



Hvordan kan sykepleieren kartlegge og observere  
smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase?

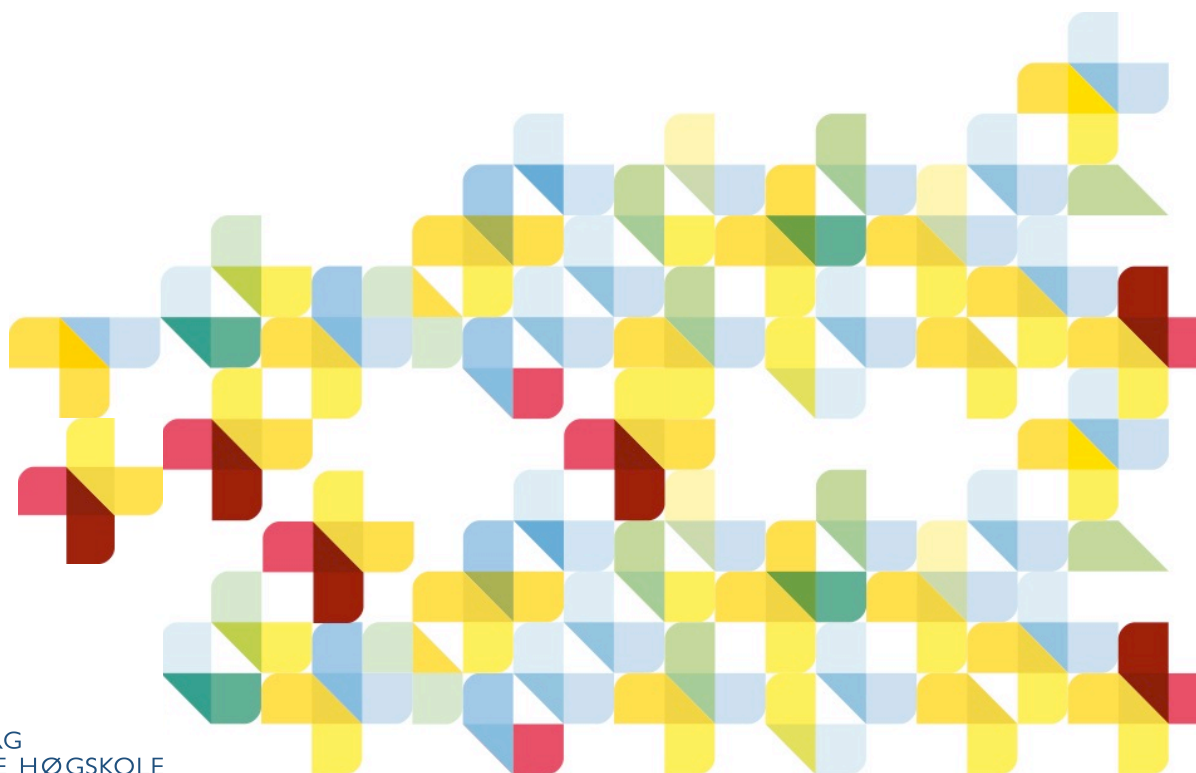
Kandidatnummer: 403

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 10 735

Dato: 14.04.16



Lovisenberg diakonale høgskole

Dato: 14.04.16

**Tittel**

Hvordan kan sykepleieren kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase?

**ABSTRAKT**

Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase?

Metode

Metoden er en litterær studie. Det er blitt funnet relevant pensum-, fag- og forskningslitteratur til for å svare på problemstillingen. Fag- og forskningsartikler har blitt funnet ved databasene Medline, Cihnal, Google Scholar og Swemed+. Skolens bibliotek og Oria har blitt brukt for å finne litteratur. PICO skjema og emneord er blitt brukt for å systematisere søkene.

