingsresultat. I likhet med dette framhever Eide og Eide (2007, s. 210) at berøring formidler tilknytning, sympati og omsorg, og dette kan oppleves som både medfølelse forståelse, støtte og trøst.

De fleste pasientene som er innlagt på sykehuset, har jeg erfaring med at aktiv lytting, øyekontakt samt noe fysisk kontakt som å sette seg ned på sengekanten og eller å holde hånden, kan føre til å lette smerter. Videre når vi som helsepersonell gir pasientene litt tid, der vi er tilstede både fysisk og psykisk, kan det føre til at pasientene får en følelse av respekt og verdi. Min erfaring er at gjennom en god ivaretagelse hos de palliative kreftpasientene på sykehus, kan vi skape tilstrekkelig smertelindring og respekt ved godt stell, en god frokost m.m. Travelbee (2017, s.79) hevder at en god holdning og handling, kan gjøre det mulig å yte god sykepleie. Videre beskriver hun at sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 2017, s.41).

5.2 Kartleggingsverktøy for vurdering og identifisering av smerter hos kreftpasienter

Smerte er en subjektiv opplevelse som oppleves ulikt fra individ til individ (Torvik, Skauge og Rustøen 2008, s.51). For å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere smertebehandling, er det viktig å kartlegge smerter. Samar et al. (2011, s.319), Torvik et al. (2008, s.53) og Berntzen et al. (2010, s.362) uttrykker at en god kartlegging av pasientens smerter har stor betydning for å sette i gang tiltak som kan gi optimal smertelindring. For å kartlegge smertene på en best mulig måte, kan sykepleieren benytte flere kartleggingsverktøy. Som tidligere nevnt, er ESAS-skjemaet det beste hjelpemiddelet sykepleierne kan bruke for å kartlegge palliative kreftsmerter og for å vurdere den behandlingen som er gitt (Norsk forening for palliativ medisin, 2004, s.7 & Samar et al. 2011 s.316). Ved bruk av ESAS-skjemaet får sykepleierne anledning til å få en bedre oversikt over hvor store plager pasienten har (Samar et al. 2011, s.316).

For å innhente et dekkende kartleggingsverktøy, kan sykepleierne benytte den reviderte versjonen av ESAS-skjemaet som hetter ESAS- revised «ESAS-r» (vedlegg II). Det er anbefalt som standard i kartleggingsverktøy i palliativ virksomhet i Norge (Helsedirektoratet, 2013, s.12). Videre er ESAS-r lett å administrere, veiledende, tar kort tid å fylle ut og er nyttig i forhold til smerte og symptomkartlegging. Det er også et lett og forståelig og det mest anvendelige verktøyet, spesielt på sykehuset. I kombinasjon med ESAS-skjemaet kan sykepleierne også bruke andre kartleggingsverktøy som VAS-skalaen (vedlegg III) og kroppskart (vedlegg IV) å få en bedre opplysning om smertegrad og intensitet (Lorentsen & Grov 2010, s.412-413). Utfra mine praksiserfaringer på sykehus, har jeg opplevd at det å begynne med kartlegging av smerter, har stor verdi i forhold til vurdering og evaluering av smertebehandlingstiltakene.

Kartleggingsverktøyene kan skape en nærere relasjon og et godt forhold mellom sykepleierne og pasientene (Samar et al. 2011 s.319). Ut fra min erfaring er et godt forhold på sykehuset avgjørende for å få bedre opplysninger om pasientens opplevelser innenfor smerter. Til tross for dette hevder Berntzen, et al. (2010, s. 356) at sykepleierne er generelt for dårlige til å forstå betydningen av og ta i bruk de systematiske hjelpemidlene som vurderingsskjemaer for å kartlegge smerter. I samsvar med Torvik et al. (2008, s.51) påpeker Berntzen, et al. (2010, s. 356) at smertene er svært varierende fra pasient til pasient. Dette kan føre til en utfordring både for leger og sykepleierne å oppnå en god smertelindring.

Travelbee (2017, s.44) uttrykker at god observasjon er en fremgangsmåte for sykepleierne for å lære å kjenne den syke som individ. Dette er et nødvendig første skritt i etableringen av et menneske til menneske forhold (Travelbee, 2017, s.44). Utfra dette kan vi si at forutsetningene som ligger til grunn for god smertebehandling på sykehuset, er sykepleierens evne til systematisk observasjon, der endringer i smertebildet registreres og dokumenteres. Dette viser også at det er viktig at sykepleiere er gode på kartlegge nøye i de ulike observasjonene for at smertelindringen skal ha optimal effekt. Videre kan dette føre til at sykepleierne blir godt kjent med pasientene og setter i gang gode tiltak.

For å sette i gang gode tiltak, er det avgjørende med en god og grundig kartlegging av pasientens smerter ved sykehusinnleggelse. En grundig kartlegging gir et bilde av smertens karakter, årsak varighet og intensitet (Kaasa 2007, s. 286 & Travelbee 2017 s.113). Den kan føre til en god planlegging og iverksetting av smertebehandling. Videre den kan føre til å bidra til at smertebehandlingen blir tilpasset pasientens tilstand og behov. For å kunne kartlegge på best mulig måte, er en klinisk undersøkelse viktig. Kaasa (2007, s.287-288) påpeker at fokuset i kartleggingen, skal være smerteintensitet, smertetype, hvor smertene ligger og hvor ofte pasienten har smerter. Videre er det viktig at sykepleierne kartlegger både fysiske og psykiske sider samt bakenforliggende årsaker (Kaasa, 2007, s. 286). I studien til Valeberg et al. (2010) kommer det fram at god og optimal kunnskap om smertekartlegging hos palliative kreftpasienter og god kommunikasjon med deres pårørende, er betydningsfullt. Ved bruk av de ulike kartleggings skjemaene, kan sykepleierne i samarbeid med legene klare å komme fram til den smertetypen og årsaken til smerteproblematikken pasienten har. For å oppnå optimal smertebehandling, er grundig kartlegging avgjørende (Kaasa 2007, s.286-288). En grundig kartlegging vil også gi et godt bilde av pasientens smerter.

5.3 Medikamentell behandling i palliativ fase

Smerter hos de palliative kreftpasientene er en kronisk tilstand. Dermed er bruk av smertestillende medisiner en påkrevd del av smertebehandlingen. I studien til Valeberg et al. (2010, s.271-272) søkte en å finne ut om smertebehandlingen for kreftpasientene og familiens vurdering overfor smertebehandlingsens effekt. I studien hevder de at kreftpasienter og deres pårørende er redde for at bruk av smertestillende kan føre til avhengighet, men noen av pasientene gav uttrykk for at medikamenter var det eneste som bidro til å dempe smertene. I studien til Webber et al. (2010, s. 2044) påpekes det at en rekke ulike smertedempende tiltak, hadde en rask og effektiv effekt overfor smerter. Faksvåg Haugen (2006, s.4) uttrykker i sin oversiktsartikkel at de vanligste smertestillende medikamentene som kreftpasientene får, er Morfin, Fentanyl, OxyContin, OxyNorm, Ketogan og Ketorax. I tillegg får de daglig i bunn Paracetamol og Tramadol. Alle disse medikamentene er smertestillende, men ifølge studien er det mulig at Morfin blir mest brukt mot palliative kreftmerter.

Medikamentellbruk krever alltid forsiktighet, og har behov for en god balansering mellom for mye og for lite dosering. Derfor har sykepleierne på sykehuset en viktig funksjon i smertebehandlingen og et stort ansvar for riktig medikamenthåndtering. Sykepleierens ansvar omfatter datainnsamling, observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, administrering av medikamentelle og ikke medikamentelle smertelindrende tiltak, og evaluering tiltakenes effekt (Berntzen et al. 2010, s. 355-356). Ut ifra studien til Valeberg et al. (2010, s.271-272) har både selve kreftpasientene og deres pårørende behov for tilstrekkelig informasjon om både virkning og bivirkning av medikamentene som blir administrert. Tilstrekkelig informasjon om medikamenter er viktig for å unngå at enkelte pasienter lar være å ta medisiner sine. Webber et. al, (2010, s.2044-2045) påpeker at uten riktig bruk og administrering av medikamentene, er det vanskelig å lindre smertene. Ifølge Rustøen et al. (2009) kan mangel på informasjon om eventuelle virkninger og bivirkninger føre til at situasjonen for både pasienten og pårørende oppleves verre. Dette understreker hvor viktig det er at sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap om medisinsk behandling og legemiddelhåndtering.

Mangel på kunnskap, informasjonsflyt, dårlig kommunikasjon og dokumentasjonsrutiner mellom helsepersonell internt i sykehuset, kan føre til at noen pasienter får for dårlig oppfølging i smertebehandlingen (Lorentsen, Grov, 2010, s. 418-419). I studien til Valeberg et al. (2010, s.271-272) begrenser pasientene inntaket til medikamentene til et minimum eller

unnlater å ta de foreskrevne legemidlene av redsel for bivirkninger. Her bør sykepleiere finne et bedre tiltak for å redusere lidelser. Ut ifra studien til Bandieri et al. (2012) bør sykepleiere på sykehus kontakte palliativ team tidlig i behandlingsprosessen, fordi smerteopplevelse blir mye mindre ved tidligere innblanding av palliativt team. Det er uansett interessant at kreftpasientens smerte minker ved tidlig intervensjon. I tillegg ble det tatt i betraktning at tidlig intervensjon hjalp på å støtte pasientens egne ressurser (Bandieri et al. 2012). Noe som igjen kan hjelpe pasientene til å lettere takle vanskelige situasjoner, som for eksempel smerte over lang tid.

Webber et al. (2010, s. 2044) og Rustøen et al. (2009) hevder i studien at i tillegg til den medikamentelle behandlingen, hjelper det også å få fokuset til pasienten over på andre ting for å lindre smerter. Hva som hjelper for å hemme kreft smerter kommer an på smerteintensiteten, plassering og varighet av smerter. Travelbee, (2017, s.114) påpeker at i en situasjon der man ligger og tenker på hvor vondt de har når de har sterke smerter, kan smertene forverres. I følge min sykehuserfaring er et godt hjelpemiddel å få pasientens tanker over på andre ting, som for eksempel musikk, gamle familiebilder, massasje, vibrasjon eller varmepumpe. Ut i fra dette kan man tolke at en blanding av den medikamentelle behandlingen og individuelle tiltak kan være en god løsning for smertelindring.

5.4 Å etablere god relasjon mellom sykepleier og pasienten i palliativ fase

Sykepleierens mål i møte med palliative kreftpasienter, er å redusere symptomer og å gi maksimal smertelindring (Skorpen, 2007, s.338-339). For å oppnå dette målet må sykepleierne ta initiativ til å tilstrebe en god relasjon med palliative pasienter som er innlagt på sykehus, slik at pasienten kan formulere de behovene og ønskene som vil være nødvendig i smertebehandlingen.

Alle palliative pasienter har subjektive holdninger og forventninger angående sterke smerteopplevelser og smertelindring. Dette støttes også av Trabelbee (2017, s.112) ved å beskrive at det er svært vanskelig å formidle smerteerfaringen til andre på en slik måte at de fullt ut forstår hva den består i. Rosen og Stiles (2007, s.410) framhever at et godt og tillitsfullt forhold er en forutsetning for at pasienten skal kunne gi litt mer informasjon og tørre å snakke om sine tanker. Det kan tenkes at en følelse av trygghet rundt selve pasienten og behandlingen er avgjørende. Sykepleierne på sykehuset kan oppnå dette ved å kommunisere og samhandle med både pasienter og deres pårørende på en god og trygg måte for å få et inntrykk av pasientens smerteproblematikk. Webber et al. (2010, s.2044) og Travelbee (2017, s. 137) påpeker at god

kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Videre er den viktig for å utøve god sykepleie. I følge studien til Webber et al. (2010, s.2044) er en god relasjon mellom sykepleier og pasient viktig, for lettere å bidra til å nå det palliative smertebehandlingsmålet.

Webber et al. (2010, s.2044) og Travelbee (2017, s.210) påpeker at gjennom et godt forhold og relasjon kan sykepleiere gi pasienten en følelse at de har noen å stole på, ha tillit til og noen de kan formidle sine følelser til. Pasientene i studiene til Webber et al. (2010, s.2044) og Rustøen et al. (2009) mener at det å ha en grundig kommunikasjon med sykepleierne om fornemmelser rundt smerteproblematikken, kan lette deres smerteopplevelser. I likhet med dette framhever Travelbee (2017, s.211) at all kontakt sykepleiere har med pasienten, kan være skritt på vei mot menneske-til-menneske-forhold. I likhet med Webber et al. (2010, s.2045) framhever Rustøen et al. (2009) at når sykepleiere gir uttrykk for at de har god tid og ikke stresser, kan det være med på å lette pasientens smerteopplevelse. Travelbee uttrykker videre at en god relasjon mellom sykepleiere og pasienter er betydningsfullt for å oppnå en god kommunikasjon. Hun beskriver også at gjennom en tydelig kommunikasjon, kan sykepleiere utøve formålet som å hjelpe et individ, og en familie med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og eventuelt finne mening i disse erfaringene (2017, s.135).

Ifølge Rustøen et al. (2009) har pasientene vansker med å formidle forventningene de hadde til sykepleiere, angående lindring av smerter. I studien til Webber et al. (2010, s. 2043) beskriver pasientene smerter som en ekstrem opplevelse. Smerter hindret disse pasienter til å utføre daglige gjøremål og å være i aktiviteter som førte til at de fikk en erkjennelse av mangel på kontroll over deres kropp. Dette påpeker hvor stort behov de har for sykepleie. Sykepleierne bør ha jevnlig kontakt med de palliative kreftpasientene, vise at de er tilgjengelige for dem og ha forståelse for deres ønsker og behov. Sykepleierne i studien til Rustøen et al. (2009) måtte både gjennom holdning og handling formidle at de var opptatt av hvordan kreftpasientene hadde det i hverdagen og hvordan deres smerteopplevelse var. Dette påpeker at sykepleiere på sykehuset bør finne tid til å lytte til pasientene for å få en god forståelse angående deres smerteproblematikk.

Granheim (2015, s.332) og Valeberg et al. (2010, s.271-272) påstår at sykepleiernes fagkunnskap og kompetanse innenfor smerte, har stor betydning for å oppnå optimal smertelindring. Pasientene i studien til Valeberg et al. (2010, s.272) ønsket en åpen og god relasjon med sykepleierne for å oppnå vellykket smertebehandling. En god relasjon mellom

sykepleierne og pasienten på sykehuset førte til en smertelettelse, samt hjalp dem å finne en følelse av fred og sikkerhet. Dette kan gi inntrykk av at sykepleierne burde være bekvemme med å ha en samtale med pasienter om deres vanskelige opplevelser. I følge min sykehuserfaring, er fysisk og mental kontakt avgjørende for å oppnå et god og tydelig bilde og pasientens lidelser og smerter. Videre er det viktig at sykepleierne viser omsorg for at pasienten lettere skal fortelle om sine smerteproblemer. For å oppnå dette er det viktig med tilstrekkelig tid. Videre ifølge min sykehuserfaring, er det viktig at disse pasientene slipper å forholde seg til mange sykepleiere. De samme sykepleierne bør ha ansvar for de palliative kreftpasientene, dette fordi kreftpasientene i palliativ fase ofte ikke har energi til å besvare de samme spørsmålene hver dag. Denne type behandling kan gi pasientene en følelse av å bli ivaretatt på flere nivå.

6. KONKLUSJON

I denne litteraturstudien ble det sett på temaet smertebehandling hos kreftpasienter i den palliative fasen som er innlagt på sykehus. Fokuset i oppgaven, var å komme fram til metoder sykepleierne kan benytte for å hemme smerter hos palliative kreftpasienter på sykehuset. Smerter er ofte et sammensatt fenomen og en individuell opplevelse som er svært ulik fra individ til individ. Dermed er det svært viktig at sykepleierne tar hensyn til den enkelte pasientens smerteopplevelse og hva pasientene egentlig opplever som smerte. Det viktigste sykepleierarbeidet på sykehuset, er å samle inn all nødvendig informasjon om pasientens smerte for å identifisere smerteproblematikken. Sykepleierne bør vurdere hvor kreftsmerten befinner seg, hvor intens kreftsmerten er og hvilke smertetyper pasienten har. For at sykepleierne skal oppnå en god vurdering om ulike behandlingsmetoder innenfor kreftsmarter hos de palliative kreftpasientene, er det påkrevet med grundig smertekartlegging for å gi pasienten optimal smertelindring. De første prioriterte smertekartleggings skjemaer som bør benyttes daglig på sykehuset, er ESAS, VAS, kroppskart m.m. I de ulike smertekartleggingsmetodene, finnes det noen momenter som gir sykepleierne viktige og nyttige opplysninger om valg av ulike smertebehandlinger.

Mine praksiserfaringer med kreftsmarter hos palliative kreftpasienter på sykehus, har vært betydningsfulle for valg av oppgaven. Jeg har opplevd at sykepleierne på sykehus, ofte har vansker med å finne gode behandlingsmetoder til å lindre kreftsmarter tilstrekkelig. Mine sykehuserfaringer er at kreftpasienter i den palliative fasen, har stor nytte av den medikamentelle behandlingen. Dermed ser jeg viktigheten i sykepleiernes prioriteringer for å ivareta den medikamentelle smertebehandlingen på en profesjonell måte. Sykepleierens kunnskap om kreftsmerte, smertekartlegging, gode observasjoner, igangsetting av gode tiltak og evaluering, er svært viktig. Smerten er en subjektiv og personlig opplevelse, derfor bør selve pasienten beskrive hvor de har smerter samt hvor intense deres smerter er. I noen studier som ble benyttet i oppgaven, kommer det fram at kreftpasienter har vansker med å utrykke smertene til en ukjent person. Dette førte til at det ble brukt Travelbee sin teori om menneske til menneske forhold i oppgaven. For å oppnå optimal smertelindring, er det avgjørende med et godt forhold mellom sykepleierne og pasientene på sykehuset. Dette ble drøftet i oppgaven og det ble påpekt at en god relasjon mellom sykepleierne og pasientene, har en vesentlig betydning i smertebehandlingen.

Denne oppgaven har gitt meg gode kunnskaper om gode smertelindringer hos palliative kreftpasienter. Jeg har forstått at pasientens tillit og samarbeid er avgjørende for å kunne oppnå en optimal smertelindring. Sykepleierne må ha evne til å ivareta både den medikamentelle- og ikke-medikamentelle smertebehandlingen riktig.

7. REFERANSER

- Bandieri1, E., Sichetti, D., Romero, M., Fanizza, C., Belfiglio, M., Buonaccorso, L., Artioli, F., Campione, F., Tognoni, G., & Luppi, M. (2012). *Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer. Volume 23(8). Doi: 10.1093/annonc/mds103.*
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H.(2010). Sykepleie ved smerte. I Almås, H., Stubberud, D., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie I.* (4. utg., s- 355- 395). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bjørge, S. (2010). Smerter og smertebehandling. I Reitan, A., M. & Schjølberg, T., K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling.* (3. utg., s. 194-212). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Dale, O. (2007). Medikamentell Behandling av gamle mennesker. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok.* (2. utg., s. 351-360). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). Nonverbal Kommunikasjon. I: Eide, H., & Eide, T. *Kommunikasjons i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk.* 1. opplag. Oslo: Gyldendal. S,197-216.
- Faksvåg, H., D. (2006). *Smertebehandling til kreftpasienter.* Artikkel i OnkoNett, Versjon: 1.02. Doi. id.: 02.3.5.3-16. D05412
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K. A., & Dihle, A. (2015). *Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. 10(4)(326-334). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>*
- Helsedirektoratet (2017, 12). *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?.* Hentet 5. mars 2018 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1415/IS-2674%20Videreutdanning%20for%20sykepleiere%20rapport.pdf>

Helsedirektoratet (2015,03) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon kreftomsorgen*. Hentet 4. mars 2018 fra:

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

Helsedirektoratet (2013, 07). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Hentet 6. mars 2018 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/387/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>

Kaasa, S. (2007). Smertediagnostikk. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s- 285-310). 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. 271-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftregisteret- institutt for populasjonsbasert kreftforskning (2016). *Kreftstatikk*. Hentet 5. mars 2018 fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/32-827-nye-krefttilfeller-i-2016/>

Kreftregisteret. (2016, 27. oktober). *Cancer in Norway 2015*. Hentet 5. mars 2018 fra:<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2015/>

Lorentsen, V., B., & Grov, E., K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), (2015), *Klinisk sykepleie, 2*. (s. 401- 431). Oslo Gyldendal Norsk Forslag AS

McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter, Lærebok for helsepersonell*. Ad Notam Gyldendal AS.

- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk Sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg., s. 17-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk forening for palliativ medisin (2004, 20. Oktober). *Standard for palliasjon*. Den norske legeforening. Hentet 5. Mars 2018 fra:
<http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund.no (2016, 23. Mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 5. mars 2018 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Reitan, A., M. (2010). Kommunikasjon. I Reitan, A., M., & Schjølberg, T., K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling*. (3. utg., s. 102-119). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Reitan, A., M. (2010). Krise og mestring. I Reitan, A., M., & Schjølberg, T., K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling*. (3. utg., s. 72-99). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Rosen, G., & Stiles T., C. (2007). Smertebehandling og psykologi. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 407-420). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rosen, G., & Stiles, T., C. (2007). Smertebehandling og psykologi. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s.407- 420). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M., & Wahl, A., K. (2009). *Nursing Pain Management—A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment*. *Journal of Pain Management Nursing*, Vol 10, No 1, 2009: pg. 48-55. Doi:10.1016/j.pmn.2008.09.003

- Samar, M. A., Monterosso, L., Kristjanson, L. J., & McConigley, R. (2011). *Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS)*. *International Journal of Palliative Medicine*, 2011 Vol 14, No 3, pg. 315- 321. DOI: 10.1089/jpm.2010.0412
- Skorpen, F. (2007). Molekylærgenetikk i smertebehandling. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2. utg., s. 327-350). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sørbye, L., W. (2010). Ethiske problemstillinger. I Reitan, A., M., & Schjølberg, T., K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling*. (3. utg., s. 282-301). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen., & Wahl, A. K. (Red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 51-75). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. 5(4)(266-276). DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0141>
- Webber, K., Davies, A. N., & Cowie, M. R. (2010). *Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer*. *Journal Supportive Care in Cancer*, 2011, pg. 19:2041-20466. DOI 10.1007/s00520-010-1062-z

Vedlegg I: 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
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
Ingen 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 et kryss):

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

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

Vedlegg II: ESAS-r – symptomskjema

F.nr
 Navn

Grafisk oversikt over registrerte symptomer, ESAS-r

Dato															
Dag i sykehus	Tidspunkt	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18
Smerte	10														
	0														
Slapphet	10														
	0														
Døsighet	10														
	0														
Kvalme	10														
	0														
Matlyst	10														
	0														
Tung pust	10														
	0														
Depresjon	10														
	0														
Angst	10														
	0														
Velvære	10														
	0														
Annet problem (f.eks. forstoppelse)	10														
	0														
ECOG															
Utfylt av															
Sign.:															

PS = Pasient, skriftlig

PI = Pasient, intervju

WHO/ECOG-status:

0 = Normal aktivitet.

1 = Begrensning ved fysisk aktivitet. Oppgående, kan gjøre lett arbeid.

2 = Oppe > 50% av dagtid. Selvhjulpen, kan ikke arbeide.

3 = I seng eller stol > 50% av dagtid. Noe hjelpetrengende.

4 = Helt sengeliggende. Helt hjelpetrengende.

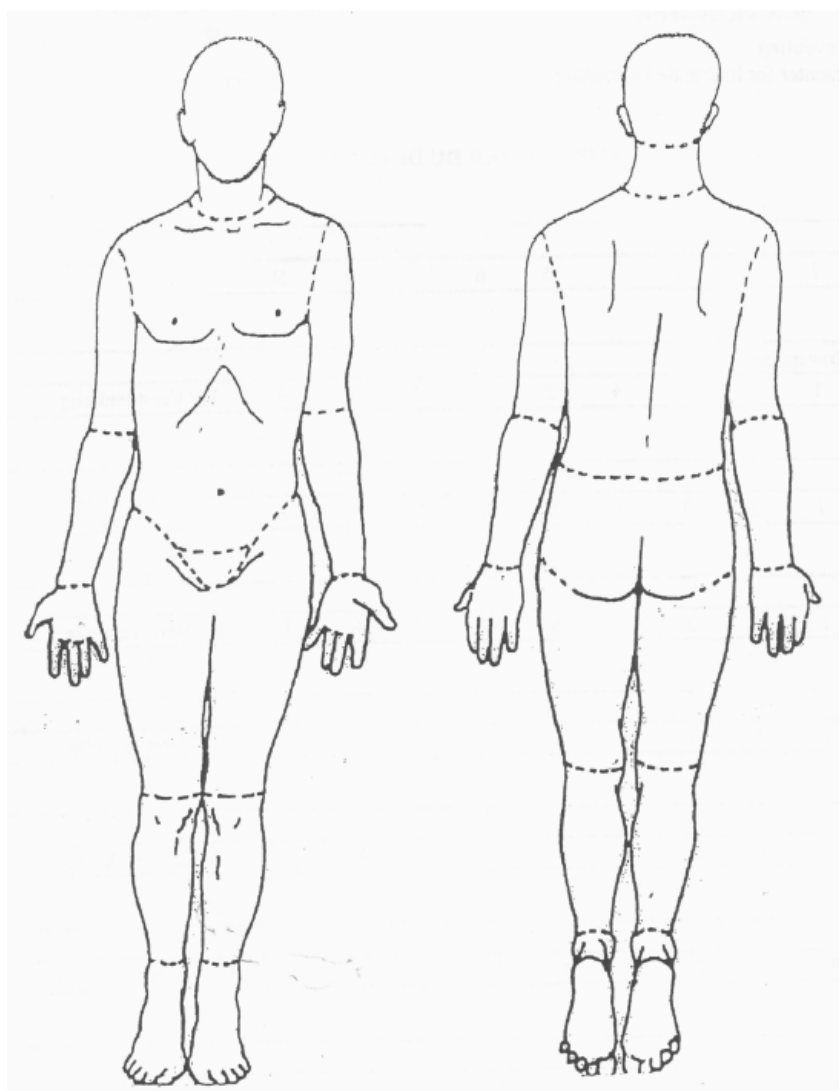
Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vedlegg III: Numerical Rating Scale, NRS-skjema



Vedlegg IV: 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	

VEDLEGG V: Resultattabell

Artikkel 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Rustøen, T. Gaardsrud, T. Leegaard, M. & Wahl, A. K. (2009)</p> <p><i>“ Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. ”</i></p>	<p>Denne studien var å undersøke kreftpasienters erfaringer med smertebehandling i sykepleie under sykehusinnleggelse .</p> <p>Studien beskriver også de viktigste sykepleieoppgavene som inngår under behandling.</p>	<p>Det er en kvalitativ studie som ble gjennomført ved å intervju kreftpasienter om deres opplevelser av omsorg, relatert til smerte og hvilke forventninger pasienter har til sykepleieren, angående deres erfaringer med smertebehandlingene.</p>	<p>Data ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer gjennomført 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. De var innlagt på et norsk sykehus.</p>	<p>Studien har kommet frem til at sykepleierne som må være tilstede, er lyttende samt vise omsorg og empati, og det kommer fram at pasientene har betydelig behov for god kommunikasjon og informasjon. Det er viktig med god informasjon og kommunikasjon på en betryggende måte. Det blei referert at pasientene ønsker muntlig og skriftlig informasjon fra sykepleierne om smerter og smertelindring.</p>

Artikkel 2

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Samar, M. Monterosso, L. Kristjanson, L. J. & McConigley, R. (2011)</p> <p><i>“Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS).”</i></p>	<p>Hensikten med denne studien er å beskrive behovet og brukbarheten av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-skjemaet), for å vurdere kvaliteten på smertebehandlingstilbudet. ESAS-skjemaet er det mest brukte kartleggings skjemaet.</p>	<p>Denne studien er en kvantitativ tverrsnittstudie. Studien er gjennomført som en anonym spørreundersøkelse fra fem ulike palliative spesialisttjenester i Australia.</p>	<p>Denne studien ble gjennomført som en anonym spørreundersøkelse av ca. 572 kreftpasienter fra fem ulike palliative spesialisttjenester i Australia.</p>	<p>I resultatdelen kommer det fram at bruk av ESAS-skjemaet er det beste hjelpemidlet til å kartlegge og vurdere kreftsmarter av palliativpasienter. ESAS-skjema tar kort tid å fylle ut og er brukbar, veiledende, og et enkelt verktøy for pasienter. ESAS brukes som et screeningsverktøy for å kartlegge plagsomme symptomer og å skille forandringer i symptomer hos kreftpasienter.</p>

Artikkel 3

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Bandieri1, E. Sichetti, D. Romero, M. Fanizza, C. Belfiglio, M. Buonaccorso, L. Artioli, F. Campione, F. Tognoni, G. & Luppi, M. (2012).</p> <p><i>“Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer.”</i></p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke om hvordan tidlig tilgang til palliativ/ støttende omsorgsintervensjon påvirker smertebehandling hos pasienter med kreft.</p>	<p>Denne studien er en kvantitativ tverrsnittstudie.</p>	<p>Studien viser 32 italienske sykehuset som har tatt med 1450 pasienter som får smertestillende behandling, for kreftsmerten. I denne studien ble det gjennomført en undersøkelse for å vurdere hvilken analgetisk terapi administreres. Disse pasientene ble delt inn i to grupper, hvor den ene gruppen fikk vanlig palliativ pleie og den andre gruppen fikk tidlig behandling av et palliativt team.</p>	<p>I studien kommer det fram at gruppen som fikk behandling av palliativt team, hadde smerteopplevelse som var mye mindre og der palliative team brukte høy og sterkere smertestillende doser. I resultatene kom det fram at pasientene som ble behandlet tidlig av et palliativt team i sykdomsprosessen, fikk høyere livskvalitet, redusert depresjon samt tre måneder lengre levetid. Studien påpeker også at en individuell plan for hver enkelt pasient, gir en bedre smertelindring.</p>

Artikkel 4

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>K. Webber & A. N. Davies & M. R. Cowie (2012)</p> <p><i>“Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer.”</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å ta bestemmelse på å utforske den individuelle erfaringen av å leve med gjennombruddssmerter i sammenheng med kreft.</p>	<p>I denne studien ble det utført en kvalitativ innholdsanalyse. Studien ble utført i et stort britisk kreftssenter, som består av to sykehusområder og ble gjennomført i intervjuet.</p>	<p>10 pasienter deltok i studien; Alle deltakerne snakket åpent om deres opplevelser av gjennombruddssmerter i intervjuet, i ca. 30-60 min, og det var en rekke vanlige erfaringer innenfor denne gruppen av pasienter.</p>	<p>De overordnede temaene som fremkom var interferens med dagliglivet, kommunikasjon med helsepersonell og behandling av gjennombruddssmerter. Nesten alle deltakerne rapporterte at gjennombruddssmerter hadde hatt en stor innvirkning på deres daglige gjøremål.</p> <p>Videre deltakerne ble ofte overveldet av episoder med gjennombruddssmerter.</p>

Artikkel 5

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Granheim, T. H. Raaum, K. Christopherse n, K. A. & Dihle, A. (2015)</p> <p><i>“Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.”</i></p>	<p>Hensikten av denne studien er at sykepleierne og sykepleiestudentene bør øke kunnskapen; kunnskaper er viktige faktorer som kan hindre god smertelindring.</p>	<p>En tverrsnittstudie de data ble samlet inn ved hjelp av det norske versjonen av kartleggingsverktøyet. NKAS-N består av 39 spørsmål angående smertehåndtering og smertelindring.</p>	<p>Totalt 165 besvarte spørreskjemaet 83 %. 82 sykepleiere og 83 sykepleiestudent er fra ett universitetssykehus og en høyskole, som svarte på spørreskjemaet. Studentene hadde ingen arbeidserfaring som sykepleiere, derfor ble kun alder registrert</p>	<p>Det avgjørende utvalget besto av 165 deltakere og ga en svarprosent på 83 %. Resultatene viste seg at sykepleiere og sykepleiestudenter ikke nødvendigvis tok hensyn til pasientens subjektive utsagn i pasienthistoriene. Sykepleierne vurderte at pasientens smerteintensitet ikke alltid stemte med pasientens egenvurdering. Sykepleierne velger ut ifra deres egen oppfatning å gi en lavere dose enn det som skulle vært gitt ved smerte. I studien viser det at sykepleiere er redde for at høye opioiddoser kan gi respirasjonssvikt og avhengighet til pasienten.</p>

Artikkel 6

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Valeberg, B. T. Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010)</p> <p><i>“Kreftpasienters barriere mot smertebehandling.”</i></p>	<p>I denne studien kommet det fram at kreftpasienter barrierer i forhold til smerte og smertebehandling. Undersøke om barrierer for smertebehandling påvirker kreftpasientenes smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.</p>	<p>Studien er en beskrivende tverrsnittsundersøkelse gjennomført på ulike poliklinikker ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet.</p> <p>Pasientene som ønsket å delta i undersøkelsen fylte på spørreskjema. Spørreskjemaet er en norsk versjon av BQ-II og består av 27 spørsmål. Spørsmålene var om pasientenes forståelse for og holdninger til (barrierer mot) kreftrelaterte smerter og smertebehandling.</p>	<p>I studien viser det at 217 polikliniske kreftpasienter som har smerter, bruker smertestillende medikamenter.</p>	<p>I studien kommer det fram at mange av kreftpasienter og deres pårørende er redde av å bruke smertestillende medikamenter, og føler at det kan føre til avhengighet. I forskningen kommer det fram at pasientene og deres pårørende har manglende informasjon angående virkning og bivirkning av smertestillende. I studien bekreftes det at sykepleierne har behov for rikelig kunnskap om bruk av opioider for å bli tryggere på å administrere smertestillende .</p>