



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 154

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6927

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 28

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

## Smertelindring i palliativ fase

**Lena Kjos**

**Kandidatnummer: 154**

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/ Institutt for  
helse- og omsorgsvitenskap/ Sjukepleie Førde

**Innleveringsdato: 07.06.19**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

## Samandrag

**Tittel:** Smertelindring i palliativ fase

**Bakgrunn for val av tema:** I tida framover vil stadig fleire pasientar ha behov for palliativ behandling. Smerte er det symptomet som pasientar i palliativ fase er mest redde for. Trass i at den medikamentelle behandlinga har utvikla seg mykje dei siste åra, opplever fleirtalet av pasientar i palliativ fase smerter. Sjukepleiarar har ein sentral funksjon i behandling av smerter, og har ansvar for å medverke til smertelindring.

**Problemstilling:** «Korleis sikre adekvat smertelindring til pasientar i palliativ fase?»

**Metode:** I denne litteraturstudien har eg teke utgangspunkt i fagleg og forskingsbasert kunnskap. Eg har nytta databasane *Academic Search Elite* med *Medline* og *Cinahl*, *Svemed+* og *Sykepleien* til å søke etter forskingsartiklar. For å finne anna relevant litteratur har eg nytta søkemotorane *Oria* og *Google Scholar*. Eg har funne lover og retningslinjer på *Lovdata* og heimesida til Norsk sjukepleiarforbund.

**Resultat:** Forsking viser at sjukepleiarar undervurderer smerter, og at sjukepleiarar og pasientar sin vurdering av smerter ikkje alltid samsvarar med kvarandre. Sjukepleiarar har mangelfulle kunnskapar på nokre områder innanfor smertelindring, og kan ha eit behov for å styrke kompetansen sin. Bruk av standardiserte kartleggingsverktøy kan fremje ei meir sikker vurdering av pasienten sine smerter. Smerte er eit svært samansett fenomen, som påverkast av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar. Sjukepleiarar bør difor ha ei heilskapleg tilnærming til smerter. Ikkje-medikamentelle tiltak kan vere eit godt supplement til medikamentell smertebehandling.

**Nøkkelord:** Palliativ fase, palliasjon, smertelindring

## **Abstract**

**Title:** Pain management in palliative care

**Background:** The need of palliative care will increase with time. Pain is one of the most feared symptoms among patients that receive palliative care. Even though the medical treatment has developed a lot the last few years, the majority of patients that receive palliative care experience pain. Nurses play an important role in the treatment of pain, and are responsible to contribute to pain relief.

**Problem:** «How to ensure sufficient pain management to patients that receive palliative care?»

**Methods:** This literature study is based on research studies and professional knowledge. I have used *Academic Search Elite* with *Medline* and *Cinahl*, *Svemed+* and *Sykepleien* to find research studies. To find more literature I have used *Oria* and *Google Scholar*. I have found laws and guidelines on *Lovdata* and at the homepage for the Norwegian Nurses Organisation.

**Results:** Research shows that nurses underestimate pain, and that nurses and patients assessment of pain can be different. Nurses have poor knowledge regarding some areas of pain management, and may have a need to strengthen their skills. The use of standardized pain assessment tools may promote better assessment of pain. Pain is a very complex phenomenon, affected by physical, psychological, social and existential factors. Nurses should have a holistic approach to pain. Non-pharmacological interventions can be a good supplement to medical treatment.

**Key words:** Palliative care, palliative , pain management

# Innholdsliste

<b>1</b>	<b>Innleiing .....</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Bakgrunn for val av tema.....</i>	2
1.2	<i>Problemstilling .....</i>	2
1.3	<i>Avgrensing og presisering .....</i>	2
1.4	<i>Omgrep og definisjonar.....</i>	3
1.5	<i>Disposisjon for oppgåva .....</i>	3
<b>2</b>	<b>Metode .....</b>	<b>4</b>
2.1	<i>Litteraturstudie som metode.....</i>	4
2.2	<i>Søkeprosessen .....</i>	4
2.3	<i>Kjeldekritikk.....</i>	7
<b>3</b>	<b>Teori.....</b>	<b>9</b>
3.1	<i>Palliasjon .....</i>	9
3.2	<i>Smerte .....</i>	9
3.3	<i>Kartlegging av smerter.....</i>	10
3.4	<i>Ikkje-medikamentelle tiltak.....</i>	11
3.5	<i>Joyce Travelbee sin teori .....</i>	12
3.6	<i>Overordna føringar for sjukepleiarar .....</i>	13
<b>4</b>	<b>Funn .....</b>	<b>14</b>
4.1	<i>Helsepersonell undervurderer symptom .....</i>	14
4.2	<i>Psykososiale tiltak ved smertelindring .....</i>	14
4.3	<i>Samanheng mellom pasient og sjukepleiar sin symptomvurdering .....</i>	15
4.4	<i>Bruk av standardiserte kartleggingsverktøy .....</i>	15
4.5	<i>Kunnskapar og haldningar til smerte .....</i>	16
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>17</b>
5.1	<i>Kartlegging av smerter.....</i>	17
5.2	<i>Kunnskap hos sjukepleiar .....</i>	20
5.3	<i>Lindring av smerter .....</i>	22
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>25</b>
	<b>Kjeldeliste.....</b>	<b>26</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>1</b>
	<i>Vedlegg 1, PICO-skjema (1) .....</i>	1
	<i>Vedlegg 2, Søk (1).....</i>	2
	<i>Vedlegg 3, PICO-skjema (2) .....</i>	3

<i>Vedlegg 4, Søk (2)</i> .....	4
<i>Vedlegg 5, Søk (3)</i> .....	5
<i>Vedlegg 6, Søk (4)</i> .....	6
<i>Vedlegg 7, ESAS-skjema</i> .....	7

## 1 Innleiing

Dei komande åra vil behovet for palliativ behandling verte større (NOU 2017:16, s.77). Talet på eldre i befolkninga kjem til å auke og helsesektoren vil, delvis som følgje av dette, få fleire oppgåver retta mot pasientar med langt utvikla kreft og kronisk dødelege sjukdommar. Det er difor viktig at sjukepleiarar har kunnskap om palliativ behandling (Kaasa & Loge, 2016, s. 46).

I takt med at talet på eldre aukar, kjem fleire til å trenge hjelp frå spesialisthelsetenesta (Kaasa & Loge, 2016, s. 46). Fleirtalet av pasientar i palliativ fase vil ha behov for eit eller fleire sjukehusopphald. Dei fleste pasientar som treng palliativ behandling tidleg i sjukdomsutviklinga får hjelp på ei vanleg sjukehusavdeling, og ikkje ei eining som har spesialisert seg på palliasjon. Omlag 30% av alle dødsfall i Noreg skjer på sjukehus, og dei fleste av desse på vanlege kliniske akuttpostar (Folkehelseinstituttet, 2018; Haugen & Aass, 2016, s. 119).

