



Bachelorgradsoppgave

Smertekartlegging

Pain assessment

Sykepleieres erfaring med bruk av smertekartleggingsverktøy.

Nurses' experience with the use of pain assessment tools.

Berit Nordfjellmark & Drude Pålsdatter Nålsund

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

Abstrakt

Bakgrunn: Underbehandling av smerter viser seg å være et stort problem og er en av årsakene til at alt for mange pasienter opplever å ha unødige smerter. Det er nødvendig med systematisk kartlegging og registrering av smerter for å øke kvaliteten på smertebehandlingen til kreftpasienter. Til tross for dette, viser forskning at kartleggingen av smerter er for dårlig. **Hensikt:** Hensikten med denne studien var å belyse sykepleieres erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy i forbindelse med smertebehandling til kreftpasienter innlagt i sykehus. **Metode:** I denne litteraturstudien ble det brukt fjorten kvantitative forskningsartikler, for å belyse hensikten. **Resultat:** Funn gjort i denne studien viste at sykepleieres bruk av smertekartleggingsverktøy var veldig varierende og det sees en sammenheng mellom tilgjengelighet, erfaring, kunnskap, opplæring og om det er retningslinjer for bruken av kartleggingsverktøy ved de aktuelle sykehusene og avdelingene. **Diskusjon:** Diskusjonen består av to deler, hvor studiens funn ble diskutert i forhold til relevant litteratur, forskning og retningslinjer i resultatdelen, mens det i metod delen ble diskutert søkestrategier, oppgavens utfordringer og utarbeidelse. **Konklusjon:** Studien viste at for å oppnå en optimal smertebehandling, må kartlegging av smerter settes i system og bli en rutine hos sykepleiere. Studien viser også at det blant annet er behov for mer opplæring, kunnskap og kompetanse når det gjelder smertekartlegging.

Abstract

Introduction: Underestimation of pain turns out to be a major problem, and is one of the reasons that too many patients experience having unnecessary pain. It is necessary with systematic mapping and registration of pain to increase the quality of pain treatment for cancer patients. Despite this, research shows that the mapping of pain is too poor. **Aim:** The aim of this study was to illuminate nurses' experiences with the use of pain assessment tools, in relation to pain management for cancer patients in hospital. **Method:** To illuminate the aim of this literature study, there was used fourteen quantitative research papers. **Result:** Findings showed that nurses' use of pain assessment tools were very variable and it is seen a correlation between accessibility, experience, knowledge, training, and whether there are guidelines for the use of mapping at the relevant hospital and departments. **Discussion:** The discussion consists of two parts, where the study's findings were discussed in relation to relevant literature, research and guidelines in the introduction, whereas in the method section were discussed search strategies, the task challenges and preparation. **Conclusion:** This study showed that to achieve optimal pain management, pain assessment must be systematized and become a routine of nurses. The study also shows that among other things is a need for more training, knowledge and expertise when it comes to pain mapping.

Keywords: pain measurement, clinical assessment tools, nurses*, cancer pain and inpatients.

Innhold

| | |
|--|----------|
| 1. INNLEDNING | 1 |
| 1.1. Hensikten med studien | 3 |
| 1.2. Studiens relevans og betydning for sykepleiefaget | 4 |
| 2. METODE | 5 |
| 2.1. Litteratursøk | 5 |
| 2.2. Inklusjonskriterier | 6 |
| 2.3. Eksklusjonskriterier | 6 |
| 2.4. Kvantitativ forskning..... | 6 |
| 2.5. Tekstanalyse | 6 |
| 2.6. Ethiske overveielser..... | 7 |
| 3. RESULTAT..... | 8 |
| 3.1. Sykepleieres vurdering og dokumentering av kreftpasientenes smerter..... | 8 |
| 3.2. Sykepleieres dokumentering og vurdering av smerter etter innføring og opplæring i bruken av smertekartleggingsverktøy. | 10 |
| 3.3. Bruk av smertekartleggingsverktøy i forhold til sykepleieres alder, erfaring og kompetanse. | 12 |
| 3.4. Smertekartleggingsverktøy og tilgjengeligheten av dem..... | 13 |

| | |
|--|-----------|
| 4. DISKUSJON | 15 |
| 4.1. Resultatdiskusjon | 15 |
| 4.1.1. Kartlegging, vurdering og dokumentering av smerter..... | 15 |
| 4.1.2. Kunnskap og opplæring..... | 16 |
| 4.1.3. Betydningen av alder, erfaring og kompetanse..... | 17 |
| 4.1.4. Holdninger | 18 |
| 4.1.5. Kartleggingsverktøy | 19 |
| 4.2. Metodediskusjon | 20 |
| 5. KONKLUSJON | 22 |
| Litteratur | 23 |
| Vedlegg 1: | 27 |
| Vedlegg 2: | 29 |
| Vedlegg 3: | 37 |

ANTALL ORD: 8962

1. INNLEDNING

Underbehandling av smerter er fortsatt et stort problem på tross av at kunnskapen finnes. En av årsakene til at alt for mange pasienter opplever å ha unødige smerter, er for dårlige eller mangelfulle rutiner når det gjelder kartlegging av smerter. I følge Holtan et al. (2005) er økt kunnskap om smertefysiologi, forekomst og behandling nøkkelen til en bedre kvalitet på smertebehandlingen. De konkluderer også med at systematisk kartlegging og registrering av smerter ved hjelp av kartleggingsverktøy, er noe som gjør det enklere å fange opp pasientenes smerter. I den vestlige verden antas smerte å være blant de mest omfattende helseproblemene. For pasienter med for eksempel kronisk smerte, er det i Norge i dag 25% - 30% av den voksne befolkningen som lider av dette (Folkehelseinstituttet 2010). I følge den norske legeforening, som utarbeidet retningslinjer for smertelindring i 2009, er omfanget av smerteproblemer stort, og er den vanligste årsaken til at pasienter tar kontakt med helsevesenet for å få hjelp. De sier også at ca. 20% av den voksne befolkningen i Europa, inklusiv de nordiske landene, har hatt smerter som har vart i mer enn 6 mnd. Som en følge av langvarige smerter har disse opplevd mye lidelse, redusert arbeidsevne og dårligere sosiale funksjoner, som igjen har ført til opplevelsen av dårligere livskvalitet. I forhold til kreftpasienter er det ca. 25% som har invalidiserende smerter og opptil 90% som har store plager i forbindelse med smerter i terminalstadiet. Mange typer smerter krever spesiell behandling, og må kartlegges for å kunne muliggjøre en optimal smertelindring. Flere alvorlige og invalidiserende smerter er fremdeles under- eller feildiagnostisert, noe som gjør at mange pasienter har unødvendige smerter og lidelser (Bell et al. 2009).

Smerter er et av de symptomene som kreftpasienter frykter mest, allikevel viser det seg at ca. 40% - 50% av alle kreftpasienter opplever å ha alvorlige plagsomme smerter. For de pasientene som har langtkommen kreft, har 70% - 80% av dem smerter som er krevende å behandle. Årsakene til smerte hos kreftpasienter kan være mange, men de vanligste er tumorrelatert (ca. 70%) og behandlingsrelatert (ca. 20%). I tillegg har kreftpasienter ofte tilleggs lidelser relatert til selve sykdommen, som for eksempel; decubitus, obstipasjon, smerter som ikke har sammenheng med kreftsykdommen og smerter forårsaket av psykososiale, åndelige og eksistensielle forhold som ofte blir forsterket i forbindelse med langvarig sykdom og for dårlig smertelindring. For å få til en mest mulig effektiv smertelindring, er det viktig å få kartlagt de bakenforliggende årsakene til smertene og få dem behandlet eller lindret. Når kartleggingen er gjort og behandling/lindring er iverksatt, må det gjøres en fortløpende evaluering av effekt og bivirkninger. I tillegg til prinsippene i WHO's smertetrapp, skal alltid årsaksrettet behandling som for eksempel kirurgi, hormonbehandling, kjemoterapi og strålebehandling vurderes. Ved for eksempel skjelettsmerter, bør strålebehandling alltid vurderes da den har en effektiv og lindrende virkning. I tillegg bør smertelindrende tiltak som

fysioterapi, avlastende hjelpemidler og ivaretagelse av pasientens psykososiale, åndelige og eksistensielle behov vurderes fortløpende, da dette er tiltak som kan være avgjørende for pasientens totale smerteopplevelse (Helsedirektoratet 2013). Smerter er et symptom hvor palliativ strålebehandling har vist seg å ha god effekt. I følge Aass et al. (2006) kan strålebehandling og systemisk tumorrettet behandling gi kreftpasienter både symptomlindrende og symptomforebyggende effekt, i tillegg til at slik behandling også kan være livsforlengende. Allikevel er det i dag et stort underforbruk av strålebehandling i forbindelse med smertelindring av kreftpasienter, selv om det er ca. 50% av alle kreftpasienter som vil ha behov for dette i løpet av sin sykdomsperiode. En av årsakene til underforbruket, i tillegg til manglende strålekapasitet, viser seg å være manglende kunnskap blant helsepersonell om at strålebehandling kan gi god symptomlindring og bedre livskvalitet (Aass et al. 2006).

Smerter er en subjektiv, universell og menneskelig opplevelse, samtidig som den oppleves forskjellig fra pasient til pasient. En av de mest brukte smertedefinisjonene per i dag, ble satt fram i 1994 av International Association for the Study of Pain (IASP), og er som følger; *"Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade."* (Stubbhaug et al. 2008, s. 25). IASPs definisjon understreker at smerte er subjektiv, ubehagelig og må aksepteres ut ifra pasientens rapportering. Den fremhever også at smerteopplevelsen er sammensatt av både sensoriske og emosjonelle komponenter. En annen definisjon på smerte, presentert av McCaffery i 1968, er; *"Smerte er det som pasienten sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte."* (McCaffery et al. 2007, s. 18). Denne definisjonen fokuserer også på at smerte er en subjektiv opplevelse, og at helsepersonell i en profesjonell tilnærming til pasienter med smerter må ta pasientene på alvor og ikke betvile pasientenes opplevelse av smerter, da det er avgjørende for smertebehandlingen. Sykepleiere har mye og nær kontakt med pasienter, og er den fagpersonen som har størst mulighet til å observere, kartlegge, iverksette tiltak og evaluere pasientens smerter (Stubbhaug et al. 2008). For å kunne forstå, kartlegge og lindre pasientens smerter, er det viktig å ha god kunnskap om smertefysiologien. Typisk for kreftpasienter er at flere smertemekanismer er involvert samtidig, noe som gjør at de har en kompleks og sammensatt smerteproblematikk. For å få et helhetlig bilde av pasientens smerter er det viktig å kunne se sammenhengen mellom symptomene, da dette gjør det mulig å oppnå en mer målrettet og effektiv behandling (Rustøen et al. 2008).

I følge smertespesialister, er det mest vanlig å dele opp smerter i to hovedkategorier; akutte og kroniske smerter. Med akutte smerter, menes alvorlige smerter som kan oppstå plutselig eller langsomt, i tillegg til at smertene kan ha alle grader av intensitet. Akutte smerter varer som regel ikke i mer enn tre måneder, og vil som regel avta eller forsvinne når årsaken til smerten behandles eller fjernes. Kroniske smerter er langvarige og varer som regel i måneder og år. Disse smertene kan være

vanskelige å definere og klassifisere, da det er en stor utfordring å skille mellom ulike typer langvarige smerter. Kroniske smerter kan være tilbakevendende, men ikke nødvendigvis daglig som for eksempel ved migrene, eller de kan være vedvarende og daglig som ved for eksempel giktsmerter og nervesmerter (McCaffery et al. 2007, s. 31). De forskjellige typer smerter deles også inn i; nociseptive smerter (vevsskade), nevrogene smerter (skader i nervesystemet), psykogene smerter (psykiske lidelser) og smerter av ukjente årsaker. Smerter kan forklares ut ifra om de stammer fra somatisk eller viceralt kroppsvev. Somatiske smerter stammer fra for eksempel hud, muskler, skjelett og bindevev, mens vicerale smerter stammer fra indre organer som for eksempel tarmen, hjertet og spiserør. Somatiske smerter er enklere å lokalisere enn vicerale smerter, som ofte kan oppleves i et annet området enn der smerten egentlig er. Disse smertene skiller seg også fra de somatiske smertene ved at de ofte utløser autonome og følelsemessige reaksjoner som blekhet, kaldsvetting, angst og følelsen av uvelhet (Stubhaug et al. 2008).