Teoretisk perspektiv

Teori har blitt hentet fra sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, smerter, palliativ fase, kreft og smertekartlegging. Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder sine underpunkter vedrørende lindrende funksjon og veiledende og undervisende funksjon har vært gjennomgående tema. Dette har blitt brukt for å belyse hvilken funksjon sykepleieren har i møte med pasienter i palliative fase som har smerter.

Drøfting

Relasjonen mellom sykepleier og pasienten i den palliative fasen er første punkt i drøftingskapittelet. Relasjonen mellom sykepleier og den palliative pasienten har blitt drøftet i lys av kommunikasjon og etikk. Den lindrende funksjonen og den veiledende og undervisende funksjonen til sykepleieren har blitt drøftet opp mot aktuell teori. Dette har blitt gjort for å vise hva som kreves av sykepleieren for å tilrettelegge for optimal smertelindring hos pasienter i palliativ fase. Systematisk kartlegging og sykepleierens observasjonsevne har også blitt drøftet mot aktuell litteratur.

Konklusjon

Konklusjonen på oppgaven peker mot at relasjonen mellom sykepleier og den palliative pasienten er essensielt for å kunne optimalisere smertebehandlingen til pasienten. Videre konkluderer oppgaven med at sykepleierens observasjonsevne alene ikke er nok til oppfatte den palliative pasientens subjektive symptomer, men at det er et supplement til den systematiske kartleggingen. Oppgaven viser at sykepleieren kan ved bruken av det systematiske kartleggingsverktøyet ESAS legge til rette for optimal smertebehandling, hos en pasientgruppe som ofte har en kompleks og sammensatt smerteproblematikk.

**Nøkkelord:**

Smertebehandling, kreft, palliativ fase, smerter, systematisk kartlegging

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Hensikt med oppgaven .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Avgrensing .....</b>	<b>2</b>
<b>1.4 Definisjon av begreper .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Metode .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Presentasjon av metode og begrunnelse .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Litteratursøk og søkehistorikk .....</b>	<b>4</b>
<b>2.3 Kildekritikk .....</b>	<b>5</b>
<b>3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Lovverk og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 Sykepleierens ansvars og funksjonsområde .....</b>	<b>8</b>
<b>4 Teoretisk rammeverk .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1 Kreft .....</b>	<b>10</b>
<b>4.2 Palliativ fase .....</b>	<b>11</b>
<b>4.3 Hva er smerte .....</b>	<b>13</b>
<b>4.4 Kreftrelaterte smerter .....</b>	<b>15</b>
<b>4.5 Smertekartlegging .....</b>	<b>16</b>
<b>4.6 Smertetrappen .....</b>	<b>17</b>
<b>4.7 Kommunikasjon .....</b>	<b>17</b>
<b>5 Hvordan kan sykepleieren kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Relasjonen mellom sykepleier og pasienten i palliativ fase .....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Betydningen av informasjon og veiledning .....</b>	<b>22</b>
<b>5.3 Sykepleierens funksjon i smertebehandling .....</b>	<b>24</b>
<b>5.4 Observasjon .....</b>	<b>25</b>
<b>5.5 Systematisk kartlegging .....</b>	<b>27</b>
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>31</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>32</b>

# 1 Innledning

I følge kreftregisteret ble det registrert nær 32 000 nye krefttilfeller i Norge i 2014. Kjønnsfordelingen er nærmest lik mellom pasienter som får en kreftdiagnose. Risikoen for å få en kreftsykdom øker gradvis med alderen, og før fylte 75 år vil nær 40% menn og 30% kvinner få en kreftdiagnose i Norge. Til tross for at prognosene for overlevelse bedres som følge av behandling, var likevel om lag en fjerdedel av alle dødsfallene i Norge i 2014 forårsaket av kreft (Kreftregisteret, 2014).