Tiltak retta mot fysiske symptom og psykiske, sosiale og eksistensielle problem er ein sentral del av palliativ behandling (Helsedirektoratet, 2018). Smerte er det symptomet som pasientar og pårørande er mest redde for (Trier, 2015, s. 908). Trass i at den medikamentelle smertebehandlinga har utvikla seg mykje dei siste åra, opplever fleirtalet av pasientar som er i palliativ fase smerter (Finset, 2016, s. 372). Sjukepleiarar har ein sentral funksjon i behandling av smerter, og eit ansvar for å medverke til smertelindring (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016, s. 382)



## **1.1 Bakgrunn for val av tema**

Eg har valt å skrive om smertelindring til pasientar i palliativ fase. Dette er ein tema som vekker interesse og engasjement hos meg. Å sikre smertelindring hos pasientar i palliativ fase er etter mi meining ei av dei viktigaste oppgåvene ein sjukepleiar har. Trass i dette føler eg ikkje at eg har gode nok kunnskapar på området. Som ferdigutdanna sjukepleiar ynskjer eg å arbeide på ein sengepost på eit sjukehus. Då kjem eg truleg til å møte pasientar i palliativ fase. Å skrive ei oppgåve knytt opp mot palliasjon, og auke kunnskapsnivået mitt kring emnet, vil såleis kunne vere nyttig for mi framtidige yrkesutøving.

## **1.2 Problemstilling**

«Korleis sikre adekvat smertelindring til pasientar i palliativ fase?»

## **1.3 Avgrensing og presisering**

Oppgåva er avgrensa til vaksne pasientar, over 50 år, som er i palliativ fase. Eg skriv om pasientar som er innlagt på sengepostar i vestlege land, ikkje i egne palliative einingar. Den terminale fasen er ikkje tatt høgde for i oppgåva. Eg har lagt særleg vekt på korleis sjukepleiarar kan kartleggje smerter hos pasientar og kvifor det er viktig å identifisere fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Oppgåva tek i liten grad føre seg medisinsk behandling av smerter, men har i staden eit fokus på ikkje-medikamentelle tilnærmingar. Eg vurderer ikkje kjønn eller diagnose som relevant for problemstillinga mi, og eg har difor ikkje tatt høgde for dette.

## 1.4 Omgrep og definisjonar

**Smerte** er ei ubehageleg oppleving som påverkast av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328). Å **lindre** vil seie å betre, dempe eller lette (Lindre, 2019). Å **sikre** vil seie å gjere sikker (Sikre, 2019). **Adekvat** vil seie at noko er fullgodt, passande eller høveleg (Adekvat, 2019). Når eg tek føre meg korleis sjukepleiar kan *sikre adekvat smertelindring*, meiner eg korleis sjukepleiar kan gjere seg sikker på, eller vere trygg på, at pasienten får god nok eller tilfredsstillande lette av smerter.

I Noreg si offentlege utgreiing «På liv og død» (2017:16, s.20) vert **palliasjon** definert som: «[...] aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid». Palliasjon, palliativ behandling og lindrande behandling er omgrep som blir nytta om einannan.

## 1.5 Disposisjon for oppgåva

Eg har gjennomført ein litteraturstudie for å svare på problemstillinga mi. I første del av oppgåva skildrar eg kva metode eg har nytta for å finne forskingsartiklar og anna relevant litteratur. Vidare presenterer eg sentral teori og funn frå forskingsartiklane eg har nytta. I hovuddelen av oppgåva drøftar eg problemstillinga mi opp mot teori, forskning og eigne erfaringar. Til slutt har eg skrive ein konklusjon der eg samanfattar svaret på problemstillinga mi.

## 2 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Ein metode fortel noko om korleis ein skal gå fram for å finne eller etterprøve kunnskap. For å få fram ny kunnskap, og for å kunne vurdere om denne kunnskapen er påliteleg, treng ein ulike metodar. Ein skil mellom kvantitative og kvalitative metodar. I kvantitative metodar nyttar ein data som er i målbare einingar, medan ein i kvalitative metodar nyttar data om meiningar og opplevingar som ikkje kan teljast eller målast. Begge metodane bidreg på ulike måtar til ei betre forståing av samfunnet og korleis enkeltindivid, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2017, s. 51-52).

I denne oppgåva har eg nytta litteraturstudie som metode. Ein litteraturstudie systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere vil seie at ein samlar inn litteratur, går gjennom den med kritiske auge, før ein til slutt samanfattar alt. Føremålet med ein litteraturstudie er å gje lesaren ei oppdatert og god forståing av kunnskapen kring det problemstillinga spør om, og korleis denne kunnskapen har kome fram (Thidemann, 2015, s. 79-80).

### 2.2 Søkeprosessen

Det fyrste eg gjorde då eg byrja å søke etter forskning, var å lage eit PICO-skjema (vedlegg 1). Bruk av PICO kan gjere det lettare å dele opp problemstillinga, slik at den vert meir strukturert og presis. På den måten kan ein få betre og meir relevante treff i søk etter litteratur (Nortvedt, Jamtvedt, Nordheim, Reinart & Graverholt., 2012, s. 33; Thidemann, 2015, s. 86).

Kvar av bokstavane i PICO står for fire element som er sentrale kliniske spørsmål: patient/problem (pasient/problem), intervention (tiltak), comparison (samanlikning) og outcome (utfall). Det er ikkje alltid at alle dei fire elementa er relevante for søket. Dette vil avhenge av kva type problemstilling ein har, og kva ein ynskjer å finne svar på (Nortvedt et al., 2012, s. 33). I og med at eg ikkje skal samanlikne eit tiltak opp mot eit anna i oppgåva mi, har eg ikkje teke i bruk kolonnen «comparison» i mitt PICO-skjema.

Eg skreiv fyrst ned alle orda eg kunne kome på av meg sjølv, før eg supplerte med MeSh-ord frå *Svemed+*. *Svemed+* er ein database med skandinavisk, helsefagleg litteratur. På denne databasen kan ein skrive inn norske ord og omgrep, og finne engelske synonym gjennom relevante treff (Nortvedt et al., 2012, s. 42). Eg brukte også *Ordnett* og *Google Translate* for å finne fleire synonym til søkeorda mine.

Då eg hadde fylt ut PICO-skjemaet, la eg søkeorda mine inn i *Academic Search Elite* (vedlegg 2), og huka av for at det også skulle kome resultat frå *Medline* og *Cinahl with Full Text*. Eg valde å nytte desse databasane på bakgrunn av anbefalingar frå skulen. Etter å ha lese alle overskriftene og fleire abstrakt konkluderte eg med at ingen av artiklane var særleg relevante for problemstillinga mi. Eg valde difor å gjere litt om på PICO-skjemaet mitt (vedlegg 3), før eg gjorde eit nytt søk i dei same databasane (vedlegg 4). Heller ikkje her fann eg noko forskning eg meiner er særleg relevant.

Eg har lese ein del om palliasjon i litteratur av Stein Kaasa. Eg ville difor søke etter forskning som han har skrive. Etter å ha nytta PICO-skjemaet to gonger hadde eg nokså god oversikt over moglege søkjeord, og laga difor ikkje eit nytt skjema. Eg gjorde eit søk med søkjeorda «Stein Kaasa» og «Palliative care» (vedlegg 5). Då fann eg artikkelen «Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study» (Laugsand, Sprangers, Bjordal, Skorpen, Kaasa & Klepstad, 2010). Dette er ein relevant artikkel fordi den viser at helsepersonell og pasientar kan vurdere smerter ulikt.

