

Bachelorgradsoppgave

Sykepleie og smertelindring

Nursing care and the alleviation of pain

Sykepleierens rolle ved smertelindring til lungekreftpasienter i den palliative fasen

The nurse's role in the alleviation of pain for cancer patients in palliative care

Lena Nordahl

Emnekode SPU 110

Bachelorgradsoppgave i

Sykepleie

2013



Avdeling for helsefag

Hint, Røstad

Abstrakt

Bakgrunn: Lungekreft er svulster som oppstår primært i lungene, og er blant den hyppigste kreftformen, og største kreftrelaterte dødsårsaken i verden. I Norge er forekomsten økende med omkring 2300 nye tilfeller hvert år. Antall eldre i verdens befolkning er svært økende. Til tross for smertebehandlingstilbudene til eldre kreftpasienter, viser det seg at pasientenes behov i slutfasen av livet ikke blir godt nok ivaretatt.

Hensikt: Belyse sykepleiernes evne til å gi god palliativ smertelindring hos lungekreftpasienter i sykehjem.

Metode: 15 forskningsartikler ble tatt i bruk hvorav disse består av både kvalitativt og kvantitativt design. I analysedelen ble forskningsartiklene knyttet sammen ut fra fellestrekk som ble overskriftene i resultatet. Databasene som ble benyttet var Medline, Pubmed og sykepleien.no.

Resultat: Forskningsartiklene belyste hvordan pasientene i den palliative fasen opplevde de kroniske smertene, og hvordan sykepleierne oppfattet og i hvilken grad de var i stand til å lindre disse. Kroniske smerter førte til psykiske plager, noe som forverret tilstanden ytterligere, og var med å forverre sykdomsforløpet betydelig. Artiklenes hovedfunn viste til at gjennom utdanning og opplæring ville sykepleierne gi en forbedret smertelindring både ved bruk av medikamentelle og ikke medikamentelle – tiltak i palliativ fase.

Diskusjon: Diskusjonen består av en resultatdiskusjon og en metodediskusjon. I resultatdiskusjonen ble forskningsartiklene knyttet opp og diskutert mot relevant stoff fra fagbøker og retningslinjer. Metodediskusjonen tar for seg egenvurdering av oppgavens utarbeidelse.

Konklusjon: For å bevisstgjøre dagens sykepleiere om hvordan de kan gi god smertelindring til lungekreftpasienter, er den nødvendig at det finnes god utdanning, og opplæring for å kontinuerlig tilegne seg det nyeste og beste innen forskning, hvor også det er viktig at sykehjemslederne sikrer dette tilbudet og motiverer sykepleierne i den grad at dette blir gjort ved kontinuitet og ikke frafaller etter kort tid.

Keywords: Lung neoplasms, palliative care, pain management aged, nursing homes, anxiety, and dyspnea.

En pasient ligger i sengen, med øyne åpne som brede elver

Tårevåte, mørke, samtidig tørre og grå

Ser jeg mennesket bak, eller velger jeg å la det gå

Er jeg sykepleier, eller pasienten lik

Tar jeg et tak, eller slipper jeg vagt

Omsorg, trygghet, stillhet

Personligheten min gjør at jeg ser hele mennesket,

Pasientene som en gang var som meg og deg, ikke uverdige og skrøpelige,

Bare eldre og sårbare med sine hjerter lik et lite barn,

Bak øyne føler jeg pasienten med min hånd, mitt sinn,

Minn kunnskap og troverdighet,

Jeg er sykepleier, ikke bare et yrke,

En personlighet

Ikke tidsbegrenset..

Livslangt

(Nordahl 2012)

Innhold

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Sykepleieteoretiker Hesook Suzie Kim	4
1.3 Hensikt.....	4
2.0 Metode	5
2.1 Hva er en metode	5
2.2 Allmenn litteraturstudie	5
2.3 Tekstanalyse	5
2.4 Kvalitativ og kvantitativ forskning	5
2.5 Etske overveielser.....	6
2.6 Inklusjons og eksklusjonskriterier	7
2.7 Fremgangsmåte.....	7
3.0 Resultat.....	9
3.1 Identifisering av kroniske smerter hos kreftpasienter i den palliative fase	9
3.2 Smertens konsekvenser hos kreftpasienter i den palliative fase.....	11
3.3 Ulike behandlingstilnærminger hos kreftpasienter i den palliative fase	12
3.4 Opplæring til sykepleiere i sykehjem til kreftpasienter i den palliative fase	13
4.0 Diskusjon	15
4.1 Resultatdiskusjon	15
4.1.1 Identifisering av kroniske smerter hos kreftpasienter i den palliative fase	15
4.1.2 Smertens konsekvenser hos kreftpasienter i den palliative fase.....	19
4.1.3 Ulike behandlingstilnærminger hos kreftpasienter i den palliative fase	21
4.1.4 Opplæring til sykepleiere i sykehjem til kreftpasienter i den palliative fase	23
4.2 Metodediskusjon.....	25
5.0 Konklusjon	27
Referanser	28
Vedlegg.....	33
Tabell 1: Oversikt over litteratursøk.....	33
Tabell 2: Oversikt over inkluderte forskningsartikler	36
Tabell 3: Oversikt over utdrag i analyse	45

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Antall eldre i verdens befolkning er svært økende. På tross av smertebehandlingstilbudene til eldre kreftpasienter hevder World Health Organizational at pasientenes behov i sluttfasen av livet ikke blir godt nok ivaretatt. Palliativ omsorg sørger for en best mulig aktivitet og livskvalitet for pasienten inntil døden inntreffer. Et vesentlig prinsipp har vært at sykepleiernes tiltak verken skal bidra til å fremskynde eller utsette avslutningen ved livet. I Norge tilbys palliativ behandling til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid rettet mot kreftlidelser. Derfor er det nødvendig at sykepleiere i dagens samfunn kan tilbys opplæring og utdanning som vil være med å forbedre lindringen ytterligere (Rykkje 2010).

Lungekreft defineres som svulster som primært oppstår i lungene, og er blant de hyppigste kreftformene og den hyppigste kreftrelaterte dødsårsaken i verden. I Norge er forekomsten økende med omkring 2300 nye tilfeller hvert år. Lungekreft er den nest hyppigste krefttypen hos menn og den 3. nest hyppigste til kvinner (Skjønsberg 2001).

Årsaker til kreft vil i de aller fleste tilfeller være forårsaket av en eller flere av følgende mekanismer. Disse kan være økt cellevekst som følge av økt aktivitet av gener som koder for økt cellevekst eller inaktivering av gener som koder for økt cellevekst. Redusert apoptose som følge av økt aktivitet av gener som koder for hemming av apoptose eller inaktivering av gener som koder for økt apoptose. Sviktende DNA - reparasjon som følge av inaktivering av gener som koder for DNA – reparasjonsproteiner (Bertelsen 2000).

Av kjemiske årsaker kan det være en rekke kreftutløsende faktorer som først og fremst kan være tobakksrøyk som står for hele 85 – 90 % av tilfellene (Brunsvig 2010). Andre medvirkende årsaker til lungekreft er luftforurensning, kjemikaler, alkohol, ernæring, yrkesmessig eksponering for asbest og metaller som krom og nikkel. Edelgassen radon, som finnes i jord og stein kan sive inn og samles opp i hus med dårlig ventilasjon (Skjønsberg 2001).

For å nevne noen symptomer som er vanlig ved lungekreft, vil dette i de aller fleste tilfeller være, luftveisinfeksjoner, hemoptyse, dyspne, vekttap, nedsatt allmenntilstand, og smerter. Mange av pasientene som røyker er vant med disse symptomene og et besøk til legen vil derfor ofte i mange tilfeller være for sent, da kreften har metastasert til andre organer, og vil lenger ikke være operativ (Brunsvig 2010).

Kroniske smerter rammer 60 – 80 % av dem som bor i sykehjem. Kroniske smerter er smerter som persisterer etter normal tildelingstid for vevsskaden. De kan i tillegg til selve smerteplagen også påføre pasienten andre problemer, som angst, depresjon, søvnløshet, tretthet, passivisering og sosial isolering. Ved kroniske smerter skiller en mellom pasienter med antatt normal levetid og de som antas å ha kort tid igjen å leve (Jacobsen et al. 2001).

Palliative care brukes om det faglige feltet som en helhet på engelsk. Det finnes ingen god norsk oversettelse av ordet care, så rent praktisk omfatter det både behandling, pleie og omsorg. En definisjon av WHO (2002) gir en mer nøyaktig i beskrivelse av palliative care:

«Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life – threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical and spiritual» (Kaasa 2012 s 113)

Helsedirektoratet (2009) viser til at ved effektiv symptomlindring forutsetter en god kartlegging av pasientens plager, noe som innebærer grundig undersøkelse, og en målrettet utredning. Viktigheten av at undersøkelsen er minst mulig plagsom er av stor betydning for å kontinuerlig tenke på pasienten og ta hensyn til vedkommende på en profesjonell måte. Dette er også vesentlig for sykepleierne da de skal ivareta pasientenes integritet og ikke utføre noe som kan føre til en følelse av krenkelse (Helsedirektoratet 2009).

I en undersøkelse utført av kompetansesenteret for lindrende behandling ved universitetssykehuset i Tromsø (2005) kom det frem at eldre mennesker er en sårbar gruppe som ikke alltid kunne fremme egne behov, og var derfor prisgitt sykepleiernes kunnskaper og handlekraft. Smertene og andre tilleggs plager ved kreftsykdommen kunne forverre livskvaliteten den siste tiden hos pasientene, og kunne bli et hinder for en god død. Det var derfor på sin plass å undersøke sykepleierne ved sykehjemmene om helsetjenesten de utførte var god nok ved smertelindring. Selv om sykepleierne søkte ny kunnskap gjennom fagutvikling, ble det gjennom denne rapporten kommet frem til at smertelindring hos eldre kreftpasienter i sykehjem likevel burde videreutvikles ytterligere, da vi er klar over at sykepleieprofesjonen ikke er statisk men dynamisk og skal kontinuerlige vokse i kompetanse og rette seg etter de ytre påvirkningene, da ingen pasienter er like eller har like utgangspunkt i sitt sykdomsforløp (Isaksen et al. 2005, Orvik 2004).

Smertebehandling er selve hjørnesteinen i palliativ lindring. Smerte er det fenomenet pasienten frykter mest. De akutte smertene arter seg som regel mer diffust da sykepleiere feilaktig kan oppfatte smertene som et normalfenomen hos eldre, noe som medfører pasientene økt unødig

lidelse. Eldre har også en tendens til å underrapportere smertene begrunnet med at de ikke vil være til bry for den travle sykepleieren (UNN 2012).

Ved medikamentell smertelindring er det ofte brukt opioider, da er det vanlig å gi opioidanalgetika som morfin, ketobemidon eller oksykodon. Disse virker som my-agonister hovedsakelig i ryggmargen og i hjernen, ved å hemme den sentrale ledningen av smerteimpulser (Jacobsen et al. 2001). Ved bruk av slike opioider kan eventuelle bivirkninger oppstå, derfor er det nødvendig å systematisk evaluere positive og negative effekter av iverksatte tiltak. Det kan gjøres ved bruk av smertekartleggingskjemaet Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (Loge 2008).

Optimal behandling oppnås best ved å integrere medisinske behandlingstiltak med optimal pleie og omsorg. Pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid må prioriteres høyt. Mennesker som er i den siste delen av livet, må bli gitt muligheter til å leve best mulig, blant annet ved at de tilbys optimal symptomkontroll, og at de praktiske forholdene blir lagt til rette, slik at de som ønsker det kan dø hvor det ønskes, innenfor institusjon, sykehus eller i hjemmet (Kaasa 2008).

Lungekreftpasienter i den palliative fase kan i de aller fleste tilfeller få psykiske reaksjoner som angst og depresjon. Dette vil prege sykdomsforløpet ytterligere, så det blir derfor viktig å skille mellom normale reaksjoner og det som er psykiatriske tilstander. Reaksjonsfasen endres ved diagnosetidspunkt, beskjed om tilbakefall eller ved beskjed om at behandling opphører. Kartlegging av symptomer som angst og depresjon inngår i ESAS og er et nyttig hjelpemiddel til å få frem plager som ikke alltid er like lett for pasienten å ta opp, og som sykepleiere ofte kan overse (UNN 2012).

Mennesket er en enhet bestående av kropp, sjel og ånd. I palliativ behandling, pleie og omsorg for alvorlige syke og døende pasienter er det helhetlige menneskesyn et fundament. Det slås fast at det fysiske, psykiske, sosiale og det åndelige eller det eksistensielle behov skal ivaretas på en faglig god måte og at sykepleierne skal samarbeide for å oppnå dette (Sæteren 2010, Busch og Hirsch 2008).

Relevansen for å skrive ut fra et sykepleieperspektiv vedrørende palliativ behandling til lungekreftpasienter er stor da det er diskusjoner i dagens samfunn om start av behandling og tiltak er god og forsvarlig nok (Isaksen et al. 2005). Ved at sykepleierne tilegner seg en ny og bedre kunnskap om lindring, ikke bare gjennom praksisbasert erfaring, men også gjennom utdanning og opplæring, vil pleien bli bedre og pasientene vil kjenne på en ytterligere tilfredsstillelse ved livets slutt.

Betydningen av sykepleiernes kompetanse har alt å si for pasientene som bor i sykehjem, da det er sykepleierne selv som er daglig innom de ulike pasientene å observerer og kommuniserer med dem, for å kunne gi en god nok lindring, både av smertene selv og konsekvensene av disse.

1.2 Sykepleieteoretiker Hesook Suzie Kim

Hesook Suzie Kim beskriver sykepleien som et målrettet, overveid, handlingsrettet og koordinert arbeid for og med pasienter for å fremme deres helse eller en fredfull død. Sykepleieutøvelsen er en bevisst koordinert prosess som består av teknisk, vitenskapelig problemløsning, mellommenneskelige engasjement og tjenester til pasienter med spesielle behov. Det er 10 punkter som utgjør en kompleks sammensetning av karakteristika som ligger til grunn for sykepleieutøvelsen. De beskriver ikke utøvelsen hver for seg, men sammen utgjør de et komplekst vev karakteristika på sykepleieutøvelsen (Kim 2007).

1.3 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet er å belyse hvordan sykepleiere kan gi god smertelindring til lungekreftpasienter i den palliative fasen.

2.0 Metode

2.1 Hva er en metode

En metode er et redskap i møtet med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, den informasjonen vi trenger til den eventuelle undersøkelsen. Ved å undersøke for eksempel levestandarden til mennesker i dagens samfunn, er det viktig å tilegne seg en passende metode for ytterligere å finne ut hva en ønsker å eksplorere. Svarene en da får kan framstilles i tall, som i neste omgang kan fortelle oss hvordan en og eller flere personer opplever egen levestandard. Så hvilken metode en bruker er viktig å ha noe kunnskap om for å kunne stille gode nok spørsmål og få ærlige og seriøse besvarelser i den eventuelle undersøkelsen (Dalland 2007).

2.2 Allmenn litteraturstudie

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver en allmenn litteraturstudie som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Formålet med denne type studie vil være å utføre en beskrivende bakgrunn som motiverer til at en empirisk studie blir gjort eller å beskrive kunnskapen innenfor et område. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier, men sjelden på en systematisk måte (Forsberg og Wengström 2008).

2.3 Tekstanalyse

Å analysere vil si å løse opp teksten fra den helhet den var oppbygget i, for så å gjøre rede for enkeltdele. Disse enkeltdelene kan analyseres på ulike nivå fra den minste detalj til en overordnet handlingsstruktur. Når man analyserer en tekst er man nødt til å kunne tolke hva som menes med den eventuelle teksten. Å tolke vil si å gjøre rede for, eller dele av en tekst, samtidig er tolkning en handling som går utover å forklare en helhetsforståelse. Man bryter teksten ned, for så å bygge den opp for å få en bedre sammenheng og helhetsinntrykk av hva som menes av forfatteren (Vinje 1993).

Ved analysen i denne studien ble det lest gjennom alle valgte forskningsartikler for å finne de funn som var vesentlig for hensikten. Deretter skulle man finne sammenhengene mellom de ulike utvalgte artiklene for å knytte de sammen til en overskrift i resultatdelen. Når artiklene skulle bli satt opp mot hverandre og analysert ble disse lest i flere omganger for å sikre at innholdet ble forstått riktig.

2.4 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Kvantitative metoder tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter og som gir muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter i en større mengde deltagere (Dalland 2007). Ved kvantitativ metode er fasen ofte uformell og foregår ved at forskeren på bakgrunn av foreliggende teori og empiri lager et spørreskjema eller formulerer sine definisjoner for så å sende ut dette til de utvalgte deltagerne (Forsberg og Wengström 2008).

Kvalitative metoder tar i større grad sikte på å fange opp meninger og opplevelser hos den enkelte, som ikke lar seg tallfeste eller måle gjennom avkrysnings skjemaer. Formålet med kvalitativ studie er å få tak i intervjupersonens egen beskrivelse av den livssituasjonen vedkommende befinner seg i (Dalland 2007).

Det er inkludert 15 forskningsartikler i studien hvor 8 av disse er av kvantitativ og 6 av kvalitativt design. Det er også inkludert 1 artikkel som er både av kvantitativ og kvalitativt design, som noen ganger kan være behendig da dette kan gi en bedre avspeiling av den aktuelle undersøkelsen (Dalland 2007).

2.5 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser omhandler å følge regler, noe som gjør at man må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet til hver enkelt medfører, og hvordan de kan håndteres. For å kunne arbeide med personopplysninger er man underlagt bestemte krav fra samfunnet. Slike krav vil vi møte i helsesektoren og i sosialsektoren hvor det foregår stadig forskning og som ansatt forventes det at vi deltar både i innsamling og behandling av personvernopplysninger. Ethiske overveielser og rydding i bruk av personopplysninger er en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser (Dalland 2012).

Ethiske hensyn foretas om valg av og presentasjon av resultatene. Det er viktig å velge studier som er godkjent av den etiske komite. Man må vise til at artiklene inngår i litteraturen og er innenfor en tidsperiode på 10 år, samt presentere alle resultater som støtter eller ikke støtter hypotesen vedrørende at det er uetisk å presentere bare de artiklene som støtter forskerens egen mening, da dette ikke vil være den hele sannhet, men en del av den (Forsberg og Wengström 2008).

I tilfeller hvor etikk blir diskutert i tilknytning til forsøk med mennesker, konkluderer hovedkomiteen for norsk forskning (1981) at slik forskning må skje i overensstemmelse med bestemte retningslinjer for hva som er akseptabelt. De viktigste retningslinjene er Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen (Hovedkomite for Norsk Forskning 1981).

Når mennesker blir brukt som deltagere i ulike studier må det utvises en forsiktighet for å sikre at deres rettigheter blir ivaretatt. Forskningsetisk atferd kan ses på som en selvfølge, men etiske hensyn har ikke alltid fått tilstrekkelig oppmerksomhet (Polit og Beck 2012).

Vedrørende forskningsartiklene som er inkludert i studien, ble det lagt et fokus på om artiklene har blitt godkjent av den etiske komite, for å finne graden av troverdighet av studien, og forsiktighet overfor deltagerne, da man kontinuerlig skal vurdere forsiktigheten ovenfor personopplysninger og annet internt materiale.

2.6 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonsteorier:

- Lungekreft
- Palliativ fase
- Palliativ behandling, medikamentelt og ikke medikamentelt rettet
- Pasientene skal være innlagt i sykehjem
- Pasientene skal være over 65 år
- Hensikten retter seg mot et sykepleieperspektiv og smertelindring. Det er derfor vesentlig å inkludere artikler som viser til pasientperspektivet for å vise til deres syn på mottatt lindring. Foruten dette ville ikke sykepleiere ha noe å måle lindringen opp i mot.
- Artikler fra år 2000
- Språk: Engelsk, dansk, norsk eller svensk
- Etisk vurdert

Eksklusjonsteorier

- Allmenn kreft
- Barn eller voksne med lungekreft
- Pårørende
- Pasienter i sykehus eller i hjemmet
- Artikler eldre enn år 2000

2.7 Fremgangsmåte

For å kunne begynne artikkelsøkingen var det nødvendig å finne søkeord som ville dekke hensikten godt nok. Når søkeordene ble valgt ut, kunne man begynne å søke etter forskningsartikler.

Søkeordene som ble brukt: Lung neoplasms, palliative care, aged, nursing homes, pain management, anxiety, depression og dyspnea.

Etter hvert som søkene tok form ble dette skrevet inn i et skjema som viser til når artiklene ble funnet, hvilken database som ble tatt i bruk, og hvor mange forskningsartikler som ble valgt ut fra den eventuelle databasen, henviser derfor til vedlegg 1 som viser dette ytterligere.

Det var viktig å lese overskriftene og abstrakt før man bestemte seg for å gå videre, da man på denne måten delvis kunne sikre at innholdet var vesentlig, og vurdere tidlig om forskningsartiklene var relevant. Databasene som ble brukt var Medline, Pubmed, og sykepleien.no som var svært nyttig ved søkingen for å finne gode og relevante forskningsartikler. Kilvik og Lamøy (2007) påpekte at Medline regnes som en av de viktigste medisinske artikkeldatabasene og dekker et vidt spekter av fag,

deriblant medisin, biomedisin, og sykepleie. PubMed er en gratisversjon av Medline, hvor det finnes referansene fra Medline og Oldmedline, i tillegg til at databasen dekker et lengre tidsrom og flere artikler enn Medline (Kilvik og Lamøy 2007).

15 forskningsartikler ble inkludert i studien, hvor 8 av disse var kvantitativ, 6 var kvalitativ og 1 var både av kvantitativ og kvalitativ metode. Av de utvalgte forskningsartiklene var det 2 som var fra år 2002, og 1 var fra år 2000, men som allikevel ble inkludert grunnet relevans for hensikten i studien. Ved oversettingen ble det brukt www.ordnett.no da de fleste artiklene hadde et svært akademisk språk som va noe utfordrende å oversette.

Det kom tidlig frem at det var nødvendig med både kvantitative og kvalitative forskningsartikler, for å tydeliggjøre viktigheten av sykepleiernes rolle mot smertebehandling. Vedlegg 2 viser til hva som var de viktigste funn for de aktuelle studiene, om det var av kvantitativ eller kvalitativ metode, og relevansen av studien i forhold til oppgaven.

Når man skulle analysere de utvalgte forskningsartiklene ble det plukket ut de viktigste funn som hadde stor relevans for studien, hvor disse ble satt opp i et skjema. Videre ble de artiklene som hadde fellestrekk knyttet sammen både en, to og tre ganger for å komme frem til overskriftene i resultatdelen. Henviser til vedlegg 3, som viser til et utdrag av analysen til forskningsartiklene.

3.0 Resultat

Ved utførelsen av analysen i de utvalgte forskningsartiklene ble det kommet frem til 4 kategorier som ble brukt i resultatet hvor disse var:

- 1: Identifisering av kroniske smerter i den palliative fase
- 2: Smertens konsekvenser hos kreftpasienter i den palliative fase
- 3: Ulike behandlingstilnærminger hos kreftpasienter i den palliative fase
- 4: Opplæring til sykepleierne i sykehjem til kreftpasienter i den palliative fase

3.1 Identifisering av kroniske smerter hos kreftpasienter i den palliative fase

I de utvalgte forskningsartiklene var det flere ulike kartleggingsverktøy som ble tatt i bruk. Disse var blant annet Quality of Life at the End of Life (AQEL), Verbal Rating Scale (VRS), Folstein Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), og Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (Webber et al. 2011, Gudmannsdottir og Halldorsdottir 2009, Casarett et al. 2002, Myhra og Grov 2010, Hensch et al. 2010).

For at helsepersonell skulle evne å behandle kroniske smerter hos lungekreftpasienter, ble det gjort forskning for å kartlegge smertene og for å gi ytterligere forbedret smertelindring.

Kartleggingsskjemaet som ble tatt i bruk var Verbal Rating Scale (VRS) som ble benyttet for å kartlegge smertene til pasientene og deres synspunkt på dette. Sykepleierne måtte bygge relasjoner til pasientene og bli bevisst sine holdninger til smertebehandling. Pasientene var ofte følsomme, opplevde stadig smerter, og trengte derfor ekstra oppmerksomhet og omsorg (Gudmannsdottir og Halldorsdottir 2009). En pasient som ble inkludert under en studie hadde bedt om smertestillende medikamenter hvor hun forklarte:

«I haven't had an answer yet about the pills. Oh well, that's how it is. Nothing you can do about it. You have to take it as it comes. One has become old too- can except everything» (Gudmannsdottir og Halldorsdottir 2009 S 323).

Forekomsten av gjennombruddssmerter var assosiert med en oppfatning av mangel på kontroll over sin egen kropp (Webber et al. 2011). Pasient 5 forklarte egen smerte slik:

« You reach a point where you dont know wether you`re going to collapse from the pain” (Webber et al. 2011 S 2043).

«It takes up my whole attention and I am just not able to do anything else exept screaming and wishing it would stop” (Webber et al. 2011 S 2043).

De aller fleste av pasientene fikk analgetika som smertestillende, men mange bekymret seg over bruken av opioidene da de var engstelige over bivirkningene. Det kom også frem at pasientene ønsket individualisert smertelindring, slik at enhver kunne bli sett og hørt ut fra deres symptom og ikke gjennom et felles utgangspunkt for alle pasientene som ble inkludert i studien (Webber et al. 2011).

«I feel very depressed when that (pain) comes on» (Webber et al. 2011 S 2043).

I artiklene ble det tatt i bruk flere ulike instrumenter for å kartlegge smerten til pasientene, og om hvorvidt smertelindringen var god nok (Hench et al. 2010). Resultatet viste til at smertekartleggingen kunne måles pålitelig hos de pasientene som var i stand til å rapportere smerteplassering og intensitet (Casarett et al. 2002).

Sykepleiere ved ulike sykehjem i Norge ble bedt om å svare på et spørreskjema som omhandlet i hvor stor grad de benyttet kartleggingsverktøyet ESAS. Spørreskjemaet ble besvart av 83 sykepleiere (62 %) som var ansatt ved 16 ulike sykehjem med egne palliative enheter, og hvor det var forbeholdt senger til pasienter i palliativ fase. Det var i hovedsak likhet i sykepleiernes bruk av ESAS ved de ulike sykehjemmene. Ulikhetene som var vist i form av planlegging i bruk av ESAS, og hvor palliative enheter i større grad har skriftlige rutiner for bruk av dette kartleggingsverktøyet. Ansatte hadde også fått opplæring i bruk av ESAS og hvor de brukte dette i stor grad (Myhra og Grov 2010).

I forskningsartikkelen av Webber et al. (2011) ble det beskrevet ut fra to pasienter om hvordan deres syn var på smertekartleggingen sykepleierne utførte. Pasient 6 beskrev:

« And then erm to have a system of 1 to 10. It's alright provided both patient and doctor know what they are talking about. I mean what is 1? What is 10...you can go from 1 to 10 as easy as a pie»

(Webber et al. 2011).

Pasient 9 beskrev videre vedrørende kartleggingskjemaet *“On this scale, this 1 to 10, I suppose my version of no pain would be 4”* (Webber et al. 2011).

Resultatene viste til at det var viktig å identifisere pasientene som led av kroniske smerter, og påbegynne behandlingen raskest mulig. I følge kliniske retningslinjer fra den amerikanske geriatri selskapet skulle en sette realistiske mål for å kunne redusere kroniske smerter betraktelig hos mange eldre (Gudmannsdottir og Halldorsdottir 2009). Resultatene viste også til at angst og depresjon ga et komplekst sykdomsbilde, men om man behandlet pasientene ut fra det fysiske i samsvar med det psykiske, ville man få en optimal smertelindring (Hench et al. 2010).

3.2 Smertens konsekvenser hos kreftpasienter i den palliative fase

Depresjon ble vurdert hos flere hundre pasienter før behandling, hvor det ble brukt ulike skjema for å vurdere i hvor stor grad smertene ga psykiske plager. Verktøyene som ble tatt i bruk var Hospital Anxiety and Depression Scale og Rotterdam Symptom sjekklister som ble vurdert opp mot relevante demografiske og kliniske faktorer. Depresjon vedvarte hos mer enn 50 % av pasientene. En økt forekomst for kvinner ble funnet og hvor depresjonsforekomsten hos menn var noe lavere. Undersøkelsen og resultatene viste til at funksjonssvikt var den viktigste faktoren. Depresjon viste seg til å være svært vanlig og vedvarende hos lungekreftpasienter, særlig til de med mer alvorlige eller funksjonelle begrensninger (Hopwood og Stephens 2000).

Ved å undersøke den psykologiske tilstanden til eldre sykehjemspasienter i palliativ fase, ble sykepleierne ytterligere oppmerksomme på viktigheten av tilrettelegging for en bedre behandling. Ved at sykepleierne i større grad ble bevisst virkingen av psykologiske utfall ved kroniske smerter, kunne utfallet for depresjon bli betydelig redusert (Hopwood og Stephens 2000).

De fleste pasientene i sykehjem uttalte at de hadde opplevd smerter de siste 3 måneder. 40 % av pasientene rapporterte kontinuerlig smerte til alle tider. Over 50 % av pasientene brukte reseptbelagte medikamenter for å lindre smertene. Smerte, psykologisk velvære, lykke, tilfredshet og geriatrisk depresjon ble presentert i en tabell som viste til at smerte var et vanlig problem hos palliative pasienter i sykehjem. Smerter i form av både det fysiske og psykiske var ofte ukjent og underbehandlet. Opioidanalgetika viste seg å være underbrukt, og det var derfor et stort behov for bedre utdanning av sykepleiere, samtidig som det å involvere pasientene i egen behandling ville vært med å gjøre en betydelig forskjell i smertelindringen (Tse et al 2012).

Statistisk signifikante negative korrelasjoner ble funnet mellom smerte, lykke og tilfredshet i livet, mens andre korrelasjoner viste til funnet mellom smerte, ensomhet og depresjon. Disse funnene var i tråd med litteraturens forekomst av smerter og hvor dårlig psykologisk status førte til dårlig livskvalitet blant eldre pasienter. Eldre som led av kroniske smerter, ville føle hjelpeløshet, maktesløshet, og mangel på kontroll over egen situasjon (Tse et al 2012).

Dyspne var en kompleks opplevelse som påvirket pasientene med umiddelbare reaksjoner som utpreget seg i det fysiske, psykiske og det eksistensielle. Ved dyspne kom angst som en ytterligere faktor. Dette påvirket pasientene i stor grad da de ikke var i stand til å møte den eksistensielle nød de opplevde, da de fysiske smertene tok all oppmerksomhet. I smertekontroll i form av de ulike symptomene som kom ved lungekreft, var dyspne en signifikant faktor som spilte en stor rolle både på det fysiske og psykiske (Hench et al. 2008).

Det var foruroligende at alle psykologiske parametere var verre hos smertegruppen som viste mindre lykke, lavere tilfredshet, mer ensomhet og mer depresjon enn ikke- smertegruppen. Globalt viser forskning til at eldre pasienter var mer forbundet med aldersdiskriminering og av mindre verdi enn sunne, unge mennesker. Derfor var det av stor betydning å ta pasientene på alvor, og at sykepleierne hadde et syn på pasientene som individuelle likemennesker, og som fortjente respekt deretter (Tse et al 2012).

Det ble fremhevet hvordan pasientenes psykososiale status var i etterkant av forbedret behandling. Resultatene indikerte at pasientene viste forbedring i dyspne, nød forbundet med dyspne, og depresjon og angst som var forårsaket av kreftsykdommen (Roulston et al. 2012).

3.3 Ulike behandlingstilnæringer hos kreftpasienter i den palliative fase

Det beskrives gjennom forskning at det ble undersøkt effekten av en 8 ukers – integrert smertebehandlingsprogram for å styrke kunnskap og holdningene hos sykepleierne i sykehjem. Det ble i tillegg undersøkt gjennom et Intergrated pain management program (IPMP) hvordan man ved alternativ behandling kunne forbedre kroniske smerter, det psykososiale og livskvalitet ved ikke medikamentelle tiltak (Tse et al. 2012).

Demografiske data viste til at 75 % av deltakende ansatte, inkluderende sykepleiere og andre medarbeidere ikke hadde deltatt i et smertekurs tidligere, men at dette etter hvert ble sett på som svært viktig da verdens befolkning stadig øker og det vil bli flere og flere eldre i sykehjem med kroniske smerter. 396 eldre hadde lidd av smerter de siste 6 månedene, hvor 46,5 % av disse hadde mottatt smertelindring per os, mens 57,6 % hadde brukt ikke medikamentell – behandling (Tse et al. 2012).

For pasienter med kreft og som var i et langkomment stadium ble det forsøkt tiltak som fysisk aktivitet med et mål om optimal smertelindring. Hos mange av pasientene var det svært vanskelig å fullføre programmet da de var motsigende og skeptiske til ideen. Deltagerne var redde og hadde bekymringer ovenfor å få større smertebelastning ved økt fysisk aktivitet (Cheville et al. 2012).

Uten forsvarlig og god nok smertelindring ville pasientene lide av ulike aspekt som kom av kroniske smerter, som nedsatt funksjonsevne, håpløshet, angst, og depresjon. De IPMP ferdighetene som ble inkludert i forskningen var fysisk trening, multisensorisk stimulering og kunst og håndverk terapi, noe som de før studien hadde en hypotese om at ville være enkelt å gjennomføre i sykehjem til eldre pasienter. Det kom også frem i resultatet at eldre mennesker i Kina ikke ville ta smertestillende medikament da de var engstelige overfor de mulige bivirkninger av preparatene med mindre de lenger ikke var i stand til å tolerere egen smertestatus. På den måten var det vanskelig å gi god

smertelindring når pasientene ikke var mottakelige for opioider, og eneste utvei ville være å tilby og gjennomføre alternativ smertelindring (Tse et al. 2012).

Pasientene i den eksistensielle gruppen viste forbedring i smerteintensiteten fremfor kontrollgruppen, samt ble det også funnet gruppeforskjeller i psykisk velvære, lykke, ensomhet, tilfredshet og depresjon. Sykepleierne viste også en svært signifikant forbedring i forhold til kunnskap og holdninger mot alternativ smertebehandling (Tse et al. 2012).

Resultatene erklærte at integrert smertebehandlings program var gunstig for sykepleiere og var effektivt for å redusere geriatrisk smerte, og de negative konsekvensene som medfulgte. Det spilte en svært sentral rolle at ledelsen på de ulike sykehjemmene støttet programmet i positiv retning på det langsiktige, slik at tiltakene ble opprettholdt og innført i sykehjemmets kultur (Tse et al. 2012).

Det kom frem i resultatet at ved effektiv bruk av aktiv trening for å forbedre kreftrelaterte symptomer, så det ut til å kreve en kobling fra pasientenes tidligere aktivitetsnivå, samt støtte fra sykepleierne for videre motivasjon og pågangsmot (Chevelle et al. 2012). Enkelte steder hvor pasientene ble inkludert i de ulike studiene, resulterte dette i reduserte sykehusinnleggelses og et redusert medikamentforbruk, grunnet et økt aktivitetsnivå (Snider et al. 2012).

3.4 Opplæring til sykepleiere i sykehjem til kreftpasienter i den palliative fase

Det ble funnet en rekke barrierer til identifisering og håndtering av kroniske smerter hos eldre mennesker bosatt i ulike sykehjem. Det ble brukt et spørreskjema for å avdekke pasientenes kroniske smerter, hvor dette inneholdt kategorier som kroniske smerter og bruk av tiltak, vurderinger og strategier til forbedret lindring, opplæring, trening og kommunikasjonsbarrierer. Slike barrierer måtte overvinnes for å kunne gi en optimal smertelindring. Studien involverte 121 sykehjem innenfor et område, hvor 68 (56 %) ble inkludert da bare deres spørreskjema ble ferdigstilt og returnert. 37 % av sykehjemsbeboerne ble identifisert å oppleve kroniske smerter (Allcock et al. 2002).

Det kom også frem i studien at 75 % av sykehjemmene brukte et ikke standardisert smertekartleggingsverktøy. 40 % av kvalifiserte helsepersonell hadde ingen spesialkunnskaper om forvaltning av smerte hos eldre mennesker. Denne studien bekreftet derfor i stor grad behovet for utvikling av effektive smerte forvaltningsstrategier understøttet passende opplæring og utdanning for å møte de ulike individuelle behovene til eldre pasienter i sykehjem med en palliativ grunnsustans (Allcock et al. 2002).

Opioidbehandling er hjørnesteinen i smertelindring under palliativ behandling. Anbefalinger som ble publisert av en ekspertgruppe i European Association for palliasjon ga veiledning om bruken av

morfin og andre sterke opioider i henhold til kreft smerter. Anbefalingene konkluderte med at ved en stegvis tilnærming til smertebehandling, ble det brukt opioider som en del i en omfattende strategi for håndtering av kreftlidelser. I tillegg til European Associations anvendelse ved behandling av kreft smerter, var opioider indikert for lindring av smerter og dyspne, men til tross for dette viser resultatene til at smertelindring av kreftpasienter ikke alltid blir iverksatt, grunnet utilstrekkelig vurdering og behandling (Gardiner 2012).

Det kom frem at det var flere sykehjemsledere som tok opp utfordringen ved smertelindring, hvor de mente at gjennom utdanning og opplæring ville sykepleiere få et godt nok grunnlag til å gi forsvarlig smertelindring til pasientene, hvor de også ville bli tryggere i egen utførelse (Allcock et al. 2002).

Det ble anerkjent blant deltagerne at effektiv smertelindring var avhengig av høy kompetanse som også ble holdt innenfor faglig forsvarlighet. Resultater ga uttrykk til at det er rom for ytterligere forskning for å utvikle hensiktsmessige strategier for smertelindring hos eldre mennesker innenfor sykehjemmets miljø (Allcock et al. 2002).

Funnene sikter til at det oppstod betydelige barrierer som eksisterte til hensiktsmessig bruk av opioider i slutten av livet. Det kom frem bekymringer om å gi høye doser og ha mangelfull opplæring i bruk av sterke smertestillende. Om internasjonale prioriteringer for å forbedre smertelindring på slutten av livet skulle nåes, måtte utdanningsnivået og opplæringstilbudene bli forbedret, og effektive, yrkesmessige arbeidsmodeller måtte bli utviklet slik at smertebehandlingen kunne bli optimalisert (Gardiner 2012).

4.0 Diskusjon

Diskusjonen består av to deler hvorav resultatdiskusjonen tar for seg resultatene fra artiklene knyttet opp imot teori, og hvor dette diskuteres mot hensikt og relevansen av oppgaven. Metodediskusjonen tar for seg litteraturstudiets fremgangsmåte, og belysninger av oppgavens styrker og svakheter.

4.1 Resultatdiskusjon

Sykepleieutøvelsen refererer til et mangfold av direkte tjenester til pasienter for å hjelpe dem til å leve sunt, tilfredsstillende og så godt som mulig i forhold til helse og sykdom. Sykepleieutøvelsen retter seg mot pasienter i ulike livssituasjoner og med ulike helse -og sykdomstilstander. Lengden på sykepleiernes engasjement varierer fra pasient til pasient, fra kortvarig oppmerksomhet knyttet til ett bestemt helseproblem og til situasjoner med langvarig, kontinuerlig pleie og omsorgsbehov (Kim 2007).

4.1.1 Identifisering av kroniske smerter hos kreftpasienter i den palliative fase

I resultatene kom man frem til at kroniske smerter ved lungekreft er forbundet med en høy byrde av fysiske, psykiske og sosiale problemer. For at sykepleierne skulle håndtere å behandle dette, viste forskning til at ved å kartlegge kroniske smerter, må sykepleierne være bevisst egen holdning til smerte og smertebehandling. Pasientene selv har en viktig oppgave i å prøve å svare for sin smertetilstand, slik at den blir rapportert som den aktuelle smerten de opplevde, og verken mindre eller mer (Gudmannsdottir og Halldorsdottir 2009, Casarett et al. 2002, Webber et al. 2011). Det kom også frem at sykepleierne har en svært ulik tilnærming ved de aktuelle kartleggingsverktøyene da mange av helsepersonellet ikke hadde vært med i opplæring av bruk av kartleggings skjema, mens andre hadde fått en svært god opplæring (Myhra og Grov 2010).

The International Association for the study of pain (ISAP) fra 1994 definerer smerte som «*en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade*» (Stubhaug og Rustøen s 202, 2006).

Retningslinjer fastslår at det ikke er tilstrekkelig å kartlegge smerteintensitet, da smertene ofte var et sammensatt fenomen og mange ulike forhold kan påvirke smerteopplevelsen, noe som tilsier at man må tenke helhetlig og ikke bare vurdere de eventuelle enkeltområdene ved smerte (Torvik et al. 2008).

Målet med systematisk smertekartlegging er at den enkelte pasient skal få individuell og optimal smertebehandling. Pasientenes oppfatning av egen smerte skal være grunnlaget for smertelindringen. Flere studier viser til at helsepersonell har for lett for å stole på sine egne

observasjoner av pasientenes smerter, men forskning har imidlertid vist at denne observasjonen ikke alltid samsvarer med pasientenes opplevelse av og tolkning (Torvik et al. 2008).

Nasjonale og faglige retningslinjer har vist til at ved effektiv symptomlindring forutsetter en god kartlegging av pasientens smerter og eventuelle plager, noe som vil innebære en grundig og målrettet utredning. Det er svært viktig at de ulike undersøkelsene som blir gjort under kartleggingen ikke fører til økt smertepåvirkning til pasientene, men at den er med på å forutsetter en lindring fra det øyeblikket kartleggingen starte (Helsedirektoratet 2009).

Ved at sykepleiere forholder seg til disse retningslinjene kan man tidlig i forløpet skape en relasjon til den enkelte pasient, og man vil på denne måten gi pasienten en trygghet ved å la pasienten føle at vedkommende kan bli hørt og sett. Samtidig når man følger dette vil sykepleieren i en grad ivareta pasientenes integritet og autonomi. Ut fra forskning og litteratur kan vi se at sykepleiere har store utfordringer med å kartlegge da sykepleierne selv har vanskeligheter med å stole på egne instinkter og hvor pasientene i variert grad har problematikk med å få frem egen smerteintensitet.

De aller fleste av pasientene fikk opiatre til smertelindring, men mange bekymret seg over bruken og bivirkningene av disse, så ønsket om individualisert behandling økte i pasientgruppen for å dekke hver enkeltes behov, og hvor enhver pasient kunne føle å bli sett av sykepleierne (Webber et al. 2011).

Smerte er en subjektiv følelse som oppleves ulikt fra individ til individ. Kartlegging av smerte er viktig for å undersøke om pasientene har konstante smerter, og for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere den eventuelle smertebehandlingen. Ved å kartlegge smerten før en igangsetter behandling, vil man i forveien ha et utgangspunkt for å evaluere om smertelindringen er optimal i forhold til de målene man ønsker å nå. Hvordan smerten blir kartlagt vil være avhengig av om pasientene har akutte eller kroniske smerter. Ved kroniske smerter vil det være av stor betydning å kartlegge hvordan smerten påvirker det enkelte menneske (Torvik et al. 2008).

Til tross for at det er mye forskning som dokumenterer høy forekomst av smerte hos betydelig ulike pasientgrupper, og nye og bedre behandlinger utvikles, får mange av pasientene ikke den hjelpen de burde fått. The Quality of Care Committee i American Pain Society har utviklet retningslinjer i et forsøk på å forbedre smertelindringen til pasienter med kroniske smerter innenfor kreftomsorgen (Torvik et al. 2008).

Retningslinjene anbefaler at alle pasientene skal til en rutinemessig undersøkelse med hensyn til hvordan smertene påvirker dem. Dersom pasientene rapporterer ubehandlet smerte, skal en rød varselampe blinke som ville vekke sykepleierens oppmerksomhet. Smertene må dokumenteres på

en slik måte at det er lett tilgjengelig for sykepleierne å se det. Viktigheten av at pasientene blir tilbudt og får igangsatt dette raskt er av stor betydning for videre plager (Torvik et al. 2008).

Det er svært viktig å sikre innføring og kvalitetssikre bruken av oppdatert og ny teknologi av smertelindringen. Som en del av arbeidet er det blitt understreket at ved å bedre kvaliteten i smertebehandlingen må dette gå inn mot vurdering av smerte og samtidig romme implementering og kontinuerlig evaluere disse tiltakene som blir iverksatt. Det er understreket at det må utarbeides gode rutiner for smertekartlegging og dokumentering av smerte(Torvik et al. 2008).

Det finnes i dag ulike verktøy for å kartlegge smerte og som blir basert på selvrapporing, det er derfor viktig å velge et hjelpemiddel som sykepleiere behersker. Ulike smertekartleggingsverktøy deles inn i to hovedkategorier som er av den endimensjonale og den flerdimensjonale skalaen. Den endimensjonale skalaen måler stort sett kun smerteintensitet, mens den flerdimensjonale skalaen måler ulike dimensjoner ved smerte, slik som smertens påvirkning, smertens kvalitet, og hvordan smerten påvirker andre aspekter som søvn, dyspne, og det psykiske ved kreftrelaterte symptomer (Torvik et al. 2008).

Ut fra hva litteraturen sier kan sykepleiere ta i bruk ulike kartleggingsverktøy ved å tilegne seg kunnskap om hvordan disse kan brukes på en best og mest effektiv måte. Dette kan gi en større helsegevinst for pasienter under palliativ behandling da den eventuelle lindringen raskt kan påbegynne. Ut fra hva forskning sier kan det i mange tilfeller være av stor betydning for pasientene at sykepleiere opptre sikker i egen utførelse av kartlegging, da pasientene på den måten kan føle set trygg på sin relasjon til vedkommende. Samtidig hvor sykepleiere viser en god og forsvarlig kompetanse ved kartlegging kan dette være en ressurs for smertebehandlingen, da lindringen kan skje mer effektivt og pasientrettet.

Studier viser til at ved noen sykdommer opptre enkelte tilleggs symptomer sammen med smerten, som kan være med å forsterke pasientens smerteopplevelse. Smerte, depresjon, fatigue og søvnproblemer opptre samtidig hos pasienter med lungekreft. For å få et helhetlig bilde av pasientens situasjon og for å kunne gi den beste lindring, vil det derfor være viktig å se på tilstedeværelsen av flere symptomer på en gang. Ved å tilegne seg ytterligere kunnskap om hvordan ulike symptomer kan opptre samtidig, kan smertebehandlingen bli mer helhetlig og effektiv (Torvik et al. 2008).

En tolkning på det overnevnte kan være at når sykepleiere fokuserer på et helhetlig menneskesyn og er bevisst at når et menneske har kroniske smerter, er det store muligheter for at dette også på et

vist tidspunkt vil gå over til det psykiske og gi utslag ved for eksempel angst og depresjon som nevnt i litteratur og forskning.

Et eksempel på et verktøy som ofte ble brukt for å kartlegge smerte, var Edmonton Symptom Assessment System, som ble utviklet ved Edmonton General Hospital, Canada i 1991 og var et utgangspunkt for kreftpasienter ved palliative avdelinger. ESAS inneholder spørsmål som går direkte på smerte, smerteintensitet både i ro og i aktivitet. I tillegg angir pasientene graden av slapphet, dyspne, angst, uro og depresjon. Pasienten svarte til slutt på spørsmål som kalles, alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag? Man kan altså måle både pasientens tilstedeværelse av de ulike symptomene og hvor intense disse oppleves. Sykepleierne har en viktig oppgave med tanke på å kontinuerlig ta dette hjelpemiddelet i bruk for å få et mer konkret resultat på hvordan pasientene opplever det å leve med kroniske smerter, samt hvordan bruke dette skjemaet til forbedring av smertetiltak og en ytterligere sikring (Torvik et al. 2008, Strand og Ellingsen 2007).

Sykepleieteoretikeren Kim (2007) beskriver at sykepleieutøvelsen er målrettet, noe som vil si å hjelpe pasientene slik at de kan forholde seg til problemer og spørsmål knyttet til egen helse eller sykdom. Målet er derfor å styrke pasientene til å opprettholde eller oppnå et så normalt liv som mulig, eller å få en fredfull død (Kim 2007). Det beskrives her viktigheten av sykepleierens rolle hos pasienter som lider av kroniske smerter i den palliative fase. For å få en fredfull død, er det ikke bare lindre de fysiske smertene som opptrer, men også det fysiske som kommer av sykdommens integrasjon (Kim 2007).

Kim (2007) beskriver videre at sykepleieutøvelsen tar utgangspunkt i at både sykepleiere og pasienter deltar i en pleie og omsorgssituasjon som autonome, frie, og ansvarlige individer. Det vil si at begge parter er ansvarlige for sine valg og handlinger, men samtidig at en slik ansvarlighet forankres i en omhyggelig koordinering av interesser og valg. Derfor oppfordres det at sykepleierne opptrer som moralske aktører som opprettholder pasientens menneskeverd (Kim 2007).

Sykepleieutøvelsen finner sted i en sosial sammenheng hvor sykepleiere påtar seg særegne former for ansvar som ikke bare er innrettet mot å hjelpe pasienter i konkrete, sosiale situasjoner, men som i en større samfunnsammenheng også er innrettet mot å påvirke samfunnsforholdene til beste for befolkningens helse (Kim 2007). Som det beskrives her gjelder forbedring av symptomkontroll ikke bare pasientene ved et vist tidspunkt, men alle pasienter til enhver tid som vil være med å styrke sykepleierens behandling og behandlingsmetoder videre i fremtiden, slik at alle kreftpasienter vil kunne få en god nok og tilrettelagt behandling som er individualisert etter enhvers behov (Kim 2007).

4.1.2 Smertens konsekvenser hos kreftpasienter i den palliative fase

Resultatene i artiklene viste til at hos pasienter med lungekreft, kom det en rekke med symptomer som ville prege sykdomsforløpet ytterligere foruten kroniske smerter. Angst, depresjon og dyspne var de mest fremtredende innenfor kreftrelaterte symptomer hos pasientene. Det å miste kontroll over egen livssituasjon var noe de aller fleste opplevde og dermed oppstod en tap av rolle, slik flere pasienter beskrev ut fra egen smertesituasjon (Roulston et al. 2012, Hopwood og Stephens 2000).

Lungekreftpasienter opplevde smerte i stor grad og som oftest kontinuerlig, noe som førte til at de følte en uro, og kjente på inngripende angst siden smertene tok overhånd og grep inn i deres hverdag, som også førte til depresjon. Dette gjorde at sykdomsforløpet ble mer komplekst, samtidig som i og med at smertene i form av det fysiske og psykiske ofte er ukjent og underbehandlet ville dette føre til store konsekvenser for pasientene noe som gjorde at pasientsituasjonen ble betydelig forverret. Når helsepersonellet tok tak i disse problemene, følte pasientene i større grad en økt egenverd og fikk en bedre kontroll over egen situasjon (Tse et al. 2012, Roulston et al. 2012).

Litteraturen tar for seg samme problemområde hvor det beskrives at kronisk smerte har en svært sammensatt karakter. Fysiske, psykiske og sosiale aspekter griper inn i hverandre og påvirker pasientene i en økt negativ smerteoppfattelse. Kronisk smerte er ikke bare plagsomt i seg selv, da den også har store konsekvenser for pasienten, hans omgivelser og for samfunnet. Kroniske smerter kan i de fleste sammenhenger bli en trussel mot individets kroppslige integritet og eksistens. Nyere forskning fremhever at ved kroniske smerter ble også immunforsvaret påvirket, som fører til forverring av pasienten, og øke risikoen for skade, infeksjon og død (Nortvedt og Rustøen 2008).

Her kan vi se vi store likheter mellom forskning og teori som ble knyttet opp mot hverandre, og hvor det viser til viktigheten av sykepleiernes rolle mot kontinuerlig pleie og omsorg. Det å se helheten hos de ulike pasientene kan være vanskelig når man i somatikken ofte kan ha fokuset rettet mot det fysiske og dens problematikk. Derfor kommer god kommunikasjon og det å skape en profesjonell relasjon inn som et hovedfokus, slik at pasientene gjennom dette kan få muligheten til å tørre å åpne seg til sykepleieren. Når sykepleierne viser en slik interesse og omsorg, kan pasientene få en økt troverdighet og tillit til den enkelte sykepleier og samarbeidet mellom disse kan bli ytterligere fremmet. Sammensetningen av det fysiske og psykiske er av stor betydning, da sykepleierne skal kunne se et helhetlig perspektiv over pasientsituasjonen for å kunne tilfredsstille pasientene i størst mulig grad.

Studier viste til at kroniske smerter har en klar eksistensiell side når smertene på denne måten utfordrer pasientenes eksistens, eget kroppsbilde og egen forståelse av forholdet mellom det kroppslige og det mentale. Den amerikanske legen Cassel, har fremhevet at lidelse alltid er personlig,

og individuell ved at den blir knyttet til helt spesifikke trekk ved personen. Lidelse innebærer alltid en selvkonflikt ved at personen stilles overfor mange problemer og bekymringer som kunne utkrystallisere seg i forholdet mellom det å leve meningsfullt og nå de begrensninger sosialt og kroppslig som ble påtvunget pasienten av de kroniske smertene. Lidelse er også ensomt ved at andre aldri fullt og helt kan forstå hvordan det er å leve med en så kompleks smerte (Nortvedt og Rustøen 2008).

Slik som det står beskrevet ovenfor er det viktig at sykepleierne tar seg tid, lytter og samhandler sammen med pasientene for å avdekke hvilke problemområder som er til stede og intensiteten av disse.

Joyce Travelbee beskrev at for å gi en god smertelindring som dekket både de fysiske og psykiske aspektene ved kreftsmerten, var det en forutsetning at sykepleieren bevisst kunne legge vekt på et menneske til menneske – forhold (Tveiten 2008).

På den måten ville fremgangsmåten til sykepleieren rettet mot pasienten bli et tryggere fundament for å jobbe videre på, med fullstendig lindring som et hovedfokus. Når man har et slikt aspekt mot pasientene ville dette ha bidratt til en bedre lindring når pasientene kan føle seg sett og hørt.

En studie av Utne (2011) viser til hvor viktig det var å støtte opp pasientene som lider av kreft i langtkommen fase. Man må ha fokus både på det smertefremkallende samt tilleggssymptomer på det som bryter over til den psykiske sammenheng. Det var derfor vesentlig at sykepleiere spør pasientene om hvilke smerter de har og hvordan disse påvirker dem daglig. Når dette ble gjort kontinuerlig gjort vil det føre til en forbedret behandling både av det fysiske og psykiske (Utne 2011).

Smerte og angst viste seg å være to fenomener som ofte opptrådte etter hverandre. Når smertene er kroniske viser det til at det ikke er overraskende at pasientene blir bekymret og opplever en variabel grad av angst. Mange av pasientene tenker og bekymrer seg over konsekvensene av smertene de opplever, hvor disse bekymringene også vil gå utover pasientenes samarbeidsevne. Med tap av identifikasjon, vil en sorg og ensomhet inntre, derfor blir en konsekvens av kroniske smerter nettopp depresjon. Pasientene som kjente seg deprimert ville også kjenne mer på den kroniske smerten. Studien viser til at det ble en ond sirkel mellom smerter, angst og depresjon, som det er viktig å ta tak i tidligst mulig i forløpet for å hindre senkomplikasjoner (Spanswick 2008).

Kim (2007) beskriver sykepleieutøvelsen som en relasjonell praksis hvor sykepleieren og pasienten er engasjert i hverandre som mennesker gjennom en vekselvirkende interaksjon og deling. Som en form for menneske -til menneske -engasjement må sykepleieutøvelsen være fundert på sykepleierens og pasientens gjensidige forståelse for hverandres innsikt og erfaringer. Kim

(2007) beskriver videre at sykepleieutøvelsen er en form for menneskelig tjeneste som er styrt av ett sett etiske og moralske prinsipper og standarder. Disse utgjør utøvelsens normative basis og gir retning for hvordan utøvelsen bør foregå (Kim 2007).

Ved å ta tak i Kim`s beskrivelse av viktigheten om et menneske til menneske forhold er dette noe alle sykepleiere bør ta på alvor. Ved å inneha en indre respekt for hverandre, og inneha de etiske og moralske verdiene i bakhodet under behandling av lungekreftpasienter vil behandlingen bli mer helhetlig, og man vil på denne måten kunne gi mer av seg selv til pasientene slik at sykepleierne sender ut signaler til pasientene som gir trygghet og fortrolighet ved livets slutt.

4.1.3 Ulike behandlingstilnærminger hos kreftpasienter i den palliative fase

Ved ulike behandlingstilnærminger for å minke smertetilstanden ved kreftrelatert lidelse, var det en del forskning på hvordan man kunne tilnærme seg pasientene på en alternativ måte. Artiklene viste til at et betydelig antall sykepleiere ikke hadde deltatt i smertekurs tidligere, men at viktigheten av dette var stort grunnet en stadig økende eldrebølge med kroniske smerter. Artiklene viste derfor til resultat som hevdet at ved gjennom fysisk aktivitet, osteopati, multisensorisk stimulans og kunst og håndverk terapi ville dette føre til forbedret smertestimulans hos kreftpasienter i palliativ fase. Ikke - medikamentell behandling ble også undersøkt opp i mot medikamentell behandling for å se hva som hadde best effekt som smertelindring i livets slutfase. Fordi mange av pasientene var skeptiske til denne behandlingen var det svært viktig at sykepleierne viste en trygghet og god tilnærming til pasientene slik at brukerne følte seg tryggere og en indre ro med denne type behandling (Cheville et al. 2012, Tse et al. 2012, Snider et al. 2012).

Man fikk etter hvert en indikasjon på at pasientene som ble behandlet palliativt, var skeptiske til både medikamentell og ikke – medikamentell behandling da de uttrykte bekymringer vedrørende økt smertetilstand gjennom økt fysisk aktivitet (Cheville et al. 2012, Tse et al. 2012, Snider et al. 2012).

Så hvordan sykepleierne i dagens samfunn skal gå frem for å fremme en bedre lindring kan være et vanskelig spørsmål. Derfor kan det være av stor betydning at sykepleiere viser troverdighet og tillit til de ulike behandlingsmetodene for å trygge pasientene. Samtidig når det blir undersøkt og utprøvd nye smertetiltak, bør sykepleiere vise ydmykhet og kommunisere med pasientene om graden av virkning og tilfredsstillelse for kontinuerlig tilpasse enhver pasients behov.

Ved å bruke en ikke medikamentell tilnærming, viste resultatene til at et slikt program var gunstig for helsepersonellet da de ble mer trygge på egen kompetanse og ble dermed en bedre støtte for pasientene. Viktigheten av å tilføre de nye behandlingsmetodene inn i sykehjemmene er stor, da man i større grad skal kunne få dette inn i kulturen, slik at det ikke blir en forbigående fase, fremfor

et langsiktig forebyggende supplement mot negative konsekvenser av kreftsykdommen (Snider et al. 2012, Tse et al. 2012).

I WHO (2010) ble det beskrevet at osteopatisk medisin er avhengig av å være i kontakt med pasientene, og ikke kun via telefon eller andre avstandshjelpemidler. Osteopatien legger vekt på at kropp, sinn, ånd, helse og sykdom hører sammen og respekterer den, samtidig som den legger vekt på den strukturelle og funksjonelle integritet av kroppen og dens iboende tendens til selvreparering (WHO 2010).

Innenfor osteopati bruker man en rekke manuelle teknikker for å forbedre de fysiologiske funksjoner som blir endret av somatisk dysfunksjon, eller svekket ved de ulike sykdommene. Helsetjenestene som praktiserer osteopati er i stand til å ivareta sin forståelse av forholdet mellom struktur og funksjon for å optimalisere kroppens selvregulerende evner. Denne helhetlige tilnærmingen til pasientbehandling er basert på konseptet om at et menneske er en dynamisk funksjonell enhet, hvor alle deler henger sammen (WHO 2010).

Synet som osteopatien har på mennesket, er noe sykepleierne kunne tatt mer i bruk ved deres utøvelse, for kontinuerlig sikre smertebehandlingen. Ved å ha et slikt syn på mennesket, vil dette skape en relasjon som ville blitt mer enn et sykepleier til pasient forhold, men som er nevnt tidligere, et menneske til menneske – forhold, som vil i en større grad vil kunne styrke sykepleierens holdninger og etikk til lindring både her og nå i videre i fremtiden.

Den osteopatiske behandlingen har lagt stor vekt på manuell terapi, som også blir kalt osteopatisk manipulerende behandling. Den viste til kombinasjoner av enkelte utøvelser som fysisk aktivitet og holdninger fra sykepleiere samt pasientene, noe som også kan kalles kognitiv atferdsterapi. Her inngår behandling som tar tak i stressfaktorer hos lungekreftpasientene, som er ytterst viktig da de lider mye av uro og bekymringer knyttet mot egen smerte(WHO 2010).

Viktigheten av å tilegne seg kunnskap gjennom praksisbaserte erfaringer og gjennom oppdatert forskning er avgjørende for sykepleiernes kompetanse, og for pasientenes grad av velvære. Det ble vist til at det er flere og flere som velger en alternativ behandlingsmetode innenfor palliativ omsorg og behandling, derfor vil det være svært gunstig for sykepleierne å lære seg å håndtere dette på en god og trygg måte.

For å sammenligne medikamentell behandling mot ikke -medikamentell behandling er dette svært individuelt for de ulike pasientene ut fra deres symptomer. Det er artikler som viser til at begge behandlingstilnærmingene er gode for lindring av kroniske smerter, men at det er noen variasjoner om hvor i verden ikke - medikamentell behandling blir mest brukt.

Sykepleiernes oppgave vedrørende å ivareta pasientenes integritet og funksjon opp mot det realistiske ut fra deres sykdomstilstand er stor, da det er sykepleierne som er i kontakt med vedkommende daglig, og kan ha den beste forutsetning for å gi den beste hjelp til enhver tid.

Kim (2007) beskriver sykepleieutøvelsen som overveid. Den er planlagt og styrt av målene for den enkelte pasient. I praksis må sykepleiere være oppmerksomme på og overveie konsekvensene av de handlingene de foretar overfor pasientene. Overveielser handler om å forutse konsekvensene før beslutningene treffer. Sykepleierens handlinger i praksissituasjoner retter seg mot et mål eller mot en avslutning på livet som er å anse som god eller ønsket av pasienten. Slike målrettede handlinger er resultatet av gode overveielser (Kim 2007).

4.1.4 Opplæring til sykepleiere i sykehjem til kreftpasienter i den palliative fase

Mange sykepleiere hadde sett på smertelindring som et stort problem da de selv mente de manglet nok kunnskap og opplæring. Det var kommet frem bekymringer om å gi høye doser med opiat, og mangel på opplæring i bruk av sterke smertestillende. European Associations anvendelse ved behandling av kreftsmarter var i stor grad knyttet til bruk av opiat for lindring av smerter og dyspne, samtidig som kilder viste til at kreftpasienter ikke alltid opplevde god nok lindring, grunnet utilstrekkelig vurdering og behandling. Om internasjonale prioriteringer kunne forbedre smertelindring ved slutten av livet, var det nødvendig med god nok utdanning, opplæring, samt at yrkesmessige arbeidsmodeller måtte bli utviklet i høyere grad av forsvarlighet slik at smertebehandlingen ble optimalisert (Allcock et al. 2002, Gardiner et al. 2012).

Antall eldre i verdens befolkning øker for hver dag, og til tross for den smertelindringen eldre kreftpasienter mottar i dag, hevder WHO at pasientenes behov for lindring i slutfasen ikke blir godt nok ivaretatt. Palliativ omsorg sørger for en best mulig aktivitet og livskvalitet inntil døden inntreffer. Derfor er et vesentlig prinsipp at sykepleiernes tiltak skal verken bidra til å fremskynde eller utsette avslutningen ved livet, men gi lindring slik at pasientene kan unngå unødvendig lidelse. I Norge blir palliativ behandling tilbudt til pasienter med uhelbredelig kreftsykdom eller kort forventet levetid. Med dette i bakhånd er det nødvendig for sykepleierne i dagens samfunn å bli tilbudt opplæring og utdanning som ville være med å forbedre lindringen ytterligere, for å fremme pasientenes velvære (Rykkje 2010).

Det Rykkje (2010) har beskrevet i studien har stor relevans for god smertelindring, men noe som er viktig å betrakte er at det er trengt ikke kun å stå på opplæringen og utdanningens side, men at sykepleierne tar et tak og søker denne nye viten er av stor betydning, da motivasjon for ytterligere

kunnskap og kompetanse spiller en stor rolle i denne type profesjon. Som sykepleier skal man alltid tenke innovativt og tilegne seg ny kunnskap, man skal rettere sagt være kunnskapstørst.

Kompetansesenteret for lindrende behandling utførte en undersøkelse hvor resultater viste til at eldre mennesker er en sårbar gruppe som ikke alltid er i stand til å fremme egne behov, eller svare for sin smerte under samtaler med sykepleierne. Pasientene er fornøyde over sykepleiernes utøvelse, men fordi fysiske og psykiske smerter overgår i hverandre i så stor grad, vil en helhetlig smertelindring ofte bli vanskelig å oppnå. Det er derfor på sin plass å undersøke sykepleiere ved de ulike sykehjem for å presisere om smertelindringen som blir utført er god nok. Ved å tilegne seg kunnskap gjennom fagutvikling, er det gjennom denne rapporten kommet frem til at smertelindring hos eldre kreftpasienter i sykehjem burde utvikles ytterligere (Isaksen, Nordøy, Hansen 2005).

Gjennom relevant forskning og litteratur er det et fokus om at sykepleiere skal være engasjerte og motiverte for å gi en god smertelindring. Det er viktig å bruke ulike kartleggingsverktøy i tilegnelsen mot en større kompetanse, da man på den måten sikrer egen smertetolking av pasientene. Sykepleiere er en av flere som står pasienten nærmest, derfor vil det å vise til en større forståelse over smertelindring svært viktig, både for sykepleierens selvfølelse og pasientens trygghet, særs med pasienter som har cancer pulm som også er svært utsatt for angst.

Det kom frem gjennom forskning at lederne på de ulike sykehjemmene hadde et ansvar for å motivere helsepersonellet i stor grad, og en oppgave ved å tilføre de nye normene gjennom opplæring og utdanning i sykehjemmets kultur. Sykepleierne skulle få opplæring gjennom det å tenke sentralt, helhetlig, både i hensikt til pasientens kroniske smerter, og til smertens konsekvenser (Allcock et al. 2002, Gardiner et al. 2012).

Ut fra hva litteratur og forskning sier på dette området kan man tolke at ved at sykepleiere i dagens samfunn er bevisst å tenke helhetlig, gjennom en forståelse av at det fysiske og psykiske ofte utspiller seg i hverandre er svært vesentlig, særs i ved palliativ tilnærming. Smertekartlegging og behandling går særs over hverandre når kartleggingen rundt kroniske smerter er avhengig av kunnskap, holdninger og kompetanse fra sykepleierne. I tilfeller hvor det er pasienter som blir usikre på behandlingen og bivirkninger av de ulike legemiddele de mottar, spiller det en stor rolle hvordan sykepleierne griper denne situasjonen. Sykepleiere bør derfor roe ned situasjonen, gi trygghet, omsorg og lindring på pasientenes grunnlag av smertefysiologi og empati.

Sykepleieteoretikeren Kim (2007) beskriver sykepleieutøvelsen lik en utøvelse som inneholder et aspekt av vitenskapelige, og en teknologisk problemløsning. Sykepleiere er ansvarlige for å finne vitenskapelige og teknologiske løsninger på de problemene pasientene presenterer. Måloppnåelse

blir i den enkelte praksissituasjon vurdert ut fra forventede resultater av behandling, tiltak og anvendte strategier. Samtidig er det en kompleks prosess å skulle løse pasientens problem og det kan innebære at sykepleieren må forholde seg til og takle snarere enn å løse eller å fjerne problemet (Kim 2007).

Dette vil si opp mot opplæring av sykepleiere at man skal bruke den beste metoden og hjelpemiddelet for å hjelpe pasienten til en mer positiv vinning i deres kamp mot sykdommen. Det er dessverre oftere enn man skulle ønske under behandling at smerter kommer til syne hos pasientene, derfor er det av stor betydning at sykepleierne blir mer bevisst egen rolle og opptreden i utøvelsen gjennom opplæring (Kim 2007).

Kim (2007) beskriver videre at sykepleieutøvelsen er handlingsorientert, den innebærer gjøremål. Utøvelsen finner sted når sykepleiere observerer og vurderer pasientene, utfører pleie og behandling, underviser eller veileder. Sykepleieutøvelsen som handling i denne betydningen av ordet overskrider den fysiske handlingen og løfter utøvelsen til den sfæren hvor sykepleieren også utfører moralsk forpliktende, menneskelige handlinger basert på yrkesetisk og sosial kompetanse (Kim 2007).

4.2 Metodediskusjon

Ved oppstart ble det først valgt et tema, for så å komme raskt i gang med søkeprosessen. Det er vanskelig å forutse hvor mye forskning det er på det aktuelle temaet i forveien, og med dette i bakgrunn ble det valgt søkeord som dekket oppgavens hensikt i størst mulig grad. Det ble utprøvd flere variasjoner av samme type ord, men de valgte som man finner tydelig i vedlegg 1, ble regnet som gode nok til å finne nok forskning på det valgte temaet.

Databasene Medline, Pubmed, og www.sykepleien.no ble tatt i bruk, som var gode til å finne de forskningsartiklene som var nødvendige for oppgaven. Det ble forsøkt å finne forskningsartikler i flere databaser, slik som www.Cinahl.no, men som ikke ble inkludert da den ikke ble sett på som nok relevant for hensikten i studien.

Etter å ha lest og valgt ut de artiklene som skulle bli inkludert, skulle analysen ta form. Dette ble gjort ved å lese artiklene flere ganger for å sikre innholdet, for så å sette dette opp i en tabell for å få en større oversikt over hvem som kunne knyttes sammen. Analysen tok litt tid, da alle artiklene var på engelsk og nødvendigheten for oversettelse var stor. Det ble tatt i bruk www.ordnett.no som tok litt tid da det var det akademiske språket på engelsk var noe utfordrende. Ved å inkludere utenlandske forskningsartikler ble det vist til et større perspektiv over hva andre kulturer utfører som tiltak i sine

land. Vedrørende dette vil sykepleiere i dagens samfunn tilegne seg en større kompetanse over ulike behandlings tilnærminger.

Det er tatt i bruk artikler av både kvantitativ og kvalitativt design, dette var for å tydeliggjøre hvordan sykepleierne kan forbedre smertebehandlingen hos pasienter i palliativ fase, og for å undersøke hvordan dette kunne gjøres best mulig, var å inkludere artikler som viste til pasientens opplevelser av smertelindringen.

Det ble skrevet introduksjon og metode tidlig i forløpet noe som skulle vise seg å være best å skrive til slutt, da man på denne tiden hadde en bedre oversikt over relevans og hva som måtte være med for å tydeliggjøre hensikten.

Valget av teori ble valgt ut fra relevans til hensikten, uansett om det gikk i med eller motsetning til artiklene, budskapet var å få frem hvilken smertebehandling sykepleiere kunne bruke for å lindre på en best mulig måte i hensikt til pasientene. Det ble brukt fagartikler, forskningsartikler, fagbøker, rapporter og retningslinjer innenfor ulike områder for å belyse hensikten. Det er blitt diskutert godt opp mot de ulike teoriene, hvor det også er inkludert en sykepleieteoretiker som belyser sykepleierens rolle i smertelindringen. Ved bruk av valgt teoretiker er det 10 punkt som blir beskrevet som en form for definisjon av sykepleieutøvelsen, her er det kun trukket ut det som er relevant for hensikten, derfor er ikke alle 10 punkt inkludert i studien.

Noe som kunne blitt gjort annerledes er å ha anvendt Joyce Travelbee og hennes teori om et menneske til menneske – forhold, som er ytterst viktig når det gjelder sykepleier og en pasient relasjon ved livets slutt.

Det som kommer frem i studien er at det blir mye gjenfortelling under enhver kategori under diskusjonskapittelet, det er grunnet at disse 4 kategoriene går i stor grad over hverandre og det var vanskelig å holde seg til kun det ene temaet da vi kan se at sammenhengen er stor og har en betydelig relevans for hverandre.

Det var svært vanskelig å diskutere under diskusjonskapittelet, da det er blitt skrevet ut fra egen kunnskap og kompetanse, men som kan se ut som det ble tatt ut fra litteratur. Ut fra dette oppstod bekymringer om det skulle blitt skrevet inn kildehenvisninger på det forfatteren av studien selv har skrevet, eller om leseren ser at det ikke er av litteratur.

5.0 Konklusjon

Sykepleie, kronisk smerte og lindring kom frem som svært sentrale begreper i studien, hvor funn fra forskningsartiklene i samråd med fagstoff viste til at viktigheten av kartlegging var stor for å kunne tilrettelegge riktig behandling tilpasset den enkelte pasient. Når sykepleierne skulle kartlegge var det av stor betydning å ha fokus både på det fysiske, samt det psykiske for å få en helhetlig lindring som dekket alle aspekter ved mennesket. Ved smertebehandlingen var det viktig at sykepleierne var bevisst på at det var flere behandlingstilnæringer som var mulige å utføre, slik at pasientene på den måten fikk bevare autonomien og ta del i bestemmelsene om egen behandling, utover om det var av medikamentell eller ikke medikamentell – behandling.

I studien kom det videre frem til at ved opplæring og utdanning ville sykepleierne bli tryggere i egen profesjonsrolle, hvor det på denne måten ble forsikret om en faglig forsvarlighet i de ulike valgte behandlingsmetodene. Ved at sykepleierne søkte ny kunnskap og utviklet sin kompetanse ytterligere, var det samtidig viktig å føre dette inn i sykehjemmets kultur, slik at det ikke ble en forbigående fase.

Studien hadde som mål å undersøke hvordan sykepleiere kunne gi god smertelindring til lungekreftpasienter i palliativ fase. Ved å inkludere forskning og relevant litteratur er det blitt belyst hvordan sykepleiere kan bruke sin kompetanse til å øke kreftpasienters velvære ved livets slutt. Det er svært viktig at sykepleiere i dagens samfunn er bevisst god holdning mot palliativ lindring og mot mennesket selv, da dette i mange tilfeller kan være en utfordrende tilnærmingssak. Det finnes svært mye stoff som ikke er inkludert vedrørende dette temaet, men det er blitt tatt et utgangspunkt fra de 15 forskningsartiklene og litteratur, for å vise til en løsning som sykepleiere kan benytte seg av for å kunne gi optimal lindring.

Referanser

Allcock N, McGarry J, Elkan R (2002) Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study, *Health and Social Care in the Community*, 10, (6), s 464 – 471

[Lastet ned: 21.01.13]

Bertelsen B I (2000) Svulster, I: *Patologi – Menneskets sykdommer*, 1 utg, s 46 – 54, Gyldendal Norsk Forlag AS

Brunsvig P Fr (2010) Lungekreft, I: Reitan A M og Schjølberg T Kr (red.) *Kreftsykepleie – Pasientutfordring – handling*, 3 utg, s 448 – 454, Akribe AS

Busch C J og Hirsch A (2008) Eksistensiell og åndelig omsorg, I: Kaasa S (red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2 utg, s 115 – 141, Gyldendal Norsk Forlag AS

Casarett D J, Hirschman K B, Miller E R, Farrar J T (2002) Is Satisfaction With Pain Management a Valid and reliable Quality Indicator for Use in Nursing Homes? *Journal of the American Geriatrics society*, 50, (12), s 2029 – 2034

[Lastet ned: 29.01.13]

Cheville A L, Dose A D, Basford J R, Rhudy L M (2012) Insights onto the reluctance of patients with late-stage cancer to adopt exercise as a means to reduce their symptoms and improve their function, *Journal of pain and symptom management*, 44, (1), s 84 – 94

[Lastet ned: 13.02.13]

Dalland O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utg, Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 5 utg, Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg C og Wengström (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2 utg, Natur og kultur

Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Hughes P, Winslow M, Bennet M I (2012) Attitudes of Health Care Professional to Opioid Prescribing in End – of – Life Care: A Qualitative Focus Group Study, *Journal of pain and Symptom Management*, 44, (2), s 206 - 214

[Lastet ned: 21.01.13]

Gudmannsdottir G D, Halldorsdottir S (2009) Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23,(2), s 317 – 27

[Lastet ned: 21.01.13]

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf>

[Lastet ned: 07.05.13]

Henoch I, Axelsson B, Bergman B (2010) The Assessment of Quality of life at the End og Life (AQEL) questionnaire: a brief but comprehensive instrument for use in patients with cancer in palliative care, *Quality of Life Research*, 19, (5), s 739 – 750

[Lastet ned: 29.01.13]

Henoch I, Bergman B, Danielson E (2008) *Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer*, *Psycho – Oncology*, 17, (7), s 709 – 715

[Lastet ned: 03.02.13]

Henoch I, Bergman B, Gustafsson M, Johansson G F, Danielson E (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care, *European Journal of Oncology Nursing*, 12, (2), s 86 – 96,

[Lastet ned: 03.02.13]

Hopwood P, Stephens R J (2000) Depression in patients with lung cancer: Prevalence and risk factors derived from quality –of – life data, *Journal of Clinical Oncology*, 18, (4), s 893 – 903

[Lastet ned: 29.01.13]

Hovedkomiteen for norsk forskning (1981) *Forskning og etisk ansvar*, Oslo, Hovedkomiteene for norsk forskning

Jacobsen J, Kjeldsen S E, Ingvaldsen B, Buanes T og Røise O (2001) Behandling av kroniske smerter, I: *Sykdomslære - Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2 utg, s 121 – 161, Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa S (red.) (2008) Palliativ medisin – en introduksjon, I: *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2 utg, s 31 – 60, Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa S (2012) Palliativ behandling, I: Kåresen R, Wist E (red.) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*, 4 utg, Gyldendal Norsk Forlag

Kilvik A og Lamøy L I (2007) Artikkelbaser innen medisin og helsefag, I: *Litteratursøking i medisin – En håndbok*, 2 utg, s 25 -32, Tapir Akademisk Forlag, Trondheim

Kim S H (2007) Sykepleieutøvelsen, I: Mekki T E og Pedersen S (red.) *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende sykepleie*, 3 utg, s 87 – 94, Akribe AS

Kompetansesenteret for lindrende behandling (2005) *Kreft og smertetilstander hos sykehjemspasienter i Tromsø*

<http://www.tromso.kommune.no/getfile.php/834167.1308.xwceuesrxs/Kreft%20og%20smertetilstander%20hos%20sykehjemspasienter%20i%20Troms%C3%B8%20juli%202005.doc.as.pdf>

[Lastet ned: 15.05.13]

Loge J H (2008) Kaasa S (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2 utg, Gyldendal Norsk Forlag AS

Myhra C B og Grov E K (2010) Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale, *Sykepleien Forskning*, 5, (3), s 210 – 218

[Lastet ned: 19.05.13]

Nordahl L (2012) *Diktsamling*, upublisert materiale

Nortvedt F og Rustøen T (2008) Kronisk smerte, I: Rustøen T og Wahl K A (red.) *Ulike tekster om smerte – Fra noicesepsjon til livskvalitet*, 1 utg, s 139 - 167, Gyldendal Norsk Forlag AS

Orvik A (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, 1 utg, Cappelen Akademisk

Polit D F og Beck C T (2012) Ethics in Nursing Research, I: Polit og Beck (Red) Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice 9 Utg s 150 – 173, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams og Wilkins S

Roulston A, Bickerstaff D, Haynes T, Rutherford L, Jones L (2012) A pilot study to evaluate an outpatient service for people with advanced lung cancer, *International Journal of Palliative Nursing*, 18, (5), s 225 – 233

[Lastet ned: 29.01.13]

Rustøen T, Torvik K, Valeberg B, Utne I, Stubhaug A (2008) Kreft og smerter, I: Rustøen T, Klopstad W A (red.) *Ulike tekster om smerte – Fra noicesepsjon til livskvalitet*, 1 utg, s 255 - 270, Gyldendal Norsk Forlag AS

Rustøen T og Wahl K A (red.) (2008) Hva er smerte – En oversikt over smertebegrepet, smertefysiologi og smertebehandling, I: *Ulike tekster om smerte – Fra noicesepsjon til livskvalitet*, 1 utg, s 22 - 50, Gyldendal Norsk Forlag AS

Rykkje L (2010) Gi eldre en verdig død, *Tidsskriftet Sykepleien*, 98, (02), s 70-73

[Lastet ned: 15.05.13]

Skjønsberg O H (2001) Lungesykdommer, I: Jacobsen J, Kjeldsen S E, Ingvaldsen B, Buanes T og Røise O, *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2 utg, s 121 – 161, Gyldendal Norsk Forlag AS

Snider K T, Snider E J, Johnson J C, Hagan C, Schoenwald C (2012) Preventive Osteopathic Manipulative Treatment and the Elderly Nursing Home Resident: A Pilot Study, *Journal of the American Osteopathic Association*, 112, (8), s 489 – 501

[Lastet ned: 21.01.13]

Spanswick C (2008) What chronic pain looks like to the clinician, I: Rashed S, Schopflocher D, Taenzer P, Jonsson E, *Chronic Pain – A health policy perspective*, s 85 – 100, Financing Health Care, Wiley Blackwell

Strand E og Ellingsen E (2007) *Hvordan har du det i dag?* Sykepleien 95 (17) s 60-64

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118306/hvordan-har-du-det-i-dag>

[Lastet ned: 21.02.2013]

Stubhaug A, Rustøen T (2006) Smerter, I: Knutsdat U og Kamp B (red.) *Sykepleieboken 2 – Teoretisk – metodisk grunnlag for klinisksykepleie*, 2 utg, Akribe AS

Sæteren B (2010) Omsorg for døende pasienter, I: Reitan, A M, Schjølberg T KR (red.) *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*, 3 utg, s 235 – 281, Akribe AS

Torvik K, Skauge M, Rustøen T (2008) Smertekartlegging – Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler, I: Rustøen T, Klopstad W A (red.) *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet*, 1 utg, s 51 – 75, Gyldendal Norsk Forlag AS

Tse M, Leung R, Ho S (2012) Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient – centred intervention, *Journal of Advanced Nursing*, 68, (2), s 312 – 321

[Lastet ned: 22.01.13]

Tse M M Y, Vong S K S, Ho S K S K (2012) The effectiveness of an integrated pain management program for older persons and staff in nursing homes, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, (2), s 203 – 212

[Lastet ned: 21.01.13]

Tveiten S (2008) Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende, I: *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, 2 utg, s 157 – 200, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

UNN (2012) *Håndbok i lindrende behandling* [online] Tilgjengelig fra:

<http://www.unn.no/category11934.html>

[Lastet ned: 15.02.2013]

Utne I (2011) I: Smerte, håp og mestringsstrategier, psykisk ubehag og livskvalitet hos kreftpasienter med smerte, *Sykepleien Forskning* 6, (2), S 197 – 197

[Lastet ned: 21.02.2013]

Vinje E (1993) Tekst og tekstforståing, I: *Tekst og tolkning*, s 29 – 44, AD Notam Gyldendal AS

Webber K, Davies A N, Cowie M R (2011) Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer, *Supportive Care in Cancer*, 19, (12), S 2041-6

[Lastet ned: 18.01.13]

Worlds health organization (2010) *Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine – Benchmarks for training in Osteopathy* [Online] Tilgjengelig fra:

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>

[Lastet ned: 22.02.2013]

Vedlegg

Tabell 1: Oversikt over litteratursøk

Søk fra 18.01.13					
Søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall	Valgt
1	Medline	Lung neoplasms		159 748	
2	Medline	Aged		2 147 430	
3	Medline	Nursing homes		30 328	
4	Medline	Palliative care		37 181	
5	Medline	Pain management		14 779	
6			Knyttet søk 1, 2 og 3 med AND	4	
7			Knyttet søk 4 og 5 med AND	1157	
8			Kombinerte søk 6 og 7 med OR og avgrenset med abstract, year 2000 and current, all aged (65 and over), language (danish, english, norwegian and swedish)	117	2

Søk fra 21.01.13					
Søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall	Valgt
1	Medline	Lung neoplasms		159 748	
2	Medline	Palliative care		37 181	
3	Medline	Aged		2 147 430	
4	Medline	Nursing home		30 328	
5	Medline	Psychosocial deprivation		1 723	

6	Medline	Pain management		14 779	
7			Knyttet søk 1 og 2 med AND	2 190	
8			Knyttet søk 3 og 5 med AND	221	
9			Knyttet søk 4 og 6 med AND	87	
10			Knyttet søk 7, 8, og 9 med OR , og avgrenset med abstract, year 2000 and current, all aged (65 and over), language (danish, english, norwegian og swedish).	36	6

Søk fra 29.01.13	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall	Valgt
1	Medline	Anxiety		50 022	
2	Medline	Lung neoplasms		159 920	
3	Medline	Depression		67 532	
4	Medline	Palliative care		37 217	
5			Knyttet søk 1 og 3 med AND	13 125	
6			Knyttet søk 2 og 4 med AND	2 192	
7			Knyttet søk 5 og 6 med OR	15 305	
8			Avgrenset søk 7 med abstract, year 2000 and current, all aged (65 and over), language (danish, english, norwegian,	2 730	

			swedish)		
9			Knyttet søk 5 og 6 med søk 8 og AND	8	3

Søk fra 03.02.13					
Søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall	Valgt
1	Medline	Dyspnea		14 238	
2	Medline	Lung neoplasms		160 070	
3	Medline	Palliative care		37 269	
4			Knyttet søk 1, 2 og 3 med AND	91	
5			Haket ut søk 4 og avgrenset med abstract, year 2000 and current, all aged (65 and over), language (danish, english, norwegian, swedish)	29	2

Søk fra 13.02.13	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall	Valgt
1	Pubmed	Lung cancer	AND physical activity	138	1

Søk fra 19.05.13	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall	Valgt
1	Sykepleien.no	ESAS og Sykepleie		3	1

Tabell 2: Oversikt over inkluderte forskningsartikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Allcock N, McGarry, Elkan R 2002 England	Smertelindring har blitt identifisert som et problem. Man hadde som hensikt å finne barrierene mot en forbedret smertelindring hos eldre pasienter i sykehjem.	Kvantitativ	68 deltagere	Sykehjemmene stod overfor betydelige utfordringer i å identifisere og behandle kroniske smerter, hvor det var nødvendig med utdanning og opplæring til ansatte for ytterligere kompetanse. Når dette fant sted ville sykepleierne gi en forbedret lindring.	Relevant for å finne årsaker til en begrenset smertelindring til eldre pasienter. Godkjent av den etiske komite
Casarett D J, Hirschman K B, Miller E R, Farrar T 2002 USA	Kan smertebehandling måles pålitelig i sykehjem og hvordan kan en forsikre en forsvarlig lindring i sykehjem?	Kvantitativ	66 deltagere	Smertebehandling kunne måles pålitelig når pasientene var i stand til å rapportere sine smerter og hvor helsepersonellet tok seg tid til pasientene.	Relevant for å understreke i hvor stor grad helsepersonell gir god nok smertelindring og hvor ofte de spør pasientene om deres smerteintensitet og grad. Godkjent av institutional Review Boards for de inkluderte sykehjemmene.

<p>Cheville A L, Dose A M, Basford J R, Rhudy L M</p> <p>2012 USA</p>	<p>Undersøke pasienter i palliativ fase vedrørende fysisk aktivitet og hvordan det spiller inn på symptomer av smerte.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>20 deltagere</p>	<p>Ved å inkludere fysisk aktivitet i hverdagen til pasientene, oppstod det bekymringer om forverring av symptom og eventuelle skader. Det var få tegn på at deltagerne ville fortsette med trening, da dette ga lite forbedring på smertene.</p>	<p>Relevant for å vurdere fysisk aktivitet opp mot medikamentell behandling i palliativ fase.</p>
<p>Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Hughes P, Winslow M, Bennet M I</p> <p>2012 United Kingdom</p>	<p>Utforske holdningene helsepersonell med tanke på opioid behandling i palliativ behandling</p>	<p>Kvalitativ 4 fokus grupper Intervju</p>	<p>31 deltagere</p>	<p>Problemer knyttet mot sykepleierne og om å gi opioider som smertelindring var stor da, sykepleierne følte de manglet kompetanse for å gi dette. Ved å få utdanning og opplæring, kunne en optimal smertelindring bli gitt.</p>	<p>Relevant for å finne ut hvilke tiltak som skal til for å forbedre helsepersonellets smertelindring til eldre pasienter.</p>
<p>Gudmansdottir G D og Halldorsdottir S</p> <p>2009 Island</p>	<p>Kartlegge den vesentlige opplevelsen av kroniske smerter til sykehjemspasienter og deres syn på smertelindring av helsepersonellet</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>12 deltagere</p>	<p>Kroniske smerter førte til eksistensiell smerte. Viktighet av å behandle smerte effektivt og regelmessig spørre</p>	<p>Relevant for å finne ut hvordan pasientene selv opplever den smertelindringen de får av sykepleierne, da man på denne måten ytterligere kan tilegne seg ny kunnskap</p>

				<p>pasientene om resultatene av den behandling de mottok.</p> <p>Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient var viktig for å bygge en god relasjon basert på trygghet og omsorg.</p>	<p>gjennom forskning for å gi en bedre lindring.</p> <p>lindring.</p> <p>Godkjent av den etiske komite i Island.</p>
<p>Hopwood and Stephens 2002 USA</p>	<p>Vurdere selvrapportert depresjon hos pasienter med lungekreft i palliativ fase. Utforske demografiske, kliniske, og kvalitet i end – of – life care, og utforske faktorer som er assosiert med depresjon og identifisere pasienter som er i fare.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>987 deltagere</p>	<p>Depresjon var svært vanlig hos lungekreftpasienter i palliativ fase, særs til de med mer alvorlige symptomer og funksjonelle begrensninger.</p> <p>Psykologisk screening var derfor nødvendig for å lindre pasientene ytterligere.</p>	<p>Relevant da kroniske smerter ofte fører til psykiske reaksjoner og forverring av livskvalitet og nedsatt helhetlig opplevelse av lindring. Ved å vise til denne artikkelen vil den være med å gjøre sykepleiere bevisst viktigheten av helhetlig omsorg og pleie.</p>
<p>Henoch I, Berman B, Danielson E 2008 Sverige</p>	<p>Beskrive lungekreftpasienters opplevelse av dyspne, samt strategier sykepleiere kan bruke for å håndtere dyspne på en god måte.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Semi - strukturerte intervju</p>	<p>20 deltagere</p>	<p>Opplevelsen av dyspné inkluderte fire kategorier: 'utløsende faktorer' inkludert omstendigheter som bidro til åndenød, som omfattet fysiske, psykososiale og miljømessige</p>	<p>Relevant fordi sykepleiere kan ved denne studien tilegne seg ny forskningsrelatert kunnskap i å forbedre tiltak ved dyspne i palliativ fase.</p>

				<p>utløser. Kroppslige manifestasjoner ble ansett for å være kjernen i opplevelsen. Umiddelbare reaksjoner bekymret fysisk og psykologisk effekt. De langsiktige bivirkningene inkluderte begrensninger, økt avhengighet og eksistensiell innvirkning om håp, håpløshet og tanker om døden. Opplevelsen av å håndtere dyspné inkluderte tre kategorier: 'Kroppslige strategier', 'psykologiske strategier' og 'medisinske strategier'.</p>	
<p>Hench I, Berman B, Gustafsson M, Johansson F G, Danielson E</p>	<p>Beskrive dyspné og erfaring samt undersøke dens forhold til andre symptomer, personlige og helsemessige faktorer</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>105 deltagere</p>	<p>Hos pasienter med uhelbredelig lungekreft, var dyspné et kompositt opplevelse som i den foreliggende studien, har blitt beskrevet i</p>	<p>Relevant fordi den er med å tydeliggjør viktigheten av lindring til pasienter som lider av dyspne i palliativ fase. Studien er med å belyser sykepleierens rolle til pasientene og hvordan en</p>

2008 Sverige	hos pasienter med lungekreft			form av frekvens, intensitet og nød, og som vises i forhold til aktivitet. Nivåene av disse elementene varierte og ble relatert til mestrings kapasitet, angst og tretthet. denne studien ga sykepleierne støtte til bruk av psykososial støtte, puste kontroll og mestringsstrategier for å hjelpe pasienter til å håndtere dyspné	kan forbedre tiltak. Den etiske komitee ved Göteborg Universitet har godkjent studien.
Henoch I, Axelsson B, Berman B 2010 Sverige	Vurdere livskvalitet i palliativ fase.	Kvantitaiv	106 deltagere	Angst og depresjon bidro til forverret helse til lungekreft pasienter. Ved et helhetlig behandlingsutgangsp unkt ville sykepleierne gi en optimal lindring både av det fysiske og psykiske.	Relevant fordi den belyser sykepleierens rolle i hvordan en kan forbedre tiltak ved kroniske smerter og hvordan det påvirker det psykososiale. Studien ble godkjent av den Regional etiske review board i Gothenburg.
Myhra C B og Gro E K 2010 Norge	Hensikten var å kartlegge bruken av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) blant sykepleiere som	Kvantitativ Spørreskjema	134 deltagere	Sykepleierne ved palliative enheter brukte kartleggingsverktøye t ESAS hyppigere sammenlignet med	Relevant fordi den tar for seg sykepleierens bruk av kartleggingsverktøy i palliativ fase hos eldre kreftpasienter og viktigheten av å bruke denne kontinuerlig for å

	jobber med pasienter i palliativ fase ved sykehjem.			sykepleiere ved avdelinger med senger forbeholdt til pasienter i palliativ fase. Ved palliative enheter var det i større grad brukt planer for bruk av ESAS, systematisk opplæring og rutiner, sammenlignet med sykehjemsavdelinger forbeholdt av senger til palliative pasienter.	kartlegge kroniske smerter både av fysisk og psykiske utfall. Studien ble anbefalt iverksettelse av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste, NSD, og ble begrunnet med at den ikke trengte etisk godkjenning da undersøkelsen kun gjaldt sykepleiere. Personvern er blitt sikret.
Roulston A, Bickerstaff D, Haynes T, Rutherford L, Jones L 2012 Irland	Vurdere konsekvensene av kroniske smerter i palliativ fase.	Kvalitativ og kvantitativ Intervju Spørreskjema	5 deltagere	Inntrykkene til pasientene etter undersøkelsene var positive. Ved at sykepleierne hadde et fokus på smertenes konsekvenser ville det psykososiale aspektet bli forbedret.	Relevant fordi den viser til hvor stor betydning det fysiske spiller utover det psykiske i palliativ fase. Sykepleiere kan bruke denne studien til å forbedre deres kunnskaper ved smertelindring, og ved at man tilegner seg en ytterligere kompetanse om en helhetlig smertelindring. Godkjent av den etiske komite i nord Irland.

Snider K T, Snider E J, Johnson J C, Hagan C, Schoenwald C 2012 USA	Å undersøke fordelene eldre pasienter i sykehjem kan få fra forebyggende osteopatisk manipulerende behandling designet for å optimalisere struktur og funksjon og forbedre kroppen sin homøostatisk mekanismer	Kvalitativ OMT gruppe LT gruppe TAU gruppe Intervju	49 deltagere 28 frafall 8 deltagere i OMT gruppen, 6 deltagere i LT gruppen, og 7 deltagere i TAU gruppen.	Ved å gjennomføre osteopatisk behandling som tiltak to ganger i måneden ble antall sykehusinnleggelses reduisert og medikamentforbruke t ble også ytterligere reduisert.	Artikkelen var svært relevant for å finne ut om ulike ikke medikamentelle tiltak som behandlingsmetoder har god effekt, som vil være med å reducere medikamentforbruk. Studien ble godkjent av A.T Still University – Kirksville College of Osteopathic Medicine Institutional Review Board, og ble registrert som en klinisk studie.
Tse M, Leung R, Ho S 2012 Kina	Undersøke og vurdere kroniske smerter og bruk av medikamentelle tiltak. Det ble også undersøkt psykologisk velvære og dette i forhold mot det fysiske.	Kvantitativ	302 deltagere Smertegrupp e av oral analgetika. Ikke – farmakologis k gruppe	50 % av deltagerne tok oral analgetika mens 70 % brukte ikke- farmakologiske tiltak for smertelindring. Smertegruppen rapporterte betydelig mer depresjon og ensomhet sammenlignet med ikke – farmakologisk gruppen. Grunnet stadig flere eldre i sykehjem var opplæring til helsepersonell i forbedring av	Relevant grunnet belysninger for hvordan sykepleiere kan vurdere pasientens velvære i form av det fysiske og psykiske i sykehjem. Etisk godkjent av Human Subjects Ethics sub – committee of the Hong Kong polytechnic university.

				smertelindring nødvendig.	
Tse M M Y, Vong S K S, Ho S S K 2012 Kina	Undersøke effekten av en 8 ukers integrert ikke medikamentell - smertebehandlings program på å styrke kunnskap og holdninger til smerteledelse blant helsepersonell.	Kvantitativ	147 ansatte 535 pasienter Eksperimentell gruppe Kontroll gruppe	Kronisk smerte var vanlig blant eldre i sykehjem. Viktigheten av at helsepersonell ga god nok smertelindring ved ikke - medikamentelle tiltak var derfor en forutsetning for mange av pasientene som hadde bekymringer om bivirkninger av opiater i palliativ fase.	Relevant for å se hvordan ulike behandlingstilnærminger kan føre til forbedret smertelindring til pasientene. Studien ble godkjent av den etiske komite ved det lokale universitetet, the Hong Kong Polytechnic, Kowloon, Kina
Webber K, Davies A N, Cowie M R 2011 England	Kartlegge hvordan gjennombruddssmerter påvirker den enkelte pasient ved lungekreft	Kvalitativ	10 deltagere	Gjennombruddssmerter påvirket pasientene i stor grad ved å forverre situasjonen i større grad. Gjenkjenning av gjennombruddssmerter og problemene tilknyttet dette ga helsepersonellet et	Relevant da studien viser til pasientenes opplevelse av smertelindring ved gjennombruddssmerter, og hvordan sykepleierne kan tilegne seg kunnskap for å forbedre tiltak og behandlingstilnærminger. Royal Marsden Hospital`s Committee for Clinical

				rammeverk for videre arbeid og intervensjon. Ved å gjøre dette ville en bedre kartlegging og behandling finne sted.	Research, Imperial College London`s Research and Development Group and the Royal Marsden Hospital`s Research Ethics Committee godkjente studien.
--	--	--	--	---	--

Tabell 3: Oversikt over utdrag i analyse

Artikler	Kondenserte meningsenheter	Koder	Sub. kategorier	Kategorier
1	<p>Validering av Quality of Life at the End of Life (AQEL) skjema, som gikk på å kartlegge livskvalitet ved livets slutt omsorg. Spørreskjemaet ble utviklet i samråd med pasientene selv, for å kombinere kroniske smerter, angst og depresjon opp mot en helhetsvurdering som sykepleierne lettere kunne ta i bruk ved kartlegging.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleieres initiativ til å bruke kartleggingsverktøy -Kroniske smerter - Eksistensiell smerte - Kartlegging av kronisk smerte - AQEL, VRS, GDS, ESAS - Vanskelig å ha kontroll over egen situasjon - Tilegning av større kompetanse -Smertelindring 	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleie - Kartlegging - Kroniske smerter - Optimal lindring 	<p>Identifisering av kroniske smerter hos kreftpasienter i den palliative fase</p>
2	<p>Kartlegging gjennom Verbal Rating Scale (VRS) av kroniske smerter er et kjent problem, da ikke alle pasientene var i stand til å rapportere sine plager. Når pasientene i større grad klarte å svare for sin problematikk, kunne smertekartleggingen bli optimal.</p>			
3	<p>Kartlegge gjennom Folstein Mini Mental State Examination (MMSE) og Geriatric Depression Scale (GDS) hvordan gjennombruddssmerte påvirket den enkelte pasient ved lungekreft. Ved å utforske hvordan smerter påvirket den enkelte pasient ville sykepleierne lettere kunne behandle individuelt og helhetlig ut fra enhvers ståsted.</p>			

	<p>Gjennombruddssmerter ga fysiske, psykiske og sosiale plager. Mange av pasientene følte tap av rolle.</p>			
4	<p>Kartlegge opplevelsen av kroniske smerter til sykehjemspasienter og deres syn på mottatt smertelindring fra helsepersonellet gjennom «Mild or less on a verbal scale). Det ble spurt om «Tell me about your breakthrough pain?» “Explain how the pain affects you”. Kroniske smerter førte til eksistensiell smerte, og ved at helsepersonellet tilegnet seg ulike kartleggingsstrategier kunne man måle og forbedre behandlingen gjennom å bygge gode relasjoner til pasientene.</p>			
5	<p>Sykepleiere har en viktig oppgave i å kartlegge smerter, og ved bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) vil kartleggingen bli optimal mot pasientens plager. Studien tar for seg i hvor stor grad sykepleiere ved ulike sykehjem bruker og hvor ofte de tar i bruk dette verktøyet.</p>			