

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 274 _____

Eksamensnavn: SYBA3900 _____

Dato: 16.03.2017 _____

Klasse: 3E _____

Kull: 2014 _____

Antall ord: 8514 _____

Observasjon og kartlegging av smerter hos kreftpasienter

Hvordan bør en sykepleier observere og kartlegge smerte hos kreftpasienter under palliativ behandling?

År: 2017

Antall ord: 8514

Tittel: Observasjon og kartlegging av smerter hos kreftpasienter

Problemstilling: Hvordan bør en sykepleier observere og kartlegge smerte hos kreftpasienter under palliativ behandling?

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Kreftpasienter i palliativ fase opplever unødvendig smerte. Hvordan sykepleieren kartlegger og observerer denne smerten, er med på å avgjøre om pasienten får god smertelindring. Høyere kunnskapsnivå hos sykepleieren når det gjelder smerte og kartleggingsverktøy kan hjelpe pasienter med smerter.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er blitt brukt pensumlitteratur fra bachelorstudium i sykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Faglitteratur er funnet gjennom HiOAs bibliotek og læringscenter, Oria.

Forskningsartikler ble funnet via læringscenteret og bibliotekets databaser: Cinahl, MedLine, PubMed og Sykepleien.no.

Teori: Rammeverket inneholder definisjoner på ulike smerter ved kreft og hvordan disse oppleves. Videre nevnes ulike årsaker til kreftsmerte. Til slutt beskrives det hvordan en sykepleier bør observere og kartlegge smerter, og hvilken rolle og funksjon sykepleieren har ovenfor pasienten.

Drøfting og avslutning: I denne delen av oppgaven ses det nærmere på sykepleierens funksjon og rolle når det kartlegges og observeres smerte. Hvordan pasienten blir møtt kan påvirke sykepleierens lindrende funksjon. Det drøftes også hvordan pasientbarrierer mot smerter påvirker kartlegging av smerter. Kapitlet avsluttes med å belyse hvor viktig kunnskap hos sykepleieren er, og at den undervisende sykepleiefunksjonen og kommunikasjon kan gjøre det lettere å identifisere smerter.

Nøkkelord: Smerte, Smertekartlegging, Kreft, Palliativ fase, Sykepleierens rolle

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.	2
1.3 BEGREPSAVKLARING.	2
1.4 AVGRENSING.....	2
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON.	3
2.0 METODE	4
2.1 LITTERATURSTUDIE.	4
2.2 SØK OG VALG AV LITTERATUR.	4
2.3 RESULTATER, FUNN OG KRITIKK AV FORSKNINGSPROSESSEN.....	5
2.4 KILDEKRITIKK.....	7
3.0 TEORI	8
3.1 SMERTE.....	8
3.1.1 <i>Smertens fysiologi</i>	8
3.1.2 <i>Ulike kreftsmarter</i>	9
3.1.3 <i>Årsaker til kreftsmerte</i>	10
3.3 SYKEPLEIERENS OBSERVASJON OG SMERTEKARTLEGGING.....	11
3.4 SYKEPLEIERENS ROLLE OG FUNKSJON.	13
4.0 DRØFTING	15
4.1 KARTLEGGING OG OBSERVASJON AV SMERTER.	15
4.2 SYKEPLEIER I MØTE MED PASIENTEN MED SMERTER.....	17
4.3 BARRIERER MOT SMERTELINDRING.	19
4.4 UNDERVISNING OG KUNNSKAP.....	21
5.0 AVSLUTNING	23
LITTERATURLISTE	24
VEDLEGG 1	1
VEDLEGG 2:	2
VEDLEGG 3:	4

1.0 INNLEDNING

Sykepleiere står ovenfor en utfordring når det gjelder å observere og kartlegge palliative kreftpasienters smerte. I 2015 ble det registrert 32.592 nye krefttilfeller i Norge, som vil si at kreftforekomsten har gått opp med ca. 3 prosent fra 2014 (Larsen, 2016). Forskning og forbedrede behandlingsmetoder gjør at mennesker lever lengre med kreft i dag. Dette gjør at behovet for sykepleiere øker. En av de vanligste symptomene ved kreft er smerte (Bjørge, 2016). Det er derfor svært viktig at en sykepleier kan observere og kartlegge smerte, slik at pasienten kan få en verdig og riktig behandling i sluttfasen av livet. Allikevel har det vist seg at smerter har flere individuelle fasetter, som det kan være vanskelig å vurdere. Det stilles krav til at sykepleieren skal utvikle seg faglig, kvalitetssikre arbeidet sitt og holde seg oppdatert innen forskning for å kunne observere og kartlegge smerte. På denne måten kan sykepleieren hjelpe pasienten å lindre smertene på en god måte.

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Ut i fra egen erfaring har jeg selv opplevd at pasienter har vegret seg for å ta smertestillende, selv om de tilsynelatende hadde smerter. De ventet gjerne til smerten var utholdelig før de tok smertestillende. Dokumentasjonen av smertekartleggingen og pasientenes egne uttalelser, viste at mange av pasientene ikke ble adekvat smertelindret før på slutten av sykehusoppholdet. Noen rapporterte at de ikke ble godt nok smertelindret i det hele tatt. Denne erfaringen gjorde at jeg ville finne ut hvorfor det var slik. I løpet av denne skriveprosessen har jeg funnet ut at sykepleiers rolle og kunnskap når det kartlegges og observeres smerte kan påvirke hvordan pasienten blir smertelindret. Funnene i en studie viste at kreftpasienter opplever unødvendig mye smerte på grunn av manglende smerteforståelse hos sykepleier (Garcia, Whitehead & Winter, 2015). Videre viste en annen studie at sykepleierens observasjoner sammenlignet med kreftpasientens egne symptomregistrering av kreftsmarter, ikke lignet hverandre (Rhondali, et al., 2012). Sykepleiere er ansvarlige for å systematisk kartlegge pasientens subjektive smerter for å gi riktig smertelindring (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016). Likevel viser Soden, Ali, Alloway, Barclay, Perkins og Barkers (2010) forskning at sykepleiere har for lite kunnskap om smerter. Oppgavens hensikt er å vise sykepleiers rolle i observasjon og kartlegging av kreftsmarter. Smertetype og intensitet er viktig å identifisere for og videre kunne lindre smertene.

1.2 Presentasjon av problemstilling.

Ved hjelp av relevant pensum og forskning vil jeg belyse sykepleiers kartlegging og observasjon av kreftpasienter i palliativ fase, på somatisk avdeling. Ut i fra dette kom jeg frem til problemstillingen:

«Hvordan bør en sykepleier observere og kartlegge smerte hos kreftpasienter under palliativ behandling?»

1.3 Begrepsavklaring.

Palliasjon: Selve ordet betyr å legge et teppe over dem som trenger det, slik som syke og døende gjorde i klostre før nåtidens moderne helsetjeneste ble opprettet (Lorentsen & Grov, 2016). Den palliative fase kan defineres som livets slutfase. Lindrende behandling forbindes gjerne med palliasjon (Kaasa & Loge, 2016a). Pasienter i palliativ fase har en dødelig sykdom med flere symptomer (Kaasa & Loge, 2016b). Her er ett av de fremste målene å lindre smerter (Lorentsen & Grov, 2016). Behandlingen går fra å være kurativ til lindrende i palliativ fase.

Kreft: En krefttumor oppstår ved ukontrollert celledeling (Lorentsen & Grov, 2016). Cellene endrer funksjon og utfører ikke de oppgavene friske celler ville ha gjort. Det kan ta mange år før en tumor er stor nok til å bli oppdaget. Andre ganger hopper kreftcellene seg opp raskt og sykdommen oppdages tidlig. Kreftceller kan også spre seg (metastasering) via blodbaner eller lymfesystemet til andre organer. Det at antall krefttilfeller har gått opp skyldes først og fremst at levealderen blir høyere og befolkningen øker. Altså er det ikke kreftrisikoen i seg selv som er blitt høyere, men at det blir flere eldre i Norge. Engeland & Brunborg (2015) skriver i folkehelse rapporten at med dagens kreftforekomst vil hver tredje nordmann kunne få diagnostisert kreft før de blir 75 år gamle. Litt under 11 000 døde av kreft i 2012 hvorav lungekreft var den kreftformen som tok flest liv (Engeland & Brunborg, 2015). Det er altså en stor andel pasienter i Norge med kreft som undergår palliativ behandling.