I boka *Palliasjon* tykkjer eg særleg at kapittelet *Smertepsykologi* er interessant. I slutten av kapittelet står det ei liste med anbefalt litteratur. Eg fann fram til denne litteraturen ved å søke i *Google Scholar*. Ein av artiklane som er anbefalt er «Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients With Cancer» (Gorin et al., 2012). Denne artikkelen er relevant for oppgåva mi fordi den underbyggjer at det er viktig med ei heilskapleg tilnærming til pasientar med smerter.

Vidare endra eg litt på søkeorda mine, og gjorde eit nytt søk (vedlegg 6). Då fann eg artikkelen «Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures» (Vigstad, Clancy, & Broderstad, 2019). Studien hadde fleire gode poeng innleiingsvis, men sjølv studien var litt på sida av problemstillinga mi.

Eg leita opp kjeldene til Vigstad et al. (2019) ved å søke i *Google Scholar*. Då fann eg artiklane «Association between Patient-Reported Symptoms and Nurses' Clinical Impressions in Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit» (Rhondali, Hui, Kim, Kilgore, Kang, Nguyen & Bruera, 2012) og “Do High Symptom Scores Trigger Clinical Actions? An Audit After Implementing Electronic Symptom Screening” (Seow, Sussman, Martelli-Reid, Pond, & Bainbridge, 2012). Artiklane er relevante fordi dei synleggjer at det kan vere nyttig å bruke standardiserte kartleggingsverktøy.

Vidare gjekk eg inn på *Sykepleien* og søkte på «palliasjon». Eg avgrensa søket til forskning. Då fann eg artikkelen «Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne» (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015). Artikkelen er relevant fordi den viser at kunnskapsmangel hos sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar kan vere ein barriere for optimal smertelindring.

Etter at eg hadde funne fram til forskingsartiklar, leita eg etter anna relevant litteratur. Eg skumleste pensumbøker som eg allereie eig, og fann ut at *Sykepleieboken: 3, Klinisk Sykepleie: 1, Klinisk Sykepleie: 2, Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten, Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok, Sykepleieboken: 2: Sentrale begreper og fenomenar i klinisk sykepleie og Metode og oppgaveskriving* kunne vere nyttige.

Eg fann fram til bøkene *Palliasjon, Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom og Mellommenneskelige forhold i sykepleie* ved å respektivt søke på «Palliasjon», «Psykososiale behov» og «Travelbee» i Oria. Etter anbefaling frå medstudentar fekk eg tak i boka *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*.

Vidare ynskte eg å finne lovverk og andre overordna føringar som regulerer yrkesutøvinga til sjukepleiarar. Eg var ganske sikker på at det fanst ein offentleg utgreiing om palliasjon, og søkte difor på «NOU palliasjon» i *Google*. Då fann eg NOU 2017: 16 *På liv og død, Palliasjon til alvorlig syke og døende* og NOU 1999:2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*.

Eg var frå før av kjend med *Håndbok i lindrende behandling* og yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar. For å finne fram til desse søkte eg i *Google*. Eg fann fram til Helsepersonellova ved å søke i *Lovdata*.

### **2.3 Kjeldekritikk**

Å vere kjeldekritisk går ut på å finne litteratur som er relevant for problemstillinga ein har, og å gjere greie for denne litteraturen. Det første ein må gjere når ein skal vurdere kjelder er å finne ut om opplysingane stemmer, og at kjeldene er pålitelege. Deretter må ein skildre kva type kjelde det er, og vurdere om den er relevant for problemstillinga ein har (Dalland, 2017, s. 152-153).

Då eg vurderte forskingsartiklar såg eg etter kven som hadde publisert artiklane, både tidsskrift og forfattarar, og om resultatane verka pålitelege. Dei fleste vitenskaplege artiklar følgjer IMRAD-prinsippet (Nortvedt et al., 2012, s. 69). Eg ekskluderte difor alle artiklar som ikkje fylgde dette oppsettet. Vidare las eg abstrakta for å kartleggje om artiklane var relevante for problemstillinga mi. Til slutt las eg kapittelet om metode for å finne ut av korleis forfattarane hadde samla inn data og gjennomført studien.

Det er fleire styrker og svakheiter ved litteraturen som er nytta i oppgåva mi. Dei fleste forskingsartiklane er skriva på engelsk. Engelsk er eit framandspråk for meg, og eg kan difor ha tolka artiklane heilt eller delvis feil. Nokre av artiklane eg har funne handlar om pasientar med kreft i palliativ fase. I og med at eg ikkje har lagt vekt på noko diagnose i oppgåva mi, kan det vere ein svakheit at eg har nytta desse artiklane.

I nokre av artiklane kjem det ikkje tydeleg fram kva aldersgruppe pasientane er i, og det er ikkje alle artiklane som handlar om pasientar i palliativ fase. Dette kan vere ein svakheit. Eg har hovudsakleg nytta kvantitative studiar. Det kunne ha vore ein fordel å ha nytta fleire kvalitative kjelder, då dei to metodane på kvar sin måte kan bidra til ei betre forståing av ulike emne (Dalland, 2017, s. 52).

Så og seie all litteraturen er har nytta er relativt ny og oppdatert, med unntak av boka *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 1999). Dersom ein les noko av interesse i ei sekundærkjelde, bør ein som hovudregel leite opp primærkjelda (Dalland, 2017, s. 171). Dette har eg vore konsekvent på. Eg har også vore medviten på at litteraturen eg har nytta er relevant for problemstillinga mi.

## **3 Teori**

### **3.1 Palliasjon**

Ordet «palliasjon» har opphav i det engelsk omgrepet «palliative care», og omfattar behandling, pleie og omsorg for døydande pasientar (Kaasa & Loge, 2016, s. 35). Verdas helseorganisasjon har følgjande definisjon på palliasjon:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual (World Health Organization, 2019).

Palliativ behandling er eit tiltak som vert sett i verk når ein pasient har fått diagnostisert sjukdom som ikkje kan lækjast (Trier, 2015, s. 895). Hovudmåla for sjukepleie til pasientar i palliativ fase er livsforlenging, symptomlindring og best mogleg livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423). Lindring av fysiske smerter og andre plagsame symptom, samt tiltak retta mot psykiske, sosiale og eksistensielle behov er sentralt i palliativ behandling (NOU 2017:16, s.20).

### **3.2 Smerte**

Det er vanskeleg å definere nøyaktig kva smerte er. Smerte er ei oppleving av noko ubehageleg. Denne opplevinga kjem av eit sansestrykk som fortel om ein påverknad eller ein stimulus på kroppen. Det er ikkje alltid at pasienten sin oppleving av smerte er direkte relatert til medisinske årsaker. Smerte er eit svært samansett og individuelt fenomen, som påverkast av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar, i tillegg til tidlegare opplevingar (Danielsen et al., 2016, s. 383; Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328).



Fysisk smerte vert påverka av og heng saman med andre kroppslege plager, som til dømes kvalme. Psykisk smerte kan relaterast til alle tap pasienten opplever i samband med sjukdom og død, og korleis vedkommande handterer kjenslemessige reaksjonar og tankar. Sosiale faktorar kan til dømes vere uro over økonomi, familie og arbeid, eller oppleving av einsemd. Eksistensielle faktorar kan knytast opp mot oppleving av meining og håp, noko som ofte er relatert til livssyn, men kan også til dømes handle om tidlegare erfaringar i livet (Trier, 2015, s. 908).

Fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar påverkar kvarandre både i positiv og negativ retning. To pasientar som har identisk skade eller diagnose, kan i prinsippet ha to heilt ulike smerteopplevingar. Difor er det viktig å tolke smerter, og andre symptom, ut i frå eit heilskapleg perspektiv (Trier, 2015, s. 908; Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328).

### **3.3 Kartlegging av smerter**

Kartlegginga av pasienten sine smerter dannar grunnlaget for kva slags smertebehandling vedkommande får. Sjukepleiarar oppfattar smerte ut i frå kunnskapar, erfaringar og skjønn. Det kan variere frå sjukepleiar til sjukepleiar korleis han eller ho oppfattar «normal smerteåtferd». Til dømes kan ein sjukepleiar oppfatte ein reaksjon som overdriven, medan ein annan oppfattar den same reaksjonen som heilt naturleg. Sjukepleiarar som dagleg møter mange pasientar med smerter kan også etter kvart reagere mindre på smerter (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 388; Danielsen et al., 2016, s. 382).

Ein kan kartleggje smerter i samtale med pasient eller ved å bruke ulike kartleggingsverktøy og spørjeskjema. Når ein skal kartleggje intensiteten på smertene kan ein til dømes nytte *Visual Analogue Scale* (VAS), der pasienten sjølv set eit kryss på ei linje som indikerer grad av smerte, eller *Verbal Rating Scale* (VRS) der pasienten vel det ordet som skildrar intensiteten på smertene best. Bruk av VAS eller VRS gjev ei avgrensa forståing av pasienten sine smerter. Dei fleste pasientar i palliativ fase har fleire symptom samstundes, noko som kan påverke smerteopplevinga (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396-398).

ESAS er eit hjelpemiddel som nyttast til å kartleggje kva symptom pasienten er plaga med, og eventuelle endringar i symptombilete (vedlegg 7). Ved å fylle ut skjemaet kartlegg ein symptom som smerte, døsigheit, tungpust, kvalme og obstipasjon. Graden av desse symptomta blir oppgjeve på ein skala frå 1 til 10, der 10 er verste tenkeleg grad av symptomet. Skjemaet kan fyllast ut av pasienten sjølv, pårørande eller helsepersonell. Resultata kan gje ein indikasjon på korleis pasienten har det «her og no», og kan på sikt vise om tiltaka ein har sett i verk har effekt (Grov, 2015, s. 525-526). I 2012 kom det ein ny, revidert versjon av ESAS, ESAS-r (Oslo Univiersitetssykehus, 2018).

Ein kan også nytte kroppskart for å kartleggje smerter. Pasienten får då utdelt ei skisse av ein person, der han skal teikne på kvar han har smerter, og supplere med adjektiv som skildrar smertene. Dette kan gje ein indikasjon på kva type smerter pasienten har (Trier, 2015, s. 908).

### **3.4 Ikkje-medikamentelle tiltak**

I og med at smerter er eit svært samansett fenomen, er det ikkje alltid tilstrekkeleg med medikamentell smertebehandling aleine. Medikamentelle tiltak vil så og seie alltid ligge til grunn for smertelindring til pasientar i palliativ fase, men det kan ha ein positiv effekt å også inkludere ikkje-medikamentelle tiltak som ein del av behandlinga. Ved somme høve kan ikkje-medikamentelle tiltak vere å føretrekkje, medan det andre gonger fungerer best som eit supplement til den medikamentelle behandlinga (Finset, 2016, s. 383; Kaasa, 2016, s. 405; Winger & Leegaard, 2016, s. 190).

Det finnast ei rekkje ikkje-medikamentelle tiltak. Psykososiale tiltak er eit døme på dette. Omgrepet «psykososial» er bygd opp av ordet psyke, som har med det mentale å gjere, og sosial, som har med det mellommenneskelege å gjere. Psykososiale tiltak er strukturerte måtar å påverke pasienten si psykososiale helse på. Mange av dei psykososiale tiltaka er basert på samtalar. Slike samtalar kan til dømes ha som mål å endre tankesett eller å støtte pasienten i den livssituasjonen han eller ho er i (Eriksen, 2015, s. 903-904; Stubberud, 2013, s. 14).

Kommunikasjon er ein viktig del av den lindrande behandlinga. Den som skal døy kan oppleve tap som kan påverke den enkelte i stor grad. Mange opplever angst og sorg, og har behov for støtte frå dei rundt seg. Trass i at ein er innforstått med at døden nærmar seg, kan det vere vanskeleg å førebu seg på det som ventar. Det er viktig at sjukepleiarar har mot til å snakke om «dei vanskelege tinga». Å våge å gå inn i ein slik samtale kan hjelpe pasienten til å setje ord det han eventuelt uroar seg over eller tenkjer mykje på (Lindring i nord, 2012, s. 67-69).

### **3.5 Joyce Travelbee sin teori**

Joyce Travelbee var ein sjukepleiar frå USA. Ho har mellom anna gjeve ut boka *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999) der ho, som tittelen tilseier, presenterer sin eigen teori om mellommenneskelege forhold i sjukepleie. Travelbee definerer sjukepleie som:

[...] en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29)

Travelbee meiner at sjukepleiarar har i oppgåve å etablere eit menneske-til-menneske-forhold til pasientar. Dette forholdet er kjenneteikna av at sjukepleiar og pasient ser på kvarandre som unike individ, og ikkje som «sjukepleiar» og pasient». Det er fyrst då ein reell kontakt kan oppstå mellom partane. Eit menneske-til-menneske-forhold gjer det mogleg for sjukepleiar å nå målet sitt om hjelpe pasienten med å førebyggje eller meistre sjukdom og lidning, og med å finne meining med desse erfaringane (Travelbee, 1999, s. 171).

### **3.6 Overordna føringar for sjukepleiarar**

Norsk Sjukepleiarforbund (2016) har utarbeidd yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar. Der står det at: «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse», «Sykepleier ivaretar den enkelte pasients behov for helhetelig omsorg» og «Sykepleier understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten».

I FN si erklæring for døyande sine rettigheter står det mellom anna: «Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og føleleser omkring min forestående død på min egen måte», «Jeg har rett til smertelindring» og «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» (referert i NOU 1999:2, s.34-35).

Det står skrive i Helsepersonellova (1999) §4 at: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»

## 4 Funn

### 4.1 Helsepersonell undervurderer symptom

«Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study» (Laugsand et al., 2010) er ein kvantitativ studie som tek føre seg korleis helsepersonell vurderer symptom hos pasientar med langkommen kreft, samanlikna med korleis pasientane sjølv opplever symptoma sine.

I studien vurderer respektivt helsepersonell og pasientar symptoma til pasientane ut i frå ein fire-punkts verbal vurderingsskala og kartleggingsverktøyet EQRTC QLQ-C30. Eit av symptoma som er kartlagt er smerter. Resultata viser at 67% av pasientane vurderte at dei hadde moderate eller sterke smerter, medan 47% av helsepersonell vurderte tilsvarande. Forfattarane konkluderer med at ein i bør vere medviten over faren for undervurdering av symptom i behandling av kreftpasientar.

### 4.2 Psykososiale tiltak ved smertelindring

«Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients With Cancer» (Gorin et al., 2012) er ein litteraturstudie som undersøker kva effekt psykososiale tiltak har på smerter hos pasientar med kreft.

I studien er det gjennomført ein metaanalyse av randomiserte kontrollerte studiar frå 1966 til 2010. Dei fleste av artiklane som er nytta har smerter som hovudutfall. Det er vurdert ulike typar psykososiale tiltak. Omlag halvparten av studiane har læring og ferdigheitstrening som eit mogleg tiltak.

Resultata viser at psykososiale tiltak kan ha effekt på smerter hos pasientar med kreft. Dette samsvarar med tidlegare studiar som er gjort på området. Funna underbyggjer at bruk av psykososiale tiltak kan vere nyttig som ein del av ei heilskapleg tilnærming til smerter.

### **4.3 Samanheng mellom pasient og sjukepleiar sin symptomvurdering**

«Association between Patient-Reported Symptoms and Nurses' Clinical Impressions in Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit» (Rhondali et al., 2012) er ein kvantitativ studie som undersøker om det er samsvar mellom pasientar og sjukepleiarar sin vurdering av symptom. Bakgrunnen for studien er at mange klinikarar stolar på sjukepleiarar sin vurdering av symptom framfor det pasienten sjølv rapporterer.

I studien vart pasientane sin vurdering av symptom kartlagt gjennom ESAS, medan sjukepleiarane vurderte fysiske og psykiske plager på ein skala frå null til tre. Vurderingane til sjukepleiarane og pasientane vart så samanlikna opp mot kvarandre.

Resultata viser at det er lite samsvar mellom pasientar og sjukepleiarar sin vurdering av symptom. Sjukepleiarar har stor innverknad på kva slags behandling pasientar får. Funna kan tyde på at pasientar ikkje får optimal behandling som følgje av at sjukepleiarar ikkje vurderer symptom til pasientane på ein god nok måte. Forfattarane konkluderer med at ein bør nytte kartleggingsverktøy for å vurdere symptom hos pasientar.

### **4.4 Bruk av standardiserte kartleggingsverktøy**

“Do High Symptom Scores Trigger Clinical Actions? An Audit After Implementing Electronic Symptom Screening” (Seow et al., 2012) er ein kvantitativ studie som undersøker om det er ein samanheng mellom høg poengsum på verktøy som kartlegg symptom, dokumentering av symptom i journal og iverksetting av symptomretta tiltak.

Studien er gjennomført på eit kreftsenter i Canada, der det vart innført ein elektronisk versjon av ESAS som skulle nyttast på alle pasientar. Resultata frå ESAS vart vurdert opp mot symptom som var dokumentert i journalane og symptomretta tiltak som vart sett i verk. Det er lagt særleg vekt på symptom smerte og tungpust.

Resultata viser ein positiv samanheng mellom høg poengsum på ESAS, dokumentering av symptom i journal og tiltak som er sett i verk. Dette underbygger at standardiserte, elektroniske kartleggingsverktøy kan vere ein nyttig ressurs for å betre symptomhandtering hos kreftpasientar.

#### **4.5 Kunnskapar og haldningar til smerte**

«Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne» (Granheim et al., 2015) er ein tversnittstudie som undersøker kva kunnskapar og haldningar sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar har til smerte og smertelindring.

I studien svarte ein utval av sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar på ein norsk versjon av spørjeskjemaet «Nurses knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS)». NKAS er sett saman av 39 spørsmål knytt opp mot vurdering og handtering av smerter og medikamentell smertelindring.

Funna i studien viser at sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar har gode kunnskapar på nokre områder, men at ein del framleis er redde for respirasjonsdepresjon og at pasienten skal utvikle avhenge av opioid. Det var ein tydeleg skilnad mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling, og det var eit mindretal av deltakarane som tok omsyn til pasienten sin vurdering av eigen smerte. Forfattarane konkluderer med at det er eit behov for å styrke kompetansen til sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar.

## 5 Drøfting

### 5.1 Kartlegging av smerter

At sjukepleiar kartlegg pasienten sine smerter på ein god måte er avgjerande for at pasienten skal få tilfredsstillande smertelindring (Danielsen et al., 2016, s. 388). Sjukepleiar sin vurdering spelar ei viktig rolle både når det gjeld medikamentelle og ikkje-medikamentelle tiltak (Rhondali et al., 2012, s. 304). For å synleggjere dette vil eg vise til eit døme frå praksis.

Då eg var i praksis på ein sengepost, hadde eg ansvar for ein pasient som var plaga med smerter. Før legevisitten var eg inne hos pasienten for å kartleggje korleis smertene var den dagen. Eg spurde pasienten sjølv om korleis ho vurderte smertene. Vedkommande gav uttrykk for at ho hadde sterke smerter, og eg observerte at ho hadde høge skuldrer, ein stram mimikk og lett auke i puls. Då legen kom inn på rommet, var det som om at pasienten «tok seg saman». Ho såg ikkje lenger like smertepåverka ut. Då legen spurte om korleis smertene var, fortalde ho at ho hadde lite smerter.

Eg tykte denne situasjonen var utfordrande. Pasienten hadde fortalt noko til meg, men noko heilt anna til legen. Eg la fram problemstillinga til legen, og vi kom saman fram til at ein skulle gjere endringar i behovsmedisinen til pasienten. Sjukepleiarane kunne då gje meir smertestillande legemiddel dersom ein vurderte at pasienten hadde smerter. Legen presisterte også at det i denne situasjonen var ekstra viktig å dokumentere effekten av behovsmedisinen. Dersom legen såg at det vart nytta behovsmedisin regelmessig, og at pasienten hadde god effekt av dette, kunne han vurdere å gjere om på dei faste medisinane.



Dette dømet viser kor viktig sjukepleiarar sine observasjonar kan vere, og korleis sjukepleiarar kan påverke behandlinga pasienten får. Dersom eg ikkje hadde fortalt om det eg hadde observert, hadde kanskje legen tenkt at pasienten var godt nok smertelindra, og difor ikkje gjort noko endringar i behandlinga til pasienten. Det kan då tenkast at pasienten hadde heldt fram med å ha smerter.

Helsepersonell stolar i stor grad på sine egne observasjonar av pasienten sine smerter. Det viser seg at usystematisk kartlegging av smerter svarar dårleg til pasienten sin eigenregistrering av smerter (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396). Forsking tyder på at sjukepleiarar og pasientar kan vurdere smerter ulikt (Laugsand et al., 2010; Rhondali et al., 2012).

Studien til Laugsand et al. (2010) viser at helsepersonell i dei fleste tilfelle vurderer moderate og sterke smerter som mindre uttalte enn det pasientane gjer. Det var langt fleire som undervurderte pasientane sine symptom, enn som overvurderte dei. Medan 67% av pasientane i studien vurderte smertene sine som moderate eller sterke, vurderte 47% av helsepersonellet tilsvarande. Vidare vurderte 26% av pasientane at dei hadde milde smerter, medan 40% av helsepersonellet vurderte det same.

Rhondali et al. (2012) sin studie underbyggjer funna til Laugsand et al. (2010). Resultata av studien til Rhondali et al. viser at det er lite samsvar mellom sjukepleiar sin vurdering og pasienten sin oppleving av smerter. Sjukepleiarane i denne studien var trena på palliativ behandling, og hadde mellom eit og sju år med erfaring knytt til palliasjon. I andre situasjonar, der sjukepleiaren ikkje har dei same erfaringane, kan det tenkast at smertevurderinga er dårlegare enn i denne studien.

Smerteopplevinga er svært subjektiv. Det er berre individet sjølv som kjenner smerten, og veit korleis den opplevast (Danielsen et al., 2016, s. 383). Ifølgje Travelbee (1999, s.112) er det vanskeleg, og kanskje også umogleg, å skildre smertene ein opplever på ein slik måte at andre kan få forstå kva dei inneber. Pasienten kan prøve å skildre smertene sine, men på grunn av at smerter er meir enn ord, vil ikkje skildringa gje ei fullgod framstilling av opplevinga (Danielsen et al., 2016, s. 383).

På bakgrunn av at det er vankeleg å sette ord på smertene ein opplever, vert det vanskeleg for andre enn individet sjølv å kartleggje kor sterke smertene er (Travelbee, 1999, s. 112). Det kan vere nyttig å ta i bruk kartleggingsverktøy når ein skal vurdere smerter hos pasientar. Pasienten kan då sjølv gje ein truverdig vurdering av smerten han eller ho opplever. Systematisk bruk av kartleggingsverktøy gjer det lettare å samanlikne smerter over tid og vurdere effekten av smertelindrande tiltak. Helsepersonell vil også få eit felles «språk» seg imellom, og subjektive vurderingar vil bli mindre førande (Danielsen et al., 2016, s. 390).

Rhondali et al. (2012) konkluderer i sin studie med at ein bør nytte kartleggingsverktøy for å vurdere symptom hos pasientar. Resultata av studien til Seow et al. (2012) viser ein positiv samanheng mellom høg poengsum på ESAS, dokumentasjon i pasienten sin journal og iverksetting av symptomretta tiltak. Forfattarane presiserer at ein i tillegg til å nytte kartleggingsverktøy må ha ein plan for kva ein skal gjere dersom pasienten får symptom av ein viss grad.

For at det skal ha noko føre seg å nytte kartleggingsverktøy, er det viktig at sjukepleiarar brukar det aktivt i observasjon og vurdering av smerter og smertelindrande tiltak. Det er ulike rutinar for kva kartleggingsverktøy ein skal bruke for ulike pasientgrupper, og kva ein skal gjere dersom pasientar får høg poengsum på eit slikt verktøy. På mange avdelingar er det til dømes ein generell regel om at pasientar som har høgare smerteskår enn tre skal få smertestillande legemiddel. Sjukepleiarar bør kjenne til desse rutinane, og vite korleis ein brukar dei ulike kartleggingsverktøya (Danielsen et al., 2016, s. 390).

Trass i at det er fleire fordelar ved å nytte standardiserte kartleggingsverktøy, kan det møte motstand hos fleire sjukepleiarar. Sjukepleiarar kan vere redde for å miste det individuelle perspektivet, i tillegg til at det kan vere tidkrevjande å ta i bruk (Danielsen et al., 2016, s. 383). Ulike sjukepleiarar kan også tolke poengsummane i kartleggingsverktøya ulikt, noko som kan påverke kontinuiteten i smertebehandlinga (Grov, 2015, s. 526).

Eg har nytta fleire kartleggingsverktøy i praksis, for det meste ESAS. Mi erfaring er at ESAS er eit svært godt hjelpemiddel, så lenge pasienten er i stand til å fylle det ut sjølv eller er opplagd nok til å svare for seg på ein god måte. Dersom pasienten er sliten og trøyt eller har store smerter, kan det opplevast som belastande å måtte ta stilling til alle punkta i ESAS. Eg har også opplevd at ESAS kan vere tidkrevjande ved somme høve, til dømes dersom pasienten er kognitivt svekkja eller har lang latenstid.

Både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar kan ha innverknad på smerteopplevinga til pasienten. Det er difor viktig å kartleggje desse faktorane (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 393). ESAS er eit kartleggingsverktøy som kartlegg fleire symptom, mellom anna tungpust, kvalme og angst. Det er berre eit av punkta i ESAS som handlar direkte om smerte, men skjemaet er likevel nyttig å bruke i kartlegging av smerter fordi ulike symptom hos pasienten kan vere med på å påverke smerteopplevinga (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410; Knudsen & Kaasa, 2016, s. 393; Grov, 2015, s. 526).

## **5.2 Kunnskap hos sjukepleiar**

Som skildra under kapittel 3.6, stillast dei ei rekkje krav til sjukepleiarar som tek del i palliativ behandling. Sjukepleiarar skal arbeide fagleg forsvarleg, og har mellom anna ansvar for å lindre lidning og å yte heilskapleg omsorg til pasientar (Helsepersonellova, 1999, § 4; Norsk Sykepleierforbund, 2016). Pasientar i palliativ fase har også på si side fleire rettigheter som skal sikre at sentrale verdiar blir teke vare på i siste del av livet (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934). Til dømes har pasientar rett på smertelindring og på å bli møtt av omsorg frå helsetenesta (NOU 1999:2, s. 34-35).

Sjukepleiarar treng grunnleggjande kompetanse for å kunne møte behova pasientar i palliativ fase har. Ein bør ha kunnskap om sjukdommar, om palliasjon og kjenne til når det er naudsynt å kople inn andre faggrupper eller anna kompetanse i behandlinga. Det er også sentralt at sjukepleiarar meistrar kommunikasjon med pasientar og pårørande (NOU 2017:16, s.13).

Mangel på kunnskap kan gjere til at sjukepleiarar kjenner seg usikre i yrkesutøvinga si (Thoresen & Dahl, 2015, s. 955). Lite erfaring med palliativ behandling, samt mangelfull undervisning og utdanning kan påverke kva tiltru ein har til eigen kompetanse. Dersom ein sjukepleiar føler at han eller ho ikkje strekkjer til i arbeidet sitt, kan ein verte altfor oppteken av sin eigen usikkerheit og mangel på kunnskap. Dette kan påverke yrkesutøvinga i negativ grad (Kalfoss, 2016, s. 462).

Smertelindring er ein svært sentral del av palliativ behandling (Thoresen & Dahl, 2015, s. 948). For å kunne lindre smerter hos pasientar er det ein føresetnad at sjukepleiarar har oppdaterte kunnskarar om emnet. Studien til Granheim et al. (2015) viser at sjukepleiarar har gode kunnskarar på nokre områder innanfor smertelindring, men at det framleis er eit behov for å styrke kompetansen til yrkesutøvarane.

Resultata av studien til Granheim et al. (2015) kan knytast opp mot studien til Laugsand et al. (2010) og Rhondali et al. (2012), som alle viser at helsepersonell undervurderer smerter hos pasientar. I studien til Granheim et al. var det eit fåtal av sjukepleiarane og sjukepleiarstudentane som tok omsyn til pasienten sin eigen vurdering av smerter. I den eine oppgåva opplyste pasienten om at han hadde ein VAS på 8, men det var berre 37% av sjukepleiarane som vurderte smertene som like sterke.

Studien synleggjer eit gap mellom teoretisk og praktis kunnskap hos sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar. Fleire av deltakarane hadde på tidlegare spørsmål svart at det er pasienten som vurderer smertene sine best. Likevel valde dei å ikkje ta omsyn til pasienten sin vurdering i oppgåvene. Forfattarane meiner at dette er urovekkjande (Granheim et al., 2015).

I praksis har eg erfart at sjukepleiarar kan ha svært ulike haldningar til og kunnskapar om smerter og bruk av smertestillande legemiddel. Eg opplever at somme er særleg redde for å administrere sterke opioid. Trass i at pasienten gjev uttrykk for smerter, og vedkommande har fått ordinert opioid, er det ikkje alltid at han får dette. Eg har inntrykk av at mange av sjukepleiarane som er usikre vel å gje ein mindre dose enn det som er ordinert av legen. På den andre sida har eg møtt fleire sjukepleiarar som ikkje kvir seg på å administrere opioid, men som heller er medvitne på å observere teikn på overdose.

### **5.3 Lindring av smerter**

Det er viktig å kartleggje fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar som kan påverke smerteopplevinga til pasienten. Ved å identifisere desse faktorane kan ein finne passande smertelindrande tiltak. Medikamentelle tiltak vil som regel vere ein del av behandlinga, men ved somme høve er ikkje-medikamentelle tiltak å føretrekkje. Dersom ein vurderer at smertene til pasienten er samansette, kan dette indikere at det kan vere utfordrande å oppnå smertelindring, og at pasienten vil ha behov for ei heilskapleg tilnærming (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 388-393).

I ein av mine praksisar hadde eg og kontaktsjukepleiar ansvar for ein pasient som nylig hadde fått vite at han hadde kort tid igjen å leve. Pasienten gav uttrykk for mykje smerter. Då vi kom på seinvakt hadde pasienten før på dagen fått mykje smertestillande legemiddel utan noko særleg effekt. Noko av det fyrste kontaktsjukepleiaren min gjorde var å gå inn til pasienten for å prate med han. Pasienten fekk snakke ut om korleis han opplevde situasjonen sin, kontaktsjukepleiaren min forklarte kva som kom til å hende framover og trygga pasienten. Det kom fram at pasienten hadde mykje angst og at han opplevde situasjonen sin som svært tung. Då vi snakka med pasienten seinare på kvelden, fortalde han at han hadde betydeleg mindre smerter enn tidlegare på dagen.

Dette dømet synleggjer kvifor det er viktig å ta omsyn til alle sider ved mennesket når ein kartlegg smerter. Det er sentralt å kartleggje fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar som kan påverke smerteopplevinga. Dette er fordi vurderingane ein gjer dannar grunnlaget for kva slags behandling pasienten får (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387-388). I dømet kartla kontaktsjukepleiaren min at pasienten hadde psykisk smerte. Ut i frå dette vurderte ho at pasienten hadde behov for informasjon og støtte. Pasienten hadde tidlegare på dagen fått mykje smertestillande legemiddel utan noko særleg effekt. Det var først når kontaktsjukepleiaren min hadde mot til å gå inn i «den vanskelege samtalen» at smertene til pasienten letta.

Travelbee (1999, s. 112-113) skriv at smerter ikkje kan kategoriserast som anten fysiske eller psykiske. Trass i at smerten er lokalisert til ein bestemt del av kroppen, er det heile mennesket som lir. Ein kan ikkje sjå på eit aspekt ved individet som isolert frå heilskapen. Fysiske og psykiske smerter har innverknad på kvarandre. Psykisk smerte hos ein pasient kan påverke vedkommande fysisk, samstundes som at fysiske smerter kan påverke pasienten psykisk.

Studien til Gorin et al. (2012) viser at psykososiale tiltak kan ha ein positiv effekt på smerter hos pasientar med kreft. Ved å leggje vekt på psykososiale behov erkjenner ein at det er naudsynt å inkludere fleire perspektiv i møtet med pasientar (Eriksen, 2016, s. 896). Gorin et al. (2012) konkluderer med at psykososiale tiltak bør vere ein del av ei heilskapleg tilnærming til smerter. Det er viktig at ein kartlegg korleis kvar enkelt pasient opplever situasjonen sin, og at ein har ei forståing av at fysiske og psykososiale faktorar påverkar kvarandre og fungerer som ein heilskap i det enkelte mennesket (Stubberud, 2013, s. 15-16).

Det er ikkje alltid like enkelt å sjå heile mennesket og å ha ei heilskapleg tilnærming i praksis. Tidspress, økonomi og prioriteringar er faktorar som kan gjere dette vanskeleg (Eriksen, 2016, s. 896). Dette er noko eg har kjent mykje på i praksis. Trass i at eg ved fleire høve har sett at pasientar har psykiske behov som ikkje er dekte, er det ikkje alltid at eg har fått tid til å gjere noko med dette. Det handlar ikkje alltid om at ein ikkje ser behovet som pasienten har. Ofte har ein mange pasientar ein skal ta hand om og ei viss forventning frå både pasientar og kollegaar om at ein skal kome i mål med arbeidsoppgåvene sine. Mi erfaring er at ein prioriterer pasienten sine fysiske behov, og at dei resterande behova kjem i andre rekkje.

Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient spelar ei viktig rolle (Eriksen, 2016, s. 898). Ifølgje Travelbee (1999, s. 171-178) har sjukepleiarar i oppgåve å etablere eit menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Eit menneske-til-menneske-forhold er ein prosess som påverkast av både sjukepleiaren og den sjuke, og som byggjast opp gradvis gjennom samhandling over tid. All kontakt sjukepleiar har med den sjuke kan vere viktig for utviklinga av eit menneske-til-menneske forhold.

Mi erfaring frå sengepost på sjukehus er at pasientar er innlagde i nokre dagar, før dei blir flytta over til anna omsorgsnivå. Eg har også opplevd at det er mange ulike sjukepleiarar, legar, helsefagarbeidarar og assistentar som tek seg av den same pasienten. Det er ikkje sjeldan at eg får høyre frå pasientar at: «Eg klarar ikkje å hugse kven du er, du skjønar det er så mange innom og hjelper meg». Eg opplever at dette kan skape avstand til pasienten, og at det gjer det vanskelegare å byggje opp ein god relasjon.

Den korte liggjetida på sjukehus og mange ukjende menneske er faktorar som kan gjere det utfordrande å skape eit menneske-til-menneske-forhold. Eg opplever også at nokre pasientar, særleg dei som ikkje er vande med å få helsehjelp, opplever rammene rundt sjukehusopphaldet som utrygge. Pasienten er kanskje mykje for seg sjølv, forstår kanskje ikkje alt som føregår rundt seg eller kva som skal skje framover. Det er viktig for menneske-til-menneske-forholdet at sjukepleiar identifiserer kva behov den sjuke har, og på den måten kan fremje meistring av sjukdom og liding (Travelbee, 1999, s. 179).

## 6 Konklusjon

Det er fleire faktorar ein må ta omsyn til for å sikre adekvat smertelindring til pasientar i palliativ fase. Sjukepleiar sin vurdering av smerter spelar ei viktig rolle med tanke på kva slags behandling pasienten får. Det er eit behov for å styrke kompetansen sjukepleiarar har om smertelindring. Mange sjukepleiarar undervurderer smerter, noko som kan føre til at pasienten ikkje får optimal behandling.

Det er berre pasienten sjølv som veit korleis smertene han har opplevast, og det er difor viktig at sjukepleiarar har tillit til pasientane sine egne vurderingar. Systematisk bruk av standardiserte kartleggingsverktøy kan fremje ei sikker vurdering av pasienten sine smerter. Smerter er eit svært samansett fenomen som påverkast av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar. Det er viktig at sjukepleiarar tek høgde for desse faktorane i vurderingane sine, og at ein har ei heilskapleg tilnærming til smerter.

Ein bør alltid vurdere ikkje-medikamentelle tiltak som eit supplement til medikamentell smertebehandling. Psykososiale tiltak kan ha god effekt på smerter. Det er viktig at sjukepleiarar og pasientar har ein god relasjon. Å etablere eit menneske-til-menneske-forhold til pasienten gjer det mogleg å skape ein reell kontakt, og å hjelpe pasienten til å meistre smertene han eller ho opplever.



## Kjeldeliste

Adekvat. (2019, 1.mai). I *Ordnett*. Henta frå

<https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=adekvat>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5.utg, s. 381–423). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 887-904). Oslo: Cappelen Damm AS.

Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 372–386). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2018, 12. desember). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme. Henta frå <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>

Gorin, S. S, Krebs, P., Badr, H., Janke, E. A., Jim, H. S. L., Spring, B., ... Jacobsen, P. B. (2012). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(5), 539–547. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.0437>

Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10 (4), 326–334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>

Grov, E. K. (2015). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 522–535). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 112–159). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). Lindrende behandling i livets slutfase. Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsepersonellova. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., s. 453–479). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 387–400). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling - generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 402–409). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 34–49). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laugsand, E. A., Sprangers, M. A. G., Bjordal, K., Skorpen, F., Kaasa, S. & Klepstad, P. (2010). Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-104>
- Lindre. (2019, 1. mai). I *Ordnett*. Henta frå <https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=lindre>
- Lindring i nord (2012, januar). Håndbok i lindrende behandling. Henta frå <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/H%C3%A5ndbok%20i%20lindrende%20behandling/H%C3%A5ndbok%20i%20lindrende%20behandling.pdf>

- Lorentsen, V. B. & Grov., E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg, s. 397-430). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk Helseinformatikk. (2018, 4. juli). Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r). Henta frå <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleierer. Henta frå [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. & Graverholt, B. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- NOU 1992:2. (1992). *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28f4c4cb4a027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død, Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>
- Oslo Universitetssykehus. (2018, 4. november). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Henta frå <https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-symptom-assessment-system-esas>
- Rhondali, W., Hui, D., Kim, S. H., Kilgore, K., Kang, J. H., Nguyen, L. & Bruera, E. (2012). Association between Patient-Reported Symptoms and Nurses' Clinical Impressions in Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 15(3), 301–307. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0403>
- Rosland, J. H. & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., s. 328–353). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Seow, H., Sussman, J., Martelli-Reid, L., Pond, G. & Bainbridge, D. (2012). Do High Symptom Scores Trigger Clinical Actions? An Audit After Implementing Electronic Symptom Screening. *Journal of Oncology Practice*, 8(6), 142–148.  
<https://doi.org/10.1200/JOP.2011.000525>
- Sikre. (2019, 30.mai). I *Ordnett*. Henta frå  
[https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=sikre&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge](https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=sikre&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge)
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å vere akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt sykdom* (1. utg, s. 13-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1.utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg, s. 926–956). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Trier, E. L. (2015). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie, Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 892–940). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2019). Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures. *Sykepleien Forskning*, 13(74591), 1-21, <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>
- Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 2: sentrale begreper og fenomener klinisk sykepleie* (4. utg., s. 172–193). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- World Health Organization. (2019, 21. mai). WHO Definition of Palliative Care. Henta frå  
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## Vedlegg

### Vedlegg 1, PICO-skjema (1)

<b>Patient/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Outcome</b>
Palliative care	Pain measurement*	Life quality
Palliative patient*	Pain assessment*	Pain relief
Palliative	ESAS	Pain management
	Edmonton Symptom Assessment Scale	Pain control
	Analgesi*	Quality of life
	VAS	Well being
	Visual Analog Scale	Well-being
	Visual Analogue Scale	

## Vedlegg 2, Søk (1)

	<b>Søkjeord</b>	<b>Tal på treff</b>	<b>Avgrensing</b>
S1	Palliative care OR palliative patient* OR palliative	182 129	
S2	Pain measurement* OR pain assessment* OR ESAS OR Edmonton Symptom Assessment Scale OR analgesi* OR VAS OR Visual Analog Scale OR Visual Analogue Scale	520 878	
S3	Life quality OR pain relief* OR pain managemet OR pain control OR quality of life OR well being OR well-being	1 082 675	
S4	S1 AND S2 AND S3	7 903	
S5	S4	4 573	Publiseringsdato: 2009-2019
S6	S5	1 122	Alder: 65 +
S7	S6	117	Geografi: Europa

### Vedlegg 3, PICO-skjema (2)

<b>Patient/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Outcome</b>
Palliative care	Nursing intervention*	Pain control
End of life care	Nursing care	Pain relief
Palliative patient*	Nurs*	Pain management

## Vedlegg 4, Søk (2)

	<b>Søkjeord</b>	<b>Tal på treff</b>	<b>Avgrensing</b>
S1	Palliative care OR end of life care OR palliative patient*	168 163	
S2	Nursing intervention* OR nursing care OR nurs*	2 075 601	
S3	Pain control OR pain relief OR pain management	232 892	
S4	S1 AND S2 AND S3	3 947	
S5	S4	2435	Publiseringsdato: 2009-2019
S6	S5	127	Geografi: Europa



## Vedlegg 5, Søk (3)

	<b>Søkjeord</b>	<b>Tal på treff</b>	<b>Avgrensing</b>
S1	Stein Kaasa	201	
S2	Palliative care	141 317	
S3	S1 AND S2	145	
S4	S3	110	Publisert etter 2009

## Vedlegg 6, Søk (4)

	<b>Søkjeord</b>	<b>Tal på treff</b>	<b>Avgrensing</b>
S1	Palliative care OR end of life care	160 801	
S2	Nurs*	2 075 944	
S3	Pain OR pain management OR pain relief OR pain control OR pain reduction	1 296 704	
S4	S1 AND S2 AND S3	7 028	
S5	S4	4 331	Publiseringsdato: 2009-2019
S6	Intervention	1 182 467	
S7	S5 AND S6	1 039	
S8	S7	67	Geografi: Europa

## Vedlegg 7, ESAS-skjema

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

---

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fyllt ut av (sett ett kryss):

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

(Norsk Helseinformatikk, 2018)