The Quality of Care Committee i American Pain society har utviklet retningslinjer for å forbedre smertelindring til pasienter med fokus på akutte smerter og kreftsmarter. Sentralt i disse retningslinjene står smertekartlegging og god nok dokumentasjon av smertene. Disse retningslinjene poengterer også at det ikke er tilstrekkelig å bare kartlegge intensiteten av smertene, da opplevelsen av smerte er sammensatt og mange forhold kan være med på å påvirke smerteopplevelsen. Et overordnet mål med kartlegging av smerter skal være å gi pasientene en individuell og optimal smertelindring basert på pasientenes egne oppfatninger av smerte. For å muliggjøre dette er det viktig å kunne kartlegge årsakene til smertene. Kartleggingen bør være en kontinuerlig prosess, utføres ofte og så lenge pasienten har smerter (Torvik et al. 2008).

1.1. Hensikten med studien

Erkjennelsen av at sykepleieres kunnskap om smertefysiologi, smertebehandling og smertekartlegging kanskje er av for dårlig kvalitet, er urovekkende og gjør at hensikten med denne studien er å belyse sykepleieres erfaringer med bruk av smertekartleggingsverktøy i forbindelse med smertebehandling til kreftpasienter innlagt i sykehus.

For å beskrive sykepleiernes erfaringer i denne studien, er det i tillegg til studier som kun fokuserer på sykepleieres erfaringer, brukt forskning som sammenligner sykepleiernes og pasientenes kartlegging og opplevelse av smerter. Dette er gjort med hensikt, da det er vanskelig å si noe om kvaliteten på den smertekartleggingen sykepleiere gjør og hvilke verktøy som blir brukt, uten å ha noe å sammenligne det med. Smerte er en subjektiv opplevelse og pasientenes opplevelse av smerter må derfor sammenlignes med sykepleiernes oppfatning, kartlegging og registrering for at vi skal få et reelt bilde av hvilke erfaringer sykepleiere har. Oppgaven er med dette som grunnlag skrevet i et sykepleierperspektiv.

1.2. Studiens relevans og betydning for sykepleiefaget

Som tidligere nevnt i innledningen, er det i følge Holtan et al. (2005), nødvendig med systematisk kartlegging og registrering av smerter for å øke kvaliteten på smertebehandlingen til kreftpasienter. Med tanke på at sykepleierne har et stort ansvar og en viktig funksjon i smertebehandlingen av pasienter, betyr det mye at kvaliteten på den kartleggingen og registreringen som blir gjort er god nok. Det viser seg dessverre at sykepleiere generelt er for dårlig til å ta i bruk den kunnskapen og verktøyene som allerede finnes, noe som gjør at smertelindringen ikke blir tilfredsstillende for pasientene (Berntzen et al. 2010). Dette viser at relevansen og betydningen for sykepleiefaget denne studien omfatter, er stor.

2. METODE

Metoden som er brukt i denne studien, er en allmenn litteraturstudie som beskriver og analyserer utvalgte artikler ut ifra et usystematisk søk. Den er et verktøy for å kunne finne og undersøke relevante data i forhold til å belyse studiens hensikt på en faglig, relevant og interessant måte. Metoden som er valgt, kan også sies å være et middel for å beskrive og redegjøre for de valgene som er tatt og for å nå et mål. I tillegg er studiens utvalgte artikler kritisk vurdert og sammenfattet innenfor det gitte problemområdet ved hjelp av denne metoden (Dallan 2012). Litteraturstudiets resultatdel er et resultat av arbeidet som er gjort i forhold til vurdering, analysing og sammenfatting av valgte artikler.

2.1. Litteratursøk

Alle utvalgte artikler, foruten en som er funnet ved hjelp av håndsøk, er søkt opp i databasene Cinahl og Medline. De inkluderte artiklene er i fulltekst og lest i sin helhet. For å kunne begynne arbeidet med å finne relevante artikler til studien, ble det valgt søkeord basert på studiens hensikt. Søkeordene som ble brukt er; nurs*, cancer pain, pain measurment, inpatients, clinical assessment tools, nursing staff, hospital, neoplasm og nursing assessment. For å avgrense søkene ble det blant annet brukt avgrensninger som; all adult, adult > 18, inpatients, abstrakt tilgjengelig og svensk, norsk, dansk og engelsk. I noen av søkene ble også forskning nyere enn år 2010 brukt som avgrensning, for å finne den nyeste forskningen. Etter hvert som arbeidet med å søke forskningsartikler kom i gang, ble søkene skrevet inn i et skjema som viser dato for søket, hvilken database som ble brukt og antall treff på søket. En av de utvalgte artiklene ble funnet i referanselisten til artikkelen ”Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale(ESAS)”, som igjen ble funnet på www.sykepleien.no. Den aktuelle artikkelen ble så søkt opp i Tidsskrift for Den norske legeförening, 24.03.14, og er anvendt i studiens resultatdel. For øvrig er alle søk og avgrensninger beskrevet i tabell 1 (vedlegg 1).

Eksempel på tabell 1: Søkestrategi

| Database | Søkeord | Avgrensninger | Ant. treff | Antall forkastet | Antall utvalgte | Antall utvalgte for dypere gransking | Antall inkluderte |
|---------------------|--|---|------------|--------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Cinahl 03.03.14 | Clinical assessment tools AND Pain measurement AND Cancer patients | Abstract Inpatients | 28 | 19* 5*** | 9*** | 9 | 4 Art. 4,8,12 og 14. |
| Medline 04.03.14 | Cancer pain AND Pain measurement AND Nurs* | Adult > 19 Abstract 2004 – 2014 Engelsk, Norsk, Dansk og Svensk | 57 | 47* 3** 6*** | 7*** | 7 | 1 Art.3. |

*: Antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : Antall ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***: Antall artikler som er lest i sin helhet

2.2. Inklusjonskriterier

I denne studien ble det søkt etter artikler som belyser oppgavens hensikt. De valgte studiene omhandler alle behandling og/eller lindring av smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus, og sykepleieres erfaringer med bruk av smertekartleggingsverktøy til denne pasientgruppen. Søk og utvelgelse av aktuelle artikler er ikke begrenset til en spesiell kreftdiagnose. Det er valgt ut både nye og gamle forskningsartikler, da dette gjør det mulig å se om det er noen betydelige forandringer i sykepleierens erfaringer med bruken av smertekartleggingsverktøy før og nå. Studiens utvalgte artikler er fra både Europa, USA og Asia, da dette gir en mulighet for å se om det finnes geografiske og kulturelle forskjeller i sykepleieres erfaringer med bruk av smertekartleggingsverktøy. Alle studiene som er valgt, inneholder sykepleieres erfaring i bruk av et eller flere typer smertekartleggingsverktøy.

2.3. Eksklusjonkriterier

Det er lagt vekt på at de inkluderte studiene, er utført med bare voksne og kognitivt friske kreftpasienter. Dette er gjort på grunn av at sykepleieres erfaring med smertekartlegging av kognitivt svekkede pasienter eller barn, vil gi sykepleierne andre utfordringer ved kartleggingen i forhold til kommunikasjon og skriftlige tilbakemeldinger. På grunn av dette og begrensninger både i forhold til tid og oppgavens størrelse, ble det valgt å se bort fra disse pasientgruppene i denne studien.

2.4. Kvantitativ forskning

De fjorten forskningsartiklene som er valgt ut for å belyse hensikten med denne studien, er alle kvantitative. Kvantitativ metode har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter. Metoden gjør om informasjon til målbare enheter, som igjen gjør det mulig å foreta regneoperasjoner som å finne gjennomsnitt og prosent. Dataene blir samlet, ofte ved hjelp av spørreskjema, av et bredt utvalg, og innhenter et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Denne metoden får frem observasjoner om det som er felles, det representative, systematiske og strukturerte (Dallan 2012).

2.5. Tekstanalyse

Utfordringene ved en tekstanalyse er å finne ut hva teksten har å fortelle. Dette kan finnes ut ved å plukke teksten fra hverandre for så å sette den sammen igjen for å få en oversikt over hovedbudskapene og samle disse i felles kategorier (Dallan 2012). Etter at de utvalgte artiklene var lest i sin helhet, ble de gransket nøye, fortolket og sammenfattet for å finne resultater som var relevant for studiens hensikt. Relevante funn ble satt sammen til meningsbærende enheter, som er ulike biter av teksten som svarer til hensikten. Hovedfunnene fra artiklene ble deretter satt opp mot hverandre og sammenlignet for å finne likheter og ulikheter. Denne granskingen resulterte i 13 subkategorier, som også ble sammenlignet, for så å bli inndelt i fire hovedkategorier. De fire hovedkategoriene er brukt til

å besvare studiens hensikt i tillegg til at de er overskrifter i studiens resultatdel. Analysedelen av studien er også en måte å finne frem til ny kunnskap ved å ta i bruk allerede eksisterende forskning og kunnskap. Tabell 3 (vedlegg 3), viser et lite eksempel på hvordan de ulike subkategoriene fra analysen av de utvalgte artiklene har blitt analysert og samlet til hovedkategorier.

2.6. Ethiske overveielser

Det er i denne studien etterstrebet å bruke artikler som er godkjent av en forskningsetisk komité, for å kunne vurdere troverdigheten av studiene og at personopplysninger samt annet internt materiale blir behandlet med forsiktighet. Alle de fjorten utvalgte artiklene er utgitt i akademiske tidsskrifter som har nivå 1 eller 2. Se for øvrig tabell 2 (vedlegg 2), som viser artiklenes nivå og om hvorvidt de er godkjent av etisk komitee eller ikke. Medisinsk forskning har et stort omfang, og i Norge er det opprettet komiteer for medisinsk forskningsetikk i hver av landets fire helseregioner. Deres viktigste oppgave er å gi en forskningsetisk vurdering av prosjekter som omfatter forskning på mennesker. Retningslinjene for denne vurderingen er Helsinkideklarasjonen. *"Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden. I dag kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå å forholde seg til Helsinkideklarasjonen."* (Førde 2013). Viktige momenter i vurderingen, er forskningsprosjektets vitenskapelige metode, og at eksperimentet ikke innebærer unødig eller uakseptabel risiko for forsøkspersoner. Det er også viktig at disse blir tilstrekkelig informert om forsøket og får anledning til å avgi et eventuelt samtykke på frivillig basis (Skoie 2014).

3. RESULTAT

Etter å ha analysert de utvalgte forskningsartiklene, ble det kommet fram til fire kategorier som blir brukt i resultatdelen. I forskningsartiklene, er det tatt i bruk flere ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientenes smerter. Disse verktøyene vil i resultatdelen kun bli forklart med forkortelser. Disse forkortelsene er som følger: CEP (Continuing Education Program), ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), EVA (Echelle Visual Analogue scale), FPQ (Finnish Pain Questionary), NRS (Numeric Rating Scale), PAT (Pain Assessment Tool), PD (Pain Diary), PFS (Pain Flow Sheet), PMP (Pain Monitoring Program), SRBP (Self Reporting Bedside Pain assessment), VAS (Visual Analogue Scale), VPRS (Verbal Pain Rating Scale), VPS (Verbal Pain Scale), og VRS (Visual Rating Scale).

3.1. Sykepleieres vurdering og dokumentering av kreftpasientenes smerter.

I studien til Seland et al. (2005), hvor journaler til 201 pasienter ble gjennomgått for å finne ut om det var foretatt kartlegging og dokumentasjon av kreftpasienters smerter ved innleggelse i sykehus, fant man at det for 181 pasienter (90%) ikke ble registrert smerter før etter innkomst i avdelingen. For 122 pasienter, ble smerte registrert av både sykepleier og lege, ved 48 innleggelser bare av lege og ved 11 innleggelser bare av sykepleier. Denne studien viser at det er liten bruk av smertekartleggingsverktøy, da smertene ofte ble registrert ved hjelp av fritekst i journalene. Sykepleiere registrerte smerter hos 66% av pasientene i fritekst, mens legene registrerte smerter i fritekst hos hele 85% av pasientene. Av sykepleiernes smertekartlegging av pasientene, brukte de fritekst ved 128 av 133 registreringer, smertekart på 15%, VAS på 8%, skjemasbaserte registreringsmetoder 11% og VRS 5%. For mange av pasientene ble smerten intensitet ikke beskrevet eller registrert, hverken i journal eller kurve, selv om de hadde moderate til sterke smerter. Sykepleiere registrerte smerteintensitet hos 73 av 133 pasienter, mens leger registrerte smerteintensitet hos 88 av 170 pasienter.