1.4 Avgrensing.

Dimensjonene i oppgaven er ikke store nok til å fange opp smerteproblematikk i hele dens bredde. Jeg har derfor valgt å avgrense visse områder. Det er ikke gjort rede for sykepleietiltak når det gjelder smertelindring av den grunn at det ikke er en del av problemstillingen. Riktignok blir de nevnt, ettersom de spiller en viktig rolle når det gjelder sykepleierens funksjonsområder. Pårørende er også viktig når det gjelder pasient, smerteinformasjon og undervisning, men er ikke lagt vekt på i oppgaven. De endimensjonale

smertekartleggingsverktøyene visual analogue scale (VAS), numeric rating scale (NRS), eller verbal rating scale (VRS) vil være de tre smertekartleggingsverktøyene som får størst fokus i oppgaven. Dette fordi det var NRS som ble brukt på sengeposten hvor jeg hadde praksis, i tillegg til observasjon og kommunikasjon. På denne måten kan jeg også sammenligne de forskjellige kartleggingsverktøyene. VAS og NRS og VRS kartlegger smerteintensiteten ved at pasienten selv rapporterer, skriftlig eller muntlig, smertens intensitet. I litteraturfunnene er ESAS ofte brukt som et kartleggingsverktøy. ESAS registrerer flere symptomer hos kreftpasienter, hvorav smerte er ett av dem. På samme måte som NRS skriver pasienten selv, på en skala fra 1-10, smertens intensitet (Knudsen & Kaasa, 2016) Jeg har derfor brukt smerteskaladelen av ESAS i oppgaven. Det finnes flere kartleggingsverktøy som går dypere inn på de emosjonelle og sensoriske delene ved smerte (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016). Et som ofte blir tatt i bruk er for eksempel McGill Pain Questionnaire. Jeg har valgt å ikke bruke disse i like stor grad.

Det er tatt utgangspunkt i at alle pasientene er voksne, kan gjøre seg forstått og kommunisere med sykepleier. Jeg har derfor utelukket smertekartleggingsverktøy som ofte brukes hos barn eller pasienter som ikke klarer å uttrykke seg. Pasientgruppen i oppgaven er i palliativ fase, fra 18 til 70 år og innlagt på en somatisk sengepostavdeling på sykehus Regjeringens rammeplan for sykepleierutdanning presenteres kort i teoridelen og brukes i drøftingsdelen. Her har jeg gått ut i fra Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, og Grimsbøs (2016) tolkning av rammeplanen. De har trukket ut 7 funksjonsområder for sykepleie hvorav jeg har ekskludert punkt 4. rehabilitering og habilitering ettersom jeg ikke fant dette punktet like relevant for problemstillingen.

1.5 Oppgavens disposisjon.

Oppgavens disposisjon består av en methodedel, teori, drøfting og avslutning. Methodedelen beskriver litteraturstudie, hvordan litteraturen ble funnet, resultater og funn av forskningsartiklene og kildekritikk. Teoridelen handler om smerte hos kreftpasienter, observasjon og kartlegging og til slutt sykepleierens rolle og funksjon. Drøftingen tar for seg funnene i teori- og forskningsartiklene diskutert opp mot problemstillingen.

2.0 METODE

Måten en bør gå frem på for å skaffe og etterprøve kunnskap, kalles metode. En velger metode ved å vurdere om den kan gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig måte. Ved å bruke kvantitative metoder kan en finne data som belyser målbare enheter. De kvalitative metodene tar derimot utgangspunkt i å belyse mening og opplevelser som ikke viser seg i tallrike studier (Dalland, 2012). I denne oppgaven har jeg samlet inn både kvalitative og kvantitative data fra studier gjengitt i forskningsartikler. På denne måten fikk jeg et innblikk i hvordan smerten ble kartlagt og evaluert kvalitativt. I disse studiene hadde forskerne en liten gruppe forsøksdeltakere som fikk frem følelser og opplevelser som ikke lar seg tallfeste i kvantitative studier. De kvantitative undersøkelsene viste til større utvalg av befolkningen. Hensikten her var å få et overblikk på hvordan kreftsmarter ble kartlagt og observert generelt med et større utvalg forsøksdeltakere. Dette gjør det igjen enklere å drøfte og sammenlikne ulike sider ved temaet.

2.1 Litteraturstudie.

Oppgaven er en litteraturstudie som for det meste tar utgangspunkt i skriftlige kilder (Dalland, 2012). I litteraturstudier kan man også kombinere praksiserfaring med skriftlige kilder. Slik er det også gjort i denne oppgaven, hvorav utgangspunktet for problemstillingen min er tatt fra en av praksisperiodene mine.

2.2 Søk og valg av litteratur.

.Databasene som er brukt for å samle inn data er HiOAs læringsenter og bibliotek, Cinahl via HiOAs læringsenter og bibliotek, MedLine via HiOAs læringsenter og bibliotek, PubMed via HiOAs læringsenter og Sykepleien.no. Artikkene som blir brukt er primærkilder. Jeg fant MeSH termer via helsebiblioteket.no på de norske søkeordene «kreft» «palliativ behandling» og «smertekartlegging». Noen av søkeordene som ble brukt var: «Neoplasms» «Pain» «Palliative Care» «Nurses» «Pain Assessment». Alle forbundet med (AND) og i forskjellige kombinasjoner og varianter. Jeg avgrenset søkene mine til å omhandle voksne fra 18 år og at artiklene ikke var eldre enn 10 år. Et av søkene mine var for eksempel i databasen Medline med søkeordene «neoplasms», «nursing assessment», «pain measurement», «palliative care». Avgrenset til Year-date: 2007-2016, som ga 21 treff hvorav 1 var relevant (Søkeprosessen: se vedlegg 1).

Oria på HiOAs bibliotek er brukt til å finne relevant litteratur. Her fant jeg kapittelet *Smertediagnostikk* i boken *Palliasjon-Nordisk lærebok* (Knudsen & Kaasa, 2016) og boken

Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (Rustøen & Wahl, 2008) som jeg har brukt mye. Jeg hadde også en rekke pensumbøker som har vært pensumlitteratur igjennom utdanningsforløpet. Jeg har blant annet brukt boken *Kreftsykepleie* (Bjørgero, 2016) mye gjennom teoridelen. Noen av disse bøkene er bøker med redaktør og sekundærkilder. Her har jeg lest meg opp hos de refererte primærkildene og forsikret meg om at de skriver det samme. Et eksempel er kapittelet *Om sykepleie* (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011) i *Grunnleggende sykepleie - bind 1*, hvor deres tolkning av Regjeringens rammeplan for sykepleieutdanning er brukt for å belyse sykepleierens funksjonsområder.

I oppgaven har jeg også brukt nettsteder som kreftregisteret.no og Folkehelseinstituttet for generell teoretisk kunnskap og statistikk om kreft i Norge. Jeg har vært inne på og International association of the study of pain (IASP) for å finne definisjon på smerte. Lovverk hentet fra lovdatas hjemmesider.

2.3 Resultater, funn og kritikk av forskningsprosessen.

Her presenteres de forskningsartiklene jeg mener er mest relevant for besvarelsen av problemstillingen min. Det er også brukt to andre forskningsartikler i drøftingen (se vedlegg 2).

Garcia, A., Whitehead, D., & Winter, H. S. (2015). Oncology nurses' perception of cancer pain: A qualitative exploratory study. *Nursing Praxis in New Zealand*.

Denne artikkelen handler om smerte og måten man håndterer den på, er komplekst og kan påvirke mange aspekter gjennom en kreftpasients forløp. På tross av fremgangen i forståelsen av årsakene til kreftsmerte og farmasøytiske utviklinger, er det fortsatt en utfordring for helsepersonell når det gjelder begrenset effektivitet ved smertelindring. Mange kreftpasienter fortsetter å oppleve unødvendige sterke smerter. Forskningen her ble utført for å utforske hvordan kreftsykepleiere oppfatter kreftsmerte hos pasientene sine. Studien er kvantitativ og dataen er samlet inn fra fem sykepleiere i New Zealand. Delvis strukturerte intervjuer ble tatt opp, transkribert og analysert.

Funnene viste innsikt i hvordan sykepleierne responderte når de ikke observerte smerten godt nok hos pasientene sine. Responser som frustrasjon, hjelpeløshet, og emosjonelt stress ble rapportert. Funnene gikk overens med allerede eksisterende forskning som identifiserte at sykepleierne kom til kort når det gjaldt praksis og utdanning, mangel på forståelsesfull

vurdering av smerte, og mangler på farmalogiske og ikke-farmalogiske behandlinger av smerte. Studien belyser behovet for forbedring på disse områdene og identifiserer behovet til videre utforskning av disse problemene når det gjelder kreftsmerte hos pasientene selv.

Artikkelen er relevant for denne oppgaven ved at den viser hvilke holdninger sykepleiere har til smerte og hvordan de oppfatter kreftsmertene ved observasjon og kartlegging. Den viser også til hvordan sykepleierne reagerer når pasientene rapporterer smerte.

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.

Artikkelen omhandler at klinikere ofte stoler mer på sine egne eller sykepleieres kliniske inntrykk av symptomer, enn det pasientene selv rapporterer. Forskerne ville sammenligne pasientenes egne symptomregistreringer på ESAS-skjema. Forskerne samlet inn ESAS-skjema fra kreftpasienter innlagt på en palliativ avdeling. Dette gjorde de dag 1 og dag tre av oppholdet deres. De samlet videre inn de det sykepleiernes og andre klinikers vurdering over pasientenes fysiske og psykiske tilstand. Funnene viste ingen sammenheng mellom klinikers vurderinger og ESS-skjemane som pasientene hadde fylt ut når det gjaldt smerte dag 1. Dag tre var det derimot en svak korrelasjon mellom klinikers vurderinger og ESAS målingene for smerte. Det ble konkludert med at sykepleiere viste dårlig vurderingsevne når det gjaldt pasientenes egenrapporterte symptomintensitet.

Artikkelen er relevant fordi den viser hvordan sykepleieres observasjon alene ikke er nok for å kartlegge smerter. Den belyser at systematisk kartlegging er nødvendig, i tillegg til observasjon.

Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P., & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study.

Denne studien er kvalitativ og ville vise en bedre forståelse over hvordan sykepleiere, som jobba med pasienter innlagt på palliative avdelinger, vurderte og tok seg av gjennombruddssmerte. De foretok intervjuer med femten sykepleiere fra fem forskjellige avdelinger i Storbritannia. De analyserte og strukturerte intervjuene og fant fire forskjellige hovedkategorier; definisjon av gjennombruddssmerte, vurderingen av gjennombruddssmerte,

administrasjonen av gjennombruddssmerte, og holdninger/gruppearbeid. Konklusjonen var at sykepleierne hadde vanskeligheter med å definere gjennombruddssmerte som en spesifikk smertekategori. Ofte klarte de ikke å skille mellom denne og en annen type bakenforliggende smerte. Studien belyser at det trengs opplæring og viser til et behov for at gjennombruddssmerte må oversettes slik at det kan brukes i dagligdags klinisk praksis.

Studien er relevant for min oppgave fordi den belyser kunnskapsnivået som burde vært til stede hos kreftsykepleiere når det gjelder ulike typer smerte. Her vektlegges gjennombruddssmerte som er svært vanlig hos palliative kreftpasienter.

2.4 Kildekritikk.

Kildekritikken er en vurdering og en forståelse av betydningen over litteraturen som er brukt (Dalland, 2012). Litteraturen som er brukt er for det meste av nyere dato, men når det gjelder noen pensumbøker er ikke alle av nyeste utgaven. Forskningsartiklene er ikke eldre enn 10 år gamle. Litteraturen og forskningen har hjulpet meg å besvare problemstillingen min på en relevant og faglig måte. Jeg har funnet relevant litteratur som har belyst sykepleiers rolle, samtidig som vitenskapsteori og forskning innen smerte er inkludert. Oppgaven inneholder empiri i drøftingsdelen, hvor pasient og institusjon er anonymisert. Det har vært vanskelig å finne forskningsartikler som presenterer både kartlegging og observasjon, og artiklene jeg søkte opp i begynnelsen hadde ofte «smertelindring» som hovedtema. Etter at jeg deltok på søkekurs undervist av bibliotekarene på HiOA, ble det derimot enklere å finne gode søkeord som gjorde at jeg fant forskningsartikler som kunne hjelpe meg å besvare problemstillingen. I noen av forskningsartiklene er deltakerne kreftsykepleiere, men jeg synes likevel de har vært av relevans for besvarelsen min. Dette ettersom kreftsykepleieres og sykepleieres kartlegging og observasjon av smerte er relativt lik.

3.0 TEORI

3.1 Smerte.

International Association for the study of pain definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse i sammenheng med faktisk eller potensiell vevsskade» (2012, avsn. 1, egen oversettelse). Opplevelsen av smerte går altså både på sanser, emosjoner og kognitive funksjoner. Bjørgo (2016), skriver at smerte er et symptom og ikke en sykdom. Det sensoriske- og autonome nervesystemet blir aktivert og er det nevrofysiologiske grunnlaget for somatisk smerte. Nocisepsjon betyr vevsskade eller varsel om vevsskade. Det er dette som er stimulus til akutt smerte, men ikke alltid når det gjelder kronisk smerte. Kronisk smerte kan oppstå uten beviselig vevsødeleggelse. En kan skille nocisepsjon fra smerte ved at nocisepsjon er aktivitet i nociseptive nervebaner (Stubhaug & Ljoså, 2008). Smerte er et perseptuelt tilfelle i en våken hjerne. Den er som nevnt ovenfor, selve opplevelsen av smerte.

Smerte er en subjektiv opplevelse, som vil si at den oppleves forskjellig fra menneske til menneske. Det oppleves forskjellig fordi det perifere og det sentrale nervesystemet reagerer på smertestimuli med individuell styrke (Bjørgo, 2016). Signalene som sendes til hjernen etter en smertestimulus vil gå igjennom hemmende og forsterkende mekanismer. Dette oppleves altså forskjellig hos hvert enkeltindivid. Fordi en smerteopplevelse oppleves så forskjellig og det er mangel på et felles smertespråk, som Bjørgo kaller det, kan det være vanskelig å kommunisere. Det kan oppstå misforståelser mellom helsepersonell og pasient. Dette gjør igjen at det blir vanskelig å sammenlikne smerte mellom individer og å skape gode objektive målemetoder for smerteregistrering. I daglig praksis må en bruke pasientens egne utsagn og subjektive mål for å vurdere smertens intensitet.

3.1.1 Smertens fysiologi.

Nerver i det perifere nervesystemet (PNS) er spesialisert til å lede smerteinformasjon fra perifert vev til sentralnervesystemet (CNS) (Bjørgo, 2016). Det finnes også nerver som har grunnleggende andre sensoriske kvaliteter som kan delta i smerteledningen. De fleste vev har frie nerveender som aktiveres av smertestimuli som kalles nociseptorer (smertereseptorer). Hvor sensitivt et vev er for smerte avhenger av hvor tett smertereseptorene ligger. I beinhinnen ligger for eksempel smertereseptorene tettere enn i fettvev. Smertereseptorer har en alarmfunksjon i det en akutt smerte utløser en refleks, eller viljestyrt reaksjon. Dette er en beskyttelsesmekanisme for å unngå smertestimuli. Et eksempel kan være om man tar hånden

på en varm komfyrplate vil en reflektorisk trekke hånden til seg. Det finnes smertereseptorer som er inaktive helt til det oppstår en inflammasjon etter vevsskade.

Utsettes kroppen for et traume, som for eksempel en krefttumor som vokser inn i nabovev, kan dette føre til nekrose og langvarig smertestimulering (Bjørøgo, 2016). De fleste smerteledende nervebaner ender opp i thalamusregionen hvor de blir spredd videre til høyere hjernedeler. Når informasjonen når hjernebarken blir smerten en bevisst opplevelse. Når smertesignalene spres til forskjellige hjernesentre vil informasjonen knyttes opp mot allerede lagret informasjon, slik som tidligere smerteerfaring, eller smertehukommelse (Bjørøgo). Det samlede resultatet av bearbeidingen i hjernen vil utgjøre den totale smerteopplevelsen. Sentralnervesystemet har et smertemodulerende hemmende system som demper intensiteten av smerteopplevelsen. Dette vil variere fra menneske til menneske. Dette systemet virker via nedstigende nervebaner fra midtre og lavere deler i hjernen til ryggmargen. Aksjonsstedet er synapser i hjernens og ryggmargens bakhorn, der de smerteførende nervene fra et perifert smertefokus blir koblet til neste nevron, som tidligere nevnt. Systemet aktiveres antakelig umiddelbart etter oppstigende smerteinformasjon begynner å strømme til hjernen.

3.1.2 Ulike kreftsmarter.

Når det gjelder kreftsmarter deles disse gjerne inn i akutte eller kroniske. Kroniske smerter kan gi akutte, høyintense smerteepisoder i tillegg til en jevn konstant smerte (Bjørøgo, 2016). Den konstante smerten kan kalles bakenforliggende smerte (Soden et al., 2010) De høyintense smerteepisodene kalles gjennombruddssmerte, og kommer episodevis i tillegg til den konstante smerten. Nociseptisk smerte er grunnleggende en normal fysiologisk funksjon som søker å verne om kroppens helhet. Den varsler også om at nå foregår det en patologisk prosess som kroppen må forholde seg til. Akutt smerte har en logisk funksjon, noe som ikke alltid er tilfelle ved kroniske smerter. I følge Bjørøgo (2016) kan denne smerten virke plagsom uten noen tilsynelatende funksjon.

I det perifere og det sentrale nervesystemet kan nerver bli skadet av blant annet tumor, eller antitumorbehandling (Bjørøgo, 2016). Forandringene, både de patologiske og de anatomiske, kan føre til en abnorm funksjon i nervene som igjen kan gi opphav til nevropatisk smerte. Brudd på kontinuiteten i en perifer sensorisk nerve ved avrivning/trykk fra tumor fører til deafferensiering. En afferent nerve leder impulser inn til hjernen og ryggmargen i motsetning til efferente nerver som leder dem ut fra sentralnervesystemet (Jansen, 2016). Deafferisering innebærer en helt, eller delvis tap av afferent ledning fra vevsområdet perifert for skaden

(Bjørgero, 2016). Den vitale, spontane nerveenden vil som resultat av en mislykket reparasjonsprosess ofte danne små utvekster. Disse er overfølsomme og har nedsatt stimulusterskel. Det kan føre til spontan smertefull aktivitet, som hjernen igjen kan tolke som utgående fra det deaffiserte vevet. Hvordan kjennes denne smerten? Igjen kan dette variere etter hva som forårsaker smerten, hvor den er lokalisert og hvordan individet tolker og føler smerte. Bjørgero (2016) skriver at det utsatte området kan svi, føles brennende eller stikkende ofte sammen med en dypere borende smerte. Smerten kan også føles klemmende med repeterte strålende smerter ut i en ekstremitet. Disse nevrologiske smertene er mest tydelige hos kreftpasienter i palliativ fase.

