



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave)

Vurdering: Prosjektoppgave

Kandidatnummer: 34

Leveringsfrist: 21.02.2014 kl. 14:00:

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

**Bidra til smertelindring ved hjelp av
kartlegging og samtale**



*”Smerte er det personen sier at den er,
og den eksisterer når personen som opplever smerte,
sier at han har smerte”*

(McCaffereys, 1968).

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Stord 2014

Kull 2011

Antall ord: 8546

Sammendrag:

Bakgrunn og hensikt:

Kreft er en utbredt sykdom som årlig rammer 10 000 mennesker. Det mest fryktede symptomet hos pasienter med kreft i palliativ fase er kreftsmarter. Mange kreftpasienter lider fordi de ikke får tilstrekkelig smertelindring. Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiers rolle i dette arbeidet. Oppgavens problemstilling er: "*Hvordan kan sykepleie bidra til smertelindring ved hjelp av kartlegging og samtale med kreftpasienter i palliativ fase?*"

Metode: Metoden er en systematisk litteraturstudie der faglitteratur, forskningsartikler og teorier blir anvendt for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Søkeordene er "sykepleie", "kartlegging", "smerte", "nursing/ nurse", "pain", "pain management", "palliative care", "patient", "cancer" og "knowledge" ble kombinert med hverandre. Fire artikler ble funnet i databasen Cinahl og en i databasen Swemed+.

Resultat: Kreftsmarter er en ubehagelig og sammensatt opplevelse som kan være utfordrende å lindre. Det er viktig at sykepleiere har gode kommunikasjonsferdigheter i møtet med den kreftsyke pasienten i palliativ fase. Samt kunnskap om det å bedre kartlegge smerter.

Oppsummering: Forskning og litteratur viser til at sykepleier må tilegne seg mer kunnskap om hvordan sykepleier skal kommunisere gjennom samtale og kartlegge smerter hos kreftpasienter for kunne bidra til en mer tilfredsstillende smertelindring. Sykepleier har en sentral rolle i å lindre pasientens lidelse og hjelpe det lidende mennesket til å ha en bedre hverdag.

Summary:

Background and purpose:

Cancer is a common disease that affect ten thousand people annually. The most feared cancer symptom among patients are the palliative phases of pain caused by the disease. Many patients suffer because of the inadequate pain killers they receive. The purpose of this assignment is to highlight the nurse's task in the field. The problem I want to solve can be phrased as: *"How can nursing contribute to pain relief with the help of diagnosis and dialouge with a patient with cancer in the palliative phase?"*

Method: The method is systematical based on literature, experiments and theories to be able to solve the assignment's core questions at han . Keywords such as "sykepleie", "kartlegge", "smerte", "palliative care", "patient", "cancer" and "knowledge" were combined to assess this issue. Four articles were found in the Cinahl database, and one titled Swemed+.

Results: Pain in regards to cancer were an overwhelmingly uncomfortable experience which can be hard to treat. It is essential that nurses require good communication skills when challenged with cancer patiens in the palliative phase. Knowledge is also vitally important in assessing these pains.

Summary: Reasearch and literature show that nurses need to adapt and aquire more knowledge on how to communicate through conversation and assessing pain among patients to deal appropriately with pain relief. Nurses have an important role to play when it comes to relieving pain and aiding patients to a better quality of life.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Problemstilling	6
1.2 Avgrensing og presisering	6
1.3 Oppgavens hensikt	7
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Kommunikasjon	8
2.2 Profesjonell- og hjelpende kommunikasjon	9
2.3 Kommunikasjon og smerte	9
2.4 Lindrende sykepleie	10
2.5 Kreft	11
2.6 Palliasjon	11
2.7 Kreftsmerter i palliativ fase	12
2.8 Smertekartlegging	13
2.8.1 Kartleggingsverktøy.....	14
3.0 Metode	15
3.1 Hva er metode	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.3 Etisk vurdering.....	16
3.4 Databasesøk og søkehistorikk.....	16
3.5 Kildekritikk og metodekritikk	19
4.0 Resultat	21
Artikkel nr. 1:	21
Artikkel nr. 2:	22
Artikkel nr.3:	23
Artikkel nr.4:	24
Artikkel nr. 5:	25
5.0 Drøfting.....	26
5.1 Kommunikasjonens betydning for smertelindring.....	26
5.2 Smertekartlegging	30
6.0 Avslutning	34
7.0 Referanseliste	35
Vedlegg 1: Resultattabell.....	38

1.0 Innledning

Oppgaven omfatter hvordan sykepleie kan bidra til å lindre smerter hos kreftpasienter i palliativ fase ved hjelp av kartlegging og samtale. Kreft er en utbredt sykdom og det antas at antall krefttilfeller vil øke med 25 % frem til 2020. Det dør årlig rundt 10 000 mennesker av kreft og 6000 av dem dør et år etter stilt diagnose (Rustøen, Torsvik, Valeberg, Utne & Stubhaug, 2008, s. 255). Smerter er det hyppigste symptomet hos pasienter i palliativ fase. Som en viktig del av omsorgen vil det være nødvendig at en sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap hva angår hensiktsmessig smertelindring og hvordan sykepleier kan bidra til å lindre smerten. Smerter er en sammensatt opplevelse og det er ikke uvanlig at kreftpasienter opplever flere smerter samtidig. For en sykepleier vil det være grunnleggende å ha kunnskaper om at smerteopplevelsen er rettet mot fysiske, psykiske faktorer. Sykepleiere står ovenfor en stor utfordring i å kartlegge smertene og kommunisere med denne pasientgruppen. Dette er et spennende tema og det er noe jeg ønsker mer kunnskap om.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleie bidra til smertelindring ved hjelp av kartlegging og samtale med kreftpasienter i palliativ fase ?

1.2 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til hvordan sykepleie kan bidra til smertelindring ved hjelp av kartlegging og samtale. Aldersgruppen hos pasientene er fra 18- 65 år, dette fordi jeg har erfaring med pasienter i denne aldersgrupper fra tidligere praksis og ønsker av den grunn å fokusere på dem. Hovedfokuset for oppgaven er kartlegging av de fysiske smerter og ved samtale skal sykepleier kunne bidra til smertelindring i form av en forebyggende effekt. Selv om pårørende er en viktig ressurs i palliativ fase, blir det ikke nevnt i oppgaven på grunn av oppgavens begrensede ord. Heller ikke andre behandlingsformer som kjemoterapi, strålebehandling eller hormonbehandling. Selv om det medikamentelle behandlingen i og for seg er det som smertelindrer, går oppgaven mer på det sykepleiefaglige, mellommenneskelige

forholdet og kartlegging. Pasientens siste dager og timer blir ikke vektlagt. Det er hvordan en sykepleier kan bidra til smertelindring ved hjelp av kartlegging og samtale som er fokuset her.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse nødvendigheten med god kommunikasjon og kartlegging for kreftpasienter som opplever kreftsmarter i palliativ fase. Ved å ta hensyn til den individuelle opplevelsen av smerte ved bruk av kartlegging og kommunikasjon, kan sykepleier i samarbeid med pasient bidra til smertelindring.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler. Innledning, teoridel, metodedel, resultatdel, drøfting og avslutning. Innledningen åpner oppgaven og forteller hva oppgaven omhandler. I teoridelen blir det presentert kommunikasjon, profesjonell- og hjelpende kommunikasjon, kommunikasjon og smerte, lindrende sykepleie, kreft, palliasjon, kreftsmarter i palliativ fase, smertekartlegging og smertekartleggingsverktøy. I metodedelen blir metode, litteraturstudie som metode, etisk vurdering, databasesøk -og -søkehistorie og kildekritikk- og - metodekritikk. I resultatdelen blir 5 artikler presentert. I drøftedelen belyses og tolkes forskningslitteratur opp mot teori for å belyse oppgavens problemsstilling. Samtale blir omtalt som kommunikasjon i oppgaven. Avslutningen vil gi en oppsummering av resultatet i oppgaven.

2.0 Teori

2.1 Kommunikasjon

Travelbee (2001, s.135-146) mener at kommunikasjonen er det viktigste redskapet en sykepleier har for å danne et menneske til menneske forhold. Videre mener Travelbee (2001, s. 171-172) at et menneske- til- menneske- forhold kjennetegnes ved at sykepleier og pasient oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer og ikke betrakter hverandre som roller. Forholdet er en erfaring eller flere erfaringer som foregår mellom sykepleier og den syke som en har omsorg for. Dette forholdet etableres gjennom fire forutgående faser: innledende møte, fremvekst av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse. Dette forholdet er basert på tillitt og trygghet. Etableringen av forholdet mellom sykepleier og pasient har ulik varighet og tempo.