For pasienter som må forberede seg på døden, er frihet fra smerte assosiert med en god og verdig død (Steindal, Bredal, Sorbye & Lerdal, 2011). Forskning viser at det likevel er slik at smerter er et av de vanligste symptomene hos pasienter med kreft i de aller siste dagene av livet (Yennurajalingam et al., 2012), og at smerter er en av de mest fryktete symptomene i møte med døden (Steindal et al., 2011). Til tross for dette viser forskning at i de aller fleste tilfeller kan det oppnås tilfredsstillende smertelindring, hvis anbefalte retningslinjer følges (Valeberg, Bjordal & Rustøen, 2010).

Sykepleieren har et stort ansvar i å kartlegge og observere smerter, for at pasienter i palliativ fase skal oppnå best mulig smertelindring (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). Både Helsepersonelloven (1999), samt De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) pålegger sykepleieren å gi omsorgsfull adferd. I de yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren har et konkret ansvar overfor pasienten når det gjelder å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død (NSF, 2011). For at pasienter skal få god smertelindring forutsettes det at sykepleieren systematisk kartlegger pasientens subjektive smerter (Berntzen et al., 2011). Til tross for at sykepleieren har et eksplisitt ansvar for å kartlegge pasientens subjektive symptomer, viser enkelte forskningsstudier noe annet. I en studie viser resultatene at den kliniske vurderingen av pasientens smerter utført av godt trente palliative sykepleiere, ikke stemmer overens med pasientens uttalelser om egne symptomer (Rhondali et al., 2012). I en annen studie viser resultatene at leger registrer smerte noe hyppigere enn sykepleiere ved innleggelse av pasienter med kreft. Her kommer det også frem at sykepleiere og leger i hovedsak bruker fritekst for å dokumentere smerteintensitet hos denne gruppen (Seland, Kaasa & Klepstad, 2005).

En norsk studie påpeker at sykepleiere er for dårlige til å bruke smertescoringsskjema for å kartlegge pasientens smerter. Det viser seg også at det er manglende kompetanse hos sykepleiere, som fører til at smertelindringen ikke blir konsekvent og for avhengig av den enkelte sykepleierens personlige kompetanse. I tillegg spiller organisering og manglende rutiner en rolle (Reiersdal, Helland & Breland, 2009). For at smertelindring ikke skal bli tilfeldig, er det derfor av betydning at sykepleieren benytter seg av standardiserte registreringsmetoder av symptomer for pasienter med kreft, både for inneliggende pasienter og ved innkomst til sykehus.

### 1.1 Hensikt med oppgaven

Funnene fra flere studier viser at pasienter både er engstelige for å ikke bli tilstrekkelig smertelindret, og at pasienter ofte ikke er godt nok smertelindret i livets siste fase. Dessuten viser studier at sykepleieren i for liten grad har kompetanse til benytte seg av standardiserte registreringsverktøy i møte med pasienter med smerter og plagsomme symptomer (Reiersdal et al., 2009; Rhondali et al., 2012). Det er da interessant å belyse en problemstilling som er relatert til hvordan sykepleieren kan kartlegge smerter hos denne pasientgruppen.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleieren kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase?

### 1.3 Avgrensing

Smertebehandling er et stort tema, som omfavner en rekke ulike aspekter. Det har derfor vært nødvendig å avgrense oppgaven. Pasientfokuset i denne oppgaven vil være avgrenset til smertebehandling til voksne mennesker i alderen 18-75 år. Pasientene skal være innlagt på en somatisk sengepost på sykehuset og være i palliativ fase. Pasienten skal være kontaktbar og kunne føre en samtale med sykepleier.

Det finnes flere ulike skalaer og vurderingsskjemaer for å kartlegge smerte. Et mye brukt vurderingsskjema er McGill Pain Questionnaire, som er et flerdimensjonalt skjema som måler smertens sensoriske, affektive og evaluerende komponenter. Det finnes og andre ulike skalaer som er endimensjonale, for eksempel numerisk rating skala (NRS) og visuell analog skala (VAS). Disse blir brukt for å kartlegge smerteintensiteten, ved å få pasienten til å fortelle eller vise hvor vondt pasienten har det. Kroppskart er også et mye brukt skjema, her kan pasienten vise hvor på kroppen smertene sitter (Berntzen et al., 2011). I denne oppgaven vil det imidlertid være mest fokus på Edmonton Symptom Assessment Schedule (ESAS), ettersom det er standarden innenfor den palliative medisinen (Kaasa & Loge, 2008).