Visceral smerte kan være både akutt og kronisk og oppstår i vev med glatte hinner som lunge hinner og tarm. Smerten kan oppleves som fjern, klemmende og dyp. (Bjørgero 2016). Smerte som oppleves et annet sted på kroppen enn der den smertegivende bearbeidningen er lokalisert, kalles overført smerte. På grunn av kobling mellom nerver, som for eksempel nervefibre som ligger torakalt og sensoriske nerver fra venstre arm, vil smerten oppfattes et annet sted enn der den utspringer fra. Livstruende sykdommer kan forårsake sterkt emosjonelt stress, som igjen kan gi ekte smerter. Psykiske problemer kan også forsterke mindre smerter. (Bjørgero, 2016).

3.1.3 Årsaker til kreftsmerte.

Når det gjelder kreft er smertene som oftest forårsaket av sykdommen. En liten prosentandel kan være forårsaket av stråling som har ødelagt hud og muskulatur (Bjørgero 2016). Når det gjelder smerter som kommer av grunnsykdommen er metastaser i skjelettet ofte forbundet med smerte. Bjørgero (2016) understreker i midlertidig at det ikke finnes noen sikker korrelasjon mellom smerte og hvor mye metastasering en person har. Metastasesmerter kan kjennes som verk og intensiteten øker ved bevegelse og belastning. Smertene kan bli veldig intense om det er ryggraden, bekkenet eller underekstremitetene som er rammet. Disse kroppsdelene bærer hele kroppen. Metastaser kan deles inn i osteolytiske og osteoklerotiske. Det er trodd at osteolytiske lesjoner med stor nedbrytningsaktivitet av benvevet ofte forårsaker smerte. Det forekommer store forskjeller i smertens intensitet hos pasienter med metastaser

En krefttumor kan som sagt vokse lenge før den gir noen form for smerte, avhengig av om de vokser inn i nabovev eller organer. (Bjørgero, 2016). Et eksempel kan være en sarkoma som vokser inn mot ledd. Smertene her er nociseptive med intens verking, eller sårhet hvis huden er involvert. Når det kommer til innvekst eller kompresjon av nerver medfører dette nerveskade og/eller funksjonsforandringer i området rundt tumor. Symptomer kan være økt

følsomhet i huden som brenning/svie. Pasienter beskriver ofte intens verking sammen med en strammende følelse, regelmessige pressende smerter som elektriske støt. Videre kan det være parestesier som utarter seg som prikking. Øker tumoren vil kompresjonen eller innveksten kunne føre til motorisk utfall.

Tumor hulorganer, som for eksempel tarmen, kan blokkere passasjen. Her kan smertene oppleves som nociseptive og viscerale. De viscerale vil vise seg i form av kolikker, subileus, eller ileus (Bjørgero, 2016). Kapselbelagte organer som blir påvirket av tumor, som ved metastasering til leveren, vil det forekomme smerter når tumor har nådd et kritisk nivå slik at kapselen strekkes. Levervevet har ikke tilførende smertefibre, men det er mange av disse i leverkapselen og galleveiene. Når tumor sprer seg uttalt vil det forekomme ødem som også bidrar til smerte. Denne smerten er dyp, verkende og lokalisert til det rammede organet.

Onkologisk behandling som kirurgi, cytostatika og strålebehandling er behandlinger som kan gi smerte (Bjørgero, 2016). Kirurgi, som amputasjon og mastektomi, kan gi nerveskader som senere kan bli til nevropatisk smerte. Cytostatika kan også gi nerveskader, og spesielt de typene som er mer toksiske enn andre. Til slutt gir strålebehandlingen fibroseutvikling og nerveskader hvis strålefeltet ligger nært nervebunter. Her forekommer det også skader på tarm og skjelett. Smerte forårsaket av disse behandlingene er nevropatiske og kan bli kroniske.

3.3 Sykepleierens observasjon og smertekartlegging.

Sykepleiere er noen av de viktigste aktørene når det gjelder observasjon og kartlegging av kreftsmarter (Garcia, Whitehead & Winter, 2015). Hvordan sykepleieren oppfatter, opplever og vurderer kreftsmerte spiller derfor en stor rolle når det gjelder hvordan pasienten skal bli smertelindret. Opplevelsen pasienten har av smerte er et uttrykk for lidelse (Kristoffersen et al., 2011). Når pasienten opplever smerte er det godt at noen ser og forstår deres behov uten at de trenger å be om det mest selvfølgelig. Florence Nightingale (2003) forklarer viktigheten av observasjon. Målet er at sykepleieren observerer pasientens tilstand og endringer for å opprettholde og fremme helse og velvære. Kristoffersen (2011b) skriver at et klinisk blikk er å observere gjennom sansene for å hente inn data. For at sykepleieren skal utvikle et anlegg for klinisk observasjon må han/hun ha evnen til å sanse og oppfatte, være årvåken og var, ha teoretisk kunnskap om aktuelle tilfeller, samtidig som det reflekteres over egne erfaringer. For å tolke observasjonene man gjør seg setter man de sammen med den teoretiske og erfaringsbaserte kunnskapen man har tilegnet seg.

Stress øker hos pasienter med smerter (Danielsen, et al., 2016). Observasjon av smerter er derfor også det å identifisere stresstegn og hvordan disse påvirker pasientens grunnleggende behov. Har pasienten negative emosjonelle reaksjoner, som for eksempel frustrasjon, kan dette være forårsaket av smerten (Eide, 2008). Fysiologiske tegn som kan observeres og måles hos en pasient med smerter er forhøyet blodtrykk, raskere puls, raskt åndedrett, utvidete pupiller, blekhet, kald hud og svetting (Danielsen, et al., 2016; Winger & Leegaard, 2016). Sykepleieren observerer smerte ut i fra disse tegnene, men de karakteriserer ikke nødvendigvis smertens alvorlighetsgrad. Hos pasienter med kroniske smerter kan de fysiologiske tegnene være normalisert ettersom kroppen er så vant til smertene og forsøker å oppnå en likevekt. Fysiologiske tegn er viktig, men det viktigste er hvordan pasienten selv beskriver smerte, og hvordan han viser det gjennom nonverbal atferd. Atferd som reflekterer smerte kan være at pasienten snakker mye om smerten, gråter og ynker seg, gnir seg på smertestedet, spenner seg eller lager grimaser. Forholder pasienten seg inaktiv kan det være at smerten øker ved aktivitet og at det å holde seg i ro er en mestringsstrategi. Når pasienten uttrykker smerte er det viktig at sykepleieren kommuniserer slik at pasienten føler seg forstått og akseptert (Eide, 2008). Dette gjøres blant annet ved å vise empati og respekt for situasjonen (Nordtvedt, 2012). enkelt er dette å vise forståelse fra det pasienten selv forteller, opplever, erfarer og føler. Sykepleieren skal ta dette alvorlig og ha et ønske om å hjelpe personen.

Kartlegging er en gjennomgang og vurdering av de faktorene som har betydning for pasientens behov (Kristoffersen, 2011a). I denne sammenheng er dette behovet velvære. Smertevurderingsskalaer gir pasienten mulighet til å rapportere sin egen smerteintensitet (Lorentsen et al. 2010, se vedlegg 3). Skalaen blir rutinemessig utført og sammenlignet. De gir også sykepleieren et felles begrepsapparat hvor individuelle holdninger og meninger ikke blir lagt like stor vekt på. Smertens intensitet er kanskje det som er viktigst å evaluere for sykepleiere (Bjørge, 2016). Ettersom smerte er vanskelig å kommunisere blir kartleggingsverktøyet Numeric rating scale (NRS) ofte brukt (Torvik, Skauge & Rustøen). Pasienten krysser av på en linje som går fra 0-10, hvor 0 angir ingen smerte og 10 betyr at pasienten har uutholdelige smerter. Dette er et subjektivt hjelpemiddel som hjelper i praktisk smertekartlegging. Angir pasienten mer enn 3, trenger han/hun behandling. Visual analogue scale (VAS) viser på samme måte er bilde av pasientens smerte der og da. Her angir pasienten sin smerteintensitet ved å krysse av på en 10 cm lang linje. Den ene enden er verst tenkelig smerte og den andre indikerer ingen smerte i det hele tatt. Antall millimeter fra endepunktet

opp til pasientens avkrysning måles av som smerteintensiteten i tall. Verbal rating scale (VRS) er en skalalinje med adjektiver fra ingen smerte til verst tenkelig smerte. Det finnes også skjemaer med kombinasjoner av de ulike skalaene. Disse verktøyene er fine verktøy når sykepleieren skal kartlegge endringer i smerteintensiteten over tid, for så å sammenligne skårene. Smerten kan for eksempel registreres når pasienten blir lagt inn på sykehus og igjen registreres når pasienten blir skrevet ut. Spørsmål som stilles når sykeleier skal kartlegge tidsaspektet kan være: Når den begynte? Hvordan har den utviklet seg? Er det forskjell på natt og dag? Og hvor lang tid tar det før smertemedikamentene lindrer smertene?