Det er en forutsetning for å kunne hjelpe den syke med å mestre sykdom, lidelse, smerter og samt finne en mening med situasjonen. Kommunikasjon er en prosess mellom sykepleier og pasient, der de observerer hverandre, deler tanker og holdninger. Kommunikasjonen utveksles enten verbalt gjennom ord, eller ved non- verbalt gjennom ansiktsuttrykk, gråt eller kroppsspråk. Av den grunn hevder Travelbee at kommunikasjon er en gjensidig prosess som den profesjonelle sykepleier anvender for å gi informasjon og for å bidra med den hjelpen pasienten har behov for. Målet er å lære den syke å kjenne, oppdage behov og ivareta disse, og oppfylle sitt mål og hensikt. Videre påpeker Travelbee at kommunikasjon kan brukes terapeutisk, der sykepleier bevisst anvender personlige erfaringer og kunnskaper for å bedre situasjonen for den syke. Samtidig mener hun at det er viktig at sykepleier mestrer forskjellige kommunikasjonsteknikker, for å kunne anvende dem til å oppnå sykepleiers hensikt og mål. Hun hevder at en sykepleier skal kunne stille åpne spørsmål, kunne speile det pasienten formidler. Det er viktig at sykepleier forstår det syke mennesket, slik at sykepleier kan planlegge og iverksette tiltak (Travelbee, 2001, s.135-146).

2.2 Profesjonell- og hjelpende kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon er kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Målsetningen med denne kommunikasjon er å fremme helse, forebygge sykdom eller lidelse, gjenopprette lidelse og lindre lidelse. Den helsefaglige kommunikasjonen skal hjelpe pasienten, den skal være faglig begrunnet, problemløsende og støttende. Samtalens varighet kan variere og den kan være nøytral eller emosjonelt ladet (Eide & Eide, 2007, s. 18-19).

Hjelpende kommunikasjon er rettet mot pasienten selv og hans selvbestemmelse. Det forutsetter innlevelse og evne til å kommunisere på pasientens nivå. Den brukes for å få frem pasientens syn og for å få en forståelse av pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 20).

Brinchmann (2008, s. 89-90) hevder at pasienten selv skal kunne bedrive selvstendige valg. Det er en forutsetning at det er blitt gitt god informasjon, dette fordi pasienten skal ha mulighet til å ta en beslutning.

Eide og Eide (2007, s. 18-24) mener at sykepleieres evne til aktiv lytting er viktig og grunnleggende for den hjelpende kommunikasjonen. Non-verbal kommunikasjon vises ved ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsholdning og språk. Stemmene kan fortelle gjennom styrke, intensitet og uttale. Fysisk berøring er viktig. Kommunikasjon formidles også gjennom stillhet og uttrykk viser spontane reaksjoner som gir tydelige tilbakemeldinger. Sykepleier observerer og fortolker pasientens non-verbale uttrykk. Dette gjøres ved å aktivt lytte til den andres kroppsspråk og uttrykk. Med dette innhentes viktig informasjon som uttrykkes gjennom et non-verbalt språk. Samtidig er det viktig at sykepleier er bevisst på eget kroppsspråk. Noe som vil bidra til at pasienten føler trygghet og ivaretagelse.

2.3 Kommunikasjon og smerte

Sykepleier kan møte mange utfordringer i møte med en smertepasient. Pasienters manglende evne til å kommunisere om sin smerte, gjør det vanskelig for sykepleier å oppfatte hvilke behov pasienten har. Dårlig kommunikasjon er en hindring for god smertelindring. For å ikke belaste pasienten slik at han får det verre, må sykepleier finne balanse i kommunikasjonen. Sykepleier må kunne identifisere og forklare smerten, gi støtte og forklare hva som kan lindre smerten (Eide, 2008, s. 355-365).

2.4 Lindrende sykepleie

I følge Travelbee (2001, s. 99-100) kan et menneske oppleve lidelse en eller flere ganger i løpet av sitt liv. Lidelse blir vanligvis beskrevet som en fysisk eller psykisk smerte, men lidelse er også forbundet med en opplevelse av tap, plager, skade eller nød. Lidelsen er en erfaring som varierer i intensitet, dybde og varighet. Mennesket kan erfare lidelse som både en forbigående smerte til varig smerte forbundet med angst. Dersom et mennesket har lidd over en lengre tid, kan dette føre til den skadelige «ikke bry seg- holdningen». Og det kan resultere i at mennesket blir likegyldig og uttrykker sin lidelse med sinne, bitterhet og hjelpeløshet.

Winther og Madsen (2006) mener at synet på lindrende sykepleie beskrives ved å hjelpe, lindre, dempe og trøste. Omsorg og lindrende sykepleie er aktiviteter forbundet med uheldelig sykdom, lidelse eller død, der lindrende sykepleie er synonymt med palliativ pleie. Felles for teoriene er hva lindring innebærer og at sykepleiers lindrende funksjon er en humanistisk aktivitet som står sentralt i utøvelsen av sykepleie. Her skal sykepleier bidra med veiledning, støtte, samt utøve omsorg til mennesket uavhengig av kjønn, alder, diagnose og symptomer. Det er også avhengig om mennesket lider av en akutt eller kronisk sykdom. Sykepleier må ta utgangspunkt i menneskets subjektive opplevelse for å kunne oppnå en tilfredsstillende og omsorgsfull pleie, dette er viktig fordi pasient og sykepleier opplever situasjonen ulikt.

En sykepleier må rette oppmerksomheten mot pasientens opplevelse og erfaringer relatert til sykdom og lidelse. Det er av den grunn viktig at pasienten får uttrykt hvordan lidelsen og behandlingen av den oppleves (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22).

2.5 Kreft

I menneskekroppen har de fleste vev og organer den samme størrelsen. Celler erstattes av nye celler, men dersom de nye celletypene deler seg raskere enn de eldre celletypene, dannes det en opphopning av celler. Opphopningen av celler vokser og danner en svulst. Det er ulike typer svulster. Godartede svulster (benign) vokser ikke gjennom nærliggende vev og sprer seg ikke videre. Ondartede svulster (malign) vokser inn i nærliggende vev og spres til andre organer i kroppen. En ondartet svulst kalles kreft (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006, s. 59). To årsaker til at kreft er dødelig, skyldes dens evne til å trenge seg igjennom vev og produksjon av dattersvulster, metastaser. Metastaser skjer ved spredning gjennom celler. Spredningen skjer gjennom lymfer, blodkar, kroppshuler som lungesekk eller bukhulen. Spredning via blodbanen danner grunnlag for en rask spredning til lunger, lever, skjelett og hjerne (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011, s. 127- 130).

2.6 Palliasjon

Det er viktig at sykepleier har kunnskap om forskjellen av kurativ og palliativ behandling. Kurativt er en behandling hvor det antas at pasienten kan bli frisk, mens palliativ behandling tar utgangspunkt i mennesker som har fått beskjed om en uhelbredelig kreftsykdom og av den grunn har en begrenset levetid som følge (Kaasa, 2008, s. 36- 40).

Helsedirektoratet (2013) viser til WHO sin definisjon av palliasjon:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasienters fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Kaasa, 2008, s. 36- 40).

2.7 Kreftsmarter i palliativ fase

Smerter er et av de hyppigste symptomene hos pasienter med kreft i den palliative fase (Rustøen et al., 2008, s. 257). Viser til The International Association for the study of Pain's definisjon av smerte:

"Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller begrenset som slik skade" (Stubhaug & Ljosa, 2008, s. 25).

Smerte er en sammensatt opplevelse av flere faktorer som kan redusere eller forverre opplevelsen av lidelsen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 357-358). De psykiske forholdene påvirker hvordan den fysiske smerten vil oppleves. Hvordan smerte oppleves er individuell og uttrykkes forskjellig basert på personlige erfaringer og egenskaper med den. Hos kreftpasienter er den fysiske smerten årsaken til lidelsen, mens den psykiske utgjør den individuelle opplevelsen av smerte (Kaasa & Borchgrevink, 2008, s. 272-273).

Kreftpasienter kan oppleve å ha både akutte og kroniske smerter samtidig. Akutt smerte opptrer i forbindelse med en akutt vevsskade og opptrer vanligvis som et varselsignal om at noe er galt. Den er vanligvis forbigående og for mange kreftpasienter oppleves den med angst og usikkerhet. Samtidig kan den starte hurtig og nå topp intensitet i løpet av få minutter og som regel har den en varighet på 15-30 minutter (Rustøen et al., 2008, s. 258-259). Den kroniske smerten er vedvarende, varierer i intensitet og tid. Den kroniske smerten skyldes progresjon av sykdommen, eventuelle bivirkninger av legemidler under behandling og er den mest fryktede smerten av de to. Av den grunn er det viktig at sykepleier har kunnskap om årsaken til smerten for å kunne bidra til en tilfredsstillende behandling. Det er viktig å gi informasjon og støtte til pasienter under smertebehandling (Kaasa & Borchgrevink, 2008, s. 274-275).

2.8 Smertekartlegging

Sterke smerter kan for noen oppleves med slapphet, nedsatt matlyst, kvalme, angst og depresjon. På bakgrunn av det vil det være nødvendig å kartlegge kreftpasienters smerter for å kunne bidra til velvære (Rustøen, 2008, s. 255-256).

Kartlegging er nødvendig for å undersøke om pasienter har smerte, samt for å planlegge, gjennomføre og evaluere en fremtidig smertelindring/ behandling. Hensikten med kartlegging er å ha et utgangspunkt for å kunne vurdere om behandlingen er tilfredsstillende i henhold til å nå smertelindring. Det er avgjørende å vite om pasienter har akutte eller kroniske smerter før kartlegging. Ved akutte smerter måles intensitet, årsak og hvilke type smerte. Kroniske smerter måles ut i fra hvordan de påvirker mennesket og hvordan den oppleves. Samarbeidet mellom lege, sykepleier og pasient er nødvendig for å kunne bidra til en helhetlig smertelindring (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008, s. 51- 52).

The Quality of Care Committee i American Pain Society har utviklet retningslinjer for å bedre smertelindring til pasienter med kreftmerter. Rutinemessige undersøkelser er nødvendig for å kontrollere om pasientene lider av smerte. Samtidig er det nødvendig at det er kontinuitet i arbeidsrutinene og det er nødvendig at smertene dokumenteres for å kunne tilby pasienten en helhetlig behandling raskest mulig. Det vil være nødvendig å gjennomføre en systematisk smertekartlegging, basert på pasientens egen opplevelse og utøves etter kjente metoder. Hensikten med systematisk kartlegging er å bidra til en helhetlig å individuelt tilpasset smertelindring. Der pasientens smerte er grunnlaget for all behandling (Torvik et al., 2008, s. 52-53). Ved kartlegging blir informasjon om smertens lokalisasjon, intensitet, kvalitet, varighet, variasjon og hvordan den påvirker mennesket (Berntzen et al., 2010, s. 362- 363)

Det stilles krav til dokumentasjon og oppfølging av symptomer hos pasienter i palliativ fase. Individuell plan er et eksempel på hvordan sykepleier kan følge opp pasientens problem og behov (Lorentsen & Grov, 2010, s. 430).

Utilstrekkelige kunnskaper om pasientens smerter og rutiner for å kartlegge smerter er barrierer for god smertelindring. Dårlig kommunikasjons og dokumentasjonsrutiner mellom helsepersonell kan være en forklaring for hvorfor mange pasienter ikke får god smertelindring. Noen pasienter ser på smerte som en naturlig del av livet, og vil av den grunn ikke rapportere smerten. Det er nødvendig med et godt samarbeid mellom sykepleier og lege for å kunne oppnå god smertelindring (Lorentsen & Grov, 2010, s 418).

2.8.1 Kartleggingsverktøy

Det er viktig at sykepleier bruker et kartleggingsverktøy som både pasient og sykepleier forstår seg på.

VAS («Visual Analogue Scale») er en 10 cm lang linje, den består av endepunkter som indikerer «ingen smerte» til «verst tenkelige smerte». Hensikten er å måle smerteintensiteten og den brukes både ved måling av akutt og kronisk smerte (Torvik et al., 2008, s. 56).

NRS («*Numeric Rating Scale*») er en tallskala fra 0 til 10. Pasienten krysser av eller setter ring rundt sin smerteintensitet, den er dokumentert med enkel og god brukbarhet (Torvik et al., 2008, s. 56).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Metode er et redskap for å innhente kunnskap eller finne ut om påstander er holdbare og til å stole på. Den metoden som blir valgt er avgjørende for å finne svar på en problemstillingen og hvilke data som passer best til oppgaven (Dalland, 2012, s. 112-113). Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode:

Kvantitativ metode brukes for å søke etter informasjon som er målbar, der en kan finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Kvantitative metoder er basert på spørreskjema med svaralternativer, strukturerte og systematiske observasjoner. Datasamlingen foregår uten direkte kontakt, forskeren er nøytral og holder avstand. Forholdet mellom forsker og undersøkelsespersoner er et ” jeg-det-forhold” (Dalland, 2012, s. 112- 113).

Den kvalitative metoden anvendes for å få en forståelse av menneskers mening og opplevelser, dette er ikke målbart og kan av den grunn ikke måles. De kvalitative metodene er basert på intervju uten faste svaralternativer og er ustrukturerte intervjuer, som vil si at intervjuene er tilpasset den enkelte. Forskeren har som mål å formidle forståelse. Forholdet mellom forsker og undersøkelsespersoner er et ” jeg-du-forhold ” (Dalland, 2012, s. 112-113). I denne kan både kvantitative og kvalitative studier anvendes.

3.2 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie skal det komme frem hva som er bakgrunnen og formålet med studien. Det skal og inneholde en problemstilling og innsamlingsmetode. En anvender forskningsartikler for å innhente informasjon og drøfte de opp mot bakgrunns litteraturen som allerede fins, for så å finne svar på problemstillingen (Olsson & Sørensen, 2006).

For å skrive en systematisk litteraturstudie, er det en forutsetning at det er tilstrekkelig av studier med god kvalitet, som kan gi grunnlag for vurdering og konklusjon. Det er viktig å presisere og avgrense problemstillingen før et systematisk litteraturstudie begynner. Årsaken er at det finnes flere forskjellige aspekter av et tema, og av den grunn er det nødvendig med avgrensning. Problemstillingen formuleres og det skal besvares med studien. Videre er det nødvendig å finne relevante søkeord, for å finne litteratur (Forsberg & Wengstrøm, 2008, s. 31).

3.3 Etisk vurdering

Etisk vurdering omfatter regler og normer for hva som er rett og gal oppførsel. Etikken skal fungere som en veiledning og bidrar til at en vurderer situasjoner før en utfører dem.

Hensikten med å vurdere om en studie er etisk godkjent, er at forskningen ikke skal foregå på bekostning av mennesker, selv om det er behov for å oppdatere kunnskapen om et tema. Den etiske komite vektlegger beskyttelse av personer som blir ”forsket” på, det er av den grunn retningslinjer for hva som er gyldig eller ugyldig forskning (Dalland, 2012, s. 138). I denne oppgaven har de inkluderte artiklene blitt godkjent av en etisk komite. I følge Forsberg og Wengström (2008, s. 77) er det vesentlig å velge studier som er godkjent av etisk komite eller der det vises at de har vurdert forskningen etisk.

I en litteraturstudie er det en mulighet for at forskningsresultatene kan føre til feilaktige konklusjoner, dersom det tas ut av en sammenheng og settes inn i en annen problemstilling. Derfor er det avgjørende for kvaliteten på litteraturstudiet at de anvendte konklusjonene har grunnlag for problemstillingen. Det vil være uetisk å la leseren tro at konklusjonen er faglig forsvarlig dersom konklusjonen ikke kan begrunnes ut i fra en faglig refleksjon rundt litteraturens betydning for problemstilling.

3.4 Databasesøk og søkehistorikk

For å finne artikler som svarer på oppgaven, ble databaser fra Høgskolen HSH anvendt. Databasene som ble benyttet var Swemed+ og CINAHL. Nøkkelordene som ble brukt er både norske og engelske, fordi Swemed+ er en nordisk database som benytter seg av blant annet norske søkeord. Nøkkelordene for Swemed+ er; sykepleie, kartlegging og smerte. Nøkkelordene for CINAHL er; nursing/ nurse, pain, pain management, communication, palliative care, patient, cancer og knowledge. Kombinerte nøkkelordene patient, pain management, nurse og cancer. Fikk 171 treff, ved å velge Full Text som avgrensning og ved å velge artikler fra 2004-2013 ble resultatet 22 treff. Artikkelen ble vurdert som relevant for oppgavens problemstilling. Søkene ble avgrenset ved kun å få frem artikler som var publisert i løp av de siste 10 årene, var i Full Text. Tabellene under viser hvordan nøkkelordene ble kombinert og hvordan søkene ble utøvd.

Tabell 1:

Nummer	Søkeord/ Term	Avgrensning (limits)	Resultat
S1	Patient		413 113
S2	Pain management		19 131
S3	Nurse		139 629
S4	S1 AND S2 AND S3		864
S5	S4		171
S6	S5 AND cancer	Full Text, Date: 2004 -2014	22

Fra CINAHL søk S6 ble artikkel nr. 12/ 22” Cancer patients’ experiences of care related to pain management before and after palliative care referral” valgt.

Dato: 16.01.14

Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004)

Tabell 2:

Nummer	Søkeord/ Term	Avgrensning (Limits)	Resultat
S1	Nursing		451 986
S2	Communication		66 550
S3	Palliative care		21 696
S4	Cancer		123 424
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		130
S6	S5	Full Text; 2004- 2013	39
S7	S6	Full Text; 2004- 2013, Europe	22

Fra CINAHL søk S7 ble artikkel nr. 4 / 22 ”Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer ” valgt.

Dato : 31.01.14

Stajduhar, K., Thorne, S, E., McGuinness, L., & Kim- Sing, C. (2010).

Tabell 3:

Nummer	Søkeord/ Term	Avgrensning (Limits)	Resultat
S1	Kartlegging		46
S2	Smerte		4169
S3	Sykepleie		5030
S4	S1 AND S2 AND S3		1

Fra SweMed+ søk S4 ble artikkel nr. 1/1 ”Kartlegging av smerte ga økt refleksjon” valgt.

Dato: 01.02.14

Nortvedt, L., Wiborg, A- G., Nitteberg, I- J., & Romsland, G, I. (2013).

Tabell 4:

Nummer	Søkeord/ Term	Avgrensning (Limits)	Resultat
S1	Nurse		139 756
S2	Knowledge		118 555
S3	Pain		88 859
S4	S1 AND S2 AND S3		618
S5	S4	Full Text; 2004-2014	132
S6	S4	Full Text; 2009-2014	61
<p>Fra CINAHL søk nr. S5 ble artikkelen nr. 15/ 61 ”The challenge of caring for patients in pain: from the nurse’s perspective” valgt.</p> <p>Dato: 23. 01. 14</p> <p>Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009).</p>			

Tabell 5:

Nummer	Søkeord / Term	Avgrensning (Limits)	Resultat
S1	Communication		66 550
S2	Pain		118 656
S3	Palliative care		21 696
S4	S1 AND S2 AND S3		298
S5	S4	Full Text; 2004- 2013	84
<p>Fra CINAHL søk S5 ble artikkel nr. 13/ 84 ”Cancer- related pain in palliative care: patients’ perceptions of pain management</p> <p>Dato 29.01.14</p> <p>Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004)</p>			

3.5 Kildekritikk og metodekritikk

Dalland (2012, s. 66-73) definerer kildekritikk som en metode for å kunne vurdere og karakterisere kildene og litteraturen som benyttes i oppgaven. Hensikten er å vise leseren hvilke refleksjoner en har hatt i forhold til vurdering av hva som er relevant og troverdig litteratur for å besvare oppgavens problemsstilling. Kildekritikk viser at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet en har funnet og anvendt.

For å vurdere om artiklene var troverdige og gode nok for å besvare oppgavens problemstilling, ble det anvendt sjekklister fra kunnskapssenteret.no, og sett på momenter i dem, for å kunne vurdere studienes relevans. Likevel ble ikke sjekklistene fylt ut direkte, men alle artiklene ble kontrollert i forhold til kravene som sjekklisten stilte. Det ble valgt å ikke ha med artikler som var eldre enn 10 år gamle, dette fordi det var et ønske om å bruke nyere forskning for å kunne besvare oppgavens problemsstilling. Under søkeprosessen ble det lest mange artikler, men de færreste var relevant nok for å kunne belyse problemsstillingen i oppgaven. Oppgavens problemsstilling ble endret to ganger under søkeprosessen, dette var nødvendig for å finne mer relevant informasjon som kunne brukes. Under søkeprosessen ble ulike nøkkelord prøvd, for å se hvilken som ga best treff.

Nøkkelordene ble brukt i forskjellige databaser, der det ble funnet mange relevante artikler. Artiklene som ble vurdert som troverdige og relevant for denne oppgaven handler om generell kreft og det passet til denne oppgaven. Kartlegging og samtale er viktig uansett hvor kreftpasienten befinner seg og det handler om å bidra til en individuell smertelindring. Likevel skal det sies at det var vanskelig å finne relevante artikler som skulle passe oppgavens problemsstilling. Dette vil si at de fleste artiklene omhandlet enkelte kreftdiagnoser og medikamentelle smertebehandlinger i palliativ fase. Videre etter mange forskjellige søk i databaser ble det etter egen mening funnet frem til artikler som omhandlet flere studier om generell langtkommet kreft i palliativ fase, kartlegging og kommunikasjon. Studiene ble vurdert som relevante, fordi de fremstilte både sykepleiere og pasienters opplevelser. Det gikk mye tid i søk av artikler og det var ikke lett å vinkle oppgaven.

Artikkel 1: Etter kritisk vurdering av artikkelen "Patients perceptions of helpful communications in the context of advanced cancer" av Stajduhar et al. ble den vurdert som relevant for oppgaven. Formålet og resultatene med studien kommer tydelig frem, men den er basert på en sekundær analyse fra en stor kvalitativ studie. Forskerne ønsker å utforske hva pasienter med langtkommet kreft så på som nyttig kommunikasjon i møte med sykepleiere. Funnene i artikkelen viser til at kommunikasjon er avgjørende for å kunne bidra med best mulig behandling til pasientene. Metoden er kvalitativ.

Artikkel 2: Etter kritisk vurdering av artikkelen "The challenge of caring for patients pain: from the nurse's perspective" av Blondal og Halldorsdottir (2009) ble vurdert som relevant for denne oppgaven. Formålet og resultatene kommer tydelig frem, men artikkelen handler ikke direkte om kreftpasienter i palliativ fase med smerter. Likevel viser funnene at sykepleierne fant det utfordrende å vurdere smerter og at det var et økt behov for kunnskap. Metoden er kvalitativ.

Artikkel 3: Etter kritisk vurdering av artikkelen "Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral" av Boström et al. (2004) ble vurdert som relevant for denne oppgaven. Formålet og resultatene kommer tydelig frem. Forskerne viser til hvilke erfaringer og forventninger kreftpasientene hadde til relatert omsorg ved smerte. Metoden er kvantitativ.

Artikkel 4: Etter kritisk vurdering av artikkelen "Cancer-related pain in palliative care: patient's perceptions of pain management" av Boström et al. (2004) ble vurdert som relevant for oppgaven. Formålet og resultatene kommer tydelig frem. Forskerne viser hvilke oppfatning kreftpasientene hadde i forhold til sin behandling av smerte. Metoden er kvantitativ.

Artikkel 5: Etter kritisk vurdering av artikkelen "Kartlegging ga økt refleksjon" av Nortvedt et al. (2013) ble den vurdert som relevant for oppgaven. Formålet og resultatene kommer tydelig frem. Studien omhandler generelt om hvordan sykepleiere skulle bli mer reflektert over smertehåndtering. Metoden er kvalitativ.

4.0 Resultat

Artikkel nr. 1:

Patient perceptions of helpful communications in the context of advanced cancer

Hensikten med det Canadiske studiet av Stajduhar et al. (2010) var å vise til hva kreftpasienter i palliativ fase så på som nyttig kommunikasjon i sitt møte med helsepersonell. Metoden er av kvalitativ forskning hvor det deltok 18 deltakere og 16 fokusgruppedeltakere med langtkommet kreft i palliativ fase. Fire sentrale betydninger som respekt av tid, utøvelse av omsorg, erkjennelse av frykt og balanse mellom håp og ærlighet var viktig. Pasientene hadde et behov for at sykepleieren gav dem tid til å snakke om tanker og følelser. Det var også et behov for at sykepleieren hadde tid til å sette seg ned med pasientene, slik at de følte seg sett. Samtidig hadde ikke antall minutter noe å si, men det handlet mer om hvordan minuttene ble brukt sammen med pasientene. Sykepleiers evne til å ha direkte øyekontakt, lytte aktivt og gi mulighet for å sette seg ned, var viktige elementer i det å utøve omsorg overfor pasienten. Pasientene følte seg avvist dersom sykepleiere ikke hadde tid til å snakke med dem. Noen pasienten følte seg ikke sett ettersom de hadde en uhelbredelig sykdom. Trygghet gitt ved omsorg, sykepleierens evne til å være vennlig, vise respekt og være behagelig var viktig. Berøring av hånden hadde en betydning for pasientenes trygghet. En mellommenneskelig relasjon bidro til ivaretagelse av mennesket som et individ. Det viste seg å være behov for en troverdig informasjon som bidro til kontroll over egen situasjon. Empati og medfølelse var viktig i relasjon med sykepleier. For noen pasienten handlet ikke bare frykten om døden, men også tap av verdighet og lidelse. Informasjonen sykepleiere innhentet hadde en betydning for fremtidige tiltak og planlegging.