På grunn av oppgavens omfang har det blitt tatt en avgrensning fra pasientenes opplevelse av kriser i møte med en kreftsykdom. Det har blitt tatt med lite vedrørende prosessen etter kartleggingen, slik som dokumentasjon. Men at dette vil være et nødvendig aspekt som hører naturlig med i den praktiske hverdagen, når sykepleieren skal systematisk kartlegge den kreft syke pasienten sine smerter.

#### 1.4 Definisjon av begreper

Det som kjennetegner pasienter som er i palliativ fase, er at de er i den siste fasen av livet med langtkommen kreft. Den palliative fasen er avgrenset til pasienter som har forventet levetid mindre enn 9-12 måneder. Men for mange pasienter i slike situasjoner vil palliasjon starte tidligere i forløpet. Realiteten vil være at den palliative fasen starter så snart pasienten med uhelbredelig sykdom får behovet for symptomlindring, psykososial støtte eller åndelig/eksistensiell omsorg, og avsluttes når pasienten dør (Helsedirektoratet, 2015b).

## 2 Metode

Metoden er det verktøyet som blir benyttet for å innhente relevant stoff til det som skal undersøkes. Metoden hjelper oss med å hente inn data, som igjen vil være med på å besvare problemstillingen i en oppgave. Ulike problemstillinger og spørsmål kan løses ved hjelp av ulike metoder. En annen beskrivelse av metode kan være å følge en vei mot et visst mål (Dalland, 2013, s. 111-114).

### 2.1 Presentasjon av metode og begrunnelse

Denne oppgaven er basert på en litterær oppgave, som er en av de rammefaktorene bestemt av skolen. I en litterær oppgave er det ikke avgrenset til en bestemt metode, men beskriver fremgangsmåten for valgt litteratur. En litterær oppgave baserer seg på allerede eksisterende kunnskap, og henter inn relevant fag- og forskningslitteratur som er med på å belyse problemstillingen (Dalland, 2013, s. 228-229). I denne oppgaven er det blitt brukt pensum- og egenvalgt litteratur, samt fag- og forskningsartikler fra ulike databaser. Hovedmålet med dette har vært å finne frem til ulike teoretiske perspektiver som kan belyse problemstillingen og senere bidra til drøftingen.

### 2.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Begynnelsen på oppgaveperioden ble brukt til å få en oversikt over relevant litteratur. Dette har blitt gjort ved å lese pensum litteratur og andre kilder som omhandler problemstillingen. Søket etter artikler har hovedsakelig blitt gjennomført i Google Scholar, Medline, Cinahl og Swemed+. Bibliotekets søkemotor Oria har også blitt benyttet for å finne relevante bøker og annen litteratur ved skolens bibliotek. Ved søk etter fag- og forskningsartikler har det blitt anvendt ulike kombinasjoner av søkeord og avgrensinger for å tilpasse søket.

For å få relevante og spesifikke søk har det blitt brukt ulike avgrensninger. Disse søkene har blant annet vært innenfor et tiårs perspektiv, full text og geografiske avgrensinger som er innenfor Europa eller USA. I noen søk har det ikke vært nødvendig med avgrensinger ettersom det har vært få treff. I tråd med søkeprosessen har PICO-skjema blitt brukt for å få mest konkrete og relevante treff. For å oppnå de mest konkrete treffene, har P og I i skjemaet