I en europeisk undersøkelse hvor 1241 sykepleiere fra 12 land deltok, var det bare 18% av sykepleierne som brukte et smertekartleggingsverktøy på alle pasientvisitter, 54% av sykepleierne brukte et kartleggingsverktøy for å skille mellom forskjellige typer kreftsmerter, kun 0,9% sier at de brukte et smertekartleggingsverktøy ved første møte med pasienten og 19,6% svarte vet ikke, eller at det varierer (Rustøen et al. 2013).

Hos pasienter med kreft som mottok strålebehandling, viste studien til Budischewski et al. (2006) at både sykepleiere og leger undervurderte pasientene sine smerter ofte. Moderate og sterke smerter var det som oftest ble undervurdert. Sykepleiernes kartlegging og vurdering av pasientens smerter var mer lik pasientens egen vurdering enn det legenes vurdering var.

I en undersøkelse gjort av Ger et al. (2004), hvor innføring av CEP skulle forbedre sykepleiernes bruk av smertekartleggingsverktøy og aksept av pasientenes smerter slik de selv sa at den var. I pre-testen før innføring av CEP, hvor 597 sykepleiere deltok, svarte 74,9% at de hadde erfaring med bruk av en enkelt beskrivende smerteskala, 61% sa de hadde erfaring med bruk av NRS, 30,3% hadde erfaring med VAS og 39,7% oppga at de hadde erfaring med bruk av ansiktsskala. Bruken av enkelt beskrivende skala økte ikke etter innføring av CEP. Sykepleierne i pretesten oppga som den mest vanlige årsaken til at de ikke trodde på pasientens smerter at de trodde pasienten var avhengig av opiater.

En tredjedel av sykepleierne (n=67 stk) i undersøkelsen til Fitch et al. (2013), rapporterte at de ikke bruker kartleggingsverktøy for å skille mellom bakgrunnssmerter og gjennombruddssmerter hos pasienter med kreft.

I en studie som sammenligner kreftpasientenes, pårørendes og sykepleiernes opplevelse av pasientene sine symptomer (smerte, trøtthet, svimmelhet, depresjon, angst, sløvhhet, appetitt, uvelhet, kortpusthet, hud og negleforandringer, munnsår og nummenhet i hender), viser resultatet at pasient og pårørende viste stor likhet i kartleggingen av alle symptomene. Pasient og sykepleieres kartlegging viste moderat likhet. Pasientene rapporterte lavere score på kartleggingen enn det pårørende gjorde. Sykepleierne gir litt lavere score enn pasientene på smerte, tretthet og kvalme, men ikke statistisk signifikant (Akin et al. 2012)

Studien til Chang et al. (2005), er basert på 50 par pasienter/sykepleiere, hvor pasientene ble inndelt i tre grupper: verste smerte fra 1-4 i mild smertegruppe, verste smerte fra 5-6 i moderat smertegruppe, verste smerte fra 7-10 i alvorlig smertegruppe. Studien sammenligner kreftpasientenes selvrapportert smerte og sykepleiernes kartlegging av smerten. Sykepleierne vurderer smertene og smerteforstyrrelsene til pasientene vesentlig lavere enn pasientene gjorde selv.

Undersøkelsene til Au et al. (1994), inneholder tre studier med samme hensikt. Ved å daglig bruke VPS, skulle både kreftpasientene innlagt i sykehuset og sykepleierne ved avdelingen kartlegge pasientens smerter de siste 24 timer. Første studie viser lite samsvar mellom sykepleier og pasient i forhold til vurdering av pasientens smerter. Bare 64 % av kartleggingen til sykepleierne var innenfor to poeng (akseptabelt nivå) av det pasienten selv oppgav av smerter. Generelt ga sykepleierne lavere score på pasientens smerter enn det pasienten selv gjorde. I andre studie, var resultatet ikke særlig bedre. Kun 68% av sykepleierne var innenfor to poeng av det pasienten selv var. Sykepleiernes score var fortsatt lavere enn pasientens. Resultatet fra de to studiene viser til tre hypoteser i forhold til manglende forbedring. 1. hypotese var at sykepleierne ikke fulgte opp anmodningen om å dokumentere pasientens smerter daglig. Etter gjennomgang av de to første studiene, viste det seg at

kun 20% av sykepleierne og 40% av legene faktisk noterte pasientens smerter den dagen de ble kartlagt. 2. hypotese er at sykepleierne og legene hadde glemt hva pasientens smertescore var når de ble spurt av avdelingssykepleier. 3. hypotese var at sykepleierne nedvurderte smertene til pasientene i forhold til det som var dokumentert i journalen.

Hovi et al. (1999) ville med sin studie undersøke og sammenligne sykepleieres kartlegging og vurdering av kreft smerter til pasienter innlagt i sykehus ved hjelp av VAS og VPRS. Ved kartlegging av smerter var det størst forskjell mellom pasientens vurdering av egen smerte og sykepleierens kartlegging av mest intense smerter og akseptabel smerte hos pasienten. Studien viser at sykepleiere vurderer pasientens smerter lavere enn det pasienten selv gjør. Sykepleierne graderer også akseptabel smerte høyere enn det pasienten selv gjør. Ved bruk av FPQ, bruker pasientene flere ord enn sykepleierne for å beskrive smertene. Mange av sykepleierne kartla smertene på feil sted og har i forhold til pasientene størst ulikheter i svar ved smerter angitt i skulderregionen og i bekkenregionen. Smerter i pasientens øvre lemmer og kartlegging av smertens laveste intensitet de syv siste timer, kartlegges veldig likt av både sykepleier og pasient. Det viste seg også at sykepleiere med liten kunnskap om medikamenter generelt, undervurderte pasientenes verst mulig smerte i forhold til sykepleiere med mer utdanning og kunnskap. Resultatet av studien viser også at sykepleiere tror at pasientene aksepterer og tolererer mer smerter enn det de selv sier at de gjør.

I kontrollgruppen (n=358 pasienter) i studien til De Rond et al. (1999), før innføring av PMP, hvor sykepleiere fikk opplæring i bruk av NRS, smertekartlegging, smertebehandling og smertefysiologi, viser resultatet at ved bruk av NRS som kartleggingsverktøy, er det en betydelig forskjell mellom sykepleieres kartlegging og pasienters opplevelse av smertens intensitet. Kun 43,6% av sykepleierens kartlegging var likt med pasientens. 22% av sykepleierne undervurderte pasientens smerter, mens 34,4% av sykepleierne overvurderte pasientens smerter.

Et av resultatene i studien til Soden et al. (2013), viste at 98% av sykepleierne vurderer pasientperspektivet på smertene som viktigst for smertekartleggingen, 80% nonverbale uttrykk og 73% klinisk erfaring.

3.2. Sykepleieres dokumentering og vurdering av smerter etter innføring og opplæring i bruken av smertekartleggingsverktøy.

I studiens intervensjonsgruppen (n=345 pasienter), viste resultatet etter innføring av PMP, at sykepleierne var bedre informert om pasientens opplevelse av smerte. Studien viser at det er en betraktelig økning av likheten mellom sykepleierens og pasientens smertekartlegginger og

smertescore. Etter innføring av PMP, var det 13,8% av sykepleierne som undervurderte pas sin smerte mot 22% før innføring av PMP, 18,4% av sykepleierne overvurderte pasienten sin smerte mot 34,4%, og 67,8% av sykepleierne vurderte pasientens smerte likt med pasienten mot 43,6%.

Dokumentasjonen ble også forbedret etter innføring av PMP, spesielt i forhold til smerteintensitet. Der intensiteten var beskrevet og dokumentert, var det godt samsvar mellom journal og pasientens egenrapportering. Resultatet viste her en signifikant statistisk økning. Gjennomsnittlig dokumentasjon utført av sykepleiere i forhold til smertens lokasjon, varighet, forhold som øker eller senker smerten, total smertekartlegging og daglig dokumentasjon av pasientens smertescore ble også forbedret (De Rond et al. 1999)

Sykepleierne i denne studien brukte NRS og VRS, for kartlegging av pasientenes smerter i tre sammenhengende dager, mens pasientene deretter fikk et selvrapporteringsverktøy, kalt SRBP, de tre påfølgende dagene. Etter sammenligning av resultatene etter innføring av SRBP, viser de at sykepleiere som sier de dokumenterer pasientens smerter eksakt slik pasienten selv sier den er, økte fra 47,3% til 65,3% . Sykepleierens svarprosenten når det gjaldt undervurdering av pasientens smerter, sank fra 38% til 16%. Gapet mellom kartlegging av smertene som ble dokumentert av sykepleierne og de smertene som ble rapportert av pasientene ble også mindre etter innføring av SRBP (Kim et al. 2012)

Denne studien sammenlignet sykepleieres kartlegging og pasienters opplevelse av smerter, hos kreftpasienter, ved hjelp av PAT og PFS. Studien hadde en kontrollgruppe, hvor data ble innhentet fra sykepleierens dokumentasjon og en behandlingsgruppe hvor data ble innhentet systematisk.

Pasientene i behandlingsgruppene ble kartlagt over tre dager hvor de skulle gi en smertescore på: smerter nå, verste smerte, minst smerte og gjennomsnittlig smerte. Resultatet viser at når sykepleiere bruker smertekartleggingsverktøy systematisk, får pasientene en bedre og mer effektiv smertebehandling. Ved systematisk smertekartlegging og oppfølging av pasientene, ble pasientens smerter mindre og sykepleierne trodde også mer på pasientenes opplevelse av smertene (Faries et al. 1991).

Dulko et al. (2010), baserer studien sin på revisjon og tilbakemeldings intervensjon på sykepleierutøverens iverksetting av retningslinjer i forhold til å kartlegge smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. Studien fokuserer også på pasienters selvrapportering av smerte og tilfredshet med smertelindring, for å sammenligne og måle sykepleieres kartlegging og forståelse av pasientens smerter. I hver gruppe deltok 96 pasienter og 8 sykepleiere. Resultatet i studien viser at bruken av smertekartlegging steg fra 1% i pre-intervensjonsgruppa til 43% i intervensjonsgruppa og revurdering av pasientens smerter steg fra 5% til 87%. Studien viser også at systematisk kartlegging forbedrer

pasientenes smertebehandling, da riktig dose av opioider steg fra 69% til 87% og konvertering av langtidsopioider gikk fra 55% til 87%.

3. del av studien til Au et al. (1994), viste at likheten mellom sykepleieres og pasienters smertescore viste seg å være størst i de tilfellene der smertescorene var dokumentert i pasientens journal. Etter å ettertrykkelig ha fått pålegg om å kartlegge og dokumentere pasientens smerter hver dag, viste resultatet at 98% av sykepleierne dokumenterte smertene den dagen de ble kartlagt. Likheten mellom sykepleierne og pasientenes smertescore ble mye høyere i den tredje delen av studien. 85% av sykepleierne var innenfor to poeng (akseptabelt nivå) av pasientens. Resultatene viser allikevel at det er en klar indikasjon på at det er potensial for forbedring av pasientens smertestatus.

Av de 1241 sykepleierne fra 12 europeiske land, som deltok i studien til Rustøen et al. (2013), var det 54% av sykepleierne som brukte et smertekartleggingsverktøy for å skille en smerte fra en annen, 56% av sykepleierne brukte smertekartleggingsverktøy regelmessig, 37,9% brukte smertekartleggingsverktøy med regelmessige intervaller og 23,2% brukte smertekartleggingsverktøy når smertemønstret forandret seg.

Bruken av NRS og kartlegging med bruk av ansiktsskala økte betraktelig ved post-testen i forhold til pre-testen i studien til Ger et al (2004). Resultatet i studien viste at sykepleierne aktive bruk av smertekartlegging ikke økte etter innføring av CEP, bortsett fra kartleggingen som målte smerteintensiteten. Selv om gjennomsnittsverdien bare viser moderat økning, er det en statistisk signifikant forbedring. Etter innføring av CEP, er sykepleierne i post-testen betydelig mer tilbøyelig til å akseptere pasientens smerter uten misforståelser vedrørende spørsmål om medikamentavhengighet. Istedenfor sier sykepleierne i post-testen at de trodde det pasientene hadde bygd opp en medikamenttoleranse. Innføringen av CEP resulterte i forbedring av sykepleierne smertebehandling ved bruk av smertekartleggingsverktøy.

3.3. Bruk av smertekartleggingsverktøy i forhold til sykepleieres alder, erfaring og kompetanse.

I studien til Fitch et al. (2013), var det 75% av de sykepleierne (n=67 sykepleiere) som var mellom 46-65 år som brukte kartleggingsverktøy. Av de sykepleierne som var mellom 20-45 år brukte 54,9% kartleggingsverktøy. Sykepleiere som hadde erfaring og som var sikre i sin veiledning av kreftpasienter i forhold til hvordan de skulle håndtere gjennombruddsmerter, rapporterte oftere bruk av kartleggingsverktøy (84%), sammenlignet med dem som var mer usikre og ikke forholdt seg til hverken kartleggingsverktøy eller andre retningslinjer (15,6%). Av de sykepleierne som rapporterte at

de ikke brukte kartleggingsverktøy eller andre retningslinjer, sier 71,4% at de er usikre i forhold til veiledning av pasientene.

Ut i fra studiens resultater er det en statistisk signifikant forklarende faktor i forhold til forskjeller når det gjelder bruk av smertekartleggingsverktøy, at sykepleiere med lang utdannelse og mye erfaring har en mer nøyaktig og riktig smertekartlegging enn sykepleiere med kortere utdanning og mindre erfaring (Hovi et al 1999).

Selv om 85% av sykepleierne i studien til Soden et al. (2013) har mer enn 10 års erfaring, og 44% har jobbet i spesiell palliativ pleie, viser resultatet at 82% av sykepleierne synes de trenger mer opplæring i å kartlegge gjennombruddssmerter hos kreftpasienter.

I resultatet fra den europeiske undersøkelsen, var bruken av smertekartleggingsverktøy nesten dobbelt så høy hos sykepleiere med over 9 års erfaring i forhold til sykepleiere med under 1 års erfaring. 61 % av de som hadde jobbet i ni år eller mer, brukte smertekartleggingsverktøy og 33 % av de som hadde jobbet mindre enn et år brukte smertekartleggingsverktøy (Rustøen et al. 2013).

3.4. Smertekartleggingsverktøy og tilgjengeligheten av dem.

I den europeiske studien, viser resultatet at bruken og tilgjengeligheten av smertekartleggingsverktøy varierte geografisk. Av de tyske sykepleierne hadde 92% smertekartleggingsverktøy tilgjengelig, 84% i Nederland, 71,1% i Norge, 64,7% i Finland, 62,3% i Frankrike, 57,1% i Sverige, 55,1% i Tsjekkia, 52,3% i Storbritannia, 48% i Danmark, 44,2% i Slovenia, 21% i Ungarn og 17,3% i Hellas. Av de som hadde smertekartleggingsverktøy og brukte det, fant 39,7% av sykepleierne det veldig nyttig og 55,6% delvis nyttig. 92% av sykepleierne rapporterte at de mente det er relevant å bruke et smertekartleggingsverktøy. Av de sykepleierne som brukte kartleggingsverktøy, svarte 49% at de brukte NRS eller VAS. Det mest brukte verktøyet var VAS etterfulgt av NRS, ESAS, kroppskart og EVA (Rustøen et al. 2013).

Sykepleierne som deltok i studien til Fitch et al. (2013), rapporterte at de mest brukte kartleggingsverktøyene de brukte var ESAS og NRS og av nesten alle som brukte kartleggingsverktøyene sa 55% at de syntes de var noe nyttige, mens 42% sa de var veldig nyttige.

Faries et al. (1991), finner som et av resultatene i sin studie at det er de enkleste kartleggingsverktøyene som oftest ble brukt. Sykepleierne i studien brukte PFS, som inkluderer NRS og ansiktsskala, i tillegg var det noen få som brukte PAT, som inkluderer kroppskart.

Av 104 sykepleiere som deltok i studien, rapporterte alle deltakerne at de brukte minst et kartleggingsverktøy. Flesteparten av sykepleierne sa at NRS og VRS blir brukt oftest og er vanligst å bruke jevnlig. De fleste sa også at VAS blir brukt sjelden, men at det er vanlig å bruke det av og til. Studien viste i tillegg at en del av sykepleierne brukte PD av og til, men sjeldent (Soden et al. 2013).

I en undersøkelse gjort av Ger et al. (2004), var enkel beskrivende skala og 0-10 numerisk skala de mest brukte kartleggingsverktøyene som ble brukt både i pre-testen og post-testen.

4. DISKUSJON

4.1. Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien er å belyse sykepleieres erfaring med bruk av smertekartleggingsverktøy i forbindelse med smertebehandling til kreftpasienter innlagt i sykehus. Hovedfunnene i denne litteraturstudien viser at sykepleieres bruk av smertekartleggingsverktøy er varierende, og det sees en sammenheng mellom tilgjengelighet, erfaring, kunnskap, opplæring og om det er retningslinjer for bruken av kartleggingsverktøy ved de aktuelle sykehusene og avdelingene. Funn i denne studien viser at det er ulike resultater i forhold til om sykepleierne får undervisning og opplæring relatert til bruken av et kartleggingsverktøy, da både med et positivt og uforandret utfall. Studien viser også at det ofte er den enkeltes sykepleiers erfaring, kompetanse og kunnskap, som er avgjørende for om kreftpasientens smerter blir kartlagt og dokumentert. Et annet resultat fra denne studien viser at det er en betydelig forskjell mellom sykepleieres kartlegging av kreftpasientenes smerter og pasientenes egne opplevelser av smertene.

4.1.1. Kartlegging, vurdering og dokumentering av smerter

Innledningsvis ble det skrevet om sykepleieres manglende kunnskap om smertefysiologi, smertebehandling og smertekartlegging. For å øke kvaliteten på smertebehandlingen til kreftpasienter, er det i følge nasjonale og faglige retningslinjer nødvendig med systematisk observasjon, kartlegging og dokumentasjon av pasientenes smerter. For å nå målet om en effektiv symptomlindring, er dette en forutsetning for en grundig og målrettet utredning (Helsedirektoratet 2012), noe som samsvarer med funn gjort i en studie av Holtan et al. (2005). Retningslinjer for å forbedre smertelindringen til pasienter med fokus på akutte smerter og kreftsmerter, utviklet av The Quality of Care Committee i American Pain society, har hovedfokus på smertekartlegging og dokumentasjon av disse. Et overordnet mål med smertekartlegging skal være å gi pasientene et individuelt og optimalt behandlingsregime, basert på pasientenes egne opplevelser av smertene. Retningslinjene sier også at smertekartleggingen bør være en kontinuerlig prosess, som foregår så lenge pasienten har smerter (Torvik et al. 2008). De norske retningslinjene for smertelindring utarbeidet av Bell et al. (2009), er utarbeidet med tanke på å sørge for at smerter blir oppdaget, kartlagt, dokumentert og lindret øyeblikkelig. Funn gjort i denne studien viser at ingen av de nevnte retningslinjene blir fulgt systematisk, selv om hensikten og målet med systematisk kartlegging skal hjelpe sykepleiere å tilrettelegge for at pasientene skal få en individuelt tilrettelagt og optimal smertebehandling. Andre funn viser at sykepleieres smertekartleggingen og dokumentering av pasientenes smerter er veldig variabel, tilfeldig, ustrukturert og usystematisk utført. Disse funnene samsvarer godt med funn gjort i en norsk undersøkelse blant intensivsykepleiere, hvor 46 sykepleiere og intensivsykepleiere deltok. Der viste det seg at bare 10% av de spurte som oftest benyttet en smerteskala for vurdering av

pasientens smerter, mens 67% av de spurte sjelden eller aldri vurderte pasientens smerter ved hjelp av et smertekartleggingsverktøy (Reiersdal et al. 2007). En stor andel av sykepleierne i studien, brukte ikke et smertekartleggingsverktøy ved registrering av pasientenes smerter, men dokumenterte pasientens smerter ved bruk av fritekst i journalen. I tillegg ble det for mange av disse pasientene hverken registrert eller dokumentert smerteintensitet, selv om de hadde moderate til sterke smerter. En av årsakene til dette kan være at til tross for at flere av sykepleierne sier de vurderer pasientperspektivet på smertene som det viktigste for smertekartleggingen, finnes det noen sykepleiere som mener at pasientene aksepterer og tolererer mer smerte enn det de selv sier at de gjør. I tillegg rapporterte noen av sykepleiere at årsaken til at de ikke trodde på pasientenes egne opplevelser av smerte, var at de trodde pasientene var avhengige av opioider. Disse holdningene blant noen av sykepleiere strider i mot alle retningslinjer og anbefalinger i forhold til å ta pasientene på alvor og kartlegge smertene ut i fra deres opplevelser. Mange sykepleiere stoler mer på sine egne observasjoner i forhold til pasientenes smerter, noe som er uheldig da det ofte viser seg at dette sjelden samsvarer med pasientenes egne oppfatninger (Torvik et al. 2008). Sykepleiere skal ha tilegnet seg kunnskap om hva som er viktig å observere og kartlegge i forhold til kreftpasienters smerter, men det viser seg at sykepleiere er for dårlige til å ta denne kunnskapen i bruk (Berntzen et al. 2010). Selv om kunnskapen og verktøyene er tilgjengelige, blir de brukt forskjellig, spesielt om det ikke er lagt noen retningslinjer for hvordan og når disse skal brukes. Dette viser at avviket som er funnet mellom sykepleierens og pasientenes oppfatning og opplevelse av smerter, tydeliggjør et stort behov for mer kunnskap, kompetanse og en bedre opplæring i bruken av kartleggingsverktøyene. Resultatene gjør at man kan stille spørsmål om funnene kan forankres i holdningene til sykepleiere, eller om årsaken kan relateres til for dårlig opplæring og manglende kunnskap.

4.1.2. Kunnskap og opplæring.

I forhold til kunnskap viste undersøkelsen til Reiersdal et al. (2007), at av 46 sykepleiere, var det kun 6 som oppdaterte sine kunnskaper via internett. Resten av sykepleierne sa at de holdt seg oppdatert via avdelingens leger og sykepleiere. 5 sykepleiere svarte at de i liten grad holdt seg oppdatert. Dette er en undersøkelse gjort ved en avdeling ved et middels stort sykehus i Norge, og materialet er lite, men representerer kanskje flere sykepleiere og sykehus enn det vi ønsker å erkjenne. Forskning på smerteproblematikk har gitt sykepleiere en mulighet til økt kunnskap og forståelse i forhold til fenomenet smerte. For å kunne jobbe ut i fra denne kunnskapen, må sykepleiere før de tar den i bruk, lære seg å vurdere bruken av forskningslitteraturen som finnes. Det er for eksempel like viktig å forstå pasientperspektivet, som forståelsen av de fysiologiske virkningsmekanismene når det gjelder smerte. Bruken av forskningsbasert kunnskap kan gjøre det enklere for sykepleiere å redusere tilfeldigheter og samtidig kunne argumentere faglig for de valg en tar. Denne kunnskapen kan også øke sykepleierens forståelse av pasientens smerteopplevelse, noe som igjen kan føre til en mer individuell og korrekt kartlegging og behandling (Berntzen et al. 2010). Et positivt funn i denne studien viser at det etter

opplæring i og innføring i bruk av smertekartleggingsverktøy, er en betydelig forbedring i forhold til systematisk bruk av kartleggingsverktøy og dokumentering av pasientenes smerter, bortsett fra i en studie hvor det viste seg at sykepleiernes generelle bruk av smertekartlegging ikke økte etter innføring av CEP. Det viste seg også at når sykepleiere kartlegger og dokumenterer kreftpasientenes smerter systematisk, ble pasientenes opplevelse av smerter forbedret, samtidig som sykepleierne tok pasientenes smerter mer på alvor. Forskjellene mellom sykepleiernes kartlegging og pasientenes egne opplevelser av smertene ble ikke bare mindre etter opplæring og innføring i bruk av smertekartleggingsverktøy, men riktig dosering av opioider og en økning av konvertering til langtidsopioider var også en virkning. Til tross for disse funnene, viser en studie av Holtan et al. (2005), at 51% av kreftpasientene som var innlagt i sykehus hadde smerter. I den samme undersøkelsen svarte 102 pasienter at de hadde gjennombruddssmerter, det vil si 1 av 3 pasienter. Samtidig rapporterte de samme pasientene mellom 1 og 5 episoder med gjennombruddssmerter hver dag og enkelte opp til 6 episoder eller mer. Dette viser at kunnskap er nødvendig for en pålitelig og systematisk smertekartlegging, og er en forutsetning for god (Norsk sykepleierforbund 2011) og lovlig praksis (Helsepersonelloven 1999), noe også forskning på temaet viser. Sykepleieres evne til å ivareta kunnskapen som er tilegnet gjennom utdanning, i tillegg til kunnskap om lovverk, regler og yrkesetiske retningslinjer som regulerer sykepleieutøvelsen, påvirker kvaliteten på den enkelte sykepleiers kompetanse. God kunnskap om for eksempel smertefysiologi og kartlegging av smerter, kan være med på å forebygge og identifisere pasientens smerter. Sykepleiere har også en faglig funksjon og ansvar, som skal bidra til kontinuerlig forbedring av kvaliteten på den pleien som gis og sørge for at den er basert på den beste kunnskapen som finnes. Forbedring og oppdatering av egen kunnskap kan gjøres ved å søke forskningslitteratur, lese faglitteratur i tillegg til oppdatering i form av kurs og videreutdanning. Dette bidrar til å vedlikeholde og forbedre sykepleiernes kunnskapsgrunnlag, som brukes til observasjoner, vurderinger, valg og handlinger (Nortvedt et al. 2010).

4.1.3. Betydningen av alder, erfaring og kompetanse.

Andre funn i studien viser at alder, erfaring og kompetanse hos den enkelte sykepleier, også har mye å si for hvordan og hvor ofte smertekartleggingsverktøy blir tatt i bruk. Sykepleiere som hadde lang utdanning og mye erfaring rapporterte oftere bruk av kartleggingsverktøy og hadde en mer nøyaktig vurdering av pasientenes smerter, enn sykepleiere med kortere utdanning og mindre erfaring. Selv om mange av sykepleierne i studien hadde over 10 års erfaring, viste resultatet at selv de mente de hadde behov for mer opplæring i å kartlegge smerter hos kreftpasienter. Disse resultatene kan tyde på at den kliniske kompetansen utvikles over tid og at avdelingens normer og holdninger kan spille en rolle i forhold til om smertekartleggingsverktøy blir brukt eller ikke. Det at klinisk kompetanse utvikles over tid, er helt i tråd med tenkningen til Brenner & Wrubel. Deres teorier tar utgangspunkt i Brenners bok *"From novice to expert"*, som beskriver trinnene i utviklingen av klinisk kompetanse. Utviklingen av klinisk kompetanse til en sykepleier, endres fra å være avhengig av regler, prosedyrer og prinsipper, til

bruk av intuisjon. Videre fra å være opptatt av enkelte detaljer til å ha en helhetlig forståelse av pasientens situasjon, og til slutt fra å være en utenforstående observatør til selv å bli en aktiv deltaker i situasjonen. Denne tekningen viser til at variert erfaring er nødvendig for at sykepleiere skal kunne utvikle sin personlige erfaringsbaserte kunnskap (Kristoffersen 2011). I følge Nightingale er evnen til å observere en av de viktigste kunnskapene en sykepleier kan ha. Evnen til å observere bygger på teoretisk kunnskap, erfaring og sansing, og danner grunnlaget for hvordan en sykepleier vurderer, handler og tar beslutninger i en gitt situasjon. Hva som skal observeres og hvordan, må læres gjennom teori, i tillegg til egne og andres erfaringer. Det er derfor viktig å få muligheten til å dele og ta del i andre sykepleieres erfaringer. Mange sykepleiere sitter inne med verdifulle erfaringer etter mange års arbeid, som andre med litt mindre erfaring kan dra nytte av. Disse erfaringene kommer også pasienten til gode i form av en mer profesjonell sykepleie. Gjennom observasjonserfaring, har sykepleiere også en behandlende funksjon, ved at de etter å ha observert må vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere tiltak som er igangsatt ut ifra observasjoner som er gjort. Å inneha en slik erfaring, kan gjøre det enklere for sykepleiere å kartlegge pasientens symptomer på for eksempel smerte. Denne erfaringsbaserte kompetansen kan i tillegg spare pasienten for unødige lidelser, noe som også er helsefremmende og kan gi pasientene en bedre livskvalitet ved at de får lindret sine smerter (Nortvedt et al. 2010).

4.1.4. Holdninger

Som nevnt tidligere, er smerter en subjektiv opplevelse, og kan derfor ikke vurderes objektivt av en sykepleier uten å ha målbare tegn på smertene. Det må derfor aksepteres og respekteres at det er pasienten og ikke sykepleieren som skal vurdere smerteintensiteten og opplevelsen av smertene. Sykepleiere kan dessverre tolke pasientenes smerter ut fra egne erfaringer, forståelser og opplevelser, noe som ikke nødvendigvis fremmer pasientperspektivet. En annen forklarende faktor er at sykepleier kanskje daglig møter pasienter med smerter, noe som gjør at man etter hvert kan oppleve å ha mindre forståelse for pasientens subjektive opplevelse av sine egne smerter. Det å distansere seg fra andres smerter for å skjerme seg selv fra lidelsene det medfører, kan også være en ubevisst holdning, som gjør at sykepleiere ikke klarer å vurdere pasientens reelle smerter. Hva slag holdninger, kunnskap og erfaringer sykepleiere har i forhold til smerter er vesentlig for hvordan pasienten opplever å bli tatt på alvor. Sykepleiere må bidra til at pasientene opplever å bli respektert, for å ivareta verdigheten til pasienten, selv om det kan være vanskelig å forstå smertene (Berntzen et al. 2010). En av sykepleieverdiene som står sentralt i forhold til sykepleieren og pasienten, er nedfelt i NSF's yrkesetiske retningslinjer og er som følger: *"Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket."* (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette viser hvor viktig det er at sykepleiere har evnen til innlevelse og forståelse av pasientens totale situasjon.

Etikk og juss er to sentrale fagområder til sykepleiere. Felles for disse er at de i stor grad er normative verktøy, og kan hjelpe sykepleierne til å avklare hva som er rett og galt. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, står det blant annet at; *"Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis"* (Norsk sykepleierforbund 2011). I helsepersonelloven § 40, står det skrevet at; *"Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen"* (Helsepersonelloven 1999). Dette viser at sykepleieren skal forholde seg til både etikk og lovverk, noe som betyr at hver enkelt sykepleier er pliktig til å holde seg faglig oppdatert og til å bruke sin fagkunnskap, i tillegg til at det er fastsatt ved lov at dokumentasjonen skal være god og riktig. Funn i studien viser at nøyaktig og god dokumentasjon av pasientenes smerter ved hjelp av smertekartleggingsverktøy, bedrer pasientenes smertebehandling. Studien viste også at sykepleiere som ikke brukte smertekartleggingsverktøy, allikevel mente at det var relevant å bruke et kartleggingsverktøy. En kan da spørre seg om hvorfor denne kunnskapen ikke blir tatt i bruk. Det kan ha flere årsaker. Å innføre nye rutiner vil som kjent medføre endringer i arbeidsrutinene til den enkelte sykepleier, og krever tid og egeninnsats. I en travel arbeidsdag med mange plikter, oppgaver og til dels begrensede ressurser, blir mangelen på tid ofte omtalt som et stort problem for å få gjennomført endringer. Sykepleierens egne holdninger kan være avgjørende for hvordan denne tiden blir brukt. Er sykepleierens innstillinger til forandringer at de kan føre til forbedring, blir de sannsynligvis lettere å gjennomføre også. I funn fra studien ser man at bruk av smertekartleggingsverktøy bedrer smertebehandlingen, noe som igjen kanskje kan frigjøre tid som tidligere ble brukt til å behandle smerter uten å ha kartlagt dem først, noe som er utfordrende og tar tid. Det er altså en mulighet for at god dokumentasjon gir pasienten bedre smertebehandling, uten at sykepleieren får dårligere tid. Innføring av nye system og rutiner som innebærer endring, forutsetter motivasjon og tid. Det kreves derfor at hver enkelt medarbeider gjør en innsats for å få gjennomført endringene. Endringene som skal utføres bør baseres og planlegges ut i fra klare målsetninger og tilgjengelige ressurser. Kontinuerlig oppfølging og engasjement fra ledelsen og arbeidsgiver er også nødvendig for å lykkes (Heggdal 2006).

4.1.5. Kartleggingsverktøy

Kartlegging av smerter er nødvendig for senere å kunne sammenligne og evaluere eventuelle behandlingsregimer som er utført. Hvordan og hvilke verktøy som blir brukt i forbindelse med kartlegging av smerter, avhenger av hvilke type smerter det er snakk om. Smerter hos kreftpasienter er vanskelig å vurdere på grunn av at de er så sammensatte, i tillegg til at smerter er en subjektiv opplevelse som er vanskelig å vurdere på en objektiv måte. Det er derfor utviklet en hel del smertekartleggingsverktøy for å hjelpe sykepleiere til å vurdere pasientenes smerter så korrekt som mulig. For å få til en mest mulig korrekt kartlegging av smerter, er det viktig å velge et verktøy som både sykepleier og pasient forstår og behersker (Torvik et al. 2008). Det er også viktig å velge et

hensiktsmessig verktøy, ut ifra pasientens situasjon, smerter og behov for lindring.

Smertekartleggingsverktøy kan deles inn i to hovedkategorier:

1. Endimensjonale: som kartlegger smerteintensiteten. De mest brukte verktøyene for måling av smerteintensiteten er; Visuell Analogue Scale (VAS), Numeric Rating Scale (NRS), Verbal Rating Scale (VRS) og ansiktsskala.
2. Flerdimensjonale: som kartlegger smertens kvalitet og påvirkning på funksjoner, søvn, hvile, og livskvalitet. De mest brukte flerdimensjonale verktøyene er McGills smerteskjema, Brief Pain Inventory (BPI) og Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

I tillegg til dette er det vanlig å bruke smertedagbok, kroppskart og skjema for kartlegging av symptomer og smerter (Torvik et al. 2008). De mest foretrukne smertekartleggingsverktøyene i denne studien var; NRS, ESAS, VAS og VRS, noe som stemmer godt overens med hva litteraturen sier er de mest brukte verktøyene. En overvekt av sykepleierne i studien, mente også at det var nyttig og relevant å bruke et smertekartleggingsverktøy. Enkelte smertekartleggingsverktøy inneholder ofte mange ord som beskriver pasientenes smerter i tillegg til numeriske skalaer, som beskriver smertens intensitet. For å få en helhetlig oversikt over pasientens totale smertesituasjon er det også viktig at sykepleiere dokumenterer pasientenes egne ord og beskrivelser av smertene.

4.2. Metodediskusjon

I metodediskusjonen presenteres fremgangsmåte og håndtering av studien, samt studiens styrker og svakheter. I begynnelsen av studien ble det valgt et tema som er relevant for sykepleiere og sykepleiefaget. Etter at hensikten med studien var klarlagt, ble det brukt tid på å finne gode søkeord som kunne brukes til å søke opp forskningsartikler. Søkene ble utført i databasene Cinahl, Medline, SveMed+ og Eric. I starten av søkeperioden ble det funnet mange interessante artikler som så ut til passe godt til oppgavens hensikt, men ved dypere granskning i analyseprosessen, viste det seg at de fleste artiklene ikke lot seg bruke i resultatdelen på grunn av at resultatet i artiklene ikke svarte til hensikten med studien. De artiklene som ikke passet til studiens hensikt, ble forkastet, noe som gjorde at det ble brukt en del tid på nye søk. Artiklene som til slutt ble valgt ut, er funnet i databasene Medline og Cinahl. Disse databasene ble foretrukket på grunn av at de var enklest å søke i, i tillegg til at de ga flest relevante treff.

Av de fjorten utvalgte artiklene er tretten utgitt på engelsk og en på norsk. Arbeidet med å oversette og granske de utvalgte artiklene, var en vanskelig og tidkrevende prosess. En svakhet med denne studien er at oversettelsen, forståelsen og tolkingen av den engelske teksten, ikke nødvendigvis stemmer helt overens med det artikkelforfatterne prøver å få frem. Det er imidlertid etterstrebet å oversette, innsamle, behandle og analysere data med nøyaktighet. Idealet er at en annen forsker skal kunne få de samme resultatene ved å bruke samme fremgangsmåte (Dallan 2012).

Fire av de utvalgte artiklene er eldre enn ti år, noe som delvis skyldes at det ble funnet få nyere artikler hvor sykepleierne hadde brukt et smertekartleggingsverktøy, men også fordi det var av interesse for studien å sammenligne erfaringer ved bruk av smertekartleggingsverktøy før og nå. Grunnen til at det ble funnet lite nyere forskning der sykepleierne hadde brukt et kartleggingsverktøy, kan skyldes flere ting. En mulighet er at det finnes lite forskning på området, en annen er at søkene er for dårlig utført, siden opplæring og erfaring i søk på databasene er begrenset. Begge disse alternativene kan ha svekket validiteten av studien.

Forskningsartiklene som er inkludert i studien, er utført i ulike land fra Nord Amerika, USA, Europa og Asia. Det er kulturelle forskjeller ved sykepleien i de forskjellige landene, noe som gjør at overføringsverdien til norske sykepleiere hadde vært større om alle studiene var gjennomført i Norge. Tross alle kulturelle ulikheter mellom landene, samsvarer funnene i artiklene, noe som er med på å styrke validiteten av funnene.

Det er etterstrebet å bruke artikler som er godkjent av etisk komité, men det er også valgt artikler der godkjenning ikke kom klart frem i selve artikkelen. Derimot er alle tidsskriftene artiklene er utgitt i, sjekket opp mot Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) AS sitt vurderingsverktøy, som er et serviceorgan for norsk forskning med ansvar for registret over autoriserte publiseringskanaler (NSD 2014). De aktuelle tidsskriftene er alle kategorisert enten i nivå 1, som er ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, eller i nivå 2, som er kanaler med høyest internasjonal prestisje for tidsskrifter, noe som er en styrke for studien. Navn og nivå på tidsskriftene er beskrevet i tabell 2 (vedlegg 2). Alle artiklene har relevans for studiens hensikt.

Alle inkluderte forskningsartikler i denne litteraturstudien er kvantitative, noe som ga studien mulighet til å innhente spesifikke opplysninger fra et stort antall sykepleiere. I og med at studiens hensikt var å fokusere på sykepleieres erfaringer, var det av interesse å få informasjon om et bredt antall av sykepleiere, for så i etterkant å se på likheter og ulikheter i erfaringene hos disse. Studien kunne med fordel ha hatt en fordeling av kvantitative og kvalitative artikler, for å få en jevnere balanse mellom sykepleieres individuelle erfaringer og funn analysert ut i fra besvarte spørreskjema, men hovedforskjellen mellom disse metodene er måten data blir innsamlet og fortolket på (Dallan 2012). Dessuten hadde studien fått opplysninger fra et mindre antall sykepleiere ved bruk av kvalitative forskningsartikler. Det at studien kun har brukt kvantitativ forskning, kan ha innvirket på studiens resultat, men sykepleieres holdninger og kunnskap i forhold til smertekartlegging viser seg å ikke forandres plutselig, men er noe som er stabilt over tid. Dette er med på å gjøre at de kvantitative artiklene er relevante for studien.

5. KONKLUSJON

De fleste sykepleiere har travle arbeidsdager med store utfordringer i forhold til pasientenes forventninger, krav og behov, i tillegg til arbeidsgivers krav om effektivisering, økt arbeidsmengde og tidspress. Med bakgrunn i dette, viser funnene at studien er svært relevant for sykepleiefaget, da gapet mellom teori og praksis virker å være et stort problem og en utfordring i forhold til bedre opplæring når det gjelder smertekartlegging. Funnene viser at kartlegging av kreftpasienters smerter må bli en rutine satt i system for å oppfylle kravene til alle retningslinjene og anbefalingene som finnes i forbindelse med smertelindring og behandling. Bedre utdanning og opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy, kan være med på å forbedre dette resultatet. En annen årsak til studiens resultat, kan være at sykepleiere ikke får avsatt nok tid eller mulighet til å holde seg oppdatert og tilegne seg den kunnskapen som kreves for en god nok smertekartlegging. Her har arbeidsgiver også en plikt til å legge til rette for at sykepleierne skal få mulighet til å oppdatere sine kunnskaper og rutiner, jmfør § 16, kapittel 3 i helsepersonelloven, som blant annet sier at virksomheten skal organiseres sånn at sykepleiere skal ha mulighet til å utføre sin lovpålagte plikt forsvarlig (Helsepersonelloven 1999). Funnene i studien er med på å belyse hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor når det gjelder bruk av smertekartleggingsverktøy. Det viser seg at fokuset i tillegg til den enkeltes sykepleiers plikter og ansvar, også må rettes mot viktigheten av at arbeidsgiver legger til rette for et miljø der sykepleiere kan oppdatere og dele sine kunnskaper og erfaringer. Til tross for at det er gjort mye forskning på temaet, viser funnene i denne studien at det fremdeles er behov for mer kunnskap og en bedre forståelse av smertefysiologien, for å kunne gjøre en god nok kartlegging av kreftpasienters smerter. Det viser seg også at opplæringen i bruk av kartleggingsverktøy må bli bedre, for at det skal bli en rutine som blir satt i system.

Litteratur

- Aass, N., Bjordal, K., Tveit, K.M., & Nordøy, T. (2006) Tumorrettet palliativ behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5, 126:628-32 URL: <http://tidsskriftet.no/article/1348869> [Hentet 31.03.2014].
- Akin, S., & Durna, Z. (2013). A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 30 – 37.
- Au, E., Loprinzi, C. L., Dhodapkar, M., Nelson, T., Novotny, P., Hammack, J., & O’Fallon, J. (1994). Regular Use of a Verbal Pain Scale Improves the Understanding of Oncology Inpatient Pain Intensity. *Journal of Clinical Oncology*, 12(12), 2751 – 2755.
- Bell, R.F., Bjørner, T., Forseth, K.Ø., Henrichsen, T., Jørum, E., Munch-Ellingsen, J., Rosland, J.H., & Staff, P.H. (2009) Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeforening. URL: <http://legeforeningen.no/emner/spesialiteter/anestesiologi/retningslinjer-og-handlingsprogrammer-anestesiologi-og-smertebehandling/> [Hentet 13.01.2014].
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010) Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R.(red) *Klinisk sykepleie 1*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Budischewski, K. M., De la Fuente, F., Nierhoff, C. E. E., & Mose, S. (2006). The Burden of Pain of Inpatients Undergoing Radiotherapy - Discrepancies in the Ratings of Physicians and Nurses. *Onkologie*, 29, 431 – 435. doi:10.1159/000095355.
- Chang, Y., Lin, Y.-P., Chang, H.-J., & Lin, C.-C. (2005). Cancer Patient and Staff Ratings of Caring Behaviors- Relationship to Level of Pain Intensity. *Cancer Nursing*, 28(5), 331 – 339.
- Dallan, O. (2012). Hva er metode? *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De Rond, M. E. J., De Wit, R., Van Dam, F. S. A. M., & Muller, M. J. (2000). A Pain Monitoring Program for Nurses Effects on Communication, Assessment and Documentation of Patients’ Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(6), 424 – 439.

Dulko, D., Hertz, E., Julien, J., Beck, S., & Mooney, K. (2010). Implementation of cancer pain guidelines by acute care nurse practitioners using an audit and feedback strategy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 45 – 55. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00469.x.

Faries, J. E., Mills, D. S., Goldsmith, K. W., Phillips, K. D., & Orr, J. (1991). Systematic pain records and their impact on pain control - A pilot study. *Cancer Nursing: An International Journal for Cancer Care*, 14(6), 306 – 313.

Fitch, M. I., McAndrew, A., & Burlein-Hall, S. (2013). A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, Spring/Printemps, 85 – 90. doi:10.5737/1181912x2328591.

Folkehelseinstituttet (2010). Norge på smertetoppen i Europa.

URL:<http://www.fhi.no/artikler/?id=84203> Publisert 07.05.2010, oppdatert 10.03.2013, 21:25 [Hentet 10.01.2014].

Førde, Reidun: "Helsinkideklarasjonen" (Sist oppdatert: 02. Desember 2013). De nasjonale forskningsetiske komiteene. [Online]. Tilgjengelig på <http://www.etikk.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>: [Lastet 16. April 2014].

Ger, L.-P., Chang, C.-Y., Ho, S.-T., Lee, M.-C., Chiang, H.-H., Chao, C.S., Lai, K.-H., Huang, J.-M., & Wang, S.-C. (2004). Effects of a Continuing Education Program on Nurses' Practices of Cancer Pain Assessment and Their Acceptance of Patients' Pain Reports. *Journal Of Pain and Symptom Management*, 27(1), 61 – 71. doi:10. 1016/j.jpainsymman.2003.05.006.

Heggdal, K. (2006). Hvordan styrke kvaliteten i dokumentasjon av sykepleie gjennom fagutvikling og forskning? *Sykepleiedokumentasjon*. 2. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2013). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/etiologi-og-forekomst> [Hentet 06.02.2014].

Helsepersonelloven (1999). (01.01.2014). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64(helsepersonelloven)*. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> [Hentet 28.04.2014].

Holtan, A., Kongsgaard, U.E., & Ohnstad, H.O. (2005). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus.

Tidsskrift for Den norske legeforsning. 4, 125:416-8 URL: <http://tidsskriftet.no/article/1144334>
[Hentet 24.02.2014].

Hovi, S.-L., & Lauri, S. (1999). Patients' and nurses' assessment of cancer pain. *European Journal of Cancer Care*, 8, 213 – 219.

Kim, E. B., Han, H.-S., Chung, J. H., Park, B. R., Lim, S.-n., Yim, K. H., Shin, Y. D., Lee, K. H., Kim, W.-J., & Kim, S. T. (2012). The Effectiveness of a Self-Reporting Bedside Pain Assessment Tool for Oncology Inpatients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(11), 1222 – 1233.
doi.10.1089/jpm.2012.0183.

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A.(red). *Grunnleggende sykepleie – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1. 2. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

McCaffery, M., & Beebe, A. (2007). Perspektiver på smerte. I: McCaffery, M., & Beebe, A. *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. 6. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

McCaffery, M., & Beebe, A. (2007). Vurdering. I: McCaffery, M., & Beebe, A. *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. 6.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICN's etiske regler*. URL: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Hentet 25.04.2014].

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R.(red) *Klinisk sykepleie 1*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NSD. (2014). Database for statistikk om høgre utdanning. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/?search=advanced> [Hentet 23.04. 2014].

Reiersdal, O., Helland, E.S., & Breland, H.P. (2007). Sykepleiere bruker ikke smerteskala. *Sykepleien*. 95(7), 50 – 52. doi: 10.4220/sykepleiens.2007.0044. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117887/sykepleiere-bruker-ikke-smerteskala>
[Hentet 25.02.2014].

Rustøen, T., Geerling, J. I., Pappa, T., Rundström, C., Weisse, I., Williams, S. C., Zavrtnik, B., & Wengström, Y. (2013). How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 402-407.

Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I. & Stubhaug, A. (2008). Kreft og smerter. I: Rustøen, T., & Wahl, A.K.(red) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Seland, M., Kaasa, S., & Klepstad, P. (2005). Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 18, 125:2500-3.

Skoie, H., (2014). Forskning. I *Store norske leksikon*. URL: <http://snl.no/forskning> [Hentet 23.04.2014].

Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L., & Perkins, P. (2013). How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? - A multicentre study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(11), 528 – 534.

Stubhaug, A., & Ljoså, T.M. (2008). Hva er smerte? I: Rustøen, T., & Wahl, A.K.(red) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torvik, K., Skaug M., & Rustøen T. (2008). Smertekartlegging. I: Rustøen, T., & Wahl, A.K.(red) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1:

Tabell 1: Oversikt over søkestrategi.

| Database | Søkeord | Avgrensninger | Ant. treff | Antall forkastet | Antall utvalgte | Antall utvalgte for dypere gransking | Antall inkluderte |
|---------------------|--|---|------------|---------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Cinahl 27.04.14 | Nurses AND Assessment AND Daily pain assessment AND Documentation | All Adult, 2001-2014, Akademisk Journal. | 1 | | 1*** | 1 | 1 Art.7 |
| Medline 03.03.14 | Nurs* AND Cancer pain. AND Caring behaviors | Adult | 1 | | 1*** | 1 | 1 Art.6 |
| Cinahl 03.03.14 | Clinical assessment tools AND Pain measurement AND Cancer patients | Abstract Inpatients | 28 | 19* 5*** | 9*** | 9 | 4 Art. 4,8,12 og 14. |
| Medline 04.03.14 | Cancer pain AND Pain measurement AND Nurs* | Adult > 19 Abstract 2004 – 2014 Engelsk, Norsk, Dansk og Svensk | 57 | 47* 3** 6*** | 7*** | 7 | 1 Art.3. |
| Medline 04.03.14 | Exp Pain Measurement/ or exp Nursing Assessment AND exp Inpatients AND exp Neoplasm AND Nurs* | | 10 | 7* 2*** | 3*** | 3 | 1 Art.1 |
| Medline 18.03.14 | Exp Neoplasm's/ or Cancer pain AND Pain measurement AND Nurs* | Abstract, 2010-2014 Adult > 19 | 42 | 30* 10** 1*** | 2*** | 2 | 1 Art.2 |
| Medline 18.03.14 | Burden of pain AND Inpatients AND Nurses AND Cancer | | 1 | | 1*** | 1 | 1 Art.13 |
| Cinahl | Cancer patient | 2010-Current | 89 | 85* | 3** | 1 | 1 |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|----|-----|------|---|--------------|
| 21.03.14 | AND Nursing assessment | | | 3** | 1*** | | Art.5 |
| Medline 24.03.14 | Cancer AND Patient AND Pain AND Hospital AND Assessment AND Nurs* | All Adult 2010-Current | 9 | 8* | 1*** | 1 | 1 Art. 10 |
| Medline 24.03.14 | Oncology, OR Exp oncology nursing AND Nursing Assessment, OR Exp. Pain management AND Breakthrough pain, OR Exp breakthrough pain. | | 13 | 12* | 1*** | 1 | 1 Art. 11 |
| Håndsök: Tidsskrift for Den norske legeforenin 24.03.14 | Søkt på tittel: “Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse” Funnet i litteraturliste i artikkelen: «Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)» Sykepleien.no | | 1 | | 1*** | 1 | 1 Art. 9 |

*: Antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : Antall ekskluderte artikler etter leste abstract

***: Antall artikler som er lest i sin helhet

Vedlegg 2:

Tabell 2: Analyse av utvalgte artikler

| Forfatter, tittel, tidsskrift og år. | Hensikt / formål. | Metode. | Deltakere/ bortfall. | Resultat. | Kommentar, etisk godkjenning og nivå. |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>1. Akin, S. & Durna, Z.</p> <p>«<i>A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey</i>».</p> <p>European Journal of Oncology Nursing.</p> <p>2013</p> <p>Tyrkia</p> | <p>En sammenlignende beskrivende studie som tar sikte på å beskrive symptomenes alvorlighetsgrad for pasienter som får kjemoterapi, og sammenligne pasientenes egenrapportering om symptomenes alvorlighetsgrad med vurderinger/konklusjoner gjort av sykepleiere og pårørende.</p> | <p>Kvantitativ undersøkelse</p> | <p>119 pasienter 119 pårørende 7 sykepleiere</p> | <p>Pasientene rapporterte alvorlig tretthet, tap av velvære, angst, appetitt endringer, depresjon, smerte og kvalme. Pasienter og pårørende viste en sterk likhet i kartleggingen av pasientens symptomer (P <0,001). Pasienter og sykepleiere viste liten, til god likhet i kartleggingen på symptomer av smerte, tretthet, kvalme, depresjon, appetitt, tap av velvære, hud, negler, munnsår og hånd nummenhet (P <0,05). Pasientenes gjennomsnittsskår av symptomer som smerte, depresjon, angst, tretthet og tap av velvære var lavere enn score gjort av omsorgspersoner. Pasientenes gjennomsnittsskår av symptomer som tretthet, kortpusthet, hud, negler og munnsår var høyere enn scorene til sykepleiere (P <0,05)</p> | <p>Passer til oppgavens hensikt.</p> <p>Godkjent av: The institutional review board.</p> <p>Nivå 1</p> |
| <p>2. Fitch, M. I., McAndrew, A., & Burlein-Hall, S.</p> <p>«<i>A Canadian online survey of oncology nurses` perspectives on the defining</i></p> | <p>Hensikten med denne studien var og utforske hvilket perspektiv kanadiske onkologi sykepleiere har angående gjenkjenning av BTPc, metoder de bruker for å identifisere og vurdere smertene</p> | <p>Kvantitativ undersøkelse som bruker spørreskjema</p> | <p>Av 668 spurte, er det 201 sykepleiere som deltok i undersøkelsen.</p> | <p>En tredjedel av sykepleierne rapporterte at de ikke brukte kartleggingsverktøy eller retningslinjer til hjelp når de vurderte hva som er bakgrunns smerter og hva som er BTPc . Av de som brukte kartleggingsverktøy</p> | <p>Relevant i forhold til oppgavens hensikt.</p> <p>Denne studien ble godkjent av Canadian Association of Nurses in Oncology og</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| <p><i>characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer”.</i></p> <p>Canadian Oncology Nursing Journal.</p> <p>2013</p> <p>Canada</p> | <p>og deres syn på hvilken byrde BTPc er for pasientene.</p> | | | <p>eller andre retningslinjer var det 55% som fant disse delvis nyttig og 42% veldig nyttig. Av disse hadde 43,2% en sykepleier grad, 27,9% en mastergrad. 23,45 sykepleier diplom og 5,4% andre. 75 % av sykepleierne mellom 46-65år brukte et kartleggingsverktøy og 54,9% av sykepleierne mellom 20-45år. Av de sykepleierne som var veldig sikre på veiledning til pasientene i forhold til hvordan de skulle mestre BTPc, var det 84,4 % som brukte smertekartleggings - verktøy eller retningslinjer.</p> | <p>ble sponset av Takeda Canada Inc. Forfatterne har ingen tilknytning til sponsoren</p> <p>Nivå 1</p> |
| <p>3. Rustøen, T., Geerling, J. I., Pappa, T., Rundström, C., Weisse, I., Williams, S. C., Zavratinik, B., & Wengström, Y.</p> <p><i>«How nurses asses breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients` daily lives – Results of a European survey”</i></p> <p>European Journal Of Oncology Nursing</p> <p>2013.</p> <p>Europeisk</p> | <p>Hensikten med studien er å øke kunnskapen om hvordan sykepleiere vurderer gjennombrudds kreftsmarter, og om de synes det er vanskelig å skille gjennombrudd kreftsmarter fra bakgrunns smerter. Og hvilken betydning gjennombrudds-smertene har for pasientenes daglige liv.</p> | <p>Kvantitativ undersøkelse med deltakere fra 12 europeiske land.</p> | <p>1618 sykepleiere deltok, 1241 sykepleiere gjennomførte studien. (62 av sykepleierne ble ekskludert fordi de ikke pleiet kreftpasienter)</p> | <p>54% brukte smertekartleggings-verktøy for å skille en smerte fra en annen. Bruken av smertekartleggings-verktøy varierte geografisk. I Tyskland brukte 92% et verktøy, Nederland 84%, Ungarn 21% og Hellas 17%. De som brukte et kartleggingsverktøy fant dem nyttig eller delvis nyttig. 61% av de som hadde jobbet i ni år eller mer brukte et kartleggingsverktøy, mens bare 33% av de som hadde jobbet i et år eller mindre brukte et.</p> <p>Vanligste skala i bruk var VAS etterfulgt av NRS, ESAS og EVA. 92% av sykepleierne fant det nyttig å bruke et smertekartleggings-</p> | <p>Relevant til oppgavens hensikt.</p> <p>Spørre-skjemaet ble utviklet av Eons Gjennombrudd Cancer Pain Working Group, med et tverrfaglig rådgivende utvalg, med forutsetning av samlet faglig ansvar.</p> <p>Nivå 1</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| studie. | | | | verktøy. Kun 0,9% brukte et kartleggingsverktøy ved første møte med pasient. | |
| <p>4. Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L., & Perkins, P.</p> <p><i>“ How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study”.</i></p> <p>International Journal of Palliative Nursing</p> <p>2013</p> <p>Engelsk</p> | <p>Å få en bedre forståelse av hvordan sykepleiere som arbeider i spesialist palliativ omsorg vurderer og håndterer gjennombrudds kreftsmarter</p> | <p>En blandet metode Studien ble gjennomført i to etapper. Denne artikkelen rapporterer funn fra trinn to. Anonyme postale spørreskjemaer, basert på temaer som er identifisert i intervjuer foretatt i løpet av studien, ble sendt til sykepleiere som arbeider i ti spesialiserte palliative tjenester i England.</p> | <p>15 sykepleiere. Totalt 104 spørreskjemaer ble returnert.</p> | <p>82 % av sykepleierne ønsket mer opplæring i vurdering av gjennombrudds kreft smerter. Selv om det var uoverensstemmelser rundt bruk av terminologi, virket det som om smertebehandlingen var god. Konklusjon: Bruken av terminologi innen gjennombrudds kreftsmarter forblir variabel. Men dette synes ikke å ha en negativ innvirkning på pasientbehandlingen, da denne var omtrent på linje med nylig publiserte anbefalinger.</p> | <p>Det er et ønske om mer utdanning innen dette området av praksis.</p> <p>Etisk godkjent av National Research Ethics Service Committee East of England-Norfolk.</p> <p>Nivå 1</p> |
| <p>5. Kim, E. B., Han, H.-S., Chung, J. H., Park, B. R., Lim, S.-n., Yim, K. H., Shin, Y. D., Lee, K. H., Kim, W.-J., & Kim, S. T.</p> <p><i>“ The Effectiveness of a Self-Reporting Bedside Pain Assessment Tool of Oncology Inpatients”</i></p> <p>Journal of Palliative</p> | <p>Evaluere effekten av selvrapporterings verktøy for evaluering av smerter. Sammenligner kartlegging gjort av pasientene og den helsepersonellet gjør av de samme pasientene.</p> | <p>Kvantitativ undersøkelse</p> | <p>50 pasienter, (13 eksklud) 12 leger og 34 sykepleiere</p> | <p>Selvrapporteringstavle ved senga gir en pålitelig vurdering av smerteintensiteten og er et effektivt middel for vurdering av smerter. Effekten av smertekartleggingen / vurderingen økte fra 74% til 96%.</p> | <p>Svarer til hensikt.</p> <p>Godkjent av: Review Board of Chungbuk National University Hospital</p> <p>Nivå 1</p> |

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|---|---|
| Medicine. 2012 Korea | | | | | |
| 6. Dulko, D., Hertz, E., Julien, J., Beck, S., & Mooney, K. “Implementation of cancer pain guidelines by acute care nurse practitioners using an audit and feedback strategy” Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2010 USA | Denne studien evaluerte effekten av, en revisjon og tilbakemelding (A/F) intervensjon, som sykepleier utøverne (NP) gjennomførte av CPGs (Clinical practice guidelines), til innlagte pasienter med kreftsmarter (pasienters selvrapportering av smerte og tilfredshet med smertelindring). | Kvantitativ studie. | 8 NPs og to grupper på 96 pasienter. Kvalifiserte pasienter i begge grupper fullført Brief Pain Inventory- Short Form (BPI-SF) innen 24 timer etter innleggelse og hver 48 h inntil utskrivning. Under A/F, fikk NPs ukentlig tilbakemelding på pasientenes smertescore. | Smerteintensitet var ikke signifikant forskjellig mellom psientgruppene. Intervensjonsgruppens pasienter rapporterte signifikant mindre samlet smerte forstyrrelser (p <0,0001), interferens med generell aktivitet (p = 0,0003), og søvn (p = 0,006). Tilfredshet med smertelindring økt fra 68,4% til 95,1% i løpet av A / F (p <0,0001). | Implikasjoner for praksis: A/F er en effektiv strategi for å fremme CPG bruk. Har relevans til hensikten. Studien er godkjent av de deltakende sykehusenes review board (IRBs). Nivå 1 |
| 7. Budischewski, K. M., De la Fuente, F., Nierhoff, C. E. E., & Mose, S. “The Burden of Pain of Inpatients Undergoing Radiotherapy – Discrepancies in the Ratings of Physicians and Nurses”. Onkologie 2006 Tysk | Hensikten med denne studien var å måle/kartlegge smertebelastningen til kreftpasientene. Smertene blir kartlagt av pasient, lege og sykepleiere for å se om det er forskjeller ved smertekartlegging mellom de forskjellige gruppene. | Kvantitativ undersøkelse | 68 pasienter. | Både leger og sykepleiere undervurderer pasientenes smerter. Sykepleiernes målinger er mer nøyaktig og lik pasientens egne målinger enn legenes. | Har relevans i forhold til oppgavens hensikt. Studien ble utført ved bruk av anerkjente verktøy, og alle svar er anonymisert Nivå 1 |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| <p>8. Seland, M., Kaasa, S., & Klepstad, P.</p> <p>«Symptom registrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse».</p> <p>Tidsskriftet for Den norske legeforening.</p> <p>2005</p> <p>Norsk.</p> | <p>Hensikten med studien er å undersøke i hvilken grad og hvordan smerter og andre symptomer blir dokumentert ved innleggelse i sykehus. Leger og sykepleieres registreringer av smerte og andre symptomer ble sammenlignet med pasientenes egen rapportering om smerte.</p> | <p>Kvantitativ metode.</p> | <p>201 kreftpasienter, 25 leger og 63 sykepleiere.</p> | <p>Resultatet viser at det er liten bruk av smertekartleggingsverktøy ved innleggelse. Legene registrerte smerte hos 85% og sykepleiere hos 66%. Sykepleiere brukte fritekst ved 128 av 133 innleggelse, smertekartlegging på 20 og VAS på 11. Hos mange av pasientene ble ikke smerteintensiteten beskrevet i journal, kun hos 73 av 133 gjort av sykepleiere og 88 av 170 registrer av lege. Der smerteintensitet var beskrevet var det godt samsvar mellom pasientenes egenrapport og journal.</p> | <p>En standardisert metode for måling av symptomenes intensitet ble sjelden brukt. Signaliserer et behov for standardiserte registreringsmetoder som en del av inntakstatus for kreftpasienter.</p> <p>Studien ble anbefalt av den regionale komiteen for medisinsk forsknings etikk.</p> <p>Nivå 1</p> |
| <p>9 Chang, Y., Lin, Y.-P., Chang, H.-J., & Lin, C.-C.</p> <p>“Cancer Patient and Staff Rating of Caring Behaviors”.</p> <p>Cancer Nursing</p> <p>2005</p> <p>Taiwan.</p> | <p>Hensikten med denne studien var å undersøke meningsforskjeller i viktigheten av ulike omsorgsmåter, mellom pasienter med kreftsmerte og onkologi sykepleiere, og å utforske forholdet mellom smerte nivå og omsorgsfull atferd.</p> | <p>Kvantitativ Statistisk analyse.</p> <p>Bruker BPI (Kinesisk versjon), CARE-Q og bakgrunnsdata om pasienter og sykepleiere (stab).</p> | <p>50 sykepleiere og 50 pasienter.</p> | <p>Sammenligner sykepleieres kartlegging av pasientenes smerter med pasientens egen kartlegging. Sammenligner også hva sykepleiere ser på som er det viktigste i omsorgsfull behandling, med hva pasienten synes er viktigst. Sykepleierne rapporterte betydelig lavere smerte enn det pasientene selv rapporterte.</p> | <p>Har både pasient og sykepleie perspektiv.</p> <p>Godkjent av Human Subjects Committee, fra hvert sykehus.</p> <p>Nivå 2</p> |
| <p>10 Ger, L.-P., Chang, C.-Y., Ho, S.-T., Lee, M.-C., Chiang, H.-H., Chao, C.S., Lai, K.-H., Huang, J.-M., &</p> | <p>Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av et pågående utdanningsprogram CEP, (eller videreutdanningsprogram) for</p> | <p>Kvantitativ undersøkelse Det ble sendt ut et spørreskjema til 645 sykepleiere før innføring</p> | <p>Post test: 597 av 645. Pre test: 575 av 630. (fracfall 15)</p> | <p>CEP resulterte i at smertekartleggings skalaer ble brukt oftere og at pasientenes smerterapporteringer gav mindre misforståelser</p> | <p>Sykepleier perspektiv. Relevant til hensikten.</p> <p>Evaluerer virkningen av CEP.</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| <p>Wang, S.-C.</p> <p>“ <i>Effect of a Continuing Education Program on Nurses` Practices of Cancer Pain Assessment and Their Acceptance of Patients Pain Reports</i>”.</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management.</p> <p>2003/2004</p> <p>Taiwan</p> | <p>sykepleiere, i smertevurdering og behandling til kreftpasienter.</p> | <p>av CEP, og til 630 sykepleiere 6 mnd etter programmet.</p> | | | <p>Deler av denne forskningen ble støttet av National Science Council. I tillegg ble den støttet av the Kaohsiung Veterans General Hospital.</p> <p>Nivå 1</p> |
| <p>11.</p> <p>De Rond, M. E. J., De Wit, R., Van Dam, F. S. A. M., & Muller, M. J.</p> <p>“<i>A Pain Monitoring Program for Nurses: Effects on Communication of Patients pain</i>”</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management</p> <p>2000.</p> <p>Nederland</p> | <p>Utvikling, implementering og evaluering av Pain Monitoring Program (PMP), til bruk for sykepleiere i sykehus. (Utviklet for måling, dokumentering og evaluering av smerter og smertebehandling til pasienter innlagt i sykehus.)</p> | <p>Kvantitativ. Studie. Bruker to grupper med pasienter. En gruppe der det blir brukt PMP, og en kontroll gruppe der det ikke brukes PMP. Gruppene er fordelt på tre sykehus.</p> | <p>703 deltakere. 358 i kontrollgruppen og 345 i intervensjonsgruppen.</p> | <p>Undersøkelsen viser at det er større likhet mellom sykepleier og pasients rapporterte grad av smerte ved bruk av PMP. Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier ble ikke bedre ved bruk av PMP. Dokumentasjonen ble bedre av PMP, og sykepleierne var betydelig bedre informert om smertene til pasientene.</p> | <p>Evaluerer PMP, en gruppe med og en uten. Sammenligner sykepleieres svar med pasientsvar.</p> <p>Støttet av departement for offentlig helse, sosial og idrettsfag.</p> <p>Nivå 1</p> |
| <p>12.</p> <p>Hovi, S.-L., & Lauri, S.</p> <p>«<i>Patients and nurses assessment of cancer pain</i>»</p> | <p>Hensikten med denne studien var å undersøke kreftpasientenes og sykepleiernes vurderinger av smertene til kreft pasientene ved</p> | <p>Dataene fra pasientene ble innsamlet gjennom strukturerte intervju. Dataen fra sykepleierne</p> | <p>51 sykepleiere, 51 pasienter</p> <p>(1 sykepleier og 1 pasient i 51 par).</p> | <p>Resultatet viser at det er størst skille på svarene der det vurderes/kartlegges mest intense smerte og vurdering av intensiteten på akseptabel smerte.</p> | <p>Relevant til hensikten.</p> <p>Godkjent av begge sykehus.</p> <p>Nivå 1</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| European Journal of Cancer Care. 1999 Finsk | hjelp av VAS skala, for deretter å sammenligne svarene mellom sykepleier og kreftpasient. | ble samlet inn gjennom et strukturert skjema som målte sykepleiernes kunnskap om smerte og medisiner | | Sykepleier vurderte mest intense smerte lavere enn det pasientene selv gjorde. Pasientene vurderte intensiteten på akseptabel smerte lavere enn det sykepleier gjorde. Denne artikkelen viser også at smertekartleggingen sykepleiere gjør er forskjellig fra pasientens. Sykepleier angir lavere smerter en pasienten selv, og tror at pasienten tolererer mer smerter en pasientene selv sier. | |
| 13. Au, E., Loprinzi, C. L., Dhodapkar, M., Nelson, T., Novotny, P., Hammack, J., & O'Fallon, J. “Regular Use of a Verbal Pain Scale Improves the Understanding of Oncology Inpatient Pain Intensity” Journal of Clinical Oncology. 1994 USA | Hensikten med gjennomføringen av denne studien var å finne ut om den daglige bruken av Verbal Smerteskala kan forbedre sammenhengen av smerteopplevelse mellom onkologi pasienter og deres pleiere. | Kvantitativ studie. Tre undersøkelser, en før igangsettelse. Andre undersøkelse 1 mnd. etter igangsettelse. I tredje undersøkelse var deltakerne pålagt å dokumentere kartlegging hver dag. | Tre studier, 40 – 50 pasienter deltok i hver studie. | Første studie viser lite samsvar mellom pasient og sykepleieres kartleggingssvar (64%). Sykepleieres score er lavere enn pasientenes. Undersøkelse to viser en liten økning (bare 68%) i samsvar mellom gruppene. Tredje undersøkelse viser vesentlig bedre samsvar mellom gruppene (84%). | Resultatet gir en klar indikasjon på at det er potensial for forbedring av sykepleiernes forståelse av pasientens smertestatus ved daglig kartlegging og dokumentasjon. Godkjent av The institutional review board. Nivå 2 |
| 14. Faries, J. E., Mills, D. S., Goldsmith, K. W., Phillips, K. D., & Orr, J. | Pilotstudie. Hensikten med denne studien var å undersøkte effekten av et systematisk smertekartleggingsverktøy PAT og | Kvantitativ. Studien bruker to verktøy, PAT og PFS. NRS ble brukt til | 23 i kontrollgruppen og 20 i den andre gruppen | Bruken av PFS gjør det påkrevd at sykepleierne må spørre pasientene om smerteintensiteten. Ved direkte spørsmål om smertene får | Relevant til oppgavens hensikt. Studien er utført ved bruk av anerkjente |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------------------|
| <p>“<i>Systematic pain records and their impact on pain control</i>”.</p> <p>Cancer Nursing</p> <p>1991</p> <p>USA</p> | <p>(pain flow Sheet) PFS i smerte behandling / lindring.</p> | <p>måling av pasientenes smerteintensi- tet.</p> | | <p>sykepleierne mer nøyaktig kartlegging av pasientens smerter, i forhold til når kartleggingen blir gjort ved observasjon av pasientens atferd. Når sykepleierne bruker atferdsobservasjoner som kartlegging av pasientens smerter, er faren for mangelfull anerkjennelse av pasientenes smerte stor. Sykepleierne var flinkere til å sette i gang smertelindrende tiltak når de oppdaget at pasienten fikk høy smerteintensitet på kartleggingen.</p> | <p>verktøy.</p> <p>Nivå 2</p> |
|--|--|--|--|---|-------------------------------|

Vedlegg 3:

Tabell 3: Eksempel på subkategorier og kategorier

| Subkategorier | Kategorier |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sykepleieres undervurdering av pasientenes smerter.• Lite samsvar mellom sykepleier og pasient ved sammenligning av smertescore.• Ingen eller dårlig kartlegging av smerte. | 1. Sykepleieres vurdering og dokumentering av kreftpasientenes smerter. |
| <ul style="list-style-type: none">• Forbedring i samsvar mellom sykepleieres og pasienters vurdering av smertescore, etter innføring og opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy.• Stort potensial for forbedring av smertebehandling ved bruk av smertekartleggingsverktøy.• Mindre undervurdering av smerter. | 2. Sykepleieres dokumentering og vurdering av smerter, etter innføring og opplæring i bruk av smertekartlegging. |



Høgskolen i Nord-Trendelag - Kvalitetssystem

**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV KANDIDAT-,
BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER**

Forfatter(e): Berit Nordfjellmark &

Donde Pålslatter Nilsund

Norsk tittel: Smertekartlegging

- Sykepleiers erfaring med bruk av
smertekartleggingsverktøy

Engelsk tittel: Pain assessment

- Nurses' experience with the use
of pain assessment tools

Studieprogram: SPU II

Emnekode og navn: SPU110 Sykepleiefaglig ferdypningsemne

Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, HINTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: _____

Dato:

13.05.14 Berit Nordfjellmark _____
underskrift underskrift

13/5-14 Dunde Nilsund _____
underskrift underskrift

