

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 28.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 533

Antall ord: 8992 ord



Høgskulen
på Vestlandet

Kreft, sykepleie og smertekartlegging.



(Hentet 20.04.17 fra ImageQuest)

Bacheloroppgave i sykepleie, Avdeling for helsefag.
Haugesund, April 2017
Kull 2014.
Antall ord: 8992 ord

Sammendrag

Tittel: Kreft, sykepleie og smertekartlegging.

Bakgrunn: I 2015 var det 32.592 nyoppdaget krefttilfeller. Kreft er en alvorlig diagnose, som påvirker pasientens livssituasjon. For mange pasienter og pårørende kan den nye livssituasjonen bringe mye usikkerhet og være vanskelig å forholde seg til, spesielt i forhold til symptomene som mange kreftpasienter får. Smerter er det mest fryktede symptomet og et av de symptomene som kan være vanskeligst å behandle.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med kreft i den palliative fase i sykehus, for å gi en optimal smertelindring?

Hensikt: Formålet med bacheloroppgaven var å belyse hvordan sykepleieren kan bidra til god smertelindring til kreftpasienter i sykehus, ved hjelp av kartlegging av smertene.

Metode: Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, hvor da forskning og faglitteratur er brukt for å belyse problemstillingen.

Funn: Smerte påvirker pasientens dagligliv, velvære og livskvalitet. Ved å utføre en systematisk smertekartlegging får en diagnostisert smertene, samt et grunnlag for videre smertebehandling. Her er det også viktig å utføre en kartlegging hyppig, for å sikre at pasientens behov blir ivaretatt. Da får også pasient og pårørende bekreftet sine bekymringer, og de får en følelse av ivaretagelse. Det er også viktig pasienter og pårørende får informasjon, støtte og undervisning fra sykepleiere, da får og pasienten mulighet til å delta i egen behandling, samt de får den informasjon de har krav og behov for.

Nøkkelord: Kreft, Sykepleie, Smerter, Smertekartlegging.

Abstract

Title: Cancer, nursing and pain assessment.

Background: In 2015 there were 32,592 newly diagnosed cases of cancer. Cancer is a serious diagnosis that affects patient's daily life, well-being and quality of life. For many patients and relatives, the new life situation can bring uncertainty and the diagnosis can be difficult to relate to, especially in relation to the symptoms that many cancer patients receive. Pain is the most feared symptom, and one of the symptoms that can be most difficult to treat.

Research question: How can nurses assess pain in patients with cancer in the palliative phase in hospitals, to provide optimal pain relief?

Aim: The aim of this bachelor was to illustrate how the nurse can contribute to good pain relief for cancer patients in hospitals, by assessing the pain.

Method: The bachelor thesis is a literature study, where research and other literature were used to answer the research question.

Findings: By performing a systematic pain assessment, the nurse can get a diagnosis of the pain, as well as a basis for further pain management. Here it is also important to perform a survey frequently, to ensure that the patient's needs are met. Also the patients and relatives get their concerns confirmed, and they feel a sense of care from the nurse. It is also important that the patients and relatives receive information, support and education from nurses, as the patient and the patient have the opportunity to participate in their own treatment, as well as receive the information they have requirements and needs.

Keywords: Cancer, Nursing, Pain, Pain assessment.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 HENSIKT	1
1.3 PROBLEMSTILLING	2
2.0 TEORI	2
2.1 OMSORG OG LIDELSE	2
2.2 PALLIATIV BEHANDLING OG OMSORG	3
2.3 HVA ER SMERTER?	5
2.3.1 KRONISKE OG AKUTTE SMERTER	6
2.3.2 KARTLEGGING AV SMERTER	7
3.0 METODE	11
3.1 DEFINISJON AV METODE	11
3.2 LITTERATURSTUDIE	11
3.3 LITTERATURSØK	12
3.4 KILDEKRITIKK	15
4.0 RESULTAT	15
4.1 STATE OF ART OF MANAGING PAIN IN PATIENTS WITH CANCER	15
4.2 LEARNING PAIN ASSESSMENT AND MANAGEMENT: A GOAL OF THE END-OF-LIFE NURSING EDUCATION CONSORTIUM	16
4.3 SYMPTOMREGISTRERING HOS KREFTPASIENTER VED SYKEHUSINNLEGGELSE	17
4.4 NURSING PAIN MANAGEMENT – A QUALITATIVE INTERVIEW STUDY OG PATIENTS WITH PAIN, HOSPITALIZED FOR CANCER TREATMENT	18
4.5 HOW NURSES ASSESS BREAKTHROUGH CANCER PAIN, AND THE IMPACT OF THIS PAIN ON PATIENTS´ DAILY LIVES – RESULTS OF A EUROPEAN SURVEY	19
4.6 HOVEDFUNN	19
5.0 DRØFTING	20
5.1 SMERTEARTLEGGINGENS VIKTIGHET	20
5.2 PASIENTENS HÅP OM BEDRET SMERTEBEHANDLING	23
5.3 SYKEPLEIERENS KUNNSKAP	24
6.0 KONKLUSJON	27
REFERANSELISTE	28
VEDLEGG I: EKSEMPEL PÅ KILDEKRITIKK.	32
VEDLEGG II: KARTLEGGINGSVERKTØY VAS	36
VEDLEGG III: KARTLEGGINGSVERKTØY ESAS-R	37

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bacheloroppgaven har fokus på smertelindrende behandling til pasienter i en palliativ fase. Bakgrunnen for valget av temaet kommer fra praksiserfaringer, hvor jeg ble oppmerksom på viktigheten av, samt utfordringene ved å kunne gi god smertelindring til pasienter med en ikke-kurativ kreftsykdom. Dette fikk meg også til å se og anta at sykepleiekompetanse er viktig for å kunne gi god smertelindring.

I Norge i 2015 var det hele 32.592 nye krefttilfeller, 17498 av tilfellene var menn og 15094 var kvinner. 252.977 mennesker var i live i utgangen av 2015 etter å ha fått en kreftdiagnose. Prognosen etter en oppdaget kreftsykdom er varierende da det finnes mange ulike kreftformer. Samtidig kan sykdommens utbredelse på diagnosetidspunktet være avgjørende for prognose og behandling (Kreftregisteret, 2016).

Palliativ omsorg er en aktiv pleie eller behandling for pasienter med en inkurabel sykdom og med en kort forventet levetid. Dette vil si lindring av symptomer og fysiske smerter, sammen med tiltak som er rettet mot de psykiske, sosiale og de åndelige og eksistensielle behovene. Det er en målrettet behandling, pleie og omsorg for å bidra til best mulig livskvalitet for pasienten og deres pårørende. Palliativ behandling verken fremskynder eller forlenger dødsprosessen (World Health Organization, u.å). Smerter som er relatert til kreften er den plagen som er mest fryktet. Pasienter med uhelbredelig kreft har ofte kroniske smerter med episoder av akutte smerter (Lorentsen & Grov, 2010, s. 407). ”Sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen og et stort ansvar for å lindre pasientens smerter” sier Berntzen, Danielsen & Almås (2010, s. 355).

1.2 Hensikt

Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleieren kan bidra til god smertelindring til kreftpasienter i sykehus, ved hjelp av kartlegging av smertene.

1.3 Problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med kreft i den palliative fase i sykehus, for å gi en optimal smertelindring?

Kreft og palliativ omsorg er store tema. På bakgrunn av det er oppgaven blitt avgrenset og vil hovedsakelig handle om kartlegging av smerter, samt sykepleierens rolle og ansvar ovenfor pasienter med en ikke-kurativ kreftdiagnose. Det vil ikke være fokus på medikamenter og medikamentell behandling. Jeg vektlegger heller ikke en spesiell krefttype, men ser på kreft generelt.

I denne oppgaven kommer jeg ikke til å ha fokus på medikamenter. Jeg vil fokusere på palliative kreftpasienter i alder 18 år og eldre, med ingen øvrig aldersgruppe.

2.0 Teori

2.1 Omsorg og lidelse

Eriksson teorigrunnlag vektlegger menneske, helse og omsorg som sentrale begreper, hvor menneskesynet danner grunnlaget for synet på helse og omsorg (Kristoffersen, 2012, s. 241). Eriksson beskriver omsorg som en interaksjonsprosess mellom omsorgsmottaker (pasient) og omsorgsgiver (sykepleier), og er et grunnleggende trekk ved den profesjonelle omsorgen og naturlige omsorgen (Kristoffersen, 2011, s.245). Den naturlige omsorgen er omsorgen mennesket har for seg selv og for sine nære pårørende, og som tar sikte på å fremme en god helse (Kristoffersen, 2012, s.242). Når denne omsorgen blir utilstrekkelig er det behov for profesjonell omsorg, som må ta utgangspunkt i pasientens behov, samt at pasienten er likeverdig og aktiv i samhandlingen med omsorgsutøveren (Kristoffersen, 2012, s.244). Menneskets subjektive opplevelse er en viktig side ved helsen. Å fremme pasientens opplevelser av velvære vil være i tråd med den forståelsen være et viktig mål for sykepleie i møte med alvorlig syke og svært pleietrengende pasienter (Kristoffersen, 2012, s.60).

Eriksson tar for seg lidelse og livet, at lidelse kan bli sett på som en kamp mellom det gode og det onde. Hun mener at lidelse kan være vanskelig å forholde seg til, og at lidelse er noe vondt og har ingen mening i seg selv, men når hvert menneske går gjennom en lidelse har det mulighet for å gi en mening. Den lidende, i dette tilfellet den palliative kreftpasienten, trenger en som ser medmennesket, og som ser personen bak pasienten (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 55). Sykepleieprosessen er en interaktiv prosess, som innebærer; en pasientanalyse som

innebærer en kartlegging av individets situasjon, prioritering av pleieområde som innebærer at problemene til pasienten blir prioritert ut ifra beskrivelser som sykepleieren har fått gjennom datasamlingen. Samt en handling som skjer etter prioritering av pleieområde, ut ifra prioriteringen og de tilgjengelige resursene vurderes forskjellige alternativ, hvor pasienten, pårørende og pleiepersonell deltar i valg av behandling. Dette skjer kontinuerlig. Relasjonen til mennesket er grunnlaget i sykepleie og sykepleieprosessen. Her skal pasienten kunne uttrykke sine ønsker, behov og problemer. Sykepleieren må ha kunnskap og oppfylle etiske krav. Eriksson beskriver lidelse som noe ondt, og at den ikke har noe mening i seg selv, men at å gå gjennom lidelse har hvert enkelt menneske en mulighet for å gi lidelsen en mening (Overgaard, 1997). *”Det lindrende aspektet i kreftsykepleie har som mål å begrense omfanget av pasientens belastninger ved sykdom og død og ved sykehusopphold”*. Disse belastningene kan være an en psykisk, fysisk, sosial og åndelig-eksistensiell karakter, for eksempel krisereaksjoner, stress, ensomhet, angst, sorg, lidelse, vonde og vanskelige opplevelser eller plagsomme symptomer som smerte, kvalme, obstipasjon og fatigue. Sykepleiere har et medansvar for å skape et trygt og godt miljø for pasienter og pårørende. Sykepleiere skal også bidra til at sykehusoppholdet blir så meningsfylt som mulig (Reitan, 2010, s.29).

2.2 Palliativ behandling og omsorg

Palliativ behandling er en lindrende behandling av pasienter med en kort forventet levetid. Dermed bør hovedfokuset være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig for pasientene og deres pårørende (Kaasa og Loge, 2016, s. 36). I en palliativ behandling er det viktig å ha en helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasienten, og deres pårørende. Pasienten må alltid stå i fokus og sykepleier må tilstrebe å gjøre det beste for pasienten. Samtidig er det viktig at en viser respekt og viser forståelse til pasientens og pårørendes situasjon. En palliativ behandling består ikke bare av en målrettet behandling, forebygging og lindring av symptomer, men også av planlegging og tilrettelegging av behov og komplikasjoner som kan oppstå. Det er fokus på åpen kommunikasjon og informasjon, mellom pasient, pårørende, lege, sykepleier og andre tverrfaglige instanser. Ved palliativ behandling får pasienten og pårørende hjelp til å koordinere tjenester og samarbeid mellom andre medisinske fagområder (Helsebibloteket, u.å). I en god palliativ behandling bør pasientene få et godt klinisk tilbud på bakgrunn av tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeid på tvers av avdelingene på sykehus og nivåer i helsevesenet (Kaasa & Loge, 2016, s. 36). Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske

retningslinjer og ICNs etiske retningslinjer beskriver sykepleie som: ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleie forutsetter et faglig ansvar, personlig ansvar men også etisk bevissthet og solid dømmekraft. Sykepleierens yrkesetiske ansvar har også anker i det norske lovverket som regulerer helsetjenesten” (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

”Uavhengig av hva som er årsaken til en persons lidelse, står sykepleieren ovenfor den utfordring det er å møte det lidende mennesket og bidra til å lindre lidelsen” sier Kristofersen, Breivne & Nortvedt (2012, s.251). ”Våre verdier er viktige for våre handlinger, og våre handlinger kan vise hvilke verdier vi faktisk har”. Verdier er grunnleggende holdninger som mennesker trenger for å orientere seg og for å treffe sine valg, sagt på annen måte er verdier grunnleggende verdifullt for mennesket. I livets slutfase gjør de fleste andre prioriteringer enn tidligere i livet. Holdninger er en tendens til å reagere positivt eller negativt på bestemte forhold, hendelser eller personer. Verdier er mer omfattende og grunnleggende, samt varer over tid. Holdninger er knyttet til kunnskap, følelser og atferd. Målet er at uhelbredelig syke og døende skal få så god livshjelp at livets slutfase oppleves så meningsfull som mulig. FN har utarbeidet en erklæring om den uhelbredelig syke og døendes rettigheter, og er sentrale verdier i livets slutfase.

- ”Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør”.
- ”Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg”.
- ”Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring”.
- ”Jeg har rett til smertelindring”.
- ”Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død” (NOU 1999:2).

”Håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt” sier Eide & Eide (2012, s. 56). Det innebar ikke en forventning om at problemer og vanskeligheter skulle løses, men derimot en tillitt til at fremtiden vil ha noe med seg som var meningsfylt. For en alvorlig syk eller døende pasient, palliativ pasient, kan noen som lytter, har kontakt eller viser forståelse bringe et håp til pasienten, og et forsonende element i med det som er

eller skal komme. Ved at pasienten får delta i egen smertebehandling og evaluering kan pasienten oppnå en følelse av mestring, en tillitt til at situasjonen i noen grad vil la seg komme under kontroll. ”Håp innebærer ofte en forestilling om et mål man ønsker å nå, noe man tror og forventer vil kunne virkeliggjøres i fremtiden” sier Eide & Eide (2012, s. 57). Realistiske mål vil styrke pasientens motivasjon og vilje til å gjøre en forandring, men målet må ikke være for stort. Realistiske og kortsiktige mål vil gjøre handling og mestring enklere. Ved å sette seg realistiske mål kan følelsen av optimisme vokse, for da har en mennesker rundt seg som tror på en, støtter en, og har tillitt til at noe positivt vil skje. Optimisme er viktig når det skjer noe negativt eller at en får tilbakeslag. Alle mennesker har en grunnleggende tillitt, men når pasienten har tillitt til tilværelsen er verden et godt sted å være, samt at noen tilbyr hjelp når en trenger det, det vil si helsepersonell, har pasienten situasjonsbetinget tillitt knyttet til håp og mestring (Eide & Eide, 2012, s. 57-58).

2.3 Hva er smerter?

Smerter hos kreftpasienter er symptomet som er mest fryktet hos pasientene, men det forekommer hos en stor del av pasientgruppen. Pasienter med kreft har ofte flere typer smerter samtidig, som kan kreve forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling (Lorentsen & Grov, 2010, s.407). Pasienter og deres pårørende er i en sårbar og stressende situasjon. Å bli rammet av en kreftsykdom påvirker hele mennesket, både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt. Pasienten trenger en god medisinsk behandling, symptomlindring, samt omsorgsfulle relasjoner med sykepleier (Lorentsen & Grov, 2010, s. 401).

Smerte er en opplevelse sammensatt av sanseraksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner. Det skjer en aktivering av det sensoriske nervesystemet, og i noen grad det autonome nervesystemet, det er den nevrofysiologiske basis for somatisk smerte (Bjørge, 2010, s. 194). En pasient kan beskrive sine smerter, men ofte blir beskrivelsen ufullstendig, da smerteopplevelsen rommer mer smerte enn hva som kan uttrykkes med ord (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s.357). Smerte består av en opplevelse og et sanseintrykk og er dermed vanskelig å definere helt eksakt. Smerte innebærer en opplevelse av noe ubehagelig, og henger sammen med et sanseintrykk som forteller om en stimulus eller en påvirkning på kroppen. Sanseintrykket bearbeides i sentralnervesystemet og er påvirket av psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer, men også tidligere opplevelser som pasienten har hatt (Rosland & Tjøsen, 2016, s. 328). Smerteopplevelsen er et resultat av et mønster av aktivitet i

hjernen, hvor flere hjerneområder blir aktivert samtidig. Aktiviteten i smertenettverket påvirkes også av andre former for aktivitet i hjernen, noe som kan gi en forklaring på hvor variabel en smerteopplevelse kan være, avhengig av tidligere erfaringer, forventninger, stemningsleie, kognitive faktorer og kulturell bakgrunn. Smerte inndeles etter aktiveringsmekanismer:

- Nociseptiv smerte: ”Smerten skyldes stimulering av nerveendinger (nociseptorer) som kan ha utviklet overfølsomhet”.
- Nevropatisk smerte: ”Smerten skyldes skade på, sykdom i eller irritasjon av nervefibre eller nerveceller”.
- Sentral Sensitivisering: ”Smerten skyldes overfølsomhet i ryggmarg og/eller hjernen” (Rosland & Tjøsen, 2016, s. 329).

Smerteopplevelsen lagres i hjernen, og ved gjentatt smerte kan tidligere erfaringer og opplevelser ha en avgjørende betydning for hvordan den aktuelle smerten blir opplevd. Det kan gi en forklaring på at en smertestimulus kan oppleves helt ubetydelig i en situasjon, mens den i en annen situasjon kan oppleves som helt uutholdelig smerte (Rosland & Tjøsen, 2016, s. 340).

2.3.1 Kroniske og akutte smerter

Når et vevstraume oppstår er det naturlig at smertens intensitet øker etter hvert som vevsinnflammasjonen øker. Ettersom det oppstår primær og sekundær hyperalgesi i og rundt det skadde området som respons på sensitiviseringen i nervesystemet. Når reparasjonsprosessen er over kan normal funksjon gjenopptas, samt at denne sensitiviseringen forsvinner med reparasjonen. Dersom det oppstår en ny skade i samme område innen kort tid vil sensitiviseringen ofte komme raskere og føre til en forsterket opplevelse av smertene, ofte tilsvarende et traume. Dette kalles akutte smerter. Derimot om smertene fortsetter utover normal tilhelingstid, uten at det påvises tilsvarende vevsskade, kalles det for kroniske smerter. Smertene kategoriseres som kroniske smerter dersom de varer lenger enn 3 måneder etter et lite eller moderat traume, eller om de varer lenger enn 6 måneder ved et større traume. Aktivitet og stimulering kan utløse smerter, som ellers ikke er smertefulle ved kroniske smerter. Gjenopptakelse av normal aktivitet på tross av smerter vil bedre plagene på sikt, men ikke noe ytterligere mobilisering da det kan forsterke plagene (Rosland & Tjøsen, 2016, s. 340).

Rundt en tredel av kreftpasientene med smerter har episodisk smerte, eller gjennombruddssmerte. Dette er en type smerte som er forbigående, og som oppstår i tillegg til annen og stabil grunnleggende smerte. Intensiteten er ofte høy i størrelsesorden på NRS-skala, som går fra 0-10, men smerten er ofte kortvarig og er over på noen minutter. En skiller ofte på bevegelsesrelatert og ikke-bevegelsesrelatert episodisk smerte. Denne todelingen av de episodiske smertene er nyttig når en skal gi smertelindring, da ved bevegelsesrelatert smerte kan man gi pasientene forebyggende analgetika før aktivitet (Knudsen og Kaasa, 2016, s. 393).

2.3.2 Kartlegging av smerter

Hovedmålet for smertebehandling er klart for alle helsepersonell, at pasienten skal ha det så godt som det lar seg gjøre, uten nødvendige lidelser. Pasienten bør være i stand til bevege seg, og til å puste godt, for å unngå andre unødvendige komplikasjoner som kan oppstå. Dermed må helsepersonell ha tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandlingen og hvordan de kan forebygges og behandles (Berentzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 362). Smerte forekommer hyppig hos pasienter med kreftsykdom og er et symptom som pasientene og pårørende frykter (Knudsen & Kaasa, 2016, s.387). Sykepleierens oppgave er å kartlegge og vurdere smertene til pasienten, dette er avgjørende for å kunne gi pasienten en god smertelindring. Ved å utføre en god kartlegging får en informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon, varighet og dersom den fører til nedsatt funksjon. Ved å utføre en slik kartlegging i forkant, samt å informere pasienten hva som blir gitt av medikamenter kan dette føre til at pasienten blir mer bevisstgjort og finner ut av hvilke forhold som lindrer og som forsterker smertene (Berentzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 362). Å utføre en systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging er en forutsetning for å kunne stille en smertediagnose og danner grunnlaget for god smertebehandling, I kartlegging inngår det da anamnese, klinisk undersøkelse, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, bildediagnostikk og eventuelt andre supplerende undersøkelser (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387). For å evaluere behandlingseffekten er de avgjørende med gjentatte kartlegginger av smertene. Det er viktig å ha kunnskaper om pasientens kreftsykdom og dens utbredelse, hvilke organer som er og kan være affiserte og hvordan grunnsykdommen henger sammen med smertene. Det er viktig å ha kunnskaper og informasjon om tidligere og pågående tumorrettet behandling, og smertebehandling, og det inkluderer respons på behandlingen. Andre årsaker til smerter enn pasientens kreftsykdom må også vurderes. Målsettingen med en smerteanamnese er å kartlegge smertens årsak, varighet, intensitet, lokalisasjon, karakter og variasjon. Samt at de

fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle aspekter og årsaker til smerter må kartlegges. Her må en også få en oversikt over pasientens eventuelle arbeidssituasjon, familiesituasjon, øvrig sosialt nettverk og egne ressurser (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 389).

Smertens intensitet er sentralt i kartlegging, behandling og oppfølgingen av pasientene. Når en skal kartlegge og vurdere smerteintensiteten hos pasienten anbefales det å bruke en numerisk skala, NRS, fra 0 til 10, hvor 0 tilsvarer ingen smerte og 10 tilsvarer verst tenkelig smerte. Det er viktig at sykepleieren stiller pasienten spørsmål om hvor smertenes eller smerten lokalisasjon(er). Da kan en som sagt stille spørsmål til pasienten og be de om å peke og forklare hvor de har vondt. Et smertekart er også en god systematisk måte å utføre dette på, da pasienten kan sette et kryss eller et merke på kartet (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 391). Det er viktig å få informasjon om smertens karakter, om smerten er nociseptiv eller nevropatisk opprinnelse, som er nødvendig for å sikre best mulig smertelindring. Nevropatiske smerter er ofte brennende, stikkende eller lynende med endringer av sensibilitet. Ofte dreier det seg om endret temperatursans i huden, smerte ved normalt ikke smertefulle stimuli, og/eller redusert eller økt følsomhet for smerte i huden. Den mer dype smerten som ofte er mer konstant er oftest nociseptiv. Hos mange pasienter med langkommen kreftsykdom kan smertens karakter være blandet av både nociseptiv og nevropatiske komponenter. Deretter er det viktig å kartlegge varigheten av smertene. Det rapporteres om at omtrent 30% av den norske befolkningen har mer eller mindre kroniske smerter i en form, til tross for at de ikke har en alvorlig skade eller en dødelig sykdom. Pasienter med kronisk ikke-malign smerte fra før de fikk kreft, kan ha mindre sjanse for at analgetika gir god smertelindring. Dermed er diagnostikken viktig for å velge riktig behandling (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 392). Samtidig når en kartlegger varighetene av smertene er det viktig å observere døgnvariasjoner. Det sees ofte under observasjoner at pasientene har kraftigere smerter om kvelden og/eller om natten, som ofte medfører søvnproblemer. For å sikre at pasienten ikke får slike smertetopper på kveldstid, før sengetid eller ved innsøvning må sykepleierne kartlegge om pasienten trenger kveldsdosen tidligere eller behovsmedikamenter på kvelden. En må også se sammenheng med aktivitet og smerten under kartleggingen, ved noen typer smerter kan det ikke oppnås full smertelindring med fysisk aktivitet, for eksempel ved skjelettmetastaser vil metastasene ha skadet knoklenes stabiliserende kapasitet. Samt ved svært svake eller døende pasienter bør målet være å oppnå smertelindring i ro (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 393). Når en skal vurdere og kartlegge smerter hos pasienter er det viktig å observere fysiologiske reaksjoner, men også atferdsmessige reaksjoner. Kliniske vurderinger er viktige når en vurderer pasientens smerter,

da pasientene ofte har en høy grad av stress sammen med smerter. Forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, hurtigere respirasjonsfrekvens, utvidete pupiller og svetting er ofte tegn på stress og smerter. Ved smerter i indre organer kan det føre til en aktivering av det parasympatiske nervesystemet, dermed kan det føre til at pasienten blir blek, kaldsvett, bradykard og får et blodtrykksfall. Som nevnt kan pasienten få atferdsmessige forandringer eller reaksjoner på smerter, det kan være at pasienten bare snakker om og har fokus på smerten, gråter og ynker seg, gnir eller tar på stedet hvor pasienten har smerter, har økende muskelspenninger, rynker pannen eller lager grimaser (Berentzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 363).

Det kan også være andre faktorer som påvirker smertene, som en fysisk, psykisk, sosial eller eksistensiell karakter. Dersom slike faktorer kan kartlegges og identifiseres, kan påvirkningen eller modifiseringen av dem være like viktige som å gi medikamenter til pasienten (Knudsen & Kaasa, 2016, s.393). Mennesker har ulik smerteterskel, og smerte oppleves og uttrykkes forskjellig. Ved angst og uro eller nedstemthet øker pasientens opplevelse av smerten uavhengig av en vevsskade. ”*Pasienter med kreft som får dårlige nyheter, eller pasienter med andre kroniske smerter som blir emosjonelt presset eller utilpass, får ofte økende smerter*”. Sosiale forhold kan også gi økt smerte. For eksempel sosial isolasjon kan være en konsekvens av vedvarende smerte, derimot kan sosial tilbaketrekking i seg selv gi økt smerte. De psykiske og sosiale elementene er viktige å kartlegge i en smerteanamnese, sammen med de patofysiologiske elementene, ettersom de også kan påvirke smerte og behandlingen. Flere pasienter med vedvarende og kroniske smerter som er medisinsk uforklart, har hatt effekt behandling av psykiske problemer, defokusering av smerteopplevelsen og funksjonsforbedrende tiltak av de behandlingstiltakene som har best effekt. Det kommer frem at omtrent 25-30% av pasientene med langtkommen kreft som får psykiske plager, slik som depresjonslidelse og angstsymptomer. Ofte blir psykiske plager og sosiale forhold dårlig kartlagt og dermed underdiagnostisert (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 394). Søvn er viktig for menneskets helse og sinn, men pasienter med smerte har ofte forstyrret søvn. Søvnforstyrrelser har også vist å medføre mer smerte. Dermed er dette noe sykepleieren også bør få med i god smerteanamnese (Knudsen & Kaasa, 2016, s.395). Ved kartlegging av smertetilstander må en ofte supplere med andre undersøkelser, for eksempel bildediagnostikk. Dette må også vurderes ut ifra pasientens situasjon, ettersom det kan være tungt og krevende for pasienten, samt at en må ta hensyn til pasientens ønsker (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396).

”En systematisk kartlegging av pasientens egenrapporterte smerte avgjørende for diagnostikk og oppfølging/justering av behandling som allerede er igangsatt. Helsepersonell har hatt for vane å stole på sin egen observasjon av pasientens smerte. Det har imidlertid vist seg at slik usystematisk kartlegging samsvarer dårlig med de observasjonene man får ved å la pasienten registrere sin egen smerte. Egenregistrering av smerte er derfor nødvendig” (Knudsen & Kaasa, 20016, s. 396). For å måle smerteintensiteten finnes det flere skalaer, men som eksempel *visual analogue scale* (VAS) og *Edmonton Symptom Assessment Schedule – revised* (ESAS-r) (Knudsen og Kaasa, 2016, s.398). VAS er en visuell skala og ikke en verbal skala. En VAS-skala har man en 10 centimeter lang linje hvor pasienten kan markere graden av plager. En kan bruke denne skalaen til å kartlegge forskjellige plager, for eksempel smerter, kvalme, obstipasjon, etc. Til venstre av linjen kan det stå *”ingen smerter”* og helt til høyre kan det stå *”verst tenkelig smerte”*. Det finnes noen begrensninger ved bruk av VAS, da pasienten må ha forståelse for hva han eller hun skal gjøre, språkvansker og kognitiv svikt kan også være med på å gjøre oppgaven vanskelig å utføre. Resultatet kan leses av i hele og halve centimeter, og skalaen finnes i gråtoner, fargetoner, ansiktsuttrykk og andre graderingsformer langs linjen som kan være med på å gjøre det lettere for pasienten å angi sine plager (Faiz, 2014). ESAS-r-skjemaet er det mest brukte skjemaet for kartlegging av symptomer innen palliativ medisin. Skjemaet innebærer smerte, slapphet, døsighet, kvalme, nedsatt matlyst, tung pust, depresjon, angst, vælvære og et annet problem som sykepleier og pasient kan legge til. Symptomintensiteten angis på en 11-punkts numerisk skala. Pasienten kan fylle ut skjemaet selv, eller at sykepleier og pasient kan fylle det ut ilag. Det er viktig at sykepleier gjennomgår skjemaet med pasienten slik at man er sikker på at innholdet i skjemaet er inneforstått. *”Skåringsnivå over en viss terskerverdi (vanligvis 3) bør føre til nærmere kartlegging og videre tiltak”* (Bergh, Aass, Haugen, Kaasa & Hjerrestad, 2012). Se vedlegg, av ESAS-r og VAS. Ved å bruke slike skalaer eller skjemaer til kartlegging blir de systematisk utført, og kan sammenlignes med tidligere, og da kan helsepersonellet måle effekten av smertelindrende behandlingen. Dersom disse skjemaene/skalaene skal ha en nytteverdi må de brukes aktivt i smertereistreringen og evalueringen av de smertelindrende tiltakene som utføres (Berentzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 363).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Metode er redskapet i vårt møte med noe som vi ønsker å undersøke, og hjelper oss å samle inn data. Metode forteller oss noe om hvordan vi bør eller skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2010, s. 83) En sosiolog ved navn Vilhelm Aubert (sitert fra Dalland, 2010, s. 83) definerer metode slik som dette *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”*.

Det er flere metoder å samle inn data på. Det skilles ofte mellom to kategorier, *kvantitative* og *kvalitative metoder*. De kvantitative metodene tar utgangspunkt i å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur som gir oss muligheter til å utføre regneoperasjoner, som å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. De kvalitative metodene tar i sikte å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene tar til sikte for å bedre forståelse av det samfunnet som vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2010, s. 84).

3.2 Litteraturstudie

Litteraturstudie er brukt som metode i bacheloroppgaven. I litteraturstudien skal valg av primærlitteratur/studier gjøres systematisk og utvalgsmetoden er definert. Et litteraturstudie skal ha en tydelig problemstilling, beskrive hvilke søkestrategier som er benyttet for å finne primærlitteratur/studien og hvorfor de inkluderes i litteraturstudien. Samt at det skal gjøres en analyse av resultatene i primærlitteraturen/studiene (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-63). En forutsetning for å utføre et litteraturstudie er at det finnes nok studier som omtaler emnet som en skriver om (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30). I en litteraturstudie har en ofte tilgang til mye litteratur om emnet, og dermed kan belyse det fra flere sider. Derimot kan en ikke inkludere alle relevante studier og må derfor velge noen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 88).

3.3 Litteratursøk

For å finne forskning ble det benyttet de ulike helsefaglige databasene som Høgskolen Vestlandet har tilgang til. Databasene som ble brukt var Cinahl, PubMed og SweMed.

Artiklene som er funnet, samt brukt i denne studien skal alle ha en relevans til problemstillingen i oppgaven, eller underbygge oppgavens teori.

Søkeordene som er brukt;

- Cancer pain
- Pain management
- Pain assessment
- Paliativ care
- Pain measurement
- Nurses´role
- Pain
- Patient education

Tabell 1: Søk i PubMed.

Database:	Søkeord:	Antall treff:	Hvorfor valgte jeg denne artikkelen?
PubMed	1. Nurse´s role	27961	
	1. + 2. Pain measurement	207	
	1. + 2. + 3. Patient education	20	Leste 9 sammendrag, etter at jeg hadde lest gjennom overskriftene. Valgte til slutt en artikkel, på bakgrunn av relevans.
	4. Cancer	1340159	
	4. + 5. Pain Management	8449	
	4. + 5. + 6. Assessment	1438	
	4. + 5. + 6. + 7. Breakthrough pain	63	Leste de 40 første overskriftene, og leste 16 sammendrag

			til artikler jeg basert på overskriften tenkte var relevant. Valgte til slutt en artikkel.
--	--	--	--

Ved søk nr 3. ble artikkelen ”*Nursing Pain Management – A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment*” (Rustøen, Gaardsrud, Leegaard & Wabl, 2009) valgt. Ved søk nr 7. ble artikkelen ”*How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this on patients’ daily lives – Results of a European survey*” (Rustøen, Geerling, Pappa, Rundström, Weisse, Williams, Zavratnik & Wengström, 2013) ble valgt.

Tabell 2: Søk i Cinahl.

Database:	Søkeord:	Antall treff:	Hvorfor valgte jeg denne artikkelen?
Cinahl	1. Nursing assessment	18 363	
	1. + 2. Pain measurement methods	65	
	1. + 2. + 3. Terminal Care	2	Leste overskriftene, og deretter leste jeg sammendraget til valgt artikkel og deretter artikkelen. Ble valgt på bakgrunn av relevans.
	4. Cancer pain	7062	
	4. + 5. Palliative care	1570	
	4. + 5. + 6. Managing pain	33	Leste overskriftene på alle artiklene. Valgte å lese 4 sammendrag, og

			valgte til slutt en artikkel, basert på relevans.
--	--	--	---

Ved søk nr 3. ble artikkelen *”Learning Pain Assessment and Management: A Goal of the End-of-Life Nursing Education Consortium”* (Sherman, Matzo, Paice, McLaughlin & Virani, 2004) valgt. Ved søk nr 6. ble *”State of Art of Managing Pain in Patients With Cancer”* (Dalal, Tanco & Bruera, 2013) valgt.

Tabell 3: Søk i SweMed.

Database:	Søkeord:	Antall treff:	Hvorfor valgte jeg denne artikkelen:
SweMed	1. Cancer	8487	
	1. + 2. Assessment	175	
	1. + 2. + 3. Pain	5	Jeg valgte denne artikkelen etter å ha lest først sammendraget, og deretter resten av artikkelen. Ut av de 5 var det bare denne artikkelen som var mest relevant for litteraturstudiet mitt.

Ved søk nr 3. ble artikkelen *”Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse”* (Seland, Kaasa & Klepstad, 2005) valgt.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal få ta del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det kommer til å belyse problemstillingen. Fagstoff og litteratur er sekundærlitteratur, og det vil si at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg når teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2010, s. 75-81).

Litteraturen i denne litteraturstudien er basert på både primær-og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er knyttet til forskningen om valget av tema i oppgaven. Samt sekundærlitteratur er hentet gjennom pensumlitteratur fra sykepleieutdanningen, men også ved å bruke bibliotekets søkemotor, BIBSYS.

Jeg har valgt å ta i bruk to artikler som er eldre enn 10 år, men ettersom jeg ser en stor relevans i artiklene for denne oppgaven valgte jeg å ta de i bruk. Jeg er klar over at artikler ikke bør være eldre enn 10 år, men troverdigheten og validiteten til artiklene var relevant for denne litteraturstudien, og dermed ble de inkludert. For eksempel på kildekritikk, se vedlegg.

4.0 Resultat

4.1 State of Art of Managing Pain in Patients With Cancer

(Dalal, et al. 2013)

Det er en "review article" eller oversiktsartikkel. Oversiktsartikler tar opp og vurderer forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter. En oversiktsartikkel er ment å gi en oppsummering av forskningen innenfor et felt, og ofte vil den prøve å se sammenhenger og peke på problemområder (Dalland, 2010, s. 81).

Smerte hos kreftpasienter involverer komplekse interaksjoner mellom fysiologiske, psykologiske, sosiologiske, sensoriske, kognitive og atferd som faktorer. Ved å ha en systematisk tilnærming til smertebehandlingen vil den være effektive når behandlingen blir individualisert, for å få utformet en personlig plan, i forhold til farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling. Dette skjer etter en har utforsket og kartlagt hvorfor pasienten får smerter og lidelse, samt hyppige revurderinger av smerte og relaterte utfall. De

konkluderer også med viktigheten av at pasienten og familien får undervisning og får bidra i beslutningsprosessene som omgir pasienten. Pasientundervisning er en viktig og kritisk komponent for å hjelpe pasienter med risiko for underbehandling, opioid-induserte bivirkninger eller misbruk.

4.2 Learning Pain Assessment and Management: A Goal of the End-of-Life Nursing Education Consortium

(Sherman, et al. 2004)

Hensikt: Med høye statistikker for smerter hos pasienter med maligne sykdommer og kreft, er det viktig å forbedre smerteevalueringen og smertelindring.

Bakgrunn: Smertelindring til pasienter krever at sykepleiere har kunnskap og ferdigheter i smerteevaluering, samt bruk av medikamentell behandling og komplementær behandling.

Metode: De ble sett på pensum av smerteevaluering og smertelindring som er foreslått til palliative pasienter, altså på slutten av deres levetid, hos sykepleierstudenter.

Resultat/funn: Ved å se på smerten som oppleves av pasienter med livsbegrensende sykdommer og de som er ved enden av levetid, kan kvaliteten av smerteevalueringen og behandlingen bli forbedret. Sykdom er et fenomen som kan relateres til det fysiske, følelsesmessige, åndelig trivsel, samt at smertelindring øker livskvaliteten til pasientene og det reduserer stress erfart av pårørende.

Konklusjon: Kartlegging av smerte er nå blitt ansett som veldig viktig i forhold til smertebehandling, ettersom pasienten har rett på adekvat smertelindring. Det trengs en forbedring i smertebehandlingen, siden det finnes barrierer for smertekartlegging, vurdering og behandling. Barrierene ligger hos pasientene, helsepersonell og helsevesenet, og det må utvikles metoder å overvinne slike barrierer. Her spiller utdanningen av sykepleiere en viktig rolle, dersom de får gode og sterke kunnskaper innad i dette emnet vil en kunne gi pasientene god og adekvat smertelindring. Sykepleierutdanning må ta hensyn til betydningen av å utføre en omfattende kartlegging av pasientens smertehistorikk, og kombinere det med en klinisk undersøkelse, som kan være med på å danne et bilde av smertens etiologi og identifisere hvilke typer smerter pasienten faktisk har.

4.3 Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse

(Seland, et al, 2005)

Hensikt: Hensikten med forskningen var å undersøke i hvilken grad og hvordan smerter og andre symptomer blir dokumentert ved innleggelse i sykehus.

Bakgrunn: Mange kreftpasienter får ikke adekvat smertelindring. En årsak kan være manglende registrering av pasientens smerter.

Metode: Det er en kvalitativ studie hvor de benyttet materiale fra 300 pasienter innsamlet til en farmakologisk studie av morfin. Studien inkluderte alle pasienter over 18 år med kjent kreftdiagnose og som benyttet morfin ved innleggelse ved sykehus. Smertere registreringen ble ikke undersøkt hos pasienter hvor man ikke fant journal, som ble inkludert i studien senere under sykehusoppholdet eller som ikke besvarte spørreskjema. 201 av pasientene ble da tatt videre i studien. Pasientene egenrapporterte smerte som skulle brukes i studien, ved bruk av Brief Pain Inventory. Deretter ble all dokumentasjon fra leger og sykepleiere funnet og hentet fra pasientenes journal og kurve, da ved tanke på smerte, kvalme, obstipasjon, sedasjon, andre bivirkninger av opioider, samt morfindose. Dette ble kategorisert i flere grupperinger: fritekstregistreringer med bruk av egne formuleringer, smertekart, visuell analog skala, verbal skala, annet (skjema utviklet lokalt i avdelingene).

Resultat/funn: Hos 90% av pasientene som deltok i studien ble det registrert smerte etter innkomst i avdelingen. For 122 av pasientene ble det registrert smerte av både sykepleier og lege. Ved de fleste registreringene brukte lege for det meste fritekst, og visuell analog skala ved noen registreringer. Sykepleierne brukte fritekst ved registrering av symptomer, men de brukte også smertekart, visuell analog skala, verbal skala og andre metoder.

Konklusjon: Status for smerte registreres ved de fleste innleggelser av kreftpasienter. Metodene som brukes til registrering av smerte og bivirkninger er sjelden reproduserbare, samt at registreringen av smerte og bivirkninger bør standardiseres og tas med i innkomstjournalen. For at smertebehandling skal bli optimal, må smerten beskrives nøyaktig. Kartleggingen bør si noe om behandlingseffekten og om pasientens behov blir møtt. Dermed er det viktig at en systematisk smertere registrering skjer i alle tilfeller, som burde standardiseres ved hvert sykehus.

4.4 Nursing pain management – A qualitative interview study og patients with pain, hospitalized for cancer treatment

(Rustøen, et al, 2009)

Hensikt: Hensikten med studien var å se på kreftpasienters erfaringer av sykepleierens smertelindring under sykehusinnleggelse, ved kreftbehandling.

Bakgrunn: Kreftmerter er et fryktet symptom hos kreftpasienter. Ved å få en forståelse av pasientens erfaringer i relasjon til smertelindring er viktig for den forskningsbaserte sykepleien.

Metode: Det er en kvalitativ studie, hvor data ble samlet inn ved hjelp av intervju med de 18 deltakerne, som ble utført av sykepleierne på avdelingen. I intervjuet spurte de pasientene om deres erfaringer med smerter og deres beskrivelser av smertene. Smerteintensitet ble kartlagt med numerisk skala. De ble også spurt om hvordan pasienten følte at sykepleieren hjalp de med smertene, om noen snakket med de om smertene, hva som økte og lettet på smertene og om noe ble gjort for å lette smertene. Samt at det ble spurt om pasientens relasjon til smertebehandling, altså hva pasientene kategoriserte som god sykepleie i smertebehandling og om pasientene hadde noen ønsker i forhold til sykepleierne i smertebehandlingen.

Resultat/funn: Det kom frem i studien at noen av pasientene ikke hadde smerter under intervjuet, men det var også de som hadde moderate til sterke smerter. Pasientene forklarte smertene på mange ulike måter, for eksempel verkende, stikkende, brennende og som en fødsel. Derimot fant pasientene det vanskelig å uttrykke deres forventninger til sykepleierens smertelindring og deres kompetanser. Det kom frem at en støttende, informerende og undervisende sykepleier ble satt pris på blant pasientene. Derimot var det noen pasienter som følte de manglet informasjon om smertebehandlingen fra sykepleierne.

Konklusjon: Det ble vist at sykepleierens rolle er viktig i smertebehandlingen, og at denne rollen burde vært klarere, spesielt i forhold til rådgivning og pasientopplæring. En utfyllende og systematisk kartlegging av pasientenes smerter er en viktig del av rollen som sykepleier i smertebehandlingen, det å informere og undervise pasienter og pårørende, men også det å snakke med pasienten å være tilstede gjennom smertene.

4.5 How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey

(Rustøen, et al. 2013)

Hensikt: Hensikten med studien var å øke deres kunnskap om hvordan sykepleiere vurderte gjennombruddssmerter og om de synes det er vanskelig å skille gjennombruddssmerter fra bakgrunns smerte.

Bakgrunn: Gjennombruddssmerter rammer 19-95% av kreft pasienter, men utbredelsen av pasientene som opplever gjennombruddssmerter varierer. Derimot er det flere pasienter som mottar palliativ behandling som rapporterer om gjennombruddssmerter.

Metode: Totalt deltok 1241 sykepleiere som deltok i studien, de deltok fra 12 forskjellige land, samt at alle hadde bakgrunn fra kreftsykepleie.

Resultat/funn: Halvparten av sykepleierne som deltok hadde mer enn 9 års erfaring fra kreftsykepleie. Så mye som 39% av de som deltok i studien fortalte at de ikke hadde kartleggingsverktøy tilgjengelige for å skille mellom ulike typer smerte, men 95% av de som brukte kartleggingsverktøy fant de hjelpsomme. Derimot 37% hadde problemer med å skille gjennombruddssmerter fra andre typer smerte. Det ble også rapportert at gjennombruddssmerter berørte pasientens dagligdagse aktiviteter og velvære.

Konklusjon: Sykepleiere trenger mer kunnskap om hvordan å håndtere gjennombruddssmerte, samt at retningslinjer bør utvikles for klinisk bruk.

4.6 Hovedfunn

Funnene i de utvalgte studiene er knyttet til viktigheten av å bruke kartleggingsverktøy, men også hyppige kartlegginger, for å se om pasientene responderer godt på smertebehandlingen som de mottar og om pasientenes behov blir møtt. Videre er funnene knyttet til sykepleieren og informasjonsgivning, samt undervisning til pasient og pårørende for å gjøre de tryggere i situasjonen, men også slik at de skal få informasjonen som de har behov for. Til slutt er sykepleierens relasjon til pasienten, og hvordan en som sykepleier opptrer rundt pasienten, for eksempel prater og innleder til samtale om smertene, lytter, er i rommet eller i nærheten når pasienten har smerter og eventuelt holder i handen til pasienten.

5.0 Drøfting

5.1 Smertearbeidets viktighet

Palliativ behandling er en lindrende behandling av pasienter med en kort forventet levetid. Dermed bør hovedfokuset være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig for pasientene og deres pårørende (Kaasa og Loge, 2016, s. 36). Det kommer frem at en tredel av pasienter med kreft får behandling for smerter. Smerte er en opplevelse sammensatt av sanseraksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner. Det skjer en aktivering av det sensoriske nervesystemet, og i noen grad det autonome nervesystemet, det er den nevrofysiologiske basis for somatisk smerte. I utviklingen av smertelindring og smertekartlegging trenger sykepleiere å øke deres kunnskap og ferdigheter, samt å gjenkjenne personlige perspektiv hos pasientene. I kartleggingen av smerte må en huske på at pasienter beskriver smerte med andre ord og uttrykk, for eksempel ”ubehag”, ”verking”, eller ”smerte over alt”. Kreftmerter klassifiseres som akutte eller kroniske. I en kronisk smertesituasjon vil det være en jevn og vedvarende smerte, hvor en ofte får akutte smerteepisoder med høyintense smerter. Gjennombruddssmerter er vanlig ved bevegelse, men er avgjørende for behandlingsforløpet. Nociseptiv smerte skyldes stimulering av nerveendinger (nociseptorer) som kan ha utviklet overfølsomhet. Nevropatisk smerte skyldes skade på, sykdom i eller irritasjon av nervefibre eller nerveceller (Sherman, et al. 2004, Bjørge, 2010, s.194, Rosland & Tjøsen, 2016, s. 329).

Kartleggingen vektlegger også å finne ut hvor smerter kommer fra, men også å kartlegge smertens intensitet ved bruk av hjelpemidler, slik som kartleggingsverktøy. Samt å kartlegge regelmessig, for å se om det er forandringer i smertene til pasienten, for da eventuelt å gjøre endringer i behandlingen. Det må bli kartlagt hyppighet og mønster av smertene, samt hva som utløser og lindrer smerte. Å ha en åpen og god kommunikasjon og relasjon sammen med pasienten og pårørende vil en kommunisere bedre om smertene. Da får pasientene fortalt med egne ord hvordan smertene er, hva som utløser og lindrer smertene i en samtale med sykepleieren, men det er med forbehold at pasienten har eget språk (Sherman et al. 2004). Det finnes også pasienter i en palliativ fase, som er uten språk. Når man ikke kan nå inn til pasienten via verbalt språk, er den non verbale kommunikasjonen enda viktigere. Det vektlegger at ansiktsuttrykk, mimikk, kroppslig uttrykk og bevegelser, stemmebruk og berøring kan skape kontakt og formidle det man ønsker å si, eller å hjelpe andre å forstå (Eide & Eide, 2012, s. 386). Pårørende som kjenner pasienten godt, være en ”hjelper” for

sykepleieren for å tolke om pasienten har smerter. Ettersom nære pårørende ofte har god kjennskap til pasienten og vet hvordan de skal tolke kroppsspråk, mimikk, kroppslig uttrykk og bevegelser.

Som en sykepleier står en ovenfor mange utfordringer, men en skal også møte det lidende mennesket og bidra til å lindre den lidelsen, uavhengig hva som er årsaken. En pasient skal alltid stå i fokus, og som sykepleier må en tilstrebe å gjøre det beste for pasienten, men samtidig vise respekt og forståelse til pasientens og de pårørendes situasjon. Bruken av kartleggingsverktøy i registreringen sva smerte varierer, også blant leger og sykepleiere. Legene registrerte smerte ved innleggelse av 85% av de 201 pasientene som deltok i studien, de brukte mest fritekst da de registrerte smertene, men i noen tilfeller brukte de VAS. Sykepleierne registrerte smerte ved 66% av innleggelsene, de brukte også fritekst ved registreringen av smerte, men de brukte også smertekart, VAS, og verbal skala. I tilfellene hvor verken sykepleier eller lege hadde registrert smerte, rapporterte pasientene en lav smerte. Ettersom palliativ behandling er en målrettet behandling, forebygging og lindring av symptomer, er det viktig at all helsepersonell har pasientens behandling i fokus. Da er det viktig som sykepleier å utføre systematisk kartlegging, hvor en bruker kartleggingsverktøy og ikke alltid stoler på egne observasjoner av pasientens smerter, da kartleggingen er avgjørende for diagnostikk og igangsatt behandling. Ved en usystematisk kartlegging samsvarer ofte ikke med observasjonene man får, ved å la pasienten rapportere egen smerte (Kristofersen, Breivne & Nortvedt, 2012, s.251, Seland, et al. 2005, Helsebiblioteket, u.å., Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396). For at smertebehandlingen skal bli optimal er det nødvendig at smerten beskrives nøyaktig. Da kan det være mulig å si noe om en behandlingseffekt og dersom pasientens behov blir møtt. Som sykepleier skal en ivareta den enkeltes pasient behov for helhetlig omsorg, samt at en har ansvar for å lindre lidelse, kommer det frem i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Sykepleiere og leger har mange kartleggingsverktøy tilgjengelig, men i studien kom de frem at de ble mindre brukt i registreringen av smerte, når de ble kartlagt at pasienten hadde smerte. Ettersom kartleggingsmetoden da ikke er reproducerbar og observasjonene kan en ikke være sikker på. Kartleggingen sier noe om behandlingseffekt og om behov blir møtt, og dermed er det viktig at kartleggingen blir lik eller standardisert ved hvert sykehus. Det vil si at samme kartleggingsverktøy burde bli brukt (Seland, et al. 2005., Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Gjennombruddssmerter rammer 19-95% av kreftpasienter, samt at denne typen smerter har en negativ innvirkning på dagliglivet deres. Pasientene kan utvikle et psykologisk stress, samt at det går ut over aktivitet/mobilisering, humør, arbeid, sosiale forhold, søvn, livsnyttelse og livskvalitet. Derimot er gjennombruddssmerter vanskelig å diagnostisere og å kartlegge, samt at det finnes ingen spesifikke kartleggingsverktøy for denne typen smerte, da ingen kan imøtekomme kompleksiteten tilstrekkelig til gjennombruddssmerter. Gjennombruddssmerter er en forbigående smerte, som oppstår i tillegg til eksempelvis kronisk smerte.

Smerteintensiteten er høy, men ofte kortvarig. Da sykepleieren utfører en systematisk kartlegging, kan en stille spørsmål i tillegg til kartleggingsverktøyene, så fremst en har bakgrunnskunnskapene om gjennombruddssmerter. Kartleggingsverktøyene som ble mest brukt av deltakerne i studien var NRS, VAS og ESAS. NRS, *numerisk skala*, måler smertens intensitet, på en skala fra 0 til 10. VAS, *visuell analog skala*, er 10 centimeter lang linje hvor pasienten kan markere graden av plager, ingen smerter til venstre og verst tenkelig smerte til høyre. ESAS-r er et skjema som kartlegger symptomer innen palliativ medisin, for eksempel smerte, slapphet, kvalme, tung pust og angst, og symptomintensiteten angis på en 11-punkts numerisk skala. Omtrent 54% av sykepleierne brukte et kartleggingsverktøy for å prøve å skille de ulike typene smerte fra hverandre, men bruken av kartleggingsverktøy varierte geografisk, høyest i Tyskland og lavest i Hellas. Det kom også frem at 37% av sykepleierne som deltok i studien syntes det var vanskelig å skille mellom kroniske smerter og gjennombruddssmerter (Rustøen, et al. 2013, Knudsen & Kaasa, 2016, s. 391, Knudsen og Kaasa, 2016, s. 393, Faiz, 2014, Bergh, et al., 2012).

Kartleggingsverktøy bør forklares til pasienten, slik at det ikke oppstår noe tvil om hvordan de skal vurdere egen smerte. Dette er viktig for å få en riktig vurdering. Sykepleieren kan også sette seg sammen med pasienten og vurdere smertene sammen. Ettersom disse kartleggingsverktøyene ikke er direkte for å kartlegge gjennombruddssmerter er det viktig at sykepleieren har kunnskaper om dette, og kan stille spørsmål til pasienten utenom. Dette for at det skal være lettere for sykepleieren å diagnostisere smerten, samt å rapportere til legen og eventuelt andre som deltar i smertebehandlingen til pasienten. I en suksessfull smertebehandling er det bra å ha et team med flere profesjonelle bakgrunner, for å lindre pasientens smerte på best mulig måte, men sykepleieren er en viktig del av dette teamet (Rustøen, et al. 2013). I Norge har vi slike team som arbeider tett med pasienten for å finne gode løsninger på smertebehandlingen. I et palliativt team er det samla erfarne leger, sykepleiere og fysioterapeuter, samt flere profesjoner, som skal gi råd og rettleiing til

pasienter med kreftsykdom, i og utenfor sykehuset. Det finnes slike team ved de flere sykehus i Norge. De arbeider også med å holde pasientene symptomlindret, så godt som det lar seg gjøre (Norås, 2010, s. 334). Ved å samarbeide med palliativt team vil pasienten få et bedre behandlingsforløp for sine kreftmerter, samt at kunnskapen til sykepleierne og legene på sengepostene vil få økt sine kunnskaper. Derimot om sykepleierne på sengepostene ikke kartlegger og rapporterer pasientens smerte, har ikke palliativt team noe særlig grunnlag å gå ut ifra, eller at pasienten mulig ikke får bistand fra palliativ team da det ikke er kartlagt, rapportert og registrert smerte som pasienten har.

5.2 Pasientens håp om bedret smertebehandling

Tilstedeværelse av nevropatiske smerter, gjennombruddssmerter, psykologisk stress, avhengighet, medikamentell toleranse og delirium er alle vanskelige prognostiske faktorer i smertebehandlingen. Dermed med å utføre en systematisk vurdering og kartlegging av smertene får pasienten og pårørende en bekreftelse på at deres bekymringer er ekte, blir tatt på alvor og blir aktivt brukt i smertebehandlingen deres. Pasientens måte å beskrive smertene på er hjelp for sykepleieren til å diagnostisere smerten, ved hjelp av kartleggingsverktøy. Det forutsetter at en som sykepleier også vet hvordan kartleggingsverktøy skal brukes, samt har bakgrunnskunnskaper om smerter. Hovedmålet for smertebehandling er at pasienten skal ha det så godt som det lar seg gjøre, uten nødvendige lidelser. Da bør pasienten være i stand til å bevege seg, samt til å puste godt, for å unngå eventuelle komplikasjoner som kan oppstå (Dalal, et al. 2013, Berentzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 362). Sykepleieren har ikke bare et ansvar å kartlegge og lindre symptomer som pasienten har, de har også et lindrende aspekt som mål for å begrense omfanget av pasientens belastning ved sykdom og død ved sykehusopphold. Dette vil si psykiske, fysiske, sosiale og åndelig-eksistensiell karakter, for eksempel krisereaksjoner, stress, angst, sorg og vonde eller vanskelige opplevelser for pasienten. Sykepleieren har et medansvar for å skape et trygt og godt miljø for pasienter og pårørende, samt at det blir så meningsfylt som mulig (Reitan, 2010, s. 29). Det er vist at kronisk smerte kan påvirke humør, drivkraft, funksjon og andre dimensjoner ved pasientens livskvalitet. Da er det viktig at en som sykepleier har kunnskaper til å berolige og betrygge pasienten, samt å bruke sin kunnskap til å informere og undervise pasientene og pårørende. Som en sykepleier har en mye kompetanse og ferdigheter, samt som en opparbeider seg mer etter hvert som en får mer erfaring (Dalal, et al. 2013).

Smerte er et av de mest hyppige og fryktede symptomene hos kreftpasienter, samt at dette symptomet har størst innvirkning på livskvaliteten til pasienten. Pasienter har barrierer for smertebehandling eller var redd for bruk av opioider, det kan omfatte frykt for bivirkninger av opioider, avhengighet, troen på at økt smerte innebærer progresjon av kreft og depresjon. Derimot for å forbedre utfallet av smertebehandlingen, er det viktig at en som sykepleier underviser pasient og pårørende om smertelindring, samt at sykepleieren faktisk reagerer på deres bekymringer. (Dalal, et al. 2013). Derimot kan håp om en bedret smertebehandling gi en bedre livskvalitet til pasienten i deres palliative fase. Et håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt. For en alvorlig syk eller døende pasient kan det være nok å ha noen som lytter, har kontakt eller viser forståelse kan bringe et håp til pasienten. Da er det også viktig at pasienten får delta i egen smertebehandling og kartlegging, ettersom pasienten kan oppleve en følelse av mestring og en tillitt til at situasjonen i noen grad vil komme under kontroll (Eide & Eide, 2012, s. 56-57). Flere pasienter vil ved sykdom og smerter søke etter mening og sammenheng ved det å være menneske, samt spørsmålet om livets mening. En kreftsykdom varierer fra pasient til pasient, da det blir for noen en forbigående erfaring som de alltid bærer med seg, men som bare midlertidig setter en stopper for deres livsplaner. Derimot for andre pasienter er oppdagelsen av sykdom bare en begynnelsen på et forløp med stadige bekreftelser på at livet er ”snudd på hodet” og levetiden er begrenset. Pasientene blir da plutselig konfrontert med at livet og livsplanene endres, og de tenker ofte over spørsmål over livet og livssituasjonen, samt at de kan få en følelse av avmakt og meningsløshet (Sæteren, 2010, s. 309). Eriksson tar for seg lidelsen og livet, hun mener at lidelse kan være vanskelig å forholde seg til, samt at det er noe vondt og har ingen mening i seg selv, men når mennesket går gjennom en lidelse har det mulighet for å gi en mening. Lidelsen kan bli sett på som en kamp mellom det gode og det onde. (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 55).

5.3 Sykepleierens kunnskap

Sykepleiere beskrevet som en omsorgsfull person, ord som hjelpsom, snill, forståelsesfull, imøtekommende, noen som tar smerte seriøst og en person som deler ut samtidig. For smertelindring var det viktig at sykepleieren hadde tid til å lytte til pasientenes smerteproblematikk og faktisk brydde seg om det, samtidig som sykepleieren gav en klem eller holdte i en hånd. Eriksson beskriver sykepleie som en interaksjonsprosess mellom den profesjonelle omsorgen som overtar når den naturlige omsorgen ikke lenger strekker til, men

at omsorg er en grunnholdning. Dermed kan en ta utgangspunkt i pasientens behov, og at pasienten er likeverdig og aktiv beslutningstaker i behandlingsprosessen med omsorgsutøverne. Verdierne våre er grunnleggende for våre handlinger som mennesker trenger for å orientere seg og for å treffe sine valg, samt at våre holdninger har noe å si på hvordan vi reagerer på bestemte forhold, hendelser eller personer. Derimot har alle uheldelig syke og døende rett på så god livshjelp at livets slutfase oppleves så meningsfullt som mulig. Hvor en av rettighetene og sentrale verdiene til disse pasientene er at pasientene har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende og kyndige mennesker som vil prøve å forstå pasientens behov og som opplever det som givende å hjelpe pasienten å møte ens død. Samt at pasienten har rett til å bli behandlet som et levende menneske til pasienten dør. Dette er viktig å ha i tankene, ettersom det legges et viktig fokus på det medisinske. Av og til kan det være nok å sitte med pasienten en stund og prate, eller være i pasientens nærvær, da pasientene uansett setter pris på at sykepleieren tar seg tid til dem. Å opprettholde og huske på dette i travel sykehushverdag kan være vanskelig, men eventuelt å ta lunsjen sammen med pasienten, sette seg ned å prate mens en deler ut medikamenter, tar vitale målinger eller er innom for å se hvordan det går, setter de ofte stor pris på. Det gir dem en sjanse til å få høre om andre ting enn sykdommen, og de ser og kjenner på omsorgen fra sykepleieren (Kristoffersen, 2012, s. 244-245, NOU 1999:2).

Sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen til pasienten og et stort ansvar for å lindre pasientens smerte. Å gi informasjon og at sykepleieren delte sine kunnskaper med pasient og pårørende er viktig for pasientene. Pasientene måtte stille spørsmål dersom de skulle få informasjon om smerte eller behandlingen fra sykepleieren, da det var legen som oftest snakket med dem om smerte. Derimot da sykepleierne delte informasjon og underviste, ble pasientene de mindre usikker og angstpreget. Pasienten har en rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av seg selv, er det viktig at sykepleieren ikke glemmer å informere og undervise pasient og pårørende. Dette er et viktig aspekt i at pasienten skal kunne ta avgjørelser i egen behandling. Sykepleieren må fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt å forsikre seg om at informasjonen er forstått av pasienten og eventuelt pårørende. Dette forutsetter at sykepleieren er oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde. Det er også viktig at sykepleieren kjenner sine grenser for sin kompetanse, og søker ny kunnskap og veiledning (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 355, Rustøen, et al. 2009, NOU 1999:2, Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Sykepleierne var erfarne og hadde mye kunnskaper og ferdigheter i forhold til medikamenter og håndtering av medikamenter. Pasientene satte pris på at sykepleieren kom med smertestillende medikamenter så snart de trengte det. Samt at sykepleieren satt seg ned med de og pratet direkte til pasienten om pasientens smerteproblematikk, da sykepleieren var forventet til å kjenne de beste metodene for å redusere smerte og lidelse gjennom smertebehandling. Sykepleierens oppgave er å kartlegge og å vurdere smertene til pasienten, og dette er avgjørende for at pasienten skal kunne få en god smertelindring. Ved å stille spørsmål til pasienten og å utføre en systematisk og god kartlegging får en informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon, varighet og dersom den gir nedsatt funksjon på noen måte hos pasienten. Dersom en utfører en kartlegging i forkant, men også informerer pasienten om smertebehandlingen, kan dette føre til at pasienten blir mer bevisstgjort på hvilke forhold som lindrer og forsterker smertene (Rustøen, et al., 2009, Berentzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 362, Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387).

Sykepleierne vet også viktigheten med å få se symptomer på smerte, samt å få smertelindret pasienten godt. Pasienter la merke til at sykepleierne merket når pasienten hadde smerter, og at sykepleieren ”arbeidet foran” smerten, at de virket forberedt, og dette gjorde at pasienten følte seg trygg. En pasient med kreft, samt de pårørende, er i en sårbar og stressende situasjon. Å bli rammet av kreft påvirker hele mennesket, kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt. Dermed trenger pasienten en god medisinsk behandling, symptomlindring og omsorgsfulle relasjoner med sykepleier. Etersom smerte er en sammensatt opplevelse av sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner er det en ubehagelig opplevelse for pasienten. Sanserintrykket bearbejdet i sentralnervesystemet, og påvirkes av psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer, men også tidligere opplevelser med smerte som pasienten har hatt (Rustøen, et al. 2013, Lorentsen & Grov, 2010, s. 401, Bjørge, 2010, s. 194, Rosland & Tjøsen, 2016, s. 328). Ved å lytte til pasienters tidligere erfaringer og historier, samt det som de har å se nå vil en styrke pasientens selvoppfatning, håp og livsmål. Ved å lytte og vise forståelse kan man hjelpe pasienten å styrke tilknytning, forsterke håp og tillitt (Eide & Eide, 2012, s. 61). Sykepleieren skal understøtte og fremme håp, mestring og livsmot hos pasienten Dette er viktige deler av smertebehandlingen til pasienten, og en viktig del av sykepleierens rolle. Sykepleieren har en stor og sentral rolle i smertebehandlingen og kartleggingen (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

6.0 Konklusjon

Den foreliggende litteraturstudien viser at smerte påvirker dagliglivet til pasientene, slik som psykiske, fysiske, sosiale og åndelig-eksistensielle dimensjoner med pasientens livskvalitet. Ved å utføre en systematisk kartlegging får pasienten og pårørende bekreftet sine bekymringer, men også får sykepleieren diagnostisert smertene til pasienten. Dette er viktig for smertebehandlingen videre, da pasientens behov må bli møtt. Her er det også viktig å gjøre hyppige kartlegginger, for å sikre at pasienten er godt smertelindret, og for å finne ut dersom det er behov for endringer i smertebehandlingen. Da er det viktig å bruke kartleggingsverktøy for å sikre at kartleggingen blir gjort grundig, hver gang. Pasienter og pårørende har behov for støtte, undervisning og informasjon fra sykepleierne, for at de skal kunne delta i egen behandling, men også for at de skal få all informasjonen som de har behov for. Ved at pasient og pårørende får informasjon og undervisning fra sykepleieren føler de seg også tryggere i egen situasjon, samt at de får en bedre relasjon til hverandre.

Referanseliste

- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: etikk i vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Berentzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bergh, I., Aass, N., Haugen, D., Kaasa, S., & Hjermestad, M. J. (2012). Symptomkartlegging i palliativ medisin. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2012; 132:18-9 DOI: 10.4045/tidsskr.11.1083
- Bjørge, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s. 194-213). Oslo: Akribe AS
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås. D-G. Stubberud, & R. Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalal, S., Tanco, K. C., Bruera, E. (2013). State of Art of Managing Pain in Patients With Cancer. *The Cancer Journal*. 2013;19: 379-389. doi:10.1097/PPO.0b013e3182a631c5
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Faiz, K. W. (2014). VAS- visuell analog skala. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2014; 134:323 DOI: 10.4045/tidsskr.13.1145

Forsberg, C., & Wengstrom, Y. (2013). Att göra systemiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.

Helsebiblioteket (u.å.). *Definisjon av palliasjon*. Hentet 19. Januar 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>

Holtan, A., Kongsgaard, U. E., & Ohnstad, H. E. (2005). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 125(4), 416-418. http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1144334

Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok* (2. Utg., s. 34- 50). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Knudsen, A. K., & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok* (2. Utg., s. 387-401). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Kreftregisteret (2016). *Kreftstatistikk 2015*. Hentet 11. Januar 2017 fra <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kristoffersen, N. J. (2012). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 1: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., s. 31-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 1: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2012). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., s.245-293). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 28. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. Utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: NSF. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Norås, I. L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s. 331-350). Oslo: Akribe AS
- NOU 1999:2. (1999). *Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec6>
- Overgaard, A. E. (1997). Katie Eriksson – lidelsen i fokus. *Sykeplejersken*, 1997 ; (8): 32-44. Hentet fra: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1997-8/katie-eriksson-lidelsen-i-fokus>
- Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s. 21-34). Oslo: Akribe AS
- Rosland, J. H., & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok* (2. Utg., s.328-341). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M., & Wabl, A. K. (2009). Nursing Pain Management – A Qualitative Interview Study of Patients With Pain, Hospitalized for Cancer Treatment. *Pain Management Nursing*, DOI: 10.1016/j.pmn.2008.09.003
- Rustøen, T., Geerling, J. I., Pappa, T., Rundström, C., Weisse, I., Williams, S.C., Zavratinik, B., & Wengstrøm, Y. (2013). How nurses assess breakthrough cancer pain, and the

impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey. *European Journal of Oncology Nursing*. 17(1):95-100. doi: 10.1016/j.ejon.2012.05.005

Sherman, D. W., Matzo, M. L., Paice, J. A., McLaughlin, M., & Virani, R. (2004). Learning Pain Assessment and Management: A Goal of the End-of-Life Nursing Education Consortium. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 35(3), 107-120. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15195783>

Seland, M., Kaasa, S., & Klepstad, P. (2005). Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. *Tidsskriftet for den Norske Legerforening*, Nr. 18.125:2500-3. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2005/09/tema-smerte/symptomregistrering-hos-kreftpasienter-ved-sykehusinnleggelse>

Sæteren, B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s. 304-316). Oslo: Akribe AS

World Health Organization. (U.å.). *WHO definition of Palliative care*. Hentet 11. Januar 2017 fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vedlegg I: Eksempel på kildekritikk.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Vedlegg I: Eksempel på kildekritikk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

I dette vedlegget vil jeg vise et eksempel på kildekritikk. Sjekklisten er hentet fra Kunnskapsenteret (2014). Fullstendig referanse ligger i referanselisten til oppgave. Den kvalitative studien som jeg kritisk vurderer er av Seland, Kaasa, & Klepstad (2005), fullstendig referanse ligger i oppgavens referanseliste.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>
<p><i>Ikke oppgitt problemstilling, formål og hensikt kommer frem.</i></p>			
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: Utvalg, datainnsamling og analysemetode er godt beskrevet i studien.</p>			
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: Utvalget er tydelig beskrevet: 300 personer deltok, menn og kvinner m/ kjent krefter/kidom over 18 år, som bodde i mesten v/ innleggelse. Kjønn utvalgt: 110 menn/91 kvinner. Var ved krefter/spedalen. Alle innlagt ved St. Olavs Hospital. Dokumentasjonen dechold til registrering av smerter hentet fra pas. journaler. Rekrutteringsstrategi er også presentert.</p>			
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p>0</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar:</p>			

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Metoden som er brukt og presentert i studien: benyttet materiale innrammet til en farmakologisk studie. Og en sportsundersøkelse. Datainnsamling, begrunnelse for valg av metode og setting av datainnsamling beskrevet. Metode delen er godt beskrevet.</p>
---	---

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Ikke gjort rede for hvilken type analyse som er brukt. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskerne har kommet fram til.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	<input checked="" type="radio"/>	0
Ja	Uklart	Nei					
0	<input checked="" type="radio"/>	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien inneholder et eget avsnitt om begrensninger, og tolkning av data er godt beskrevet. I tillegg har forskerne teoretisk og faglig ståsted som ikke så godt frem.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hovedfunnene diskuteres opp mot tidligere forskning i et avsnitt.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

Kommentar:
 Studien ble forklart til pasientene gjennom informert muntlig og skriftlig samtykke. Studien ble anbefalt av den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk i daværende helseregion II

HVA ER RESULTATENE?

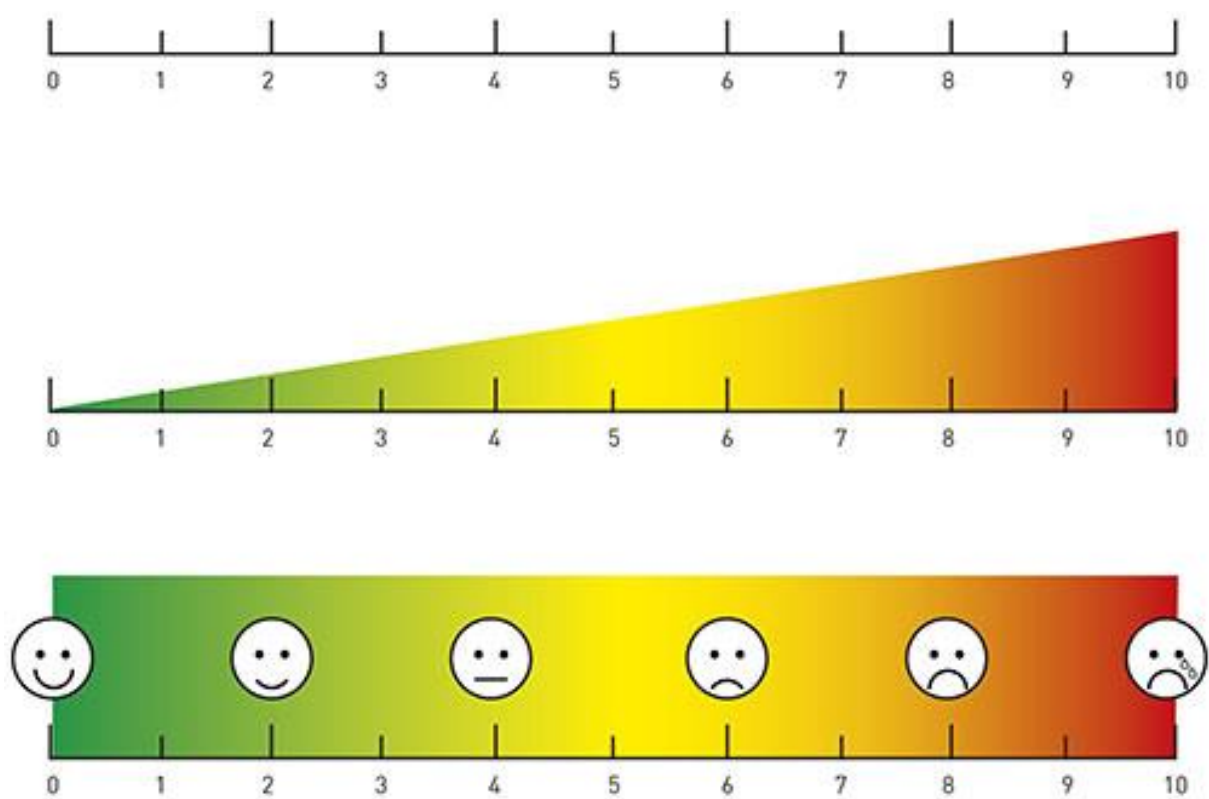
<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
---	--	---	--

Kommentar:
 Hovedfunnene kommer klart fram i studien, og de diskuteres i lys av det opprinnelige formålet med studien.

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studien er relevant og aktuell for min bacheloroppgave da den tar for seg registrering av emerte, kartlegginger vedlag er viktig å bruke i registreringen av smerte og at registrering bør standardiseres og alltid tas med i innkommitjournal. Studien er en viktig del av bacheloroppgaven min.</p>
--	---

Vedlegg II: Kartleggingsverktøy VAS



Figur: VAS-kartleggingsverktøy. Hentet fra Tidsskriftet 11.April 2017

<http://tidsskriftet.no/2014/02/sprakspalten/vas-visuell-analog-skala>

Vedlegg III: Kartleggingsverktøy ESAS-r

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

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

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (slapphet = mangel på krefter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsigheit (døsigheit = å føle seg søvnnig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsigheit
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: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

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

Figur: ESAS-r – Kartleggingsverktøy. Hentet fra Norsk Helse Informatikk 11. April 2017

<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>