vært nyttig. P står for problem, menneske og/eller situasjon, og I en skjemaet står for intervensjon som er tiltak (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 58). Sentrale søkeord som har blitt benyttet i ulike kombinasjoner er cancer, pain, pain management, cancer pain, palliativ care, communication, end-of-life care og nursing. Eksempelvis gav et søk i Medline med emneordene cancer pain AND pain management AND end-of-life care, 89 treff. Dette søket ble satt opp med rammene at det skulle være innen de siste fem årene, free full text og engelsk skrift. Dette søket gav flere gode treff og studier som ble ansett som relevante ble valgt. De aller fleste søkene som har blitt utført, har først blitt gjort med enkelt søk av emneord, og deretter i kombinasjon med AND fra søkehistorikken i den enkelte database.

I tillegg til anvendt litteratur og artikler har jeg benyttet meg av ulike nettsider for å finne oppdatert informasjon fra ulike aktører. Nettsteder som Kreftforeningen, Verdens helseorganisasjon, Norsk sykepleieforbund, helsedirektoratet, helsebiblioteket, lovdata, Norsk palliativ forening, Tidsskrift for den norske legeforening og regjeringen sine nettsider. Disse nettstedene har også bidratt med kunnskap og inspirasjon til videre søk etter artikler. Innenfor disse ulike fagfeltene er det et bredt utvalg av ulike faglitteratur, det har vært god tilgang på fagbøker ved skolens bibliotek.

### 2.3 Kildekritikk

Det som brukes i en oppgave og bidrar til utdypning av oppgaven er kilder. Det stilles krav til hvordan kilder skal søkes opp, vurderingen av kildene, redegjørelsen av kildene og hvordan de brukes. Kildekritikk er metoder som brukes for å kunne si om en kilde er sann. Dette betyr i sin helhet å vurdere og kritisere de kildene som blir benyttet i oppgaven (Dalland, 2013, s. 67-68). I denne oppgaven har det hovedsakelig blitt anvendt litteratur som er publisert for 10 år siden eller mindre. Det har også blitt benyttet eldre artikler fra blant annet Tidsskrift for den norske lægeforening. Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler har blitt benyttet og hentet fra kunnskapssenteret sine hjemmesider (Kunnskapssenteret, 2014). Gjennomgående for de fleste artiklene som er funnet er at alderen til deltagerne i studiene er voksne mennesker.

Studien til Reiersdal et al. (2009) er en kvantitativ forskning som dreier seg om kunnskapene vedrørende smertebehandling, og bruken av smerteskala hos intensivsykepleiere. Kritikken



her rettes mot at studien er gjort på intensivsykepleiere, ettersom denne oppgaven er rettet mot sykepleiere. Til tross for dette, har studien blitt valgt ettersom overføringsverdien til problemstillingen i denne oppgaven er relevant. Mesteparten av intensivsykepleierne i studien viser seg å ikke bruke systematisk kartlegging i det daglige arbeidet. Hos denne gruppen burde det vært godt implementert, og velger dermed og trekke denne studien inn i oppgaven. I studien til Myhra og Grov (2010) så ble det sendt rundt et strukturert spørreskjema vedrørende sykepleierens bruk av ESAS på sykehjem. Her kildekritikeres artikkelen for at den er gjennomført på sykehjem og ikke på sykehus slik avgrensingen i oppgaven er satt til. Overføringsverdien anses likevel som reell.

### 3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

Sykepleieren arbeider i et spenn av ulike situasjoner som strekker seg fra de stabile og forutsigbare situasjoner, til de mer akutte og ustabile situasjoner. I dette spennet ligger de faglige, moralske og etiske faktorene til grunn for sykepleieutøvelsen (Holter, 2015).

Sykepleie er i dag en profesjonsutdanning, og denne utdanningen består av ulike former for kunnskap. Disse kunnskapene er teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, personlige erfaringer, verdier og holdninger. Sykepleieren må også utvikle en klinisk sykepleiekompetanse. Dette utvikles i spenningsfeltet mellom teoretisk kunnskap og erfaring fra det kliniske arbeidet.