Artikkel nr. 2:

The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective.

Hensikten med den islandske studien av Blöndal og Halldorsdóttir (2009) var å få en forståelse for hvordan sykepleiere opplevde det å utøve omsorg for pasienter med smerter. Metoden er en kvalitativ studie, hvor 10 sykepleiere ble strategisk utvalgt. Det ble nevnt at sykepleier er pasienters «advokat». Den største utfordring i smertelindring var å kunne lese pasienten (verbalt/- non-verbalt kommunikasjon). Det var varierte erfaringer rundt det å vurdere/ kartlegge smerter. Noen sykepleiere betraktet bruk av kartlegging som viktig, mens andre derimot mente at smerten var for personlig til å bli skrevet ned på skjema. Tvil hva angikk pasientens formidling av smerte, samarbeid med leger, avdelingens rutiner, samt tidspress, viste seg i studiet å være en barriere for å kunne bidra til smertelindring. På den andre siden var det behov for et tverrfaglig samarbeid når det gjaldt behandling av pasientens smerter. Studiet konkluderte med at det var et behov for forbedring av økt kunnskap hva angikk smertelindring/behandling, samt utøvelse av omsorg ovenfor smertepasienter.

Artikkel nr.3:

Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral

Hensikten med den svenske studien av Boström et al. (2004) var å få en oversikt over hvordan pasienter erfarte behandling av smerter både før og under palliativ pleie. Metoden er av kvantitativ studie. Det deltok 75 pasienter fra to palliative team, på sykehus. Funnene viser at smerte er det mest fremtredende symptomet hos palliative pasienter med kreft. 90 % som døde led av sterke og uutholdelige smerter. Smerte er for mange assosiert som en påminnelse av deres uheldelige sykdom. Et spørreskjema ble anvendt for å samle informasjon om deres erfaringer med omsorg og smerter, både før og etter palliativ behandling. Ved hjelp av et Pain- O- Meter (POM) ble intensitet og kvalitet målt. Samtidig ble det anvendt spørsmål utarbeidet gjennom retningslinjer fra American Pain Society Patient Outcome Questionnaire. VAS skala ble brukt ved siden av for å beskrive smerte.

Følgende fem spørsmål ble stilt: Hvor mye smerte opplever du nå, gjør rede for den verste smerten du har hatt i løpet av det siste døgnet, gjør rede for gjennomsnittssmerten det siste døgnet, gjør rede for den affektive og sensoriske smerten og hvor er smerten lokalisert.

Funnene viser at det er pasientene mener at omsorgen som ble gitt var bedre etter henvisning til palliativ pleie og dette er forbundet med trygghet. Sammenhengen mellom kontroll av smerte, trygghet og kontinuitet er viktig. Samtidig vises det at det er viktig for pasienter å ha mulighet til å diskutere og snakke om sin opplevelse av smerte. Sykepleiere har en viktig nøkkelfunksjon i en tverrfaglig behandling av smerte og samarbeidet med andre instanser er vesentlig for en helhetlig smertelindring og behandling. Elementer som vurdering og observasjon var viktige tiltak.

Affektiv smerte beskrives som: torturerende, drepende og kvelende.

Sensoriske beskrives som: prikkende, sår, rivende og skjærende.

Funnene viser at noen sykepleier mistenker at noen pasienter svarte troverdig, dette fordi det ble antatt at noen pasienter fryktet hva smerten indikerte. Det er ikke bare legemidler som lindrer smerter, men omsorgen gitt av sykepleier vises å lindre smerten i seg selv. Dersom kartlegging skal kunne bidra til smertelindring, kreves det kontinuitet.

Artikkel nr.4:

Cancer- related pain in palliative care: patient's perceptions of pain management

Hensikten med den svenske studien av Boström et al. (2004) er å finne ut av hvordan kreftpasienter med kreftrelaterte smerter i palliativ fase, opplever smerte og behandlingen av den. Metoden er av kvantitativ studie, der bestod av intervju/spørsmål. Spørsmål som ble stilt var: Hvordan påvirker smerten deg, fortell meg om din smertelindrende behandling, fortell meg om din egen evne til å redusere smerte, hvordan opplever du muligheter til å delta i behandlingen av smerte og hvordan opplever du informasjonen du har fått om din smerte og behandlingen av den?

Funnene viser til tre hovedkategorier som er viktig for en vellykket behandling:

Kommunikasjon: Pasienter mener det er viktig å få mulighet til å snakke om sine smerte, ubehaget ved dem, samt det å være fri fra smerte. Det er et behov for en åpen og ærlig samtale mellom sykepleier og pasient. Ved mangel av kommunikasjon erfarer pasienter dette med konsekvenser som å ikke bli trodd og redusert mulighet til å få snakket ut om deres tanker om smerte og frykt ved lidelse. God kommunikasjon bidrar til at pasienter får en forståelse for sin smerte og hvilke utfordringer det er å lindre/ behandle smerten. Pasienter har et behov for at smerte blir vurdert basert på deres egen beskrivelse og opplevelse ved den. Det å bli trodd, bli sett som en helhetlig person. Det er også et behov for anvendelse av nødvendige verktøy. Samtidig vises det at pasientens holdninger kunne være en barriere for kvaliteten av smertelindringen.

Tillit: er viktig for at pasienter skal føle seg inkludert og trygg. Mangel av tillit til sykepleier kan oppleves som mangel av selvbestemmelse. Sykepleieres vennlighet, engasjement, kompetanse er viktig og ærlig og troverdig informasjon hva angår deres smerte og behandling. Respekt, hvem som behandler den og relasjoner er viktig. Pasienter har behov for å bli inkludert i sin behandling. Pasientene hevder at det er viktig å holde motet oppe, ta initiativ til egne aktiviteter. Nødvendig med kontinuerlig kartlegging/ vurdering av de kreftrelaterte smertene, for å kunne vurdere og få kontroll over sykdommens utvikling.

Planlegging: bidro til en bedre samtale mellom sykepleier og pasient. Gjennom dette klarte de å opprettholde et menneske-til-menneske forhold.

Artikkel nr. 5:

Kartlegging av smerte ga økt refleksjon

I den norske studien av Nortvedt et al. (2013) var hensikten å finne ut om kartleggingsverktøyet NRS bidro til at sykepleiere reflekterte mer over pasientenes smerte. Studiet er kvalitativt og data ble innhentet ved et fokusgruppeintervju av 8 sykepleiere som hadde erfaring med å bruke kartleggingsverktøy fra før. Kartleggingen av pasientens smerter viste seg å være viktig for å samle informasjon om pasientens smerte og opplevelse av den. Det viste seg at kartleggingsverktøyet var et viktig redskap for å kunne iverksette tiltak som kunne lindre smerten og som var passende og presise. Samtidig viser funnene at kartlegging i lag med samtaler var et godt utgangspunkt for fremtidige smertelindring og behandlinger. Studiet viste også at det var behov for økt kunnskap i håndtering av smerte og smertekartleggingsverktøy. Sykepleierne var villig til å diskutere ulike smerteuttrykk og det var delte meninger om å bruke kartleggingsverktøy. Dette fordi smerten var for personlig til å skrive ned på et skjema. Sykepleierne mente at fysisk, psykisk og sosial smerte forsterket hverandre. Det var derfor nødvendig å tilby ulike smertelindrende tiltak og formidling av smertemestring var viktig. Studiet viste nødvendigheten med samtaler, der sykepleier kommuniserte ved å lytte, vise tillitt og danne en relasjon. Samtalen var viktig for at pasienten kunne få fortelle om hvordan smerten opplevdes. Tross sterke smerter, skåret noen pasienter lavt på NRS skala. Dette mente sykepleierne skyltes at pasienten synes det var utfordrende å vurdere sin egen smerte på et skjema. Fordelen med utføre kartleggingen var at den bidro til at sykepleieren fikk en bedre forståelse for smerten og det gjorde det lettere å iverksette smertelindrende tiltak. Samtidig ble det lettere å vurdere om pasienten var rett medisinert og om vedkommende hadde bivirkninger. Noen sykepleiere tvilte på resultatene. Studien viser at sykepleiere må bli bedre i å informere og dokumentere, for å kunne bidra til tverrfaglig smertelindring.

5.0 Drøfting

Hvordan kan sykepleie bidra til smertelindring ved hjelp av kartlegging og samtale med kreftpasienter i palliativ fase.

5.1 Kommunikasjonens betydning for smertelindring

Studien til Boström et al. (2004) viser at pasienter med langtkommet kreft har behov for kommunikasjon, planlegging og tillit til sykepleiere for å kunne oppnå smertelindring. Det er ikke godt nok med bare medikamentelle behandlingsformer, men det er viktig å dekke de psykososiale behovene som pasienten har. Av den grunn vil det være viktig at sykepleiere er bevisst på at hver enkelt pasient har individuelle behov og derfor vil det være nødvendig at sykepleiere tilrettelegger tiltak deretter (Boström et al., 2004). Kommunikasjonen er sykepleierens viktigste redskap i møte med pasienten. For at sykepleier skal kunne bidra med den hjelp som den enkelte pasient vil ha behov for vil det være nødvendig å etablere et menneske- til- menneske forhold. Gjennom dette forholdet kan pasient og sykepleier forholde seg til hverandre som unike individer (Travelbee, 2001, s. 135-146). Dersom den profesjonelle sykepleier skal kunne lindre smerten hos pasienten vil det i følge Eide og Eide (2007, s. 18-19) være nødvendig å bruke kommunikasjonen som en målsetning for å lindre lidelsen hos pasienten. God kommunikasjon er hjelpende og den fører til et godt forhold mellom sykepleier og pasient. Den bidrar til å løse problemer og får pasienten til å anvende egne ressurser (Eide & Eide, 2007, s. 18-19).

Gode kommunikasjonsferdigheter vil i følge Stajduhar et al. (2010) være å lytte til det pasienten har å si og samtidig kunne tolke pasientens formidling av både non-verbalt og verbal kommunikasjon. Dette vil være nødvendig for å kunne vite hvilke behov pasienten har og hvilken informasjon som eventuelt skal formidles under samtalen (Stajduhar et al., 2010). For å kunne bidra med den hjelpen pasienten har behov for, vil det være en forutsetning at det blir formidlet god kommunikasjon. Dette er fordi det gir pasienten en anledning til å kunne være med å ta en beslutning om eventuelle tiltak (Brinchmann, 2008, s 89- 90).

Boström et al. (2004) viser til at informasjonen som blir gitt under samtalen kan bidra til at pasientene føler mer trygghet. Noe som igjen kan føre til mindre angst og bedre livskvalitet for pasienten. I studien kommer det også frem at det var et behov for at sykepleiere forbedret

sin verbale kommunikasjonsteknikk og bli bedre på å forstå pasientens formidling av det non-verbale kroppsspråket under samtalen (Boström et al., 2004). Non-verbal kommunikasjon formidler pasientene gjennom ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk og språk. Dersom sykepleier skal kunne forstå hva pasienten formidler vil det da være nødvendig å ha evne til å lytte aktivt, for den informasjonen som pasienten formidler gjennom en non- verbal kommunikasjon kan gjenkjennes gjennom stillhet og uttrykk som kan gi spontane tilbakemeldinger på det som har blitt sagt (Eide & Eide, 2007, s. 18- 24). Av den grunn er kommunikasjonen en gjensidig prosess som sykepleier gir og innhenter informasjon for å kunne bidra med den hjelpen pasienten vil ha behov for (Travelbee, 2001, s.135-146).

Dersom pasientene opplevde mangelfull kommunikasjon fra sykepleiers side, fikk dette konsekvenser for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette ga utslag i at pasienter følte seg avvist av sykepleier (Stajduhar et al., 2010). Dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter resulterte i at pasientene verken følte seg trodd eller tatt på alvor. Pasientene som ikke følte seg trodd, fikk heller ikke fortalt sykepleiere om frykten for at nye kreftsmarter kunne forekomme (Boström et al., 2004). Dersom sykepleier skal kunne bidra til smertelindring vil det være en forutsetning å ha etablert et menneske til menneske forhold. For dersom sykepleier og pasient har gått igjennom de fire forutgående fasene: innledende møte, fremvekst av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse, vil det kunne danne et grunnlag for at forholdet mellom sykepleier og pasient er basert på tillit og trygghet (Travelbee, 2001, s.171-172).

Nødvendigheten med kommunikasjon som fremmet terapeutiske relasjoner mellom sykepleier og pasient var viktig for at pasientene skulle opparbeide tillit til sykepleiere (Stajduhar et al., 2009). Gjennom god kommunikasjon kan sykepleier få frem best mulige tiltak og skape en god relasjon til pasienten (Eide & Eide, 2007,s. 18- 24). Det vil av den grunn være viktig at sykepleier forstår hva pasienten har behov for, dette for å kunne planlegge og iverksette tiltak som vil lindre smerten (Travelbee, 2001, s.135- 146).

Boström et al. (2004) viser til at god planlegging med pasientene bidro til en bedre samtale mellom sykepleier og pasient og de klarte derfor å opparbeide et menneske- til - menneske- forhold. Gjennom god kommunikasjon og planlegging fikk pasientene mer tillitt til sykepleiere og dette bidro til at de følte økt trygghet og samtidig resulterte det i at pasientene fikk bedre behandling i forhold til både fysisk og psykisk smerte (Boström et al., 2004). Det er en forutsetning at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sykdom, lidelse og smerter (Travelbee, 2001, s. 135-146).

Kreftpasienter i palliativ fase vil ha kjennskap til at de har kort forventet levetid igjen, for noen mennesker kan dette gi konsekvenser som angst og usikkerhet (Rustøen et al., 2008, s. 258- 259). For å kunne hjelpe pasienten, vil det være nødvendig at sykepleier har kunnskap om hva som er nyttig og god kommunikasjon i møte med den syke (Stajduhar et al., 2010). For dersom pasienten har mye fysiske smerter vil disse kunne forsterkes av den psykiske smerten og utgjøre den individuelle opplevelsen av den (Kaasa & Borchgrevink, 2008, s. 272-273). Det vil da være viktig at sykepleier bidrar til å skape gode relasjoner mellom seg selv og pasienten ved å kommunisere og informere pasienten om forløpet. Sykepleieren er en viktig emosjonell støttespiller for den syke palliative pasienten (Travelbee, 2001, s. 171- 172, 135-146).

I studien til Boström et al. (2004) kommer det frem at pasienter med langtkommet kreft i palliativ fase lider av sterke smerter, tross behandling. Det vil av den grunn være viktig at sykepleiere har kunnskap til å oppfatte hvilke behov pasienter har, men det viser seg derimot at sykepleiere møter mange utfordringer i sitt møte med pasienter som lider av smerter (Eide, 2008, s. 255- 265). Får ikke pasienten anledning til å snakke om sin lidelse, vil dette få konsekvenser for den helhetlige smerten som de opplever (Stajduhar et al., 2010). Ved dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan dette være et hinder for å kunne bidra til god smertelindring (Eide , 2008, s. 355- 365).

Stajduhar et al. (2010) hevder at pasientene hadde et behov for at sykepleiere satt seg ned med dem, for så å vise at de brydde seg. Antall minutter hadde ingen betydning, men heller hvordan sykepleiere valgte å bruke tiden i lag med den palliative kreftpasienten (Stajduhar et al., 2010). Den mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleier og pasient er nødvendig for å kunne bidra med den hjelp som den enkelte pasient vil ha behov for (Travelbee, 2001, s. 171- 172). Dette fordi den mellommenneskelige relasjon bidrar til at pasientene føler seg ivaretatt som et menneske og ikke blir betraktet som et menneske bak sin uheldelige kreftsykdom (Stajduhar et al., 2009). Gjennom samtalene med pasienten vil det være nødvendig å observere hvilke behov pasienten har og hvilken uttrykk som formidles gjennom kroppsspråket. Dette er en viktig observasjon som sykepleier gjør for å kunne iverksette tiltak, som igjen skal videreformidles til andre instanser som eventuelt legen. (Travelbee, 2001, s. 135- 146).

I studien til Stajduhar et al.(2010) kommer det frem at pasienter har behov for at sykepleier balanserer informasjonen hva angår deres sykdom under samtalen. Dersom sykepleier skal kunne bidra til å lindre smerte, vil det ifølge Travelbee (2001, s. 99-100), være nødvendig at

sykepleier har kunnskap om at lidelse også kan være forbundet med en opplevelse av tap (Travelbee, 2001, s. 99-100). Det vil da være nødvendig at sykepleier har oppmerksomheten rettet mot pasientens egen opplevelse av smerte og lidelse. Dette er viktig for at pasienten skal kunne få gi uttrykk for hvordan lidelsen og behandlingen oppleves (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22).

For noen pasienter vil det ikke være behov for å få informasjon om deres smerter og forløp, derimot kan informasjonen som blir gitt av sykepleier føre til at pasienten bli belastet (Eide, 2008, s. 355-365). For at sykepleier skal hjelpe pasienten med smertelindrende behandling gjennom samtale, vil det være nødvendig å ha kunnskap om at informasjonen som blir gitt under samtalen kan føre til at pasienten mister kontroll over egen situasjon. Det vil av den grunn være viktig at sykepleier formidler informasjonen på en måte som gjør at en hverken tar håpet fra pasienten eller at det formidles et falskt håp (Stajduhar et al., 2010). For kreftpasienter i palliativ fase kan den akutte smerten som er forbundet med progresjon av sykdommen i mange tilfeller forbindes med usikkerhet og frykt. Dersom sykepleier skal kunne bidra med å lindre den individuelle smerten som pasienter opplever i forbindelse med sin uhelbredelige sykdom, vil det i følge Kaasa og Borchgrevink (2008, s. 274- 275) være nødvendig at sykepleier har kunnskap om hvordan informasjonen gis og videre utøver den støtten som det er behov for (Kaasa & Borchgrevink, 2008, s. 274- 275). For støtten som sykepleier gir vil ikke handle om å kurere smertene, men derimot skal sykepleier bidra til å lindre pasienters smerter (Kaasa, 2008, s. 36- 40).

Erfaringsmessig er det viktig at sykepleiere fanger opp det den enkelte pasient er opptatt av, ved å observere hva pasienten bringer inn i samtalen. For når pasientens lidelse ses i sammenheng med smerten, kan viktige opplysninger fra samtalen være med å bidra til forståelse og iverksettelse av tiltak som vil være det beste for pasienten. På bakgrunn av dette hevdes det at en sykepleier kan bidra til god smertelindring i lag med pasienten selv.

Som sykepleier vil det være viktig å utøve individuell sykepleie som vil si at en tar tak i pasientens livshistorie, tid, sted og det pasienten vil ha behov for. På bakgrunn av dette kan sykepleier danne et bilde av hvilke behov pasienten har gjennom kommunikasjon og kartlegging (Winther & Madsen, 2006).

5.2 Smertekartlegging

Når kreftpasienter i palliativ fase har smerter, kan det for sykepleier være vanskelig å fokusere på noe annet. Av den grunn vil det være viktig at smertene blir kartlagt, for å kunne gi god smertelindring. Boström et al. (2004) viser til at pasienter med langtkommet kreft opplever sterke smerter tross behandling og i studien til Blondal og Halldorsdottir (2009) kommer det frem at sykepleiere ofte undervurderer pasienters smerter (Blondal og Halldorsdottir, 2009). Dersom sykepleier skal kunne bidra til smertelindring, vil det i følge Torvik et al. (2008, s. 51-52) være nødvendig å kartlegge smertene for å undersøke om pasientene har smerter og for å kunne planlegge fremtidige tiltak.

I studien til Blondal og Halldorsdottir (2009) kom det frem at sykepleiere ofte følte seg ensom når det kom til vurdering av pasienters fysiske smerter. Sykepleiere syntes dette var utfordrende og vurderingene sykepleierne gjorde, var observasjoner i forhold til hvordan smertene påvirket pasientene og hvordan smertene ble uttrykt (Blondal & Halldorsdottir, 2009). Med en hjelpende kommunikasjon kan sykepleier rette oppmerksomhet mot pasientens behov og dette forutsetter innlevelse hos sykepleier, noe som bidrar til økt forståelse av pasientens behov for omsorg (Eide & Eide, 2007, s. 20).

Det vil være nødvendig for sykepleier å identifisere hvordan smerten påvirker mennesket. For å finne ut hvordan smerter påvirker pasienter, anvendte sykepleiere NRS skjema i studiet til Nordahl et al. (2013). Ved utøvelse av kartleggingsverktøyet NRS, var det ulike tilbakemeldinger rundt bruk av skjemaet. Dette fordi enkelte sykepleiere hevdet at smerter var for personlig til å bli nedskrevet på et skjema, mens andre sykepleiere påpekte at bruk av NRS skjemaet var nyttig og gav adekvat informasjon om pasientens smerter. Det vil være viktig å kartlegge pasientens smerter, grunnet sykepleiere lett kan fortolke pasientens non-verbale uttrykk. For å kunne vurderes pasientens uttrykk, vil det være nødvendig å observere pasientens holdning og kroppsspråk. Dette gjøres for å innhente viktig informasjon, som ikke blir formidlet verbalt (Eide & Eide, 2007, s. 18-24).

I studien til Nortvedt et al. (2013) begynte det profesjonelle ansvaret i møtet med pasienten som led av smerter. Under samtalen var det viktig å ta utgangspunkt i pasientens egne smerteopplevelser for å kunne iverksette tiltak etter pasientens behov (Nortvedt et al., 2013). Når et menneske har lidd over en lengre periode vil sykepleiere kunne observere pasienten som likegyldig og av den grunn uttrykker noen pasienter sin smerte med sinne og aggresjon (

Travelbee, 2001, s.99-100). Dersom sykepleier da skal kunne finne ut av hvilken smerte pasienter har, vil det i følge Torvik et al. (2008, s. 65- 66) være nødvendig at sykepleier gir tilstrekkelig med informasjon om hvorfor smertene skal kartlegges og forteller pasienten hensikten med tiltaket. For dersom pasienten ikke har forståelse for hvordan et kartleggingsskjema fylles ut, vil det heller ikke gi adekvat informasjon tilbake til sykepleier. Noe som vil være nødvendig for å kunne planlegge tiltak (Torvik et al., 2008, s. 65-66).

Kartlegging og vurdering av smerter er en komplisert sykepleieutøvelse, men det er nødvendig. I studien til Blondal og Halldorsdottir (2009) kommer det frem at sykepleiere fant det utfordrende å vurdere hvilken smerte pasienter led av. Dette gjorde det ikke lettere for dem, ettersom de mente at den smerten som pasienten uttrykte, var den smerten som pasienten opplevde (Blondal & Halldorsdottir, 2009). Dersom sykepleier skal kunne bidra til smertelindring, vil det i følge Torvik et al. (2008, s. 51- 52) være nødvendig å kartlegge smertene for å kunne undersøke hvilken type smerte pasienten lider av, samt plages av. Som sykepleier vil det da være viktig å fange opp hva den enkelte pasient er opptatt av og i følge Travelbee (2001, s. 99-100) vil lidelsen være en erfaring som varierer i intensitet, dybde og varighet.

For noen pasienter viste det seg å være utfordrende å plassere sin smerteopplevelse på et skjema. Dette fordi pasientene mente at opplevelsen de hadde i forhold til sin smerte, var for stor til å kunne skrives ned på tre linjer med ett kryss (Nortvedt et al., 2013). På bakgrunn av dette møtte undertegnede en kreftpasient i palliativ fase i praksis. Pasienten var for dårlig til å krysse av på VAS skjemaet, noe som bidro til at undertegnede var nødt til å hjelpe pasienten å krysse av på skjemaet. Av den grunn menes det at det ikke alltid vil være tilstrekkelig å anvende kartleggingsverktøy, men derimot kan kartleggingen foregå gjennom observering, samtaler og vurderinger av smerte i lag med pasienten selv. Likevel viser funnene i studien til Nortvedt et al. (2013) at smertekartleggingsverktøyer kan være en innfallsport for å veilede pasienter til å forklare smerten under en samtale i lag med sykepleier (Nortvedt et al., 2013). Dersom sykepleier skal kunne bidra med god smertelindring vil det være nødvendig at sykepleier har kunnskap i henhold til det å vite hvordan smerte kartlegges.

For å kunne bedre smertelindringen til kreftpasienter vil det være en forutsetning at sykepleier har kjennskap til retningslinjene som er utarbeidet av The Quality of Care Committee i American Pain Society. For dersom sykepleier anvender disse retningslinjene vil det være lettere å indentifisere og iverksette tiltak for å lindre smerten (Torvik et al., 2008, s.52). Men dersom pasienten skal få den hjelpen som det er behov for, vil det i følge Lorentsen og Grov

(2010, s.430) være viktig at sykepleier dokumenterer resultatene fra kartleggingen. Dersom sykepleier ikke er nøysom nok i å dokumentere den observerte smerten, vil det kunne hindre sykepleieren i å bidra til smertelindring.

Funnene i studien til Boström et al. (2004) viser at palliative pasienters smerter ble målt ved hjelp av et Pain- O- Meter i lag med spørsmål, utarbeidet av retningslinjene som ble nevnt ovenfor. Det var tydelig et behov for at sykepleiere kontinuerlig gjennomførte kartlegging av smerter og gjennom en nøyaktig smertekartlegging basert på pasientens egen smertevurdering viste det seg å være grunnleggende for å kunne bidra til smertelindring. Ved en kontinuerlig oppfølging av deres smerte, bidro det til at pasientene følte trygghet ved at smerten ble observert og vurdert. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten, vil det da være nødvendig å dokumentere og lage en behandlingsplan av smerten som har blitt kartlagt (Boström et al., 2004).

Tvil hva angikk pasienters egenvurdering viste seg å være et problem for sykepleiere i studien til Blondal og Halldorsdottir (2009). Der de hevdet at pasientenes egen tilbakemelding om smerte ikke stemte overens med det de selv hadde observert (Blondal & Halldorsdottir, 2009). For å kunne lindre smertene til kreftpasienten hevder Berntzen et al. (2010, s. 362- 363) at det er nødvendig med et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient for å oppnå en tilfredsstillende behandling. Samarbeidet vil være nødvendig for at sykepleier kan innhente nødvendig informasjon om smertens lokalisasjon, intensitet, kvalitet, varighet, variasjon og for å få en forståelse for hvordan det påvirker mennesket.

Funnene i studien til Boström et al. (2004) viser at det er nødvendig at sykepleier gjennomfører en vurderingen/ kartleggingen basert på pasientens egen opplevelse av smerte (Boström et al., 2004). Videre viste det seg at pasientene var mindre smertepåvirket under palliativ pleie, det hadde en sammenheng med deres mulighet til å snakke med sykepleier om sin kreftrelaterte smerte. For at kartleggingen skal ha en funksjon, vil det være et behov for kontinuerlig oppfølging av pasientenes smerter. Dette utøves ved hjelp av jevnlig kartlegging (Boström et al., 2004). Det vil samtidig være et behov for at sykepleiere bruker kartlegging som en del av arbeidsrutinene. For at kartleggingen som ble utøvd skulle bidra til at pasienten skulle få god smertelindring, ville det være et behov for å dokumentere smertene.

For at sykepleiere skal kunne bidra til smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase, vil det i følge Lorentsen og Grov (2010, s. 430) være nødvendig å dokumentere de funnene som ble gjort i løpet av kartleggingen. Etter egen erfaring er det viktig for at andre instanser skal få en tilstrekkelig oversikt over smertens lokalisasjon, intensitet, kvalitet og varighet. Er ikke sykepleiere nøye nok med dokumenteringen av smerter, vil det i følge Lorentsen og Grov (2010, s. 418) forhindre en god smertelindring hos den palliative kreftpasienten.

Etter endt kartlegging viser det seg å være nødvendig at sykepleier dokumenterer og følger opp smerter hos kreftpasienter i palliativ fase. Videre kan sykepleier iverksette individuelle planer, hvor pasientens problem/ smerte og behov kan følges opp. Gjennom systematisk kartlegging vil det være nødvendig med kontinuitet og forutsigbarhet, hvor formålet er å lindre pasientens smerter og ubehag ved den etter pasientens ønsker og behov.

6.0 Avslutning

For at sykepleiere skal kunne bidra til smertelindring ved hjelp av kartlegging og samtale, viser det seg ut i fra studien å være viktig med gode kommunikasjonsferdigheter. Dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient viste seg å være til hinder for både det å skape et menneske-til-menneske forhold, samt det å kunne la pasienten få gi uttrykk for egen opplevelse av smerte. Det vil være viktig å få fram det pasienten har å si og samtidig kunne tolke hva pasienten formidler av både non-verbalt og verbal kommunikasjon. På den måten kan sykepleier yte hjelp etter pasientens eget behov. Ut i fra funnene viser det seg at det er et behov for økt kunnskap i forhold til kartlegging av smerter. Det vil derfor være nødvendig med kontinuerlige undersøkelser/ kartlegging, for å kunne iverksette de tiltak som bidrar til å lindre smerter.

Basert på forskningsartikler, pensumlitteratur og annen litteratur kommer jeg fram til at sykepleiere står ovenfor utfordringer hva gjelder kommunikasjonsferdigheter unders samtale med pasienter og utfordringer med å kunne vurdere/ kartlegge.

7.0 Referanseliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen. (2011). Svulster. I S. Ørn., J. Mjell., & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg, s. 127-130). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås., D- G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1* (4. utg., s. 357-358). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (4), 410-9. doi : 10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. *European Journal of Cancer Care*, 13 (3), 238- 245. doi: 10.1111/j.1365-2354.2004.00465.x
- Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (20), 2897- 2906. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen., & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerter: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg., s. 355-365). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling , konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudie*. Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm.

- Kaasa, S. (Red.). (2008). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 36-40) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S., & Borchgrevink, P. Chr. (2008). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 272-275). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås., D- G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 2* (4. utg., s.418-430). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I H. Almås., D- G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1* (4. utg., s. 22) Oslo Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, L., Wiborg, A- G., Nitteberg, I- J., & Romsland, G. I. (2013). Kartlegging ga økt refleksjon. *Sykepleien*, 101(07), 38-41. doi: [10.4220/sykepleiens.2013.0059](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0059)
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2006). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I., & Stubhaug, A. (2008). I T. Rustøen., & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerter: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg., s. 256- 259). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim- Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communications in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (13/14), 2039-2047. doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x)

Stubhaug, A., & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte?. I T. Rustøen., & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerter: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg., s. 25). Oslo: Gyldendal akademisk.

Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen., & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerter: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg., s. 51-56). Oslo: Gyldendal akademisk.

Travelbee, T. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Vedlegg 1: Resultattabell

<i>Artikkel</i>	<i>Hensikt</i>	<i>Metode og Datasamling</i>	<i>Utvalg</i>	<i>Resultat</i>
<p>Stajduar, K., Thorne, S, E., McGuinness, L., & Kim- Sing, C. (2010).</p> <p><i>Patient perceptions of helpful communications in the context of advanced cancer</i></p>	<p>Hensikten var å vise hva kreftpasienter i palliativ fase så på som nyttig kommunikasjon i sitt møte med helsepersonell</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Studien er basert på en sekundær analyse av kvalitativ studie.</p>	<p>18 individuelle intervjuer og 16 deltakere i fokusgruppe intervjuer</p>	<p>Fire elementer gikk igjen i studien: respekt av tid, utøvelse av omsorg, erkjennelse av frykt og balanse mellom håp og ærlighet var viktig.</p>
<p>Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009).</p> <p><i>The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective.</i></p>	<p>Hensikten var å få forståelse for hvordan sykepleiere opplevde det å utøve omsorg for pasienter med smerter.</p>	<p>Kvalitativ studie. En fenomenologisk studie, der det intervjuer med 10 erfarne sykepleiere.</p>	<p>20 dialoger med 10 erfarne sykepleiere</p>	<p>Funnene viser at sykepleiere fant det utfordrende å utøve omsorg for pasienter med smerter. Fire elementer som gikk igjen var: Å lese pasienten, håndtering av indre konflikt og moralske dilemmaer, samarbeidet med lege og organisatoriske hindringer.</p>
<p>Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004)</p> <p><i>Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral</i></p>	<p>Hensikten var å undersøke hvilke erfaringer kreftpasienter hadde før og under palliativ pleie, relatert smertebehandling.</p>	<p>Kvantitativ studie. Det ble brukt et demografisk skjema for å samle inn data om pasienter både før og under palliativ pleie.</p>	<p>75 pasienter fra to forskjellige palliative team på sykehus ble registrert. Disse pasientene hadde behov for smertelindring</p>	<p>Funnene viser at kontinuitet i omsorgen og muligheten til å snakke om smerter, øker pasienters opplevelse av trygghet. Dette viste seg å være den største betydningen for en vellykket behandling.</p>

<p>Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004)</p> <p><i>Cancer- related pain in palliative care: patient's perceptions of pain management</i></p>	<p>Hensikten var å beskrive hvordan pasienter med kreftsmerte i palliativ pleie oppfattet oppfølgingen av deres smerte.</p>	<p>Kvantitativ studie, der 30 pasienter ble valgt ut for intervjuer med åpne spørsmål. Intervjuene ble analysert.</p>	<p>75 pasienter fra to forskjellige palliative team på sykehus ble registrert.</p>	<p>Tre elementer gikk igjen i studien: kommunikasjon, planlegging, tillit. Pasientene hadde behov for en ærlig og åpen dialog med sykepleiere.</p>
<p>Nortvedt, L., Wiborg, A- G., Nitteberg, I- J., & Romsland, G, I. (2013).</p> <p><i>Kartlegging av smerte ga økt refleksjon</i></p>	<p>hensikten å finne ut om kartleggingsverktøyet NRS bidro til at sykepleiere reflekterte overfor smertehåndtering.</p>	<p>Kvalitativ studie, der de samlet inn data via fokusgruppe intervjuer.</p>	<p>8 sykepleiere som hadde erfaring med kartleggingsverktøy ble intervjuet.</p>	<p>Ved bruk av NRS skjema ble sykepleiere mer fokusert på pasienters smerte.</p>