3.4 Sykepleierens rolle og funksjon.

Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) formål er at hele befolkningen skal ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Kapittel § 3-2 i loven sier at pasienter har rett på informasjon som er nødvendig slik at de får innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. De skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Helsepersonelloven (1999) kapittel § 10, sier også at helsefagarbeidere skal gi informasjon til den som har krav på det. De yrkesetiske retningslinjene fra Norsk sykepleieforbund (2011), baseres på etiske regler fra International Council of Nurses (ICN) og de Forente Nasjoners (FN) menneskerettigheter. Her skrives det at sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt. Sykepleie utøves på sårbare arenaer i møte med menneskers avmakt, fortrolighets- og intimitetssone. Det er sykepleierens rolle og lindre pasientens lidelse ved smerte (Danielsen et al., 2016). Daglige forutsetninger for velvære, selv om ikke disse er direkte koblet til smerten, kan redusere smertens intensitet. Et eksempel på dette kan for eksempel være å hjelpe pasienten å pusse tennene, eller fukte munnen ved tørrhet. Det å gå rundt å være tørr i munnen kan forsterke smerten.

Kristoffersen et al. (2011) trekker ut sykepleiernes funksjoner fra regjeringens rammeplan for sykepleieutdanning. Noen av funksjonene er 1. helsefremming og forebygging, 2. behandling og lindring, 3. undervisning, 5. undervisning og veiledning, 6. organisering, administrasjon og ledelse og 7. fagutvikling, kvalitetssikring og forskning.

Når det gjelder helsefremming og forebygging skilles det mellom primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. I sammenheng med palliative pasienter er de

tertiærforebygging som er aktuelt. Sykepleierens funksjon her, er å hindre at komplikasjoner oppstår ved sykdom, samtidig som de skal avverge at nye helseproblemer oppstår.

Sykepleierens ansvar er å lindre palliative pasienters lidelse, samtidig som sykepleieren fremmer helsen for at ikke nye helseproblemer skal oppstå. Sykepleierens funksjon ved behandling vinkles mot mennesker med akutt, eller kronisk helsesvikt (Kristoffersen, et al., 2011). Sykepleieren skal hjelpe pasienten med de ressursene han/hun har mistet og tilpasse hjelpen til hver enkelt pasient. Eksempler kan hygieniske tiltak og aktivisering. Herunder kommer også samarbeid med annet helsepersonell og delegering av oppgaver tilknyttet pasientens medisiner. Undervisning og veiledning er funksjoner hvor sykepleieren skal bidra til læring, utvikling og mestring. Dette gjelder både kollegaer, studenter, pasienter og pårørende. Når det kommer til pasienter og pårørende gjelder det her å undervise dem i kunnskap slik at de får en forståelse ovenfor det å ta valg når det gjelder og ivareta egen helse. Ved å undervise kolleger og studenter øker kvaliteten på tjenestetilbudet i takt med at kunnskapsnivået, ferdighetsnivået og refleksjon over eget arbeid heves. Til slutt vil fagutvikling, kvalitetssikring og forskning gjøre at sykepleieren holder seg oppdatert. Etersom det skjer endringer i lover, retningslinjer og behov i samfunnet er dette nødvendig. Sykepleieren må selv anvende litteratur, forskning, dokumentere, kvalitetssikre og vurdere sin egen utøvelse og kjenne til grenser for egen kompetanse. Sykepleieren må selv delta og ta initiativ i opplæring på arbeidsstedet for å utøve sykeleie på en faglig og forsvarlig måte.

Lindring omfatter å begrense graden av ulike typer belastning. Disse belastningene kan være fysiske, psykiske, eksistensielle eller sosiale. Sykepleietiltak ved lindring av smerte kan for eksempel være å legge en kald kompress med vaselin på hudområdet kreftpasienten har fått strålebehandling. Målet er å fremme menneskets opplevelse av velvære. Faktorer sykepleieren må tenke på når det gjelder den lindrende funksjonen er om pasienten har egne metoder som lindrer smerten (Kristoffersen et. Al, 2011). Bjørge (2016) skriver at man her må få frem emosjonelle, sosiale eller eksistensielle forhold som kan påvirke smerten. Ved å kartlegge hvordan pasienten mestrer sin smerte kan sykepleieren veilede pasienten i ulike teknikker om nødvendig (Valeberg & Wahl, 2008). Disse teknikkene vil hjelpe pasienten å se at han/hun kanskje har flere ressurser enn tidligere tenkt.

4.0 DRØFTING

Dalland (2012) beskriver drøfting som en analyserende diskusjon der argumentene belegges med teori og/eller empiri. I denne delen vil jeg vise til sammenhengen mellom de presenterte teoretiske perspektivene, funnene i forskningsartiklene og egen erfaring. Sykepleierens funksjonsområder vil ses i sammenheng med kartlegging, observasjon og kreftpasienten i palliativ fase. Er denne kartleggingen og observasjonen god nok til at pasientene blir godt nok smertelindret? Hvordan observerer og kartlegger sykepleiere smerte hos pasientene sine? Drøftingen tar for seg hvordan sykepleiere systematisk burde kartlegge og observere smerte, med faktorene smertetype og smerteintensitet, som utgangspunkt. Det finnes forbedringer på dette området. Faktorer som hvordan sykepleiere oppfatter smerte og hvordan pasientene uttrykker smerte, påvirker pasienter i palliativ fase. Kommunikasjon, kunnskap, kroppsspråk og underrapportering fra pasientene er noen faktorer som kan påvirke hvordan pasienten blir smertekartlagt.

4.1 Kartlegging og observasjon av smerter.

Hvordan opplever kreftpasienter smerter i palliativ fase? Har de gjennomgått onkologisk behandling som kirurgi, cytostatika og stråleterapi er alle disse behandlingsformene opphav til smerte. I tillegg er selve sykdommen kreft, også opphav til smerte (Bjørge 2016). Som tidligere nevnt har sentralnervesystemet et smertemodulerende hemmende system som demper intensiteten av smerteopplevelsen etter at hjernen har bearbeidet smerten. Opplevelsen av smerte vil variere fra menneske til menneske. Derfor er smerteintensitet vanskelig å observere ettersom opplevelsen kan være så forskjellig hos hvert individ. Det er vanskelig å måle smertens intensitet ut ifra kun observasjon. En sykepleier som ble intervjuet i Soden et als. studie nevnte at hun følte seg dum når hun spurte pasientene om å rangere smerten sin fra 1-10. Hun argumenterte videre med «hvordan kunne pasientene sette et nummer på smerte, når alle opplevde den så forskjellig» (2010, s. 296, egen oversettelse). Rhondali et al. (2012). fant i sin studie at sykepleierne ofte stolte på sin egen vurderingsevne, og ikke la spesielt stor vekt på NRS målingen i ESAS-skjemaet, hvorav pasienten selv rapporterte smerteintensiteten. Studien sammenlignet både helsepersonells vurdering av smertens intensitet og pasientens egne rapportering, uten at de fant spesielt høy korrelasjon mellom de to. Kanskje var dette fordi de ikke brukte ESAS ofte nok i egne kartlegginger over smerte. Forskerne i artikkelen foreslår at det trengs videre forskning på kartleggingsverktøy i sammenheng med for eksempel smertesymptomer. De nevner også at sykepleiere må få bedre opplæring og undervisning for å integrere disse verktøyene i praksis. Kombinerer man

observasjon sammen med kartleggingsverktøy, kan sykepleieren identifisere smerte hos pasienten sin. Samtidig kan sykepleieren få et bedre innblikk i smertens intensitet.

Knudsen og Kaasa (2016) skriver at en systematisk kartlegging av det pasienten selv rapporterer er helt nødvendig for å stille en god smertediagnostikk slik at legen kan følge opp og endre behandlingen. Videre skriver de at sykepleiere ofte stoler blindt på sin egen observasjon av smerte hos pasientene sine. Usystematisk kartlegging går dårlig overens med de observasjonene man får ved at pasienten selv rapporterer smerte gjennom kartleggingsverktøy som VAS, VSR, NRS og spørreskjema. Selv om VAS, NRS og VSR har vist seg som en pålitelig metode å måle smerteintensiteten, gir de et ganske avgrenset bilde av smerten. Knudsen og Kaasa skriver derfor at ESAS som måler flere symptomer sammen med smerte er et fint kartleggingsverktøy for å få et helhetlig bilde. Er pasienten for eksempel kvalm i tillegg til å ha smerte, kan dette forsterke smertens intensitet. Blir kvalmen lindret, vil det det kanskje være lettere å kartlegge smerten i seg selv (Valeberg & Wahl, 2008).

Ser sykepleieren etter flere symptomer samtidig, kan det være at noe blir oversett. De episodevise gjennombruddssmertene kan være vanskelig å observere om sykepleieren ikke har nok kunnskap om smertene. Gjennombruddssmerte er viktig å kunne observere og kartlegge, ettersom det finnes spesifikke behandlingstiltak som er forskjellige fra de som blir igangsatt hvis pasienten kun har den kroniske bakenforliggende smerten. Soden et al. (2010) presiserer at det er nødvendig at sykepleiere ved palliative kreftavdelinger kan forskjellen mellom gjennombruddssmerte og bakenforliggende smerte. I studien deres fant de at sykepleierne hadde vansker med å skille mellom gjennombruddssmerte og bakenforliggende smerte. Samtidig visste ikke sykepleierne hva gjennombruddssmerte var, men fokuserte heller på det helhetlige bilde av smerte. Med dette mente de de psykologiske, spirituelle og sosiale elementene, sammen med de fysiske tegnene på smerte. Dette viser at kunnskapsnivået er lavt når det gjelder ulike smertetyper. Sykepleierne hadde et overfladisk bilde av smerte.

Lorentsen og Grov (2016) skriver at palliative pasienter har mest behov for sykepleie og beskriver videre at smerter er et av de største problemene. Er det alltid slik at smertekartlegging og dokumentering blir for dårlig utført? Ettersom smerter er svært utbredt hos palliative pasienter tenker kanskje noen sykepleiere at palliative pasienter har smerter uansett. Muligheten for at de observerer og kartlegger smerte som sterkere enn det pasienten egentlig føler selv, er derfor tilstede. Bjørgo (2016) understreker at det ikke enda er funnet en

sikker korrelasjon mellom smerte og hvor mye metastasering en kreftpasient har. Palliative pasienter har ofte kreftmetastaseringer. Derimot er det trodd at osteolytiske metastaser i skjelettet, spesielt bekkenet, ryggraden og underekstremitetene, forårsaker stor smerte. Setter sykepleieren sin kunnskap om anamnesen til pasienten, sammen med kunnskap om smerter vil det kanskje kunne bli lettere å kartlegge smerten. Det gode kliniske blikket ved observasjon er også et viktig element. Her er det viktig å tenke på at det finnes store forskjeller hos pasienter med metastaser. Oppfatter man alle palliative pasienters smerte som relativ lik, kan behandlingen bli feil.

Sykepleier har en primærforebyggende funksjon når det kommer til palliative pasienter (Kristoffersen, et. Al, 2011). For å avverge nye helseproblemer bør sykepleier derfor ha kunnskap om nevrologiske smerter som ofte forekommer hos palliative kreftpasienter (Bjørge, 2016). Observerer sykepleieren da at pasienten viser atferd som tilsier smerter, slik som grimaser, kaldsvette og utvidede pupiller, bør hun også ha det gode kliniske blikket slik at pasienten opplever å bli sett og forstått. Herfra kan hun gå videre med å begynne å kartlegge smerten, slik at sykepleiefunksjonen, behandling kan igangsettes (Kristoffersen, 2011a; Kristoffersen, 2011b). For å tilpasse denne behandlingen er det viktig å tenke på de ressursene pasienten har. Her kan sykepleieren spørre åpne spørsmål om hvordan pasienten mestrer og kommuniserer smerte (Valeberg & Wahl, 2008). På denne måte kan hun kartlegge hvordan smerter føles for denne enkeltpasienten og hvilke mestringsstrategier som blir brukt. Ved å be pasienten skrive smertens intensitet i NRS, kan hun også kartlegge smertens intensitet for deretter å sammenligne skåren når pasienten blir skrevet ut. Denne kartleggingen og observasjonen vil ikke bare hjelpe pasienten med egen forståelse av smerte, men også annet helsepersonell. Sykepleierens undervisning vil kanskje bidra til bedre smerteinnsikt hos pasienten. Palliative kreftpasienter kan derimot ofte ha behov for psykiater, kreftkoordinator eller psykolog (Kaasa & Lund, 2016). Det kan gjøre kartleggingen av smerten lettere hvis de får snakke med noen om egen sykdom og symptomopplevelser. Angst og depresjoner kan ofte forsterke selv små smerter (Bjørge, 2016).

4.2 Sykepleier i møte med pasienten med smerter.

Soden et al. (2010), fant at noen sykepleiere som skulle observere og kartlegge smerte kunne vegre seg for å spørre om pasientens smerte. Dette gjorde de i frykt for å minne pasienten om egen sykdomssituasjon. Sykepleiere burde ikke vegre seg for å snakke om smerten. Pasienter

som viser atferd som reflekterer smerte bør bli konfrontert, slik at de kan få hjelp til å lindre smerten og få korrekt smertebehandling. Dette kan selvsagt være vanskelig og bør tilpasses individuelt. Spesielt når pasienten har vansker med å sette ord på smerten, eller sette ord på følelser. Eide (2008) presiserer at sykepleieren skal ta pasientens smerte på alvor. Hvis pasienten ikke klarer å ordlegge seg når det gjelder egne smerter, kan for eksempel sykepleieren prøve å sette ord på smertene til pasienten. Har han/hun nok kunnskap om pasientens anamnese og generelt om forskjellige typer smerte vil dette hjelpe pasienten til å definere egne smerter samtidig som det blir lettere for sykepleieren å kartlegge. I motsetning finnes det også pasienter som ikke har vansker med å ordlegge smertene sine. Eide (2008) skriver at pasienter som hadde lett for å verbalisere følelser satt pris på at legen lyttet når de beskrev følelser. Dette gjelder nok også når de snakket om smertene sine med sykepleier. Ved å se an hver enkeltpasient vil kartleggingen bli tilpasset og god. Ved å vise respekt for enkeltindividet kan sykepleieren utforske pasientens smerte, sammen med pasienten

I studien til Garcia, et al.(2015), rapporterte sykepleierdeltakerne at kreftsmerte var noe komplekst, vanskelig å behandle, og at den varierte fra pasient til pasient. Målet var å se pasientene sine med lite, eller ingen smerte i det hele tatt. Målet var derimot vanskelig å oppnå. Sykepleierne følte seg ofte hjelpeløse og frustrerte. En av grunnene til dette var først og fremst tid. I en travel arbeidshverdag strakk ikke sykepleierne til, slik de ønsket. Det at sykepleierne hadde dårlig tid kan ha hatt en negativ innvirkning på hvordan pasientene rapporterte smertene sine. Studien fant nemlig ut at noen pasienter var redd for å bry sykepleierne med smertene sine. Frykten for å bry personalet kan ha noe med hvordan sykepleieren møtte pasienten. Har sykepleierne dårlig tid kan fraser som «går det bra» låte tomme og uten mening. Kanskje følte pasienten at han/hun ikke ble sett, eller tenkte at det fantes viktigere prioriteringer. Sto sykepleieren i andre tanker overså hun at pasienten hadde smerter. I studien utøvdes det sykepleie på en kreftavdeling med sårbare mennesker som kanskje følte avmakt i situasjonen. Det er da viktig å tenke over at det sykepleierens rolle og lindre pasientens lidelse ved smerte (Danielsen et al., 2016). Det viktig å respektere den enkeltes opplevelse av smerte og prøve å forstå hvordan den føles. Erfaringsmessig er det derimot ikke alltid god nok tid til å kunne observere og kartlegge nøyaktig nok til at pasienten får tilpasset lindring og behandling.

4.3 Barrierer mot smertelindring.

Garcia et. Als (2015) studie viste at pasientene underrapporterte smerte i frykt for bivirkninger og avhengighet i forhold til smertemedikamenter. Soden et. als (2010) studie viste til pasienter som var redde for å rapportere gjennombruddssmerte. Noen av sykepleierne i denne studien forklarte dette med at pasientene var redde for at sykdommen hadde kommet lengre. I begge studiene assosierte noen av pasientene en økning av smertestillende medikamenter med noe negativt. Funnene blir støttet opp i Valeberg, Bjordal, og Rustøens (2010) studie som målte pasienters barrierer mot å rapportere symptomer. Her var en barriere blant annet det å rapportere smerte. Pasientene selv, trenger derfor bedre informasjon og undervisning i både smerter og behandling. En av sykepleierens funksjoner nevnt i regjeringens rammeplan er jo nettopp undervisning til pasientene (Kristoffersen et al., 2011). Tilstrekkelig informasjon kunne gjort at de hadde fått en forståelse over hvor viktig det var å rapportere smerte for å ivareta egen helse i den siste fasen av livet.

Pasientbarrierer mot bivirkninger og avhengighet har jeg selv opplevd. Sykepleiere kartlegger smerteintensitet for å lindre den. Kartlegging av smerten foregår også etter at smertelindrende tiltak er satt i gang for å finne ut om dette var riktig for pasienten. Av egen erfaring fulgte jeg opp en pasient med sterke viscerale smerter i halsen. Pasienten hadde kreft, var innlagt og angav 4-6 på NRS skalaen flere ganger. Det var derimot sjeldent at pasienten spurte om ekstra smertestillende, eller noen annen form for smertelindring. Dagen pasienten ble utskrevet fortalte pasienten om redselen for å bli avhengig av alle medikamentene, og spesielt bivirkningene av smertemedikamentene. Da legen fikk forklart hvor viktig det var med smertelindring i denne perioden spurte pasienten ofte om ekstra smertestillende. Pasienten hadde selv ansvar for å rapportere smerte og gjennombruddssmerte under sykehusoppholdet. Smerten hadde blitt kartlagt på daglig basis, men ikke dokumentert. Hadde dette blitt gjort kunne sykepleieren ha sett på kartleggingen over denne perioden og spurt om hvorfor pasienten ikke tok smertelindrende medikamenter. Her ble også sykepleiefunksjonen undervisning glemt (Kristoffersen et al., 2011). Hadde sykepleieren informert pasienten om smerte og medikamenter, ville pasienten kanskje ha sett på situasjonen annerledes. Dette viser til viktigheten av at kartlegging også blir utført på riktig måte. For å se det på en annen måte, ble kanskje pasienten ikke respektert og forstått som individ slik de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2012) sier. Dokumentasjonen ble glemt og underprioritert.

Den som opplever smerte kan prøve å forklare dem til andre, men beskrivelsen er ikke nok. Selv om den andre parten prøver å forstå, vil personen med smerte være alene. Den manglende formidlingsevnen og forståelsen til mottakeren gjør at mange føler en ensomhet ved egne smerter (Danielsen et al., 2016). Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer formulerer grunnlaget for sykepleie på følgende måte: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (s. 7., 2011). Sykepleier som yrke innbefatter områder som til sammen danner sykepleierens funksjonsområde og ansvar (Kristoffersen et al., 2011). En av de viktigste forutsetningene for at vi skal utøve sykepleie i samsvar med den grunnleggende verdien om respekt for det enkeltes menneskes liv og iboende verdighet, er at sykepleieren med sin innlevelse og empati greier å forestille seg hvordan det er å være pasient med smerter. Likevel er dette en utfordring ettersom vi aldri kan kjenne en annen persons innerste tanker og følelser (Nordtvedt, 2012). Selv om sykepleieren ikke skjønner pasientens smerte må hun respektere situasjonsopplevelsen. Samtidig må sykepleieren skille sine egne følelser fra pasientens. Dette betyr at sykepleieren bør være medfølende samtidig som hun holder hodet kaldt for å kunne utføre saklige observasjoner, kartlegging og dokumentasjon.

Studien til Steindal et al. (2011) sammenligner de dokumentasjonen gjort av smerte hos døende kreftpasienter sammenlignet med pasienter som var døende av andre årsaker og fant at helsepersonell dokumenterte mer smerte hos kreftpasientene. Allikevel var det fortsatt 10 prosent av kreftpasientene som rapporterte at de ikke ble godt nok smertelindret. Forskerne konkluderte med at dette var på grunn av dårlig dokumentasjon og at kartleggingen ble gjort usystematisk. Også her ble det foreslått bedre smertevurdering og at det ble brukt et standardisert kartleggingsverktøy over smerte. Hva er et godt standardisert kartleggingsverktøy? Ettersom VAS, NRS og VRS er ulike kartleggingsskalaer kan det bli vanskelig å vurdere hva som fungerer best hos den individuelle pasient. Det er ikke alltid slik at ble ikke kartlegging utføres på riktig måte, noe som tyder på at sykepleierne kanskje trenger en oppfriskning i bruk av kartleggingsverktøy og rutiner for dokumentasjon. Torvik et al. (2008) poengterer at det som er best å bruke kan være avhengig av ulike faktorer. Tolkningen av de forskjellige krysspunktene på skalaen kan være forskjellig hos sykepleier og pasient. Dette gjelder spesielt VRS, hvor intervallene mellom adjektivene muligens oppfattes forskjellig. Dette vil igjen kunne påvirke skåringen, og vil være vanskelig å sammenligne med andre skalaer.

Barrierene og mytene om smerte som fortsatt henger igjen i dag bør brytes ned. Ved at kartlegging og observasjon av pasienten brukes simultant kan hver enkeltpasient bli sett. Sykepleieren kanskje avdekke om pasienten har barrierer som hun/han kan hjelpe pasienten å overkomme ved undervisning og veiledning. Samtidig har jeg selv observert at dette ofte ikke er mulig i en travel sykepleierhverdag. Tiden strekker ofte ikke til slik at det blir mulig å kunne analysere hver enkelt pasient på denne måten. I tillegg forflyttes gjerne palliative pasienter seg til forskjellige instanser innen helsevesenet. De møter derfor mye forskjellig helsepersonell som gir dem informasjon. Dette kan være en utfordring når sykepleieren skal kartlegge en smerteanamnese og en utfordring for pasienten som får informasjon på så mange arenaer fra forskjellige sykepleiere (Bjørgero, 2016; Kaasa & Lund, 2016) Prioriteringer av sykere, og mer akutte pasienter, kan komme i veien for andre pasienter slik at sykepleieren får dårlig tid. Kartleggingen blir hurtig utført slik at sykepleieren glemmer å gi nok informasjon og til og med glemmer å dokumentere det hun har kartlagt.

4.4 Undervisning og kunnskap.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) stiller et krav om at sykepleieren skal lindre lidelse. I rammeplanen står det at et av sykepleierens funksjonsområder er den lindrende funksjonen (Kristoffersen et al., 2011). Dette innebærer også kartlegging av pasientens smerte og en evaluering av iverksatte tiltak som for eksempel smertelindring og smertestillende medikamenter. Bli disse punktene vektlagt i sykepleieutdanningen og kunnskapen opprettholdt og oppdatert på arbeidsplassen, burde sykepleiere være eksperter på kartleggingsverktøy og observasjon av smerter i dag. Sykepleierens funksjonsområder inneholder et ansvar der sykepleieren selv skal holde seg oppdatert. Derfor stilles det et krav til at sykepleieren anvender litteratur og forskning for å øke sin kompetanse. På denne måten kan sykepleieren også undervise kolleger og studenter. Dette vil igjen øke kunnskaper og ferdigheter innen den spesifikke instansen.

For lite kunnskap hos sykepleierne om smerte og kartleggingsverktøy gjentar seg i samtlige forskningsartikler. Det blir foreslått at de bør få bedre undervisning og opplæring. For at sykepleieren skal kartlegge og observere smerter på en god måte vil det være lettere om hun har forkunnskaper om pasientens anamnese og smertehukommelse. Dette krever kunnskap om de patologiske og anatomiske forandringene som skjer ved kreft og behandling. Kunnskap og erfaring med hvordan for eksempel visceral smerte kjennes. Det vil si de forskjellige opplevelsen av samme type smerte som kan forekomme hos enkeltpasienter (Bjørgero, 2010).

Dette vil kunne gjøre det enklere å observere pasienten. Samtidig vil denne forståelsen kunne gjøre at pasienten føler seg sett og tatt vare på. At sykepleieren for eksempel vet at visceral smerte ofte forekommer hos palliative pasienter og at den rammer glatte vevstyper er nyttig informasjon. Det kan også hjelpe pasienten og beskrive smerten hvis han/hun har vansker for å beskrive den. Sykepleieren kan for eksempel spørre om pasienten har smerter og/eller tap av funksjon i tarmen om strålebehandlingen har tatt sted her. Om sykepleieren har problemer med å identifisere smertens utspring, kan det være en mulighet for at det er overført smerte.

5.0 AVSLUTNING

Oppgaven viser at det finnes mangel på kunnskap hos både sykepleiere og kreftsykepleiere når det gjelder smerte og bruk av smertekartleggingsverktøy. Både pensum og forskning viser at det trengs forbedringer når det gjelder sykepleiernes fagutvikling, kvalitetssikring og kompetanse på dette området. For å kartlegge smerte må sykepleieren ta for seg anamnese, kartleggingsverktøy, kliniske undersøkelser og tilleggsundersøkelser om nødvendig. Under observasjonene må det vurderes faktorer som er fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Det pasienten sier er det viktigste grunnlaget for forståelsen av smerten. Totalsituasjonen pasienten er i, og pasientens ønsker er betingelser en bør ta i betraktning når det gjelder vurdering av smerten. Ved hjelp av kartleggingsskjema som VAS, NRS og VRS er det lettere å kartlegge smerten standardisert. Det er viktig å bruke disse verktøyene riktig slik at lindringstiltak, behandling og dokumentasjon blir så god som mulig.

Hva bør gjøres? Bedre informasjon og undervisning til både pasienter og sykepleiere. For å kunne hjelpe pasienten å mestre smerte må sykepleieren kartlegge fysiske, psykologiske og sosiale trekk ved pasienten før man utvikler individuell undervisning (Valeberg & Wahl, 2008). Sykepleieren må bruke sin undervisende funksjon slik at pasienten kan få innsikt i egen smertesituasjon (Kristoffersen, et. Al, 2011). Pasientene trenger veiledning når det gjelder smerte, smertestillende effekt, avhengighet. Pasientene bør få vite at de bør rapportere smerte når smerten begynner, og ikke når den er på det sterkeste. Barrierene mot å rapportere på grunn av redselen for smertestillenes effekt, eller avhengighet, er myter som fortløpende bør motbevise. Ettersom sykepleierens mål er å lindre symptomene til palliative pasienter er det viktig at pasienten får en innsikt og forståelse av egen situasjon. Pasientene bør få vite at smerte er en subjektiv ting og at det kan være vanskelig å sette ord på. Sykepleieren kan, ved hjelp av kommunikasjon og kunnskap, hjelpe pasienten å sette ord på smertene.

Sykepleierne trenger mer undervisning i smertens fysiologi, og at det finnes ulike typer smerte som for eksempel gjennombruddssmerte. De bør også vite at pasientene har ulike smerteopplevelser. Sykepleieren skal kunne observere smerten på et helhetlig nivå, samtidig som intensiteten kan måles standardisert i løpet av en tidsperiode. Smerte oppleves svært ulikt. Dette er derfor et svært vanskelig fenomen å observere.

LITTERATURLISTE

- Bjørgero, S. (2016). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie*. (3.utg s. 194-234) Oslo: Akribe
- Bjørgero, S (2016). *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A. K. Whal (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1.utg., s 354-369). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engeland, A. & Brunborg, G (2015) Kreft i Norge. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kreft-i-norge---folkehelse rapporten/>
- Figur 1. [Bilde] (2015). Hentet fra <http://apm.amegroups.com/article/view/7959/8893>
- Garcia, A., Whitehead, D., & Winter, H. S. (2015). Oncology nurses' perception of cancer pain: A qualitative exploratory study. *Nursing Praxis in New Zealand*, 31(1), 27-34.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§10
- IASP taxonomy. (2012). International Association for the Study of Pain. Hentet fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Jansen. J. (2016). Afferent nerve. *Store norske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/afferent_nerve
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016a). Palliativ medisin –en innledning. I S Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34-50). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016b). Diagnostikk innen palliasjon -en generell innføring. I S Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 202-215). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kaasa, S. & Lund, J-Å. (2016). Standardiserte pasientforløp og integrasjon mellom onkologi og palliasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3.utg., s.126-138) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3.utg., s. 387-401). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2011). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011a). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s 281-341). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 161-206). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, I. K. (2016). *Cancer in Norway 2015: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway: Special issue Yrke og kreft – forskning for forebygging Epidemiologiske studier om yrkesrelatert kreft ved Krefregisteret 1970-2016*. Hentet fra <https://www.krefregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2015/>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie : bind 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 295-335). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nightingale, F. (2003). *Håndbok i sykepleie: hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov>
- 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.
- Rustøen, T., & Wahl, A. K. (2008). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P., & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study. *Palliative medicine*, 24(3), 294-298.
- Steindal, S. A., Bredal, I. S., Sorbye, L. W. & Lerdal, A. (2011). Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 771-779. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00892.x
- Stubhaug, A. & Ljoså, M. T. (2008), Hva er smerte?. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1.utg., s 22-47). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier. Hentet fra <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/113944/NSF>
- Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008), Smertekartlegging. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1.utg., s 51-75) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien forskning*, 5(4), 266-276.
- Valeberg, B. T. & Wahl, A. K. (2008). Smerte og mestring. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra Nocisepsjon til livskvalitet*. (1.utg., s308-324). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.).
Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. (4.utg., s. 172-197). Oslo:
Cappelen Damm Akademisk

Vedlegg 1

Søkeprosess:

Database	Søkeord	Indisier/ begrensninger	Antall treff	Relevant artikler
Cinahl	(MH "Cancer Pain") AND (MH "Pain Measurement") AND (MH "Oncologic Nursing")	*Research Article *Publication date: 2007-2015 * Academic journals	50	2 1 ekskludert pga fremmedspråkelig
PubMed	((patient report) AND palliation) AND nurse) AND pain	*Full text PubMed *Date: 10 years * Species Humans	37	
Cinahl	(pain control or pain management) AND cancer patients AND pain	*Research Article *Publication date: 2007-2015	158	1
Sykepleien.no	«kreftsmerte»	Forskning	2	1
Medline	neoplasms nursing assessment pain measurement palliative care	Year-date: 2007-2016	21	1

Vedlegg 2:

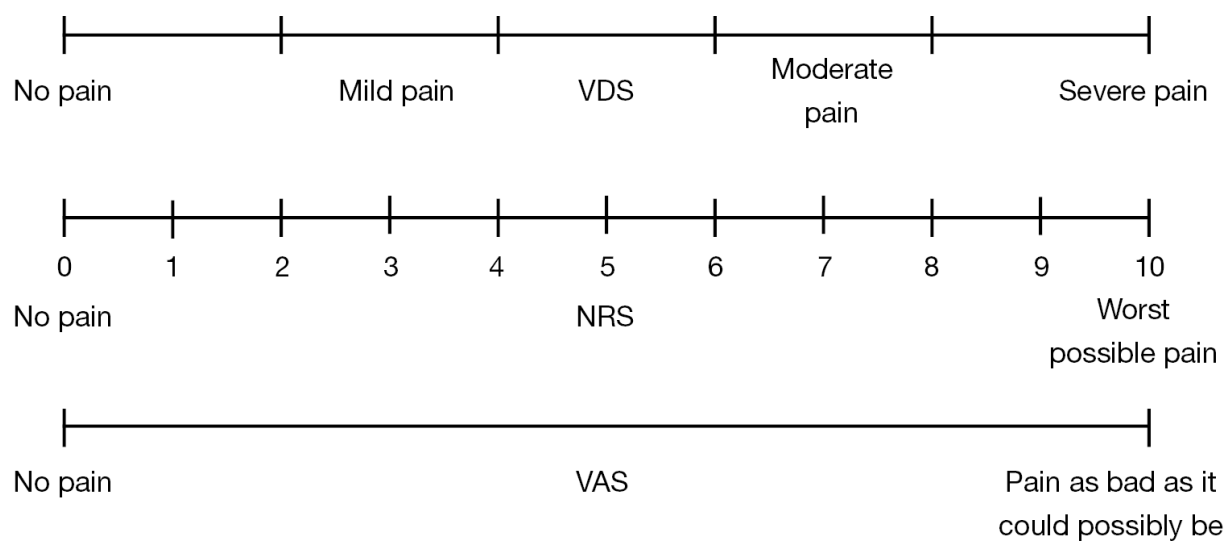
Funn:

Artikkel nr:	Forfattere Årstell Tittel Land	Mål	Metode	Deltakere	Funn og relevans
1	*Steindal, S. A., Bredal, I. S., Sorbye, L. W. & Lerdal, A *2011 * Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. *Norge	Finne forskjeller mellom helsepersonells dokumentasjon av pasienter med kreftpasienter sammenlignet med ikke- kreftpasienter	Studien er komparativ og kvantitativ. Dataen ble samlet fra flere avdelinger på et sykehus. Utvalget inkluderte 220 avdøde pasienter hvor halvparten døde av kreft og den andre halvparten døde av andre årsaker. Dataen ble tatt ut fra pasientens medisinske journaler ved hjelp av «Resident Assessment Instrument of Palliative Care»	110 kreftpasienter og 110 pasienter uten kreft. Totalt: 220 Kreftpasientene hadde en gjennomsnittsal der på 75,3 år, mens ikke- kreftpasientene hadde en gjennomsnittsal der på 84,3 år	Resultatene viste at helsepersonell dokumenterte mer smerte hos kreftpasienter under deres siste tre dager av livet enn pasientene uten kreft. Sjansen for å ha sterk til uutholdelig smerte var fire ganger høyere hos kreftpasienter sammenlignet med andre pasienter. 10 prosent i begge grupper ble ikke adekvat smertelindret. Studien er relevant for oppgaven fordi den viser at selv etter kartlagt og dokumentert smerte, ble ikke pasientene godt nok smertelindret.

Artikkel nr:	Forfatter Årstall Tittel land	Mål	Metode	Deltakere	Funn og relevans
2	*Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. *2010 *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Norge	Beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling i et utvalg av norske kreftpasienter. Forskerne undersøkte om barrierer for smertebehandling påvirket pasientenes smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.	Studien er en beskrivende tverrsnittundersøkelse med 217 polikliniske kreftpasienter som har smerter og/eller bruker smertestillende medikamenter hvor barrierer mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av barriereskjema (NBQ-II).	217 pasienter mellom 51 og 64 år. 75 prosent var kvinner og 79 prosent var ikke i arbeid. Vanligste kreftdiagnose var brystkreft.	Resultatene viste at de spørsmålene som reflekterer de høyeste barrierene for smertebehandling er spørsmål om avhengighet, toleranse, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som dødsighet. Studien konkluderer med at polikliniske kreftpasienter rapporterer en del barrierer for smertebehandling og burde få en mer individualisert informasjon om smerte og smertebehandling for å bedre smertebehandlingen. Studien er relevant fordi den viser at pasienter har en del barrierer mot smertelindring, som sykepleieren må ta i betraktning når det kartlegges/observeres smerte.

Vedlegg 3:

Figure 1 (2015).



VDS (Verbal Describing Scale) er her ekvivalent med en enkel VRS (Verbal Rating Scale).