Kombinasjonen mellom kunnskap og klinisk kompetanse danner grunnlaget for kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er utøvelse av sykepleie som er bygger på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og med fokus på pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, 2011). I både Helsepersonelloven (1999) og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011), står det nedfelt at sykepleiere skal bygge sin kunnskap på forskning og erfaringsbasert kunnskap, samt at praksisutøvelsen skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Dagens sykepleie kjennetegnes av mange møter med ulike pasientgrupper med komplekse og sammensatte lidelser i et miljø preget av høyt tempo. For at sykepleieren skal kunne observere pasientens grunnleggende behov må sykepleieren ha evnen til situasjonsbasert forståelse (Holter, 2015). I møte med pasienter med kreft som er i en palliativ fase er det særdeles viktig at sykepleieren har kunnskaper fra disse ulike områdene innenfor sykepleiefaget.

#### 3.1 Lovverk og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er det nedfelt at alle pasienter skal ha lik tilgang på ulike tjenester av god kvalitet. Det blir også presisert at pasienter har rett på nødvendig og verdig helsehjelp fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Denne loven stadfester også at pasienten har rett på informasjon som gir innsikt i egen helsetilstand, og hva som er innholdet i helsehjelpen. Helsepersonelloven (1999) sitt formål er å bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter som er i helse- og omsorgstjenesten. Loven sier også at sykepleiere er lovpålagt å gi pasienter med kreft i palliativ fase en faglig forsvarlig behandling og omsorgsfull hjelp. Det er også stadfestet at pasientene har krav på nødvendig informasjon.

Grunnlaget for De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), bygger på prinsipper fra ICNs etiske regler og menneskerettighetene slik som det kommer frem i FNs menneskerettighetserklæring. I De yrkesetiske retningslinjer for sykepleier (2011) i Norge, står det at sykepleieren har et ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død. Sykepleieren skal også ivareta pasientens behov og sørge for helhetlig omsorg for den enkelte pasient. Retningslinjene utdyper også at sykepleie skal bygge sin profesjon på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er laget for å utdype hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes om i praksis (NSF, 2011).

I møte med pasienter som er i palliativ fase vil det være nødvendig å trekke inn det etiske aspektet. De fire prinsippers etikk er et etiske rammeverk som blir brukt spesielt i vanskelige situasjoner i en klinisk hverdag (Brinchmann, 2012, s. 81). De fire prinsippers etikk innebærer velgjørighet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I følge Brinchmann (2012) er alle prinsippene likeverdige og definert som en plikt. Velgjørighet og ikke skade innebærer plikten til å gjøre godt mot andre, autonomi er plikten til å respektere autonome personers beslutning, og rettferdighet er plikten til å behandle tilfeller likt, også når det er snakk om å fordele ressurser.

### 3.2 Sykepleierens ansvars og funksjonsområde

Sykepleie er et praktisk yrke og innebærer mange forskjellige roller og funksjoner. Disse områdene og funksjonene utgjør det som kalles for sykepleierens ansvars- og funksjonsområde. Ansvars- og funksjonsområdene er delt inn i syv grunnleggende deler som består av helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse og fagutvikling. Det vil være ulike områder som dominerer sykepleierens arbeid, gitt hvor denne sykepleieren arbeider. I en sykehusavdeling vil behandling, lindring av smerte og angst og forebygging av komplikasjoner være sentrale tiltak overfor en og samme pasient (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

Sykepleieren har en sentral funksjon når det kommer til smertebehandlingen, og et stort ansvar for å lindre pasientens smerter. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å

administrere forhåndsordinerte smertestillende medikamenter. Ifølge forskning har det også en positiv effekt for pasienten ved både akutte og kroniske smerter. Datainnsamling, observasjoner, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, administrering av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak og evaluering av tiltakenes effekt, er deler av det som omfatter sykepleierens ansvarsområde. Dette ansvarsområdet strekker seg også mot det relasjonelle forholdet til pasienten og det tverrfaglige samarbeidet (Berntzen et al., 2011). Et annet aspekt ved sykepleierens ansvars- og funksjonsområde er den undervisende funksjonen. Den undervisende funksjonen innebærer informasjon, undervisning og veiledning av pasienter, pårørende, men også medarbeidere og studenter. Dette skal være med på å fremme trygghet hos pasienten, men også være med på å hjelpe pasient og pårørende til å forstå konsekvensene av sykdommen og behandlingen (Nortvedt & Grønseth, 2013). Det er viktig at helsepersonell har en samstemt og klar kommunikasjon til pasient og pårørende. Informasjon som blir sagt av ulike behandlere enten det er sykepleier, lege eller psykolog vil bli tolket av mottaker. I rammene rundt en sykehus avdeling vil det ofte være mange ulike helsepersonell, noe som påpeker viktigheten rundt en samstemt og klar kommunikasjon (Schjødt, Haugen, Straume & Værholm, 2008). Gjennom å gi pasienter med kreft tilgang til kunnskap og informasjon, myndiggjøres pasienten ved å få innflytelse i sin egen situasjon. Det er derfor vesentlig at pasienter med kreft får adekvat og korrekt informasjon, slik at de kan delta i beslutningsprosessen om sin egen behandling og ta reelle valg. Valgene kan gjelde både behandlingsstrategi eller behandlingsmål, enten det skulle dreie seg om et kurativt mål eller palliativt (Reitan, 2010b). I dette tilfellet vil det gjelde informasjon både til pasient og pårørende om vedrørende valg av medikamenter, og forløpet for hvordan den palliative pleien skal utformes. Men også informasjon vedrørende kartleggingen av smertene og viktigheten rundt dette.

Ifølge Nightingale (1984) vil den viktigste kliniske oppgaven til en sykepleier være det å observere pasienten. Dette understreker hun med at det bør være en vesentlig del av en sykepleiers utdanning. For at en sykepleier skal opparbeide seg en god observasjonsevne krever dette teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og at dette må øves på i møte med pasientene. Observasjonene som en sykepleier må foreta seg danner grunnlaget for alle vurderingene, beslutningene og handlingene som sykepleieren utfører i pleie, omsorg, behandling, lindring, forebygging, rehabilitering, habilitering og hjelp til en verdig død. Sykepleierens observasjonskompetanse må være forankret i kunnskaper om kroppens anatomi og fysiologi, patofysiologiske prosesser og sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2013).

## 4 Teoretisk rammeverk

For å kunne beskrive ulike fenomener eller aspekter ved fenomener, brukes det teori. Teori kan med andre ord bety å betrakte noe. Alle teorier beskriver en forenkling av virkeligheten. En enkelt teori trekker frem de aspektene som er de viktigste i den sammenhengen det gjelder (Kristoffersen, 2011). Teorikapittelet eller litteraturen er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i. Det er også teori som problemstillingen skal drøftes med i diskusjonskapitelet (Dalland & Trygstad, 2013). Det teoretiske rammeverket i denne oppgaven baseres både på forskningsbasert kunnskap og annen relevant litteratur.

### 4.1 Kreft

Kreftsykdom kan oppstå i nesten alle celler i kroppen. Kreft har mange undergrupper ettersom hvor i kroppen og hvilket organ som er affisert. Lungekreft, brystkreft og pancreaskreft er eksempler på ulike typer kreftsykdom (Rørth, 2014). For å forklare hvordan kreft oppstår kan det beskrives som en trinnvis prosess som skjer spontant hvor det gjennom en serie av celledelinger skjer en cellulær skade. Det kan være ulike former for cellulær skade, det kan eksempelvis være mangel på et gen eller ulike typer feilkoblinger og mutasjoner. Det kreves en rekke genskