

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie.

«Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med prostatakreft blir best mulig smertelindret i den palliative fasen?»

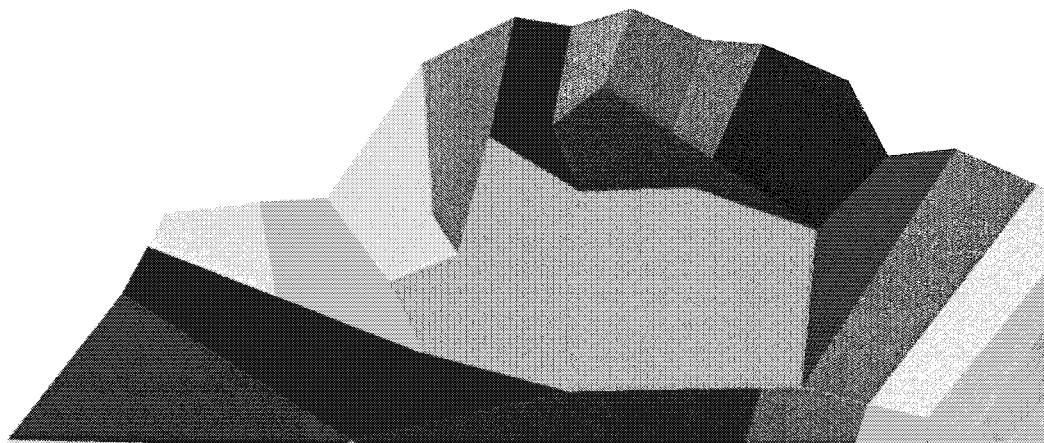
Emnekode: SY 180H

Kandidatnr: 206

Dato: 25.04.13

Totalt antall sider: 50

[Ellingsen, Ailin]



INNHOLDSFORTEGNELSE

INNHOLDSFORTEGNELSE	1
1.0 INNLEDNING.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Formålet med oppgaven.....	2
1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensning.....	3
1.4 Oppgavens disposisjon.....	4
2.0 METODE	5
2.1 Generelt om metode	5
2.2 Vitenskapsteoretisk redegjørelse.....	5
2.3 Litteraturstudie som metode.....	5
2.4 Etske overveielser	6
2.5 Litteratursøk og kildekritikk	7
2.6 Analyse av forskningsartikler	8
2.7 Presentasjon av funn	8
3.0 TEORI.....	9
3.1 Sykepleieteori.....	9
3.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori	9
3.1.2 Omsorg som et relasjonelt begrep.....	10
3.1.3 Omsorg som et praktisk begrep.....	10
3.1.4 Omsorg som et moralsk begrep.....	11
3.2 Palliasjon.....	11
3.3 Prostatakreft	12
3.4 Smerter	12
3.4.1 Hva er smerte?.....	12
3.4.2 Smerter ved metastaser til skjelettet.....	13
3.4.3 Palliativ strålebehandling	14
3.4.4 Kartlegging og vurdering av smerter	15
3.5 Kreftpasienters barrierer mot smertebehandlingen	17
3.6 Kommunikasjon, relasjon og smerte.....	17
4.0 DRØFTING.....	19
4.1 Anerkjennelse og tolkning av pasientens uttrykk for lidelse.	19
4.2 Kunnskaper om pasientrelaterte barrierer mot smertebehandlingen.....	22
4.3 Smertevurdering og bruk av smertekartleggingsverktøy	25
5.0 AVSLUTNING	31
6.0 LITTERATURLISTE	33
Vedlegg 1. Søkehistorikk	38
Vedlegg 2. Artikkelmatrise	39
Vedlegg 3. ESAS skjema – Kartleggingsverktøy	48
Vedlegg 4. Kroppskart – Kartleggingsverktøy	49
Vedlegg 5. VAS skala – Kartleggingsverktøy	50

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å fordype meg i temaet *smertelindring til pasienter med prostatakreft i en palliativ fase*. Under min praksistid på sykehus har jeg erfart at pasienter med langtkommen kreft ble innlagt, hvor behovet for smertelindring var årsaken. Mange av disse pasientene hadde et så komplekst smertebilde at en god smertelindring mange ganger var vanskelig å få til. Jeg erfarte at en god oppfølging av hver enkelt pasient var noe som hadde stor betydning for hvor god smertelindringen ble.

Som sykepleiere har vi en viktig rolle i smertebehandlingen og et stort medansvar for at ikke pasientene skal lide unødig, derfor ønsker jeg å få mer kunnskap om hva jeg som sykepleier kan gjøre for å bidra til at pasienten får best mulig smertelindring. Det å velge å skrive om noe man har interesse for, slik jeg har for dette temaet, vil trolig gjøre arbeidet med oppgaven lettere og mer innholdsrik. At tema er relevant gjør at kunnskapen jeg tilegner meg gjennom arbeidet med oppgaven vil være nyttig når jeg skal begynne å jobbe som sykepleier.

1.2 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å tilegne meg ny og nyttig fagkunnskap om tema, samt en bedre forståelse av hvilke aspekter som er viktig i smertebehandlingen. Ved å tilegne meg utvidet kunnskap om tema kan jeg oppnå større kompetanse. At pasienten føler seg trygg på at sykepleieren har kompetanse i sitt arbeide mener jeg er grunnleggende for å få til en god relasjon og muligheter for god smertelindring. Videre vil jeg kunne formidle den kunnskapen jeg har fått om tema til annet helsepersonell, slik at de også kan få nytte av den.

1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

Problemstillingen min blir:

«Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med prostatakraft blir best mulig smertelindret i den palliative fasen?».

Jeg har ut fra egne erfaringer opplevd at fullstendig smertefrihet er vanskelig og at det er noe som tilstrebes hos kreftpasienter i en palliativ fase. Jeg har derfor valgt å ha som mål at pasientene skal kunne oppleve god/ tilfredsstillende smertelindring i ro. Med dette mener jeg at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Problemstillingen er relevant da vi som sykepleiere har en viktig oppgave med å hjelpe pasienten til å kunne oppnå god smertelindring.

Vi har i dag mange forskjellige typer kreft. For å få frem det særegne har jeg valgt å ha fokus på en krefttype. Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til menn med prostatakraft som har smertefulle skjelettmetastaser og som skal behandles med palliativt formål. Grunnen til at jeg valgte akkurat prostatakraft er fordi det i dag er den hyppigste av de mannlige kreftformene i Norge, samtidig som det har skjedd en økning av kreftformen i alle aldersgrupper (Kreftregisteret, 2008). Den kraftige økningen anses å være et resultat av økt levealder og diagnostikk med blodprøven prostataspesifikt antigen (PSA) (Berg & Fosså, 2010). På verdensbasis er Norge et av landene med høyst forekomst og dødelighet av kreft i prostata (Kreftregisteret, 2008). Tall fra 2010 viser 4210 nye tilfeller av kreftformen og at 1043 menn med kreft i prostata, døde av sykdommen (Kreftregistret, 2010). Over halvparten av alle krefttilfellene rammer eldre menn over 74 år (Kreftregisteret, 2008).

Årsaken til at jeg har valgt å avgrense til smerter fra skjelettmetastaser, er fordi prostatakraft har en tendens til å spre seg til skjelettet (Bauer & Walløe, 2007). Det tas utgangspunkt i pasienter som er innlagt i sykehus for smertelindring.

Grunnet oppgavens omfang har jeg valgt å ikke ta med sykepleierens ansvar og funksjon når det kommer til medikamentell-, alternativ- og komplementær behandling, selv om spesielt medikamentell behandling er avgjørende for å lindre pasientens smerter. Jeg har valgt å ha med palliativ strålebehandling, da dette er en behandlingsmetode som i følge forskning er høyst aktuell for å lindre smerter hos pasienter med prostatakraft som har skjelettmetastaser.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks kapitler; innledning, metode, teori, drøfting og avslutning. Innledningen åpner oppgaven og presenterer tema, problemstilling med avgrensning og formålet med oppgaven. I metodekapittelet presenteres valg av metode med begrunnelse, samt etiske overveielser, litteratursøk og kildekritikk. Til slutt fremstiller jeg en kort analysebeskrivelse og presentasjon av funn.

I tredje kapittel presenteres relevant teori, samt forskning som jeg har valgt å bruke som teoretisk referanseramme. I teorien vil jeg gjøre rede for hvilken sykepleieteoretiker jeg har valgt å benytte meg av. Videre fremstilles litteratur som jeg anser å være relevant for min problemstilling.

I drøftingen ser jeg problemstillingen min i lys av teori, funn fra forskning og egne erfaringer. I avslutningen, oppgavens siste kapittel, gir jeg en kort framstilling av det jeg har kommet fram til som svar på problemstillingen. For å øke leserens forståelse har jeg valgt å definere sentrale begreper underveis i oppgaven.

Oppgaven har 9897 ord.

2.0 METODE

2.1 Generelt om metode

Metoden vil for meg bli et verktøy for å frembringe kunnskap om tema. Den sier oss noe om hvordan vi kan gå frem for å skaffe oss eller etterprøve kunnskap. Valg av metode skal være begrunnet med at den vil føre til gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

2.2 Vitenskapsteoretisk redegjørelse

Jeg har i oppgaven valgt å bruke en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning av et fenomen er et forsøk på å gi mening til noe som framstår som uklart. Det handler om å tolke og på den måten forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Å forstå den som søker hjelp er grunnleggende i enhver hjelperelasjon, og hermeneutikken er en vitenskapsteori som kan hjelpe meg med akkurat dette (Dalland, 2007).

Som forsker med en hermeneutisk tilnærming nærmer jeg meg det som skal utforskes, med min egen førforståelse. Egne tanker, inntrykk, følelser og kunnskap om tema er en ressurs i arbeidet med tolkning og forståelse av det fenomenet jeg ønsker og utforske. Helheten stilles i relasjon til delene og på denne måten veksler man mellom del og helhet for å komme fram til en så fullstendig forståelse av fenomenet som mulig, dette kalles den hermeneutiske spiralen (ibid).

2.3 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt systematisk litteraturstudie som metode for oppgaven, da jeg mener det vil gi meg gode data som belyser problemstillingen min på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007). Dessuten lærer jeg hvordan jeg søker etter ny kunnskap om tema og hvordan denne kunnskapen skal brukes og vurderes på best mulig måte for å belyse problemstillingen. Slik kunnskap vil være nødvendig for at man skal kunne bidra til utvikling av egen profesjon og

organisasjonen man er en del av. Litteraturstudie som metode hjelper meg til å søke etter og vurdere kunnskap på et vitenskapelig nivå (Axelsson, 2008). Litteraturstudiet baserer seg på allerede eksisterende faglitteratur, forskningsartikler og teori som belyser tema jeg har valgt.

Axelsson (2008) henviser til Forsberg & Wengström (2003) som i sin bok *Att göra systematiska litteraturstudier* beskriver systematisk litteraturstudie som; en studie som velger ut data på en systematisk måte samt at metoden for utvalget er begrunnet og presisert. Studien skal ha med en tydelig problemstilling, metode for innhenting av artikler og begrunnelse for valg av inkluderte og eventuelt ekskluderte artikler. Studien må også ha med en analyse av resultatet til de artiklene som tas med i studien, både i forhold til relevans, troverdighet og kvalitet (Axelsson, 2008).

Innenfor metoden har vi to ulike retninger, kvantitative og kvalitative metoder.

En kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjonen vi får fra en undersøkelse, om til målbare enheter som gir oss mulighet til å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde data. Jeg har valgt å bruke en kvalitativt orientert metode, dette fordi problemstillingen min ikke kan besvares ut fra tallfesting eller målinger. En kvalitativ metode kjennetegnes ved at den går i dybden og får frem det spesielle, her ligger fokuset på helheten av et fenomen. Metoden har som mål å formidle forståelse gjennom tolkning av fenomenet (Dalland, 2007). En kvalitativ metode vil være måten som best belyser temaet mitt, ved at jeg gjennom en helhetlig tilnærming får en forståelse av det tema jeg skal undersøke. Jeg har imidlertid valgt å bruke tre forskningsartikler som er kvantitative, da jeg mener disse er relevante for å belyse problemstillingen min.

2.4 Ethiske overveielser

I følge Dalland (2007) dreier etikken seg om normene for god og riktig livsførsel. I følge han skal etikken gi oss rettleiding og grunnlag for vurderinger før vi handler i vanskelige situasjoner. Han sier videre at man allerede i planleggingsfasen bør stille seg et spørsmål om hvem det er som vil kunne ha nytte av de nye kunnskapene som man forsøker å fremskaffe. Det vil nok være meg selv som sitter igjen med den største gevinsten, da det kan tenkes at jeg gjennom arbeidet med oppgaven har fått en større forståelse enn leseren. Likevel vil den nye

kunnskapen om tema kunne gi sykepleiere og andre sykepleiestudenter en nytteverdi, dersom de tilegner seg denne. Dette vil også kunne gagne pasientene i fremtiden.

For at dataene ikke skal bli misbrukt, må man være kildetro. Dette vil si at en henviser nøyaktig til de kilder man har brukt i oppgaven, samt at man ikke formidler noe annet enn det som forfatterne har skrevet (Dalland, 2007). Ved gjennomgang av artikler og litteratur har jeg forsøkt å gjengi det som har blitt skrevet så korrekt som mulig, dette med forbehold om at jeg kan ha misforstått artiklene. Da mange av artiklene jeg bruker er på engelsk vil det være fare for at jeg har oversatt feil, men jeg har forsøkt etter beste evne å oversette dem så korrekt som mulig. Der i oppgaven hvor jeg framstiller personlige erfaringer er jeg klar over at personopplysninger skal være anonymisert (ibid).

2.5 Litteratursøk og kildekritikk

Jeg har brukt pensum som grunnlitteratur og ved gjennomgang av denne har jeg funnet ulike henvisninger som jeg fant relevant for å belyse problemstillingen. Henvisningene har gitt meg en oversikt over anerkjente forfattere, aktuelle artikler og offentlige publikasjoner innenfor valgt tema. I tillegg til å bruke litteratur fra bøker har jeg også brukt offentlige publikasjoner, samt nasjonale og internasjonale artikler. I oppgaven blir nyeste statistikk brukt for å fremstille dagens situasjon for prostatakreft, i best mulig grad.

Jeg har lett i Universitetets bibliotek og brukt Universitetets søkemotor BIBSYS for å finne frem til relevant litteratur. For å finne forskningsartikler har jeg blant annet søkt i databasene SveMed+, Scopus og ProQuest. Jeg søkte også i tidsskriftet for den norske legeforening og sykepleien forskning.

Jeg brukte søkeordene kreft, prostatakreft, prostate cancer, advanced prostate cancer, palliasjon, palliativ pleie, palliative care, smertebehandling, smertelindring, cancer pain treatment, smerte, pain, kreftrelaterte smerter, sykepleie, nursing. Jeg brukte også søkeordene i kombinasjon med hverandre. En detaljert søkehistorikk ligger som vedlegg (se vedlegg 1).

I oppgaven har jeg tilstrebet bruk av primærlitteratur, dette fordi sekundærlitteratur er bearbeidet og presentert av en annen forfatter enn den opprinnelige. Slike tekster er ofte både

oversatt og fortolket ut fra forfatterens perspektiv. Dette vil kunne føre til at det opprinnelige perspektivet har blitt endret (Dalland, 2007). Ved gjennomgang av data ble tre punkter sett på som viktig:

- Holdbarhet: Årstall for utgivelse
- Troverdighet: Forfatter/ forskerens bakgrunn, nøyaktighet og objektivitet
- Relevans: relevans i forhold til å belyse problemstillingen (ibid).

2.6 Analyse av forskningsartikler

Etter søkingen satt jeg igjen med et utvalg av til sammen ti artikler. Etter en nøyere gjennomgang ble to artikler ekskludert, da de ikke ville bidratt til å belyse problemstillingen min på en god måte. På grunn av oppgavens begrensning valgte jeg å bruke tre artikler som teoretisk referanseramme. Jeg satt da igjen med fem artikler som jeg mener vil hjelpe meg til å besvare problemstillingen min på en god måte. En oversikt over disse artiklene ligger som vedlegg i oppgaven (se vedlegg 2).

2.7 Presentasjon av funn

Ut fra en sammenfatning av artiklene har jeg kommet fram til at følgende er viktig for at sykepleieren skal kunne bidra til at pasienten med prostatakreft i en palliativ fase, får best mulig smertelindring:

- Sykepleieren må kunne vurdere smerte og bruke smertekartleggingsverktøy
- Sykepleieren må ha kunnskaper om pasientrelaterte barrierer mot smertebehandling
- Sykepleieren må anerkjenne og fortolke pasientens uttrykte potensielle tegn på lidelse og gi han rom til å kunne uttrykke lidelsen.

3.0 TEORI

3.1 Sykepleieteori

Jeg har valgt å bruke sykepleieteoretiker Kari Martinsens omsorgsfilosofi som teoretisk referanseramme for oppgaven, dette fordi jeg føler den framstiller et syn på sykepleie som jeg kan relatere meg til. Hun mener at omsorg er et mål i seg selv, og tar sterkt avstand fra tanken om egenomsorg. Hun mener at egenomsorg, uavhengighet og funksjonsdyktighet er urealistiske mål for den pasientgruppen sykepleiere i hovedsak yter omsorg overfor. Martinsen fremhever at betingelsesløs omsorg og sykepleie uavhengig av resultat, er et ideal som står i samsvar med sykepleiens tradisjonsgrunnlag (Kristoffersen, 2011).

«Omsorg er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens. I omsorgen er forholdet mellom mennesker det vesentlige. Omsorg er en sosial relasjon. Med andre ord, min eksistens forutsetter andre» (Martinsen, 2003:69).

3.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en norsk sykepleier, som har magister i filosofi og er også dr.philos i historie. Gjennom et langt forfatterskap har hun utviklet sin omsorgsfilosofi. Hennes avhandlinger er bygget på sykepleiens historie med hovedvekt på diakonissenes historie. Martinsen har vært inspirert av en rekke filosofer, blant annet Karl Marx, Edmund Husserl, Martin Heidegger og senere Knut Løgstrup. Etter over 30 år er Martinsen fortsatt en sentral skikkelse både i debatter om sykepleie og i kunnskapsutviklingen innenfor sykepleie i Norge og i Norden (Kristoffersen, 2011).

Martinsen skriver om at begrepet omsorg har tre ulike sider ved seg, det relasjonelle, praktiske og moralske begrepet ved omsorg. Disse aspektene hører nøye sammen og for å forstå hvordan omsorg best kan ytes må man ha kunnskaper om alle disse (Martinsen, 2003).

3.1.2 Omsorg som et relasjonelt begrep

Martinsen går ut fra et kollektivistisk menneskesyn hvor hun uttrykker at mennesker er avhengige av hverandre, her står fellesskapet i sentrum, ikke enkeltindividet. Omsorg forutsetter altså andre. Det å ta hensyn til andre, har med felles medmenneskelig eksistens å gjøre. Hvordan man kan sørge for andre har med forståelse å gjøre, en forståelse av den andres situasjon. En slik forståelse kan man tilegne seg gjennom å gjøre ting for og med andre. Gjennom en praktisk arbeidssituasjon blir vi kjent og man kan på denne måten akseptere den andres ressurser og begrensninger. Alle mennesker kan komme i en situasjon hvor man vil ha bruk for hjelp fra andre. Man bør ut fra dette handle slik at alle mennesker får de samme muligheter til å leve et best mulig liv, ut fra hva de er i stand til. Dette viser omsorgens *relasjonelle begrep* (Martinsen, 2003).

3.1.3 Omsorg som et praktisk begrep

Omsorg ut fra et *praktisk begrep* vises først når en deltar praktisk i den andres lidelse, altså at man aktivt griper inn med en konkret handling. Hjelpen gis betingelsesløst, uavhengig av resultat. Man "sørger for" den andre uten at man forventer noe i gjengjeld, dette kaller Martinsen en generalisert gjensidighet. Handlingen bestemmes ut fra pasientens situasjon, man sørger med andre ord for den andre ut fra en situasjonsforståelse. En slik forståelse krever at man har innsikt i menneskets muligheter og begrensninger i en situasjon. En god situasjonsforståelse er tiltrengt for at man skal kunne klare balansegangen mellom formynderi og unnlattelsessynd. Et bånd kan knyttes til andre, nettopp ved bruk av situasjonsforståelse og personlig engasjement (Martinsen, 2003).

«Hvem som helst kan være min neste, men ved at bånd knyttes til andre, blir den enkelte uerstattelig» (Martinsen, 2003:16).

3.1.4 Omsorg som et moralsk begrep

I følge Martinsen (2003) handler omsorgens moralske side om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Hun mener at det er kvaliteten i relasjonen som er det sentrale. Omsorgsmoralen går ut på at man handler ut fra et moralsk universalismeprinsipp om ansvar for svake mennesker. Omsorgsmoral er noe som må læres gjennom praksis og erfaring fra denne. Verdiene må få et feste i oss, de må integreres.

Hvordan vi lærer å bruke makt inngår også i omsorgsmoralen. I alle situasjoner der en mottar sykepleie vil det være snakk om en relasjon med avhengighet på den ene siden og makt på den andre. Sykepleiere må yte omsorg basert på en moralsk forsvarlig maktbruk. Her er solidaritet et sentralt begrep. Sykepleieren vil her stå overfor en moralsk utfordring om å handle godt og riktig, altså til det beste for pasienten. En må da kunne identifisere seg med pasienten, tenke seg at man sto i hans fotspor. Man forpliktes så til å handle på en slik måte at den svake får en mulighet til å leve et best mulig liv ut fra hva han er i stand til. For å lære å handle solidarisk må vi bruke et moralsk skjønns ut fra en situasjonsforståelse som er basert på kunnskap og bevissthet om verdier (ibid).

3.2 Palliasjon

Den *palliativ fasen* starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig og pasienten nærmer seg sluttfasen i livet (Lorentsen & Grov, 2010). Norsk forening for palliativ medisin har i ”Standard for palliasjon” oversatt European Association for Palliative care (EAPC) og Verdens helseorganisasjons (WHO’s) definisjon av palliasjon til norsk;

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet» (Norsk forening for palliativ medisin, 2004:8).

3.3 Prostatakraft

Prostata, også kalt blærehalskjertelen, ligger rundt den øverste delen av mannens urinrør, som en tykk ring, rett under urinblæren. Den har en størrelse på omtrent 25 gram og kan sammenlignes med en valnøtt. Menns prostata vokser med alderen og det mannlige kjønnshormonet testosteron stimulerer veksten. Forstørret prostata kan enten skyldes en godartet svulst, et adenom, eller det vi kaller et karsinom, en ondartet svulst (Gjerland, Almås & Grønseth, 2010).

Kreftceller kan løsrive seg og føres med blod- og lymfebaner til andre steder i kroppen, dette kalles metastasering, altså en spredning av kreftsvulsten til andre organer. Prostatakraft gir vanligvis ingen symptomer i tidlige stadier av sykdommen og smerter fra skjelettmetastaser kan være det første symptomet på sykdom (Berg & Fosså, 2010).

3.4 Smerter

Smerter er et av de hyppigste problemene hos pasienter i palliativ fase (Kaasa, 2007 (a)). I følge Norsk forening for palliativ medisin (2004) trenger ca. 15 000 norske kreftpasienter en kvalifisert behandling for lindring av smerter og andre plagsomme symptomer.

Smerte er den kreftrelaterte plagen som pasientene fryktet mest (Rustøen mfl, 2008). I følge funn fra studien til Holtan mfl. (2005) hadde 51 prosent av kreftpasientene som var innlagt på sykehus, smerter.

3.4.1 Hva er smerte?

Smerte er et subjektivt og sammensatt fenomen, bestående av flere komponenter. I tillegg til den fysiske komponenten er psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle faktorer med på å påvirke og/eller forsterke smerten (Kaasa & Borchgrevink, 2007 og Helsedirektoratet, 2007). Innenfor palliasjon brukes begrepet "total pain" for å framstille dette (Helsedirektoratet, 2007).

Det finnes i dag ulike definisjoner på smerte. McCaffery og Beebe (1996) introduserer en definisjon på smerte som jeg har valgt å ha med her. «*Smerte er det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte*» (McCaffery & Beebe, 1996:18).

Definisjonen fremstiller at når pasienten gir uttrykk for smerte, må sykepleieren følge opp om sitt faglige ansvar ved å akseptere og tro på pasientens utsagn og å hjelpe han på en konstruktiv måte (McCaffery & Beebe, 1996). Smerte kan verken bevises eller motbevises, slik at det er umulig for helsepersonell å vite, objektivt sett, hvordan pasienten opplever sin smerte (Rustøen mfl, 2008).

3.4.2 Smerter ved metastaser til skjelettet

Kreftutløst smerte er i ca. 70 prosent av tilfellene en direkte årsak av grunnsykdommen (Helsedirektoratet, 2007 & Bjørge, 2010). Metastaser til skjelettet er den tumormanifestasjonen som hyppigst gir et smerteproblem (Bjørge, 2010 & Rustøen mfl, 2008). Pasienter som har metastaser til skjelettet har ofte flere typer smerte samtidig, noe som kan kreve forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Det anslås at halvparten av alle kreftpasienter utvikler metastatisk sykdom og at halvparten av disse pasientene får metastaser til skjelettet. I et obduksjonsmateriale basert på 1000 tilfeller ble det funnet at frekvensen av skjelettmetastaser ved prostatakraft var hele 84 prosent. Rygggrad og bekken er de vanligste lokalisasjonene for skjelettmetastaser hos pasienter med prostatakraft (Bauer & Walløe, 2007).

Ved metastaser til skjelettet kan pasienten både ha smerter av nociseptiv og nevropatisk karakter (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Nociseptive smerter oppstår på grunn av vevsskadelig stimulus og er en normalt forbigående akutt smerte. Den varsler om at noe er «galt» og forsøker å beskytte kroppen mot ytre farer (Stubhaug & Ljoså, 2008). Nociseptive smerter fra skjelett, skjelettmuskulatur og hud ledes av det somatiske nervesystemet og kalles derfor nociseptiv somatisk smerte. Denne typen

smerte beskrives ofte som verkende og skarp – lokalisert til den aktuelle organstrukturen (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Nevropatiske smerter oppstår ved skader på nervevev, enten i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet. Disse skadene fører til en unormal funksjon i nerver, som kan gi opphav til smerter. «Nervesmerter» har en annen karakter enn nociseptive smerter. Smertene lokaliseres i de affiserte nervestrukturenes område (Bjørgero, 2010). De skadde nervene er dessuten overfølsomme for ytre stimuli. På denne måten blir ufarlig stimuli oppfattet som truende (Rosland & Tjølsen, 2007). Økt følsomhet i huden gjør at smerten kan føles brennende og sviende. Dyp verking som ofte oppstår sammen med en vond strammende følelse og episodiske jagende smerter med følelser av elektriske støt og prikkinger, går igjen (Bjørgero, 2010).

Pasientene kan også ha *gjennombruddssmerter*. Det er smertetopper som kommer som et tillegg til grunnsmerten. Smerten kommer gjerne brått, har høy intensitet og går som regel fort over (Rustøen mfl, 2008). Selv om man kanskje har kommet fram til en god lindrende behandling av pasientens smerter mesteparten av tiden, kan gjennombruddssmerter være en stor utfordring å behandle, nettopp fordi de kommer så brått og ofte er vanskelig å forutse (Rosland & Tjølsen, 2007).

3.4.3 Palliativ strålebehandling

Målet med den palliative strålebehandlingen er å lindre plagsomme symptomer fra kreftsvulsten, uten at det har for mange bivirkninger og tar for mye av pasientens tid (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2009). Ekstern strålebehandling er den typen som har blitt mest brukt i nordiske land. En ioniserende stråling leveres her inn i pasienten ved at strålekilden er plassert utenfor kroppen. Ved å gi behandling fra forskjellige strålefelt kan man spare det normale vevet for påvirkning av strålebehandlingen og stråledosen kan deles opp i fraksjoner for å redusere bivirkninger til et minimum. For en del pasienter vil en enkel strålefraksjon være tilstrekkelig for å lindre smertene (Lund & Kaasa, 2007).

Smertefulle skjelettmetastaser er den vanligste enkeltindikasjonen for palliativ strålebehandling. Behandlingen har som regel milde bivirkninger. Bivirkningene kan deles

inn i akutte og sene bivirkninger, men ved den palliative strålebehandlingen vil man i hovedsak måtte ta hensyn til de akutte bivirkningene, da mange av pasientene ikke vil leve lenge nok til å få senbivirkninger (ibid). I følge kreftforeningen er vanlige akutte bivirkninger; irritasjon i hud og slimhinner i det bestrålte området, kvalme og diaré ved behandling i bekkenområdet samt trøtthet (Kreftforeningen, 2013).

I følge Lund & Kaasa (2007), gir behandlingen god smertelindring hos opp mot 75 prosent av pasientene. Effekten av behandlingen er vanligvis raskt innsettende og de fleste pasientene vil oppleve bedring i løpet av noen få uker.

I studien til J.S.Y, Wu mfl. (2006) hadde 72 prosent av pasientene reduksjon i verste smerteintensitet etter den palliative strålebehandlingen og 61 prosent hadde stabilt eller redusert forbruk av opioide analgetika. Videre viste funn fra studien til Dennis, K mfl. (2011) at mellom 60-70 prosent av pasientene som deltok, fikk smertelindrende effekt av den palliative strålebehandlingen, dette til tross for sin begrensede levetid. Det konkluderes med at pasienter som lider av smertefulle skjelettmetastaser bør vurderes for palliativ strålebehandling, selv med en antatt overlevelse på bare tre måneder.

3.4.4 Kartlegging og vurdering av smerter

Kartlegging og vurdering av pasientens smerter er vanskelig, men ytterst nødvendig. Funn fra studien til Holtan mfl. (2005) sier at sykepleiere trenger kunnskaper om hvordan man gjør smerteregistreringer hos den enkelte pasient.

En forutsetning for å kunne gjøre en god og dekkende kartlegging og vurdering av smertene er at det etableres en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette må ses på som en prosess hvor sykepleieren anvender sin kunnskap systematisk og bruker sin innfølelse- og omsorgsevne (Nortvedt & Nesse, 1997). Ved å gjøre en grundig smertekartlegging, danner man et utgangspunkt for at pasienten skal få en god smertelindring. Før man kan begynne kartleggingen trenger sykepleieren en systematisk og bred tilnærming, som innbefatter kunnskap om ulike smertetyper og grunnsykdom(er), ferdighet i å kartlegge pasientens ressurser, en anamnese og supplerende undersøkelser (Kaasa, 2007(b)).

Videre krever en vellykket smertelindring at man har kunnskap om tilgjengelige redskaper, tilgang til redskapene og vilje og evne til å ta dem i bruk (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2009).

Det finnes mange forskjellige verktøy man kan bruke for å få et innblikk i pasientens smerter. Jeg har valgt å ta for meg kartleggingsverktøyene ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) skjema, smertekart og VAS (Visuell Analog skala) – Se vedlegg 3, 4 og 5.

En omfattende og nøyaktig smertekartlegging danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og vurdere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling. De ulike verktøyene kan supplere hverandre når det kommer til beskrivelse av smertens styrke og kvalitet. Nytteverdien av verktøyene baserer seg på at sykepleieren bruker dem aktivt og regelmessig i smerteregistreingen, samt i vurderingen av de smertelindrende tiltakenes effekt (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Valg av verktøy avhenger av pasientens evne til å sette ord på smerter og evnen til å plassere smerten inn på en skala. Ut fra dette har kartleggingsverktøyene sine begrensninger. I de tilfeller hvor pasienten ikke kan beskrive sine egne smerter oppstår det utfordringer for sykepleieren. Egne observasjoner med hensyn til fysiologiske tegn og adferdsmessige uttrykk blir da sykepleierens grunnlag for å vurdere hans smerter (ibid).

Målet med smertekartleggingen er å avklare:

- *Smerteintensitet.*
- *Smertelokalisasjon.* Hos 80 prosent av kreftpasientene foreligger det to eller flere lokalisasjoner.
- *Smertetype.* Bestemmende for valg av behandlingsmetode.
- *Tidsaspekt og andre faktorer.* Hvor lenge har pasienten hatt smerter? Når begynte smertene? Døgnvariasjoner? Foreligger det andre plagsomme symptomer? Viktig for å bestemme dose og doseintervaller (Bjørge, 2010).

I følge helsepersonelloven (hlspl) § 39, har alle sykepleiere som gir helsehjelp plikt til å føre journal. Jf hlspl § 40 skal journalen inneholde alle «relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen» (Molven, 2010). Sykepleieren er ut fra dette pliktig til å dokumentere vurderinger, registreringer og kartlegging som blir gjort i forhold til pasientens smerter, i hans journal. Dette bidrar til at pasientens sikkerhet blir ivaretatt, samt kvalitet og kontinuitet i pleien og omsorgen (Molven, 2010).

3.5 Kreftpasienters barrierer mot smertebehandlingen

Hos pasienter vil barrierer mot smertebehandlingen være et stort hinder for god smertebehandling. Redsel for avhengighet og økt toleranse for smertestillende medikamenter, redsel for bivirkninger, manglende egenrapportering av smerten og mangel på kunnskap om smerte og smertebehandling er eksempler på barrierer som kan være til stede hos kreftpasienten. På grunn av slike barrierer kan man se at mange kreftpasienter ikke alltid følger anbefalt smerteregime (Rustøen mfl, 2008).

For at sykepleieren skal kunne hjelpe kreftpasienten med smertelindring kreves det et tett og nært samarbeid dem imellom. Sykepleieren må undersøke hvilke kunnskaper, tanker og holdninger pasientene har om det å ta smertestillende, samtidig som man forsøker å finne frem til hva som er viktige anliggender for han (ibid).

3.6 Kommunikasjon, relasjon og smerte

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn og signaler mellom to eller flere parter. Selve begrepet «kommunikasjon» betyr «å gjøre noe felles» eller «ha forbindelse med». Begrepet relasjon brukes i denne sammenheng om sykepleierens forhold til pasienten (Eide & Eide, 2007).

Når sykepleieren skal kommunisere med pasienter som har smerter, møter hun ofte mange utfordringer. Slike utfordringer kan være det å delta i og forstå pasientens erfaringsverden, samt å formidle kunnskap, anerkjennelse og respekt, slik at man får et felles grunnlag og motivasjon for endring. Kommunikasjon er helt grunnleggende for at sykepleieren skal kunne

identifisere og utforske ulike måter som smerte uttrykkes på. Er smerten et uttrykt faresignal eller er den et uttrykk på lidelse (Eide, 2008).

En samtale med pasienten kan reduseres til en utspørring dersom sykepleieren stiller spørsmål ut fra en sjekklister. Dette fører til at pasienten ikke får mulighet til å uttrykke det han måtte ha på hjertet (Reitan, 2010). For at sykepleieren skal kunne hjelpe er det avgjørende at pasienten formidler sin smerte. Men for å få til en god smertelindring kreves det videre at sykepleieren oppfatter pasientens smerte, klarer å danne seg et bilde av hvordan smerten oppleves, hva som er årsaken til smerten og/eller hva pasienten tror kan være årsaken. En utfordring for sykepleieren blir å kommunisere slik at pasienten føler seg hjulpet. Herunder står hjelpende kommunikasjon sentralt. En slik kommunikasjon forutsetter empati (innlevelse) og en evne til å variere måten man kommuniserer på. Sykepleieren må beherske et bredt spekter av verbale og nonverbale bekreftende ferdigheter, i tillegg må hun også ha ferdigheter i å lede og styre samtalen. Hjelpende kommunikasjons forutsetter også fagkunnskap (ibid).

Sykepleieren må lytte, legge merke til og fortolke hint og signaler fra pasienten, som antyder noe viktig anliggende, altså en underliggende ubehagelig følelse. Det er imidlertid viktig at man vet at slike anliggender både kan formidles klart og utydelig. De blir ofte presentert som hint, utydelig uttrykt verbalt, men gjennom tonefallet kan man fornemme en følelsesmessig ladning. Ut fra dette kan det være vanskelig for sykepleieren å erkjenne og respondere adekvat på slike utydelige uttrykk fra pasienten (ibid).

4.0 DRØFTING

Jeg skal nå drøfte problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med prostatakreft får best mulig smertelindring i den palliative fasen?*». Dette vil jeg gjøre ved å bruke den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom ulike teoretiske artikler og egne erfaringer fra praksis. Der hvor jeg bruker «vi» og «oss», mener jeg sykepleiere som yrkesgruppe.

Ut fra det jeg nå har tilegnet meg av kunnskaper vet jeg at mange kreftpasienter har uttalte smerter og at sykepleieren vil ha en viktig funksjon i smertebehandlingen. Legen har et overordnet ansvar, men vi som sykepleiere har et stort medansvar når det kommer til lindring av pasientens smerter. Slik jeg ser det, sitter vi med et godt, kanskje også det beste grunnlaget for å danne oss et bilde av pasientens situasjon, da det er vi som har den nære kontakten med han. I kraft av vår posisjon kan vi, hvis vi viser oss tilliten verdig, få ta del i et annet menneskes liv og hjelpe det til å oppnå en bedre tilværelse. Dette mener jeg er noe vi som sykepleiere bør tenke over i ny og ned og det må ikke undervurderes.

4.1 Anerkjennelse og tolkning av pasientens uttrykk for lidelse.

I følge Martinsen (1997) er lidelse et dypt og komplisert menneskelig fenomen. Når mennesker som har kreft får beskjed om at helbredende behandling ikke lenger er en mulighet, vil trolig mange føle på en eller annen form for lidelse. Lidelsen kan ha rotfeste i enten fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige/eksistensielle aspekter, eller den kan være en kombinasjon av disse.

Grunnen til at jeg har valgt å ta dette med i drøftingen er fordi jeg tror at fysiske smerter lett kan bli hovedfokus når det kommer til sykepleierens bidrag i smertelindringen. Det kan være fordi fysiske smerter mange ganger vil være lettere for sykepleieren å oppdage, snakke om, forholde seg til og muligens også lettere å behandle. At sykepleieren har kunnskaper om at lidelse kan romme så mangt, anser jeg for å være av stor betydning for at pasienten får en individuell og helhetlig smertelindring.

I studien til Hansen & Eriksen (2009) var hensikten å identifisere hvordan pasienter med langtkommen kreft uttrykte tegn og signaler på lidelse og hvordan sykepleierne svarte på disse uttrykkene. Funn fra studien viste at pasientene i hovedsak brukte korte setninger og uttrykte bare potensielle tegn på lidelse. På den andre siden spurte sykepleierne sjeldent pasientene om de kunne uttrykke hvilken mening de la i de potensielle tegnene på lidelse. De ganger hvor sykepleierne på eget initiativ søkte å identifisere tegn på lidelse var de først og fremst opptatt av hva som kunne være årsak eller forklaring på pasientens faktiske symptomer og problemer. Dette viser til at pasientene svært sjeldent fikk muligheten til å uttrykke meningen og dermed lidelsen som de opplevde i relasjon til et problem.

Funn fra studien representerer noe nytt for meg. Når jeg tenker over det har jeg nok mange ganger opplevd slike uklare potensielle tegn og signaler på lidelse. Dette mener jeg representerer en stor utfordring for sykepleieren, da det vil være vanskelig å forstå hvilken mening som egentlig ligger bak det pasienten forsøker å uttrykke. For å lindre pasientens lidelser og styrke hans livsmot må sykepleieren erkjenne og reagere på slike utydelige uttrykk og fortolke dem. Hansen & Eriksen (2009) sier at sykepleierne må være flinkere til å spørre den enkelte pasienten konkret om hvilken mening han legger i de uttrykte potensielle tegnene på lidelse.

At sykepleieren åpner opp for en god dialog med pasienten anser jeg som et godt grunnlag når vi skal forsøke å få fatt i pasientens lidelse. Ved å åpne opp for dialog viser man et ønske om å være til hjelp. God kommunikasjon danner grunnlaget for en god relasjon mellom sykepleier og pasient. I følge Martinsen (2005) er tillit en livsytring som er både grunnleggende i samtalen og i vår holdning til pasienten. Når man står i et sykepleier-pasientforhold må man ta utgangspunkt i at det er tillit til stede. Tilliten vil i begynnelsen være preget av en gjensidig forbeholdenhet. Sykepleierens oppgave blir å vise seg verdig til å motta, først da vil pasienten våge seg frem. Det ligger en fordring i øyeblikket, denne beskriver Martinsen som:

«Skal jeg ta vare på det som den andre åpner opp for, betror meg, da må jeg være villig til å prøve å finne fram til hva den andre er best hjulpet med. Jeg må være oppriktig interessert i den andre. Hvis min interesse oppleves som uekte, vil mistillit vekkes» (Martinsen, 2005:145).

Ut fra dette bør vi i all vår samhandling med pasienten uttrykke en holdning som fremstiller at vi ønsker å hjelpe og at vi bryr seg om hvordan han har det i lidelsen da det er viktig for oss både som fagperson og medmenneske. I følge Martinsen (2005) er evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon avgjørende for å kunne hjelpe.

I boka *Kommunikasjon i relasjoner* har Eide og Eide med et sitat fra Richard Palmer, som jeg føler passer godt inn her: *"Det krever en stor lytter for å høre hva som faktisk sies, en enda større for å høre hva som ikke sies, men som kommer til uttrykk i talen"* (referert i Eide & Eide, 2007:10).

I studien til Hansen & Eriksen (2009) ble det funnet at i de tilfeller hvor pasienten forsøkte å uttrykke sin lidelse, druknet de i sykepleiernes arbeid med å organisere dagens gjøremål, planen for dagen var allerede lagt opp. Dette kan jeg relatere meg til. Fra praksis på sykehus har jeg erfart at dagen mange ganger var lagt opp allerede før man var kommet seg ut av vaktrommet. Det følte som om vi satt fast i en "tidsklemme" for å nå over alle dagens gjøremål. Noen av sykepleierne jeg gikk sammen med tok seg tid til samtale med pasientene på tross av tidspresset. Jeg som student kunne ta meg tid hvis jeg ønsket å prioritere det. For meg var de samtalerne jeg hadde med pasientene veldig givende. Jeg følte jeg fikk en bedre forståelse av hvordan pasienten hadde det. Jeg tar meg i å tenke at jeg må nyte denne tiden, for når jeg står der som ferdigutdannet sykepleier vil jeg kanskje få mindre tid til disse samtalerne, som gir meg både innsikt i pasientens situasjon, ny kunnskaper og erfaringer.

Martinsen sier at samtalen er truet i helse- og sosialvesenet i dag. Arbeidsprosessene preges av presisjon og effektivitet, tiden skal ikke sløses med og man skal ikke bruke mer tid enn nødvendig. Martinsen fremhever at en slik bruk av tiden trolig ikke har noe særlig toleranse for forsinkelser. Denne hastigheten og effektiviteten er ødeleggende for samtalen. Samtalen fordrer at vi gir hverandre tid og tar oss tid. Med dette må vi forandre vårt forhold til tiden. Kunsten blir å være langsom i de korte møtene (Martinsen, 2005).

En slik kunst tenker jeg vi må lære oss gjennom erfaringer. Jeg har tenkt en del over dette når jeg har vært ute i praksis og har funnet ut noe som jeg tror vil være av stor betydning for å få til en god samtale selv om man har liten tid. Når vi går inn til en pasient for å høre hvordan han har det, kan vi ved å sette oss ned for å samtale, istedenfor å stå, bidra til at tiden vi er der virker lenger enn den faktisk er. Ved å sette oss ned viser vi at vi har tid, selv om vi kanskje

ikke har det. At pasienten får et inntrykk av at jeg har tid til å prate med han vil muligens gjøre det lettere for han å uttrykke det han har på hjertet. Det kan være hva som helst som har en betydning for han å snakke om og dette er alltid tiden verdig. Ved å gjøre dette legger man dessuten grunnlaget for en god relasjon basert på tillit, vi viser at vi bryr oss.

Ingen fortjener å stå alene i lidelsen og nettopp på grunn av lidelsens smertefullhet og kompleksitet vil det være avgjørende at sykepleieren erkjenner og fortolker pasientens uttrykte potensielle tegn og signaler på lidelse. Det er ikke noe klart svar på hvordan vi skal klare å få fatt i meningen bak det utydelig uttrykte, men gjennom samtale med pasienten kan vi få en innsikt i hans lidelse, da bare han vet hvordan han har det.

Hvordan vi skal hjelpe pasienten i lidelsen, mener jeg blir høyst individuelt. Ved at vi tar oss god tid, lytter, er oppmerksom på pasientens verbale og nonverbal språk og møter hans uttrykk med anerkjennelse og oppfølgende spørsmål, kan vi danne et godt utgangspunkt. Dette vil kunne føre til at pasienten får rom og tid til å uttrykke meningen bak de uttrykte potensielle tegn og signaler på lidelse. Sykepleierens oppgave blir å forsøke å hjelpe pasienten ut fra en praktisk- moralsk handlingsklokskap, slik Martinsen (1997) kaller det. Faglig skjønn og moral viser seg i våre handlinger og blir derfor grunnleggende for hvordan vi skal handle. Den nyutdannede sykepleier kan oppøve en slik praktisk- moralsk handlingsklokskap gjennom erfaringer og samtale med den mer erfarne sykepleier.

4.2 Kunnskaper om pasientrelaterte barrierer mot smertebehandlingen

Kari Martinsen sier at for å møte den syke med omsorg, trenger sykepleieren både fagkunnskaper, praktiske ferdigheter og erfaringer. Vi blir ikke uten videre faglig dyktige ved at vi har kunnskaper om sykepleielære og medisin. De kunnskapene vi innehar må praktiseres, på denne måten kan vår faglige dyktighet komme til syne (Martinsen, 2003).

Pasienten med prostatakreft som har smertefulle skjelettmetastaser vil i den palliative fasen ofte ha behov for en kombinasjon av medikamentell behandling og strålebehandling for å lindre smertene. Funn fra forskning sier noe om pasientrelaterte barrierer i forhold til den medikamentelle smertebehandlingen.

I studien til Valeberg mfl. (2010) var mange av pasientene engstelige for at bruken av smertestillende medikamenter skulle føre til avhengighet, økt legemiddeltoleranse og bivirkninger. Dette viser seg å være i tråd med det teorien sier (Rustøen mfl, 2008).

Det pasientene muligens forbinder med avhengighet er det som betegnes som psykisk avhengighet, hvor man inntar opioider for å oppnå en annen effekt enn smertelindring (Valeberg mfl. 2010). Oppstemthet, avslapping og likegyldighet overfor ulike problemer vil være effekter som en pasient med psykisk avhengighet vil være ute etter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Det er funnet meget sjeldent at de pasienter som tar opioider med smertelindrende hensikt, utvikler en slik psykisk avhengighet (Valeberg mfl, 2010).

Når man bruker opioider med en hensikt å lindre smerter vil det imidlertid være snakk om en fysisk avhengighet. Den fysiske avhengigheten kommer av kronisk opioidbruk, som fører med seg tilvenning og abstinenssymptomer dersom medikamentet seponeres brått (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Dersom sykepleieren gir pasienten og pårørende en nøye og individuell informasjon ved å dele sine kunnskaper om avhengighet, vil det være sannsynlig at eventuelle feiloppfatninger og misforståelser kan oppklares. Ved å gi pasienten egen kunnskap og innsikt kan vi bidra til at smertelindringen får et bedre utgangspunkt.

Økt toleranse for legemidler ble påvist som en annen pasientrelaterte barriere i studien til Valeberg mfl (2010). Når man har brukt et legemiddel over lengre tid må som regel dosen økes for å beholde en tilfredsstillende smertelindrende effekt. En årsak til dette er at kroppen etter hvert bryter stoffet raskere ned. Mange av pasientene i studien til Valeberg mfl. (2010) oppgav at døsighet var en bivirkning som de synes var vanskelig å håndtere. Dette er en bivirkning som spesielt kan komme i forbindelse med en økning av opioiddosen.

Pasienten bør få informasjon om at økt toleranse og avhengighet er en bieffekt av behandlingen som er uunngåelig. Før en eventuell doseøkning, må vi gi pasienten informasjon om at døsighet kan forekomme ved opptrapping, men at denne forsvinner relativt raskt igjen (Valeberg mfl, 2010). Dette vil bidra til at han er forberedt og får dessuten også muligheten til å være med på å bestemme når det passer for han at doseøkningen skjer. Dersom han har besøk av familie som har reist langt for å besøke han den siste tiden og bare kan være hos han en liten stund, er det fullt forståelig at pasienten ønsker å vente med

doseøkningen til etter det. Å få være sammen med familien uten at døsiggheten ødelegger for den sosiale kontakten, vil nok være av stor betydning for han. En slik avtale avhenger selvfølgelig av at smertene ikke er uutholdelige. Ved å la pasienten være delaktig i slike avgjørelser som angår han, kan det mulig føre til at han er ærlig og lettere sier i fra dersom smerteintensiteten øker.

At sykepleieren har kunnskaper og erfaringer mener jeg vil ha en stor fordel, dette ved at vi lettere kan sette oss inn i pasientens situasjon, vite hva man skal se etter samtidig som man bedre kan forstå hva pasienten har behov for. Som Martinsen sier det: *”Det er de situasjoner vi har erfaringer og kunnskap fra, vi kan forstå, og dermed kan formidle til hverandre gjennom handling eller ord”* (Martinsen, 20003:76). Den nyutdannede sykepleier vil kunne samrå seg med den mer erfarne sykepleier og på denne måten få fatt i hva hun har erfart og lært fra sin lange karriere.

I praksis har jeg opplevd situasjoner hvor pasienten er tilbakeholden med å si i fra om sine smerter. I tilfeller hvor jeg har observert tydelige fysiologiske og atferdsmessige smertereaksjoner hos pasienten (svetting, hurtigere åndedrett, grimaser og ynking) hvor jeg så har spurt om han har smerter, kunne jeg få typiske svar som «Neida, det går bra» eller «Ikke tenk på meg, det går over». Hvorfor pasienten sier slike ting når man tydelig ser at han har vondt, kan ha mange årsaker. I følge Valeberg mfl. (2010) kan det å bruke mindre smertestillende medikamenter være en måte for pasienten å føle at han har mer kontroll over sykdomsprogresjon. At pasienten kan føle forandringer i smertens intensitet og omfang vil for han kunne være en pekepinne på om kreften sprer seg.

Nærmere 50 prosent av pasientene i studien var over middels enige i at det å bruke smertestillende medikamenter kunne føre til at man ikke oppdaget nye smerter og at disse kunne skjule forandringer i helsetilstand (Valeberg mfl, 2010). Kunnskaper om dette vil få varselslampen vår til å blinke når vi oppdager at pasienten ikke vil uttrykke sine smerter overfor oss. Årsaken trenger ikke være at pasienten har slike tanker, det kan likeså være at han ikke ønsker å være til bry. Men vi bør ha nok kunnskaper om dette til at vi tar fatt i problemet og forsøker å finne årsaken.

Dersom det så viser seg at pasienten vegrer seg mot å ta smertestillende på grunn av redsel for ikke å legge merke til forandringer i sykdomsutvikling, må vi handle. Sykepleieren bør sette

seg ned sammen med pasienten å forklare han at en slik måte å måle forandringer i kreftsykdommen på, er lite spesifikk og holdbar (Valeberg mfl, 2010). I oppgaven tas det utgangspunkt i pasienter som er i den palliative fasen, men det er ikke umulig at slike barrierer oppstår også her. Selv om pasienten vet at det går bare en vei vil man likevel kunne ha tanker om hvor lang tid man har igjen å leve. Vi som sykepleiere må bidra til at pasienten får tillit til at de som har det behandlende ansvaret for han kan tilby en mer holdbar informasjon om sykdomsutviklingen.

Jeg tror at dersom sykepleieren har kunnskaper om de vanligste barrierer som pasientene kan ha mot smertebehandlingen, vil disse være lettere å oppdage. Dersom det foreligger barrierer må de identifiseres og finnes en løsning på, da de er et hinder for god smertelindring. En god tilnærming til pasienten sammen med en god dialog vil her ha stor betydning. Når vi fører en dialog med pasienten eller gir han informasjon er det viktig at vi bruker et dagligdags språk som han forstår, for ikke å skape fremmedgjøring. Vi må kommunisere på en slik måte at han føler seg hjulpet og forstått.

Vi må legge merke til tegn, signaler og utsagn fra pasienten som tilsier at han kan ha ulike barrierer og videre forsøke å få avklart om dette er tilfelle. Konkrete spørsmål som «Er du redd for at du skal bli avhengig av de medisinene du tar?», «Er du engstelig for at medisinene skal gjøre deg døsig og uklar?», vil være en måte for sykepleieren å finne ut om pasienten har barrierer. Dessuten vil dette bidra til at kunnskapen sykepleieren sitter med kommer til syne i praksis. Pasienten vil på denne måten kunne føle trygghet til at dersom han har bekymringer så kan han dele disse med oss, da vi har kunnskaper om at slike tanker kan foreligge. Ved å gjøre dette vil vi kunne bidra til en mer vellykket smertelindring.

4.3 Smertevurdering og bruk av smertekartleggingsverktøy

Kari Martinsen sier at det er gjennom det smertelindrende arbeidet at noen av de viktigste aspektene ved sykepleie kommer til syne. Dette viser seg ved at sykepleieren ut fra en barmhjertighet og nestekjærlighet, setter all sin styrke, mot og sine kunnskaper inn for å lindre et annet menneskes lidelse (Nortvedt & Nesse, 1997).

Oppgaven tar utgangspunkt i smertelindring til pasienter med prostatakrefte som har smertefulle skjelettmetastaser. For å kunne bidra i smertelindringen har jeg forstått at faglige kunnskaper om diagnose og aktuelle smertetyper er avgjørende. At vi har kunnskaper om smertenes karakteristiske kjennetegn, vil være av stor betydning for å forstå pasientens situasjon og kunne kartlegge hans smerteopplevelse.

Sykepleieren må også ha kunnskaper om smerte som fenomen for å kunne få fram det særegne ved mennesket og for å kunne tolke hans situasjon. Smerte er et fellesmenneskelig fenomen, som alle mennesker opplever i livet (Nortvedt & Nesse, 1997). Med andre ord kan vi mennesker til en viss grad forstå hverandre ut fra egne erfaringer om hvordan dette oppleves. Likevel vil det være individuelle og kulturelle forskjeller i hvordan smerte oppleves og uttrykkes. Dette kan disponere for en del utfordringer hos sykepleieren. Forskjeller i hvordan den enkelte pasient uttrykker sine smerter, kan gjøre det vanskelig for oss å forstå hvor sterke smerter pasienten egentlig har. Selv om det er vanskelig må vi anerkjenne og reagere på hans smerteuttrykk og forsøke å forstå hans subjektive opplevelse av smerte (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Kunnskap om smerter, er ikke alene nok til å kunne hjelpe pasienten med god smertelindring. Som Martinsen sier det: *"Faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen og blir en enhet"* (Martinsen, 2003:75).

Det som har blitt sagt tidligere om at sykepleieren må tilstrebe å oppnå en god relasjon og dialog/samtale med pasienten, basert på tillit, vil også gjelde her. Sykepleieren har en gylden mulighet til å observere og vurdere pasientens smerter når man utfører praktiske gjøremål sammen med han, dette ved å bruke våre sanser (Martinsen, 2003). Men våre sanser kan vi se etter smerteuttrykk fra pasienten som for eksempel ynking, gråt, grimaser, svetting og at pasienten gnir seg på et sted hvor det gjør vondt. Sanser vi slike smerteuttrykk må vi samtale med pasienten og stille spørsmål som «Har du vondt?», «Kan du vise meg hvor smertene sitter?», «Kan du beskrive dem for meg, hvordan føles de?». Hvordan sykepleieren reagerer og handler ut fra sine observasjoner vil likevel være høyst individuell. Nettopp gjennom våre handlinger vil vår faglige dyktighet komme til syne.

Jeg mener at nettopp ved å bruke kartleggingsverktøy kan sykepleierens faglige dyktighet vises overfor pasienten. Bruk av slike verktøy vil også være en måte å hindre at sykepleierens

ulike holdninger og individuelle oppfatninger av pasientens smerter gjør vurderingen lite holdbar. Jeg mener at dersom vi baserer vurderingen av smerte kun på egne observasjoner vil vi ikke ha et godt grunnlag for smertelindring. Det er pasientens egen oppfatning av sin smerte det skal legges mest vekt på, men observasjoner vi gjør vil likevel ha stor betydning. Ved å bruke kartleggingsverktøy vil det muligens også være lettere for pasienten å beskrive sine smerter overfor sykepleieren, da en beskrivelse av smerten ofte er vanskelig å uttrykke med egne ord.

Smertekartleggingen må altså basere seg på pasientens selvrapporing av smerte, så lenge han er i stand til det. utfordringer her vil være dersom pasientens kognitive funksjon gjør at han ikke kan kommunisere sin smerte. Sykepleierens egne observasjoner vil da utgjøre en større betydning i smertevurderingen. Det finnes likevel enkelte kartleggingsverktøy som er bedre tilpasset pasienter med nedsatt kognitiv funksjon og språk, enn andre. Dersom denne type utfordring foreligger må vi gjennom våre kunnskaper om tilgjengelig redskaper, se etter løsninger.

Under mine praksisperioder på sykehus erfarte jeg at smertekartleggingsverktøy ble lite brukt. Sykepleierne vurderte i hovedsak smerte ut fra observasjoner og verbale uttrykk fra pasienten. Noen av sykepleierne dokumenterte pasientens smerteuttrykk i journal, men de fleste dokumenterte kun at de hadde gitt ekstra smertestillende medikament. Hva som var årsaken til at dette ble gitt, ble ikke spesifisert, dette undres jeg over. Det er mulig at man tror at ved å dokumentere for gitt behovsmedisin så sier det seg selv at pasienten hadde smerter. Dette mener jeg ikke er holdbart. Jeg bet meg merke i at de som faktisk dokumenterte for pasientens smerter ofte skrev at pasienten hadde gitt uttrykk for smerte og fikk derfor et gitt smertestillende medikament. Informasjon om smertens karakter, intensitet og lokalisasjon mangler. Jeg tenker da at sykepleieren ikke har satt seg ordentlig inn i pasientens opplevde smerte. Bruk av kartleggingsverktøy vil kunne hindre at dette skjer, samtidig som det gjøre oss mer beviste på vårt ansvar i smertebehandlingen.

Dersom man bruker kartleggingsverktøy tror jeg at en vurdering av smerte vil bli lettere, spesielt for nyutdannede sykepleiere med liten erfaring. Jeg tror at verktøyene vil gi oss større trygghet, ved at vi alle får et felles begrepsapparat. Det vil også kunne bidra til at sykepleierens ulike erfaringer ikke blir avgjørende for hvor god smertevurderingen og dermed smertelindringen blir.

I studien til Xue mfl. (2007) ble det funnet at sykepleierne var dyktige på å vurdere smerte. Imidlertid ble unnlattelse av å vurdere og evaluere smerter nøyaktig, sett på som en viktig årsak til underbehandling av smerter. Bruk av kartleggingsverktøy ble sett på som faktor som kan bidra til en bedre smertebehandling.

I studien til Seland mfl. (2005) kommer det fram at leger registrerte smerte hyppigere enn sykepleierne. Dette anser jeg som bemerkelsesverdig, da man ut fra teori vet at det er sykepleier som har det beste grunnlaget for å danne seg et bilde av pasientens situasjon. Studien viser til at smerteregistreringene i hovedsak ble utført i form av fritekst og at standardiserte registreringsmetoder for vurdering av smerte og effekt av innsettende behandling ble lite brukt. Dette samsvarer med det jeg opplevde i praksis. Sykepleierne i studien brukte imidlertid oftere verktøy for å vurdere smerteintensitet, enn legene gjorde. Funn viser til at potensialet for forbedring ligger i en mer systematisk måte å utføre smertekartleggingen på, blant annet ved å bruke ESAS- skjema, smertekart og VAS (Seland mfl. 2005) – se vedlegg 3, 4 og 5.

Ved å bruke ESAS- skjema blir utgangspunktet for smertebehandlingen basert på pasientens egen vurdering av sine smerter og andre symptomer som forsterker hans smerteopplevelse. Dette bidrar til at vi kan danne oss et godt bilde av pasientens helhetlige situasjon (se vedlegg 3). VAS- skala har lenge vært gullstandarden for å kartlegge smertens intensitet (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Jeg synes skalaen virker enkel og grei å bruke og den vil kunne være et godt hjelpemiddel dersom man er usikker på hvor sterke smerter pasienten har, eller for å gjøre en fortløpende vurdering av den medikamentelle behandlingens effekt, ved at det brukes før og etter at man har gitt smertestillende (se vedlegg 5).

Smertekart er et verktøy som kan brukes for å lokalisere hvor smerten sitter – Se vedlegg 4. Dette kan med fordel brukes sammen med VAS for å kartlegge smertens intensitet. Vi kan da danne oss et godt bilde av hvor smerten sitter og hvilken smerteintensitet som foreligger i de aktuelle områdene. Dersom sykepleierne bruker disse kartleggingsverktøyene aktivt og regelmessig kan vi få kjennskap til eventuelle endringer. Det kan dessuten bidra til at pasienten får en bedre innsikt og forståelse av sin smerte.

En utfordring kan være at mange kreftpasienter ofte har et komplekst smertebilde, og ut fra dette vil ha vansker med å lokalisere smertene, da de ”glir” over i hverandre. Jeg tenker at vi i slike tilfeller må ta en ting av gangen. Hvor godt pasienten klarer å gjennomføre kartleggingen tenker jeg vil avhenge av hans dagsform og smerter i øyeblikket. Vi må tilstrebe at kartleggingen gjøres når pasienten makter det.

Før vi tar i bruk kartleggingsverktøyene er det viktig at vi informerer pasienten om hva de skal brukes til, slik at han ser hvilken hensikt utfyllingen har. Ved at pasienten får være delaktig i kartleggingsprosessen vil han kunne oppleve å ha en viss kontroll over situasjonen. På denne måten vil han kunne føle forutsigbarhet noe som kan virke positivt inn på selvbildet hans. Videre kan det bidra til opplevelse av egen kompetanse og mulighet for framtidig mestring av smerte (Nortvedt & Nesse, 1997). Vi må hjelpe pasienten med utfyllingen, eller han kan gjøre det selv dersom han er i stand til det. Jeg mener uansett at vi bør være der sammen med han under utfyllingen i tilfelle det dukker opp spørsmål.

Seland mfl. (2005) konkluderer i sin studie med at registreringer som framkommer av kartleggingen, må dokumenteres i pasientens journal og følges jevnlig opp under innleggelsen. Som nevnt tidligere er vi dessuten lovpålagt dette (jf. hlspl §§ 39-40). Jeg mener at dersom en dokumentering ikke blir gjort, vil ikke kartleggingen bli synlig for medarbeidere og man vil heller ikke kunne nyttiggjøre seg av den for å evaluere smertebehandlingens effekt.

I studien til Rustøen mfl. (2009) hadde pasientene vanskelig for å beskrive sykepleiernes bidrag i smertebehandlingen. Jeg tenker at dersom vi tar i bruk verktøy for å kartlegge pasientens smerter, vil det bidra til at vår rolle og kompetanse i smertebehandlingen blir mer synliggjort for pasientene.

Hvorfor sykepleierne i liten grad bruker verktøy som hjelp i vurderingen av pasientens smerter kan ha flere årsaker. Mine refleksjoner om dette baserer seg på egen forståelse og tilbakemeldinger jeg har fått fra sykepleiere i praksis. Som sykepleier på sykehus har man ansvar for mange pasienter på en gang, som alle trenger en individuell sykepleie. De fleste er svært syke og trenger derfor en tett oppfølging. En omfattende vurdering av pasientens smerte ved bruk av ulike verktøy vil ta mye av vår tid, det krever dessuten at vi vet hvordan vi skal bruke dem og at de er lett tilgjengelige. Jeg tenker at dersom lederne ved sykehuset innfører

bruk av standard smertekartleggingsverktøy, vil det bidra til at alle har noe felles å forholde seg til. Et felles kurs med informasjon om hvordan disse verktøyene skal brukes og hvilken nytteverdi det har, anser jeg for å være avgjørende. Dette kan føre til at innføringen blir vellykket og følges opp av alle.

5.0 AVSLUTNING

Jeg har nå sett på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til best mulig smertelindring for pasienten med uhelbredelig prostatakreft og smertefulle skjelettmetastaser. Tre sentrale momenter ligger til grunn: anerkjennelse og tolkning av pasientens uttrykk for lidelse, kunnskaper om pasientrelaterte barrierer mot smertebehandlingen og smertevurdering ved bruk av smertekartleggingsverktøy.

Forskning viser at vi kan bidra til god smertelindring gjennom å anerkjenner og fortolke pasientens potensiell uttrykk for lidelse, da lidelse fører med seg smerte. Ved at vi anerkjenner pasientens lidelsesuttrykk kan han føle seg mindre alene og hjelpsløs, og vil kunne føle smertelindring ved at noen andre ser han, og ønsker å stå sammen med han og hjelpe han i lidelsen. Dersom vi erkjenner at pasienten lider kan vi dessuten jobbe mot løsninger for å styrke hans livsmot, noe som vil være avgjørende for å kunne oppnå en helhetlig lindring av pasientens smerter.

At sykepleieren har kunnskaper om barrierer som pasienten kan ha mot smertebehandlingen, er også en måte å bidra til god smertelindring. I de tilfeller hvor det foreligger barrierer, vil de fungere som en brems i smertebehandlingen. Det vil derfor være viktig at vi har kunnskaper om at barrierer kan foreligge og hva de som regel handler om. Dette gjør dem lettere for oss å oppdage, samtidig som vi har kompetanse til å gi pasienten informasjon for å oppklare eventuelle missforståelser og/eller feiloppfatninger.

Funn fra forskning, teori og egne erfaringer viser til at dagens bruk av kartleggingsverktøy er for dårlig. I fremtiden må vi derfor tilstrebe at disse tas i bruk, da både teori og forskning konstaterer med at en grundig kartlegging er avgjørende for å lykkes i smertebehandlingen. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått kunnskaper om at nytteverdien ved å bruke slike verktøy aktivt og regelmessig, er stor. Når jeg nå er ferdigutdannet sykepleier vil jeg derfor jobbe for at kartleggingsverktøy tas i bruk der hvor jeg jobber, for å vurdere smerter og andre symptomer. De ulike kartleggingsverktøyene er ikke begrenset til kreftpasienter, men kan brukes for å vurdere smerter hos alle pasienter med smerteproblematikk.

Gjennom disse tre hovedpunktene kan vi helt klart bidra til at pasienten får et godt utgangspunkt for en best mulig smertelindring. Men dette mener jeg avhenger av hvordan hver enkelt sykepleier ivaretar sitt selvstendige ansvar for å lindre pasientens smerter.

Jeg ser at det er mange sider ved sykepleie til pasienter med uhelbredelig prostatakraft med smertefulle skjelettmetastaser, som jeg ikke har fått utdypet i oppgaven. Dette skyldes at kreft, palliasjon og smertebehandling er svært omfattende temaer med mange ulike aspekter. Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven fått økt kunnskap om tema, og jeg føler at denne kunnskapen danner et grunnlag som jeg kan bygge videre på for å oppnå kunnskap også om andre sider ved tema.

Arbeidet med oppgaven har vært både tungt og krevende, men på samme måte veldig givende. Jeg føler at det har lært meg å bli mer selvstendig og reflektert, samt flinkere til å organisere eget arbeid.

6.0 LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4 utgave, 1 opplag.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4 utgave.

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 utgave.

Gjerland, A., Almås, H. & Grønseth, R. (2010). Sykepleie ved sykdommer og forstyrrelser i urinveier og mannlige kjønnsorganer. I: Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. s. 53-83. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4 utgave, 1 opplag.

Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4 utgave, 1 opplag.

Molven, O. (2010). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3 utgave, 2 opplag.

Selvvalgt litteratur

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I: Granskär, M. & Nielsen, B.H. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. s. 173-188 Stockholm: Studentlitteratur AB.....= 16 s.

Bauer, H. & Walløe, A. (2007). Kirurgisk behandling ved skjelettmetastasing. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. s. 443- 454. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 utgave, 1 opplag..... = 12 s.

- Berg, A. & Fosså, S.D. (2010). Kreft i mannlige kjønnsorganer. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring- handling*. s. 504-511. Oslo: Akribe AS. 3 utgave, 1 opplag..... = 8 s.
- Bjørgo, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. s. 201-202. Oslo: Akribe AS. 3 utgave, 1 opplag.....= 2 s.
- Dennis, K., Wong. K. & Zhang. L. mfl. (2011). *Palliative Radiotherapy for bone metastases in the last 3 months of life: Worthwhile or futile?* s. 709-715. (Online) Tilgjengelig fra <http://ezproxy.uin.no:2084/science/article/pii/S0936655511006844#> (06.04.13)..... = 7 s.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I: Rustøen & Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 354-369. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1 utgave, 1 opplag.....= 16 s.
- Hansen, S.R. & Eriksen, T.R. (2009). *How are verbal cues and signs of suffering expressed and acknowledge within palliative nursing?* s. 42-46. (Online) Tilgjengelig fra <http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/607954611/fulltextPDF/13C81C8712486C015/1?accountid=35443> (27.02.13).....= 5 s.
- Helsedirektoratet (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i Kreftomsorgen* (Online) Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx> (06.03.13).....= 155 s.
- Holtan, A., Kongsgaard, U.E. & Ohnstad H.O. (2005). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. s. 416-18. (Online) tilgjengelig fra: http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1144334 (30.01.2013).....= 3 s.
- J.S.Y, Wu., G, Monk. & T, Clark mfl. (2006). *Palliative Radiotherapy Improves Pain and Reduces Functional Interference in Patients with Painful Bone Metastases: A Quality Assurance Study*. s. 539-544. (Online) Tilgjengelig fra <http://ezproxy.uin.no:2084/science/article/pii/S0936655506001749#> (06.04.13).....= 6 s.

Kaasa, S. (2007) (a). Palliativ medisin – en introduksjon. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. s. 31-47. Oslo: Gyldendal akademisk. 2 utgave, 1 opplag.....= 17 s.

Kaasa, S. (2007) (b). Smertediagnostikk. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. s. 285- 306. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2 utgave, 1 opplag.....= 22 s.

Kaasa, S. & Borchgrevink, P.C. (2007). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. s. 271- 282. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2 utgave, 1 opplag.....= 12 s.

Kreftforeningen (2013). *Strålebehandling*. Tilgjengelig fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/stralebehandling/> (10.04.13).

Kreftregistret (2008). Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. *Prostatakreft* (Online). Tilgjengelig fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Kreftsykdommer/Prostatakreft/> (28.01.13).

Kreftregistret – Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. *Kreftstatistikk for 2010*. (Online). Tilgjengelig fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> (28.01.13).

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. s. 247-258. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 utgave, 1 opplag.....= 12 s.

Lund, J.Å. & Kaasa, S. (2007). Palliativ strålebehandling. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. s. 423- 28. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2 utgave, 1 opplag.....= 6 s.

Martinsen, K. (1997). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. s.135-139. Otta: TANO. 2 opplag.....= 5 s.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk- filosofiske essays*. s. 14-17, 69-81. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2 utgave.....= 17 s.

- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. s. 38-44, 136-165. Oslo: Akribe AS. 1 utgave, 2 opplag.....= 37 s.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1996). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. s. 18. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.....= 1 s.
- Nordtvedt, F., Nesse, J.O. (1997) *Smertelindring: utfordring og muligheter*. s. 77-81. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2 utgave.....= 5 s.
- Norsk forening for palliativ medisin (2004). *Standard for palliasjon*. (Online) tilgjengelig fra <http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enhet/K3K/Lindrende/standard%20for%20palliasjon%20%28pdf%29.pdf> (21.01.13).....= 44 s.
- Reitan, A.M. (2010). Kommunikasjon. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. s. 102-119. Oslo: Akribe AS. 3 utgave, 1 opplag.....= 18 s.
- Rosland, J.H. & Tjølsen, A. (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I: Kaasa, S (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. s.311-25. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 utgave, 1 opplag..... = 15 s.
- Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M. & Wahl, A.K. (2009). *Nursing Pain Management – A Qualitative Interview Study of Patients with pain, Hospitalized for Cancer Treatment*. s. 48-55 (Online). Tilgjengelig fra <http://ezproxy.uin.no:2084/science/article/pii/S1524904208001537> (06.03.13).....= 8 s.
- Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B.T., Utne, I. & Stubhaug, A. (2008). Kreft og smerter. I: Rustøen, T. & Wahl, A.K. (red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 255-267. Oslo: Gyldendal Akademisk.....= 13 s.
- Seland, M., Kaasa, S. & Klepstad, P. (2005). *Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse*. s. 2500-3. (Online) tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1259252> (30,01.13)..... = 4 s.

Stubhaug, A. & Ljoså, T.M. (2008). Hva er smerte? I: Rustøen, T. & Wahl, A.K. (red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet.* s. 22-46. Oslo: Gyldendal

Akademisk.....= 25 s.

Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I: Rustøen, T. & Wahl, A.K. (red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet.* s. 51-66. Oslo: Gyldendal

Akademisk.....= 16 s.

Universitetssykehuset i Nord- Norge (2009). *Håndbok i lindrende behandling.* (Online)

tilgjengelig fra: <http://www.unn.no/getfile.php/UNN->

[Intranett/Enhet/K3K/Dokumenter_2/handbok_lin.pdf](http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Intranett/Enhet/K3K/Dokumenter_2/handbok_lin.pdf) (30.01.13).....= 80 s.

Valeberg, B.T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barriere mot smertebehandlingen.* s. 266-76. (Online). Tilgjengelig fra

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/562171/kreftpasienters-](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/562171/kreftpasienters-barrierer-mot-smertebehandling)

[barrierer-mot-smertebehandling](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/562171/kreftpasienters-barrierer-mot-smertebehandling) (16.01.13)..... = 11 s.

Xue, Y., Schulman-Green, D., Czapliniski, C., Harris, D. & McCorkle, R. mfl. (2007). *Pain attitudes and knowledge among RNs, pharmacists, and physicians on an inpatient oncology service.* s. 687-695 (Online). Tilgjengelig fra

<http://ezproxy.uin.no:2063/pqcentral/docview/222744975/fulltextPDF/13C8584CD1FF0909FA/23?accountid=26469> (28.02.13)..... = 9 s.

Vedlegg 1. Søkehistorikk

Hvor?	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Artikler/bøker brukt i oppgaven
SveMed+	Palliasjon AND kreft	Peer reviewed tidsskrifter	1	0	0
SveMed+	Palliativ pleie AND kreft	Peer reviewed tidsskrifter	3	1	0
SveMed+	Smertebehandling	Peer reviewed tidsskrifter + publisert 2005-2012.	12	3	1
SveMed+	Palliasjon	Peer reviewed tidsskrifter + publisert 2004-2012.	4	2	0
SveMed+	Sykepleie AND kreft	Peer reviewed tidsskrifter	2	0	0
SveMed+	Kreft AND smerte	Peer reviewed tidsskrifter	1	0	0
SveMed+	Prostatakreft AND smerte	Peer reviewed tidsskrifter	2	1	0
Scopus	Prostate cancer AND pain AND palliative care	Artikkel + health Sciences + publisert 2005-2013	106	15	1
Scopus	Advanced prostate cancer AND pain treatment OR palliative care	Artikkel + health Sciences + publisert 2005-2013	88	10	1
Google Scholar	Prostatakreft og palliativ behandling	Utelukke sitater - Publisert 2000-2013	209	10	0
Google Scholar	Smerteproblematikk og kreft	Utelukke sitater - Publisert 2000-2013	23	9	0
Bibsys	Kreft og smerte	-	48	-	3
Bibsys	Palliation AND cancer	E-tidsskrift, trykte tidsskrift Tidsrom 2005-2013	0	0	0
Tidsskrift for Den norske legeforening	Kreftrelaterte smerter	-	21	5	0
Tidsskrift for Den norske legeforening	Kreft og smerter	Originalartikler	10	4	2
Tidsskriftet sykepleien	Smertelindring Og kreft	Fag- og forskningsarkiv	133	30	0
ProQuest	Advanced prostate cancer AND palliative care OR cancer pain treatment AND nursing	Full text, peer reviewed, article , English, Norwegian, clinical journal of oncology nursing	65	5	0
Vård i Norden gjennom helsebiblioteket - ProQuest	Cancer AND palliative care	Peer reviewed – Vård I Norden	16	2	1

Vedlegg 2. Artikkelmatrise

Tittel: Kreftpasienters barriere mot smertebehandlingen.

Forfattere: Valeberg, B.T., Bjordal, K., Rustöen, T.

Publikasjonsår, Land og Database: 2010, Norge, SveMed+.

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive barrierer mot smerte og smertebehandling hos et utvalg av norske kreftpasienter. Videre ble det undersøkt om slike barrierer mot smertebehandling på noen måte påvirket pasientenes smerteintensitet og funksjon.

Metode: 217 polikliniske kreftpasienter som hadde smerter og/eller brukte smertestillende medikamenter, deltok i studien. Det ble gjennom en beskrivende tverrsnittundersøkelse gjennomført på ulike poliklinikker ved Oslo universitetssykehus, undersøkt barrierer mot smerte og smertebehandling ved hjelp av et barriereskjema (NBQ-II).

Funn/konklusjon:

I studien fant man ut at de høyeste barrierene for smertebehandling var spørsmål om avhengighet, toleranse, observasjon av symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter, frykt for enkelte bivirkninger, herunder døsigheit. Kreftpasientene som deltok i studien melder om en del barrierer for smertebehandlingen, og ut fra dette vil det kanskje være hensiktsmessig med en mer individualisert informasjon om smerte og smertebehandling, for å redusere feiloppfattninger, misforståelser og gi økt kunnskap. Dette kan føre til en forbedring av smertebehandlingen

Tidsskrift: Referee

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans

Hva sier artikkelen om mitt tema:

Dette er viktig for mitt tema da det har noe å si for hvordan sykepleieren kan lindre kreftpasientens smerter. Dersom sykepleieren har kunnskap om barrierer mot smertebehandling, kan det være lettere å oppdage dersom dette foreligger som en brems i smertelindringsprosessen. Vi ser av studien at en individuell informasjon og smerte og smertebehandling vil være viktig for å bedre smertebehandlingen hos denne pasientgruppen.

En viktig oppgave for sykepleieren vil derfor være å arbeide med å finne løsninger som kan redusere pasientens smerter, observere tegn til feiloppfatninger og misforståelser og oppklare disse sammen med pasienten, samt gjenkjenne tegn til manglende kunnskap om smerte og smertebehandling og ved tilfelle gi pasienten en individuell informasjon om dette.

Tittel: Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus.

Forfattere: Holtan, A., Kongsgaard, U. E & Ohnstad H. O.

Publikasjonsår, Land og Database: 2005, Norge, Tidsskrift for Den Norske Legeforening.

Hensikt: Som bakgrunn for studien kommer det fram at selv om vi stadig får bedre kunnskap om kreftsmarter og behandling av slike smerter, får ikke kreftpasientene tilstrekkelig smertebehandling. I studien fokuseres det på helsepersonells rolle i smertebehandlingen.

Hensikten var å kartlegge kreftpasienters smerter og smertens innvirkning på livssituasjon, samt å påvise mulige hindringer for en bedret smertebehandling.

Metode: I Helseregion Sør ble det gjennomført en endags prevalensstudie hos innleggende kreftpasienter. 13 sykehus og 309 pasienter deltok i undersøkelsen. I undersøkelsen ble spørsmål angående diagnose, behandling, gjennombruddssmerter og nevrologiske smerter brukt, i tillegg til spørreskjemaet Brief Pain Inventory.

Funn/konklusjon: Undersøkelsen viste at halvparten av pasientene hadde smerter mens de var innlagt i sykehus. Enkelte av de pasientene med sterke til uutholdelige smerter brukte ikke opioider. Pasienter med gjennombruddssmerter og nevrologiske smerter får ofte ikke adekvat behandling. Ut fra resultater viser det seg at disse pasientene ofte har det verre enn andre kreftpasienter. De har mer smerte og hadde en dårligere skår på både søvnkvalitet, daglig aktivitet og evne til å utføre arbeid.

Tidsskrift: Referee.

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans.

Hva sier artikkelen om mitt tema: Studien omhandler kartlegging av smerter, smertebehandling og smertens innvirkning på livssituasjon hos kreftpasienter ved norske sykehus. Artikkelen fremstiller at helsepersonell trenger økt kunnskap om forekomst og behandling av kreftrelaterte smerter, samt kunnskap om hvordan man gjør systematiske smerteregistreringer hos den enkelte pasient.

Tittel: Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse

Forfattere: Seland, M., Kaasa, S. & Klepstad, P.

Publikasjonsår, Land og Database: 2005, Norge, Tidsskrift for Den Norske Legeforening.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke i hvilken grad kreftpasienters smerter og bivirkninger av morfin blir registrert og dokumentert av helsepersonell, ved innkomst i sykehus. Studien tar videre for seg hvilke metoder som ble brukt for å kartlegge smerter og andre symptomer, samt en sammenligning av pasientenes egenrapporterte smerte og helsepersonellens smerteregistreringer.

Metode: 201 kreftpasienter under pågående morfinbehandling i kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital i tidsrommet juni 1999 til februar 2001, ble inkludert i studien. Det ble undersøkt om leger og sykepleiere dokumenterte smerte og andre symptomer ved innleggelse i avdelingen. Legenes og sykepleierens registrering av smerte og andre symptomer ble sammenliknet med pasientenes egenrapporterte smerte.

Funn/konklusjon: Studien viser oss at både leger og sykepleiere dokumenterer smerte for de fleste pasienter (90 %) som blir innlagt i sykehus. Tall viser at legen registrerte smerte ved 85 % av innleggelsene mens sykepleier registrerte smerte ved 66 % av innleggelsene. Andre symptomer ble derimot sjeldnere dokumentert. Studien viser at smerteregistreringene i hovedsak ble utført i form av fritekst. En standardisert metode for gradering av symptomintensitet ble lite brukt. Slike metoder ble derimot oftere brukt av sykepleierne enn av legene. Disse resultatene signaliserer at det er et behov for standardiserte registreringsmetoder for å kunne framstille en god inntakstatus for kreftpasienter. En slik standardisering kan lette samarbeidet mellom ulike helsepersonell. Eksempel på slike standardiserte registreringsmetoder kan være visuell analog skala, smertekart, verbal skala og numerisk skala (ESAS). Studien viser at legens og sykepleierens registrering av smerte stod i samsvar med pasientens egen smerterapport. Det ble funnet at i de tilfeller hvor smerten ikke var dokumentert i journalen, hadde den storsett liten betydning for pasienten.

Tidsskrift: Referee.

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans.

Hva sier artikkelen om mitt tema: Studien tar opp viktigheten av smertekartlegging og dokumentasjon av denne, noe som er sentralt i min oppgave, når det kommer til hvordan sykepleieren kan bidra til god smertelindring hos kreftpasienten. Både sykepleiere og leger er inkludert. Studien viser til at oppmerksomheten rundt smerte er god både blant leger og sykepleiere. Bivirkninger som problem har også til en viss grad deres oppmerksomhet. Intensitet av smerte og bivirkninger dokumenteres derimot i liten grad. Dette viser til at registrering av smerte og bivirkninger bør standardiseres ved bruk av smertekartleggingsverktøy. Registreringer må føres i pasientens inntakjournal og gjøres fortløpende under innleggelsen. Slike registreringer må gjøres for de pasienter hvor smerter og andre symptomer utgjør et problem som må behandles, noe som er tilfelle for mange av kreftpasientene.

Tittel: How are verbal cues and signs of suffering expressed and acknowledge within palliative nursing?

Forfattere: Hansen, S.R. & Eriksen, T.R.

Publikasjonsår, Land og Database: 2009, Danmark, ProQuest via Helebiblioteket.

Hensikt: På grunn av manglende kunnskap om hvordan det levde fenomenet lidelse blir uttrykt hos pasienter med langtkommen kreft ble hensikten med studien å:

1. Å identifisere potensielle og faktiske verbale tegn på lidelse som blir uttrykt hos pasienter med langtkommen kreft i en palliativ enhet.
2. Å beskrive typiske strukturer av de uttrykte og identifiserte verbale tegnene på lidelse. Under analysen kom det fram at pasientene i hovedsak uttrykte potensielle tegn på lidelse. En til hensikt ble derfor å beskrive hvordan sykepleierne svarte på de verbale tegnene på lidelse som ble uttrykt av pasientene.

Metode: Studien ble gjennomført i en palliativ enhet i hovedstaden i Danmark fra 2000-2003. Den var begrenset til innlagte pasienter i alderen 40-74 år, med en gjenværende levetid på to måneder eller mer. Studien var basert på et tilfeldig utvalg. 12 pasienter deltok, 6 kvinner og 6 menn. 25 sykepleiere deltok. C.S Pierce sin semiotiske og fenomenologiske grunnleggende teori om tegn ble brukt som grunnlag for identifikasjon av potensielle og faktiske tegn til lidelse, som ble innhentet av en observatør som observerte samtale mellom pasient og sykepleier i et pasientrom. Observasjonene fokuserte på omgivelsene, aktørene, tid og de verbale hendelsene som fant sted i rommet.

Funn/konklusjon: De typiske strukturene for tegn på lidelse ble identifisert som:

1. Potensielle og faktiske tegn på lidelse, uttrykt av pasientene.
2. Potensielle tegn på lidelse som sykepleierne søkte å identifisere på eget initiativ under samtale med pasientene.

Potensielle og faktiske tegn på lidelse ble uttrykt på fire forskjellige måter:

- A) pasientene uttrykte potensielle tegn til lidelse men uttrykte ikke hvilken mening de la i symptomene de beskrev. Sykepleierne spurte ikke om pasientene kunne forklare hvilken betydning symptomene hadde for dem. Dette førte til at pasientene ikke fikk muligheten til å reflektere over og uttrykke sin lidelse.
- B) Pasientene uttrykte potensielle tegn på lidelse men delte det ikke på noen måte med sykepleieren. Slike potensielle tegn dukket typisk opp i tilfeller der pasientens forsøk på å uttrykke sin lidelse, men hvor disse druknet i sykepleierens arbeid med å organisere dagens gjøremål. Deres dagsplan var allerede lagt opp.
- C) Sykepleierne snakket med pasientene om hvilken mening de la i de uttrykte potensielle tegnene, i forhold til et symptom eller problem. Det var pasienten som hadde tatt initiativet. Sykepleierne spurte først og fremst om årsakene til symptomet eller problemet, men de spurte ikke om betydningen som kunne være skjult i det potensielle tegnet på lidelse.
- D) Da sykepleieren hadde forlatt rommet gav pasienten spontant uttrykk for lidelse, med sinne og opplevelse av kaos og besvimelse.

Vedrørende potensielle tegn på lidelse som sykepleierne søkte å identifisere på eget initiativ under samtale med pasientene så man at:

Sykepleierne først og fremst var opptatt av i hvilken grad pasientenes behov for mat, væske og avføring var ivaretatt og om det var noe de kunne gjøre for å gjøre pasientene mer fornøyde. Det ble videre fokusert på pasientens evne til å innta forskrevet medisin. Sykepleierne fokuserte primært på å identifisere årsaker og forklaringer på pasientenes faktiske symptomer og problemer, mens de sjeldent spurte pasienten hvilke meninger han/hun mente disse kunne være knyttet til.

Alle pasientene ble spurt om i hvilken grad de opplevde smerte. Her ble det fokusert på i hvilken grad de opplevde reell smerte, i hvilken grad smertebehandlingen var tilfredsstillende og om pasientene ønsket å diskutere behandlingen med en lege. Når pasientene uttrykte at de hadde opplevd smerte eller angst i løpet av kvelden/natten, var den typiske reaksjon fra sykepleier å si at erfaringen var over og ferdig med, eller at det hadde blitt behandlet i noe grad.

Pasientenes framtid var i hovedsak relevant for sykepleierne med hensyn til at planer ble gjennomført, at avtaler ble gjort knyttet til symptomforebygging og/eller symptomlindring, hvordan sykepleien til pasientene kunne utføres i fremtiden og hvordan en eventuell utskrivning fra sykehuset kunne bli realisert.

Analysen viste at pasientene i hovedsak brukte korte setninger og uttrykte bare potensielle tegn på lidelse. På den andre siden spurte sykepleierne sjeldent pasientene om de kunne uttrykke meningen av det potensielle tegnet på lidelse. Dette antyder at pasientene svært sjeldent uttrykte meningen og dermed lidelsen som de følte eller opplevde i relasjon til problemet de uttrykte.

Tidsskrift: Referee.

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans.

Hva sier artikkelen om mitt tema: Anerkjennelse av lidelse hos pasienter med langtkommen kreft er grunnlaget for sykepleierens evne til å lindre pasientens lidelser og styrke pasientens ånd. Hvis sykepleiere skal kunne skape rom for at pasienter med langtkommen kreft skal få kunne uttrykke følt og opplevd lidelse, må de erkjenne og reagere mer systematisk på de potensielle tegnene på lidelse som pasientene uttrykker. De må også spesifikt spørre den enkelte pasienten om hvilken mening han legger i de uttrykte potensielle tegnene på lidelse.

Tittel: Nursing Pain Management – A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment.

Forfattere: Rustøen, T., Gaardsruud, T., Leegaard, M. & Wahl, A.K.

Publikasjonsår, Land og Database: 2009, Norge, Scopus.

Hensikt: Smerte er et betydelig symptom hos kreftpasienter. Å forstå pasientenes erfaringer i forhold til smertebehandling er viktig i evidensbasert sykepleie innenfor feltet smerte. Hensikten med studien var å utforske kreftpasienters erfaringer med sykepleieres håndtering av smerter, under sykehusopphold hvor de mottok kreftbehandling.

Metode: 18 kreftpasienter deltok i studien, alle hadde langtkommen kreft, skjelettmetastaser og smerter. Alle de kvinnelige deltakerne hadde brystkreft, mens alle mennene hadde prostatakreft. Dataene ble innhentet ved bruk av dybde- intervjuer. En kvalitativ fremstilling ble brukt for å tolke kreftpasientenes erfaringer på en så nøyaktig måte som mulig, uten bevisste forsøk på å påtvinge forskerens teoretiske posisjon over på pasientens uttrykte mening. Ønsket var altså å fremstille en korrekt beskrivelse av deltakernes erfaringer og forventninger knyttet til sykepleieres håndtering av smerter.

Funn/konklusjon: Hele 14 av 18 deltakerne rapporterte at de hadde alvorlig smerteintensitet. 10 av deltakerne rapporterte at de hadde gjennombruddssmerter. Pasientene beskrev en rekke faktorer som lettet deres smerter. Disse faktorene ble kategorisert i fem forskjellige temaer: avledning, behandling, ta det med ro, omsorgsfulle omgivelser og egenomsorgsaktiviteter. Faktorer som økte smerten var hovedsakelig knyttet til bevegelse og fysiske aktiviteter, som å gå eller sitte for lenge.

Pasientene fant det vanskelig å uttrykke spesifikke forventninger knyttet til sykepleieres håndtering av smerter. De var usikre på hva de kunne forvente av sykepleierne. På tross av dette kom det opp fire temaer som av pasientene ble sett på som viktige evner hos sykepleieren og som viste kompetanse innefor smertebehandling: 1) å være til stede og støttende 2) gi informasjon og dele kunnskap 3) håndtering av medisiner 4) kjennes ved smerte.

Pasientene i studien opplevde mangel på informasjon fra sykepleierne om smertebehandlingen. Det største funnet i denne studien er at sykepleiere ble beskrevet som viktige i smertebehandlingen, men deres bidrag til håndtering av smertene var ikke lett for pasientene å beskrive. Sykepleierne ble sett på som omsorgsfulle personer som gav ut smertestillende medikamenter, men pasientene kunne ikke beskrive deres ferdigheter og kompetanse.

Tidsskrift: Referee.

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans.

Hva sier artikkelen om mitt tema: Funn fra denne undersøkelsen kan øke sykepleierens bevissthet om sin rolle i smertebehandlingen, som et skritt mot å forbedre pasienters smertelindring. Sykepleiere må jobbe hardere for å klargjøre sin rolle i smertebehandlingen, slik at deres ferdigheter og kompetanse blir mer synlig for pasientene, for eksempel i forhold til rådgivning og pasientopplæring. Ved ukontrollerte smerter vil en omfattende vurdering av smerten være nødvendig. Dette vil være en viktig oppgave for sykepleierne. Å gi råd og informasjon til pasienten og hans pårørende, knyttet til smerter og smertebehandling er en viktig oppgave for sykepleieren, da pasienter i denne undersøkelsen rapporterer manglende informasjon fra sykepleierens side på dette området. Skriftlig informasjon om dette kan hjelpe pasienten og hans pårørende til å bli mer selvstendig.

Tittel: *Pain attitudes and knowledge among RNs, pharmacists, and physicians on an inpatient oncology service.*

Forfattere: Xue, Y., Schulman-Green, D., Czapliniski, C., Harris, D. & McCorkle, R.

Publikasjonsår, Land og Database: 2007, United States, ProQuest.

Hensikt: Hensikten med studien var å evaluere holdninger og kunnskaper om smertelindring til kreftpasienter innlagt på sykehus, hos sykepleiere, farmasøyter og leger som jobbet på kreftavdelingen ved et universitetssykehus.

Metode: Til sammen deltok 96 helsepersonell i studien, av disse var det 50 sykepleiere, 18 farmasøyter og 28 leger. Disse enten jobbet eller var assosiert med den medisinske og gynekologiske kreftavdelingen ved et universitetssykehus i den nordøstlige delen av USA. Det ble brukt et spørreskjema om holdninger og kunnskaper om smerter og smertekartlegging. Spørreskjemaet inneholdte 36 spørsmål. Demografisk informasjon ble også samlet inn.

Funn/konklusjon: Sykepleiere ved den medisinske kreftavdelingen svarte veldig bra på spørsmål om vurdering av smerte og kunnskap om smertelindring. Forbedringer var nødvendig på to områder: det første området er at de trenger mer farmakologisk kunnskap om smertelindring, for eksempel kunnskap om indikasjoner for når kreftpasienten trengte økt mengde av opioide smertestillende for å få kontroll på smerten. På det andre området ble det funnet manglende kunnskap om palliativ strålebehandling av smertefulle skjelettmetastaser. 60 % av sykepleierne mente de hadde god utdanning og erfaring med smertelindring, men bare 34 % hadde kjennskap til strålebehandling ved smertefulle skjelettmetastaser.

Ut fra studien fant man ut at manglende kunnskaper om smertelindring og håndtering av smertestillende til pasienter med kreft, førte til at pasientene opplevde unødig smerte. Unnlattelse av å vurdere og evaluere smerter nøyaktig, ble anerkjent som en viktig årsak til underbehandling av smerter. Derfor vil det første skrittet for å lykkes med smertebehandlingen være smertekartlegging.

Forfatterne fant ut at de ulike gruppene hadde kompetanse i ulike områder av smertelindring. Sykepleierne var dyktige på vurdering av smerte, farmasøytene var dyktige på farmakologisk smertelindring mens legene var dyktige på klinisk smerteterapi. Dette indikerer at hvis sykepleiere, farmasøyter og leger jobber i et team vil det kunne føre til bedre smertelindring for kreftpasientene.

Tidsskrift: Referee.

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans.

Hva sier artikkelen om mitt tema: Studien indikerer at sykepleiere trenger etterutdanning og bedre kunnskaper innen smertebehandling. Sykepleierne er dyktig på å vurdere smerter men trenger mer kunnskap og utdanning innenfor bruken av smertestillende og deres farmakologiske virkning. De trenger også økt kunnskap om alternative behandlingsmetoder som strålebehandling og nerveblokader.

Tittel: Palliative Radiotherapy Improves Pain and Reduces Functional Interference in Patients with Painful Bone Metastases: A Quality Assurance Study.

Forfattere: J.S.Y. Wu., G. Monk. & T. Clark mfl.

Publikasjonsår, Land og Database: 2006, Canada, Scopus.

Hensikt: Hensikten med denne kvalitetssikrede studien var å utforske effekten av palliativ strålebehandling på skjelettsmerter hos et utvalg av kreftpasienter ved et strålebehandlingssenter. Med studien ønsket man også å avgjøre om forbedringer av verst tenkelig smerteintensitet ble ledsaget av forbedringer av funksjonelle forstyrrelser.

Metode: 109 oppegående kreftpasienter med smertefulle skjelettmetastaser behandlet gjennom en dedikerte skjelettsmerter strålebehandlingsklinikk, deltok i studien. Pasientenes pre- og post smerter ble vurdert gjennom bruk av det selvadministrerte spørreskjemaet Brief Pain Inventory (BPI). Pasientene besvarte spørreskjemaet under sine besøk, 4-6 uker etter den palliative strålebehandlingen. Endringer i smerte og en syv elements vurdering av funksjonell forstyrrelse ble analysert.

Funn/konklusjon: Flertallet av pasientene hadde prostata eller brystkreft. 72 % av pasientene hadde reduksjon i verste smerteintensitet etter strålebehandlingen. 61 % hadde stabilt eller redusert forbruk av opioide analgetika. Man så en betydelig reduksjon i alle de sju elementene av funksjonelle forstyrrelser etter behandlingen. Den største forbedringen var knyttet til generell aktivitet. Man så en betydelig sammenheng mellom smerte reduksjon og forbedring av funksjonell forstyrrelse.

Tidsskrift: Referee.

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans.

Hva sier artikkelen om mitt tema: At strålebehandling har god smertelindrende effekt på smerter og fører til forbedring av funksjonelle forstyrrelser hos pasienter med prostatakraft som har smertefulle skjelettmetastaser. Ut fra studien ser man at i tillegg til systemisk behandling er palliativ strålebehandling verdifull når det kommer til smertelindring av skjelettmetastaser.

Tittel: Palliative Radiotherapy for bone metastases in the last 3 months of life: Worthwhile or futile?

Forfattere: Dennis, K., Wong, K. & Zhang, L. mfl.

Publikasjonsår, Land og Database: 2011, Canada, Scopus.

Hensikt: Å undersøke hvilken effekt palliativ strålebehandling har for lindring av smerter fra skjelettmetastaser hos pasienter i deres siste tre levemåneder.

Metode: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) og Brief Pain Inventory (BPI) databaser ble gjennomgått for å innhente data fra pasienter med skjelettmetastaser som fikk strålebehandling. Demografisk informasjon og responsrater fra pasienter som døde innen tre måneder etter første strålebehandling, ble analysert.

Funn/konklusjon: Fra ESAS og BPIs databaser ble 232 av totalt 918 pasienter identifisert ved at de døde innen tre måneder fra første strålebehandling. Av deltakerne var 148 menn og 84 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 69 år. De tre vanligste krefttypene var lunge (34 %), prostata (18 %) og gastrointestinale (14 %). 58 prosent av pasientene fikk en enkel fraksjonsbehandling. Smerterespons var evaluerbar for 109 (47 %) av pasientene, da disse hadde tilgjengelig oppfølgingsinformasjon. Den samlede responsraten var 70 % etter en måned og 63 % etter to måneder, som inkluderte en komplett og partiell respons i samsvar med Internasjonale skjelettmetastasers samstemmige definisjoner. Til tross sin begrensede levetid, rapporterte pasientene smertelindring etter den palliative strålebehandlingen. Ut fra dette bør pasienter som lider av smertefulle skjelettmetastaser vurderes for palliativ strålebehandling, selv med en antatt overlevelse på bare tre måneder.

Tidsskrift: Referee

Relevans i forhold til oppgaven: Høy relevans

Hva sier artikkelen om mitt tema: Selv om pasienter med smertefulle skjelettmetastaser bare har kort tid igjen å leve bør palliativ strålebehandling vurderes for å lindre deres smerter. Ut fra studien fikk mellom 60 og 70 % av pasientene som deltok, smertelindrende effekt av strålebehandlingen.

Vedlegg 3. ESAS skjema – Kartleggingsverktøy

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

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

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig smerte

Ingen slapphet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig slapphet
(Slapphet=mangel på krefter)

Ingen døsigheit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig døsigheit
(Døsigheit=å føle seg søvrig)

Ikke kvalme 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig kvalme

Ikke nedsatt matlyst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig nedsatt matlyst

Ingen tung pust 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig tung pust

Ingen depresjon 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig depresjon
(Depresjon=å føle seg nedstemt)

Ingen angst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig angst
(Angst=å føle seg urolig)

Best tenkelig velvære 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig velvære
(velvære=hvordan du har det, alt tatt i betraktning)

Ingen _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig _____
Annet problem (f.eks. forstoppelse)

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyllt ut av (sett ett kryss):

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

8/12-2010

Illustrasjon er hentet fra: www.unn.no/esas-r/category13520.html

Vedlegg 4. Kroppskart – Kartleggingsverktøy

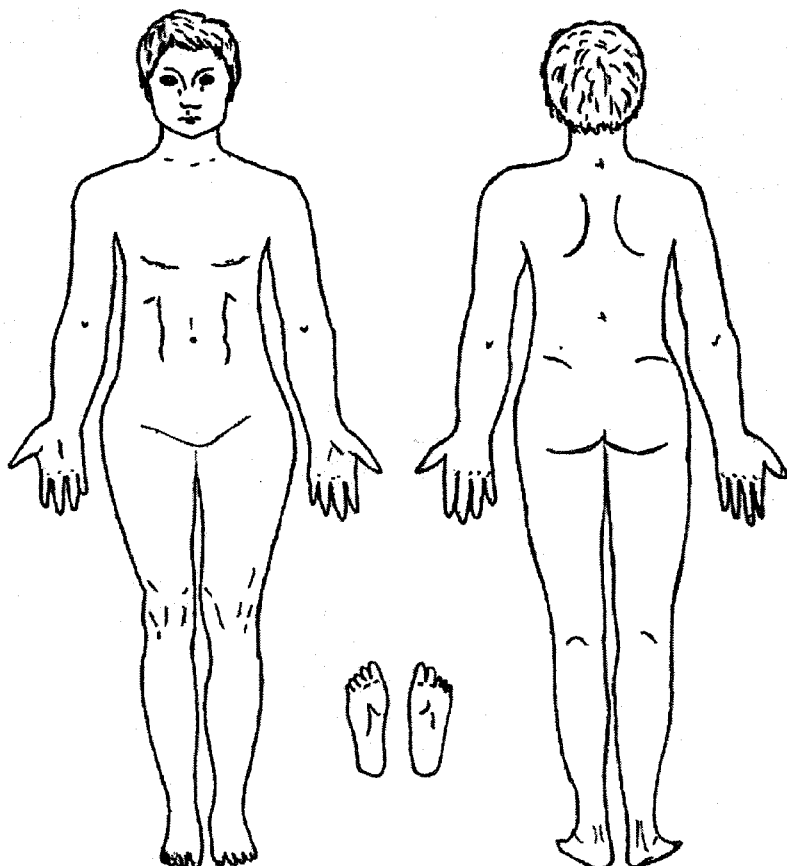
Smerteskjema

Dato for utfylling

Navn:

Fødselsdato:

Skyggelegg på tegningen området eller områdene hvor du har smerter eller ubehag



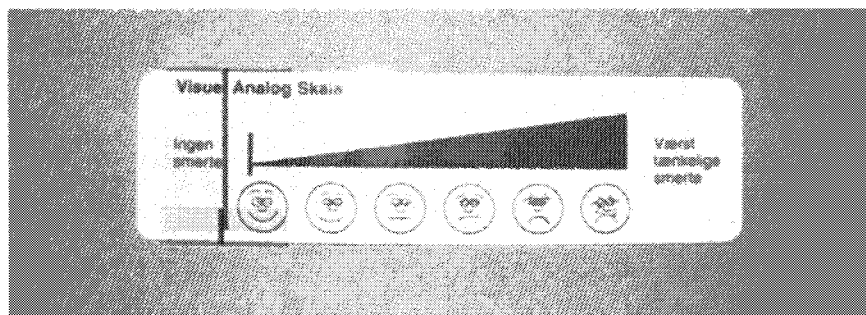
Har du flere typer smerter? Ja Nei (sett kryss)

Kan du med enkle ord beskrive hvordan smerten(e) er? (er den for eksempel verkende, stikkende borende, brennende, huggende, ilende osv.)

.....
.....
.....
.....

Illustrasjon er hentet fra: http://www.helse-mr.no/no/Om_oss/Avdelinger/Kreftavdelinga/Behandlingseiningar/Palliativt-team-Alesund/Undersokingar/113321/

Vedlegg 5. VAS skala – Kartleggingsverktøy



Illustrasjon er hentet fra: [http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_700313.nsf/\\$CXIV/ATTACH-RMAP-8LF9KR/\\$FILE/Smerteenheden_VAS.jpg](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_700313.nsf/$CXIV/ATTACH-RMAP-8LF9KR/$FILE/Smerteenheden_VAS.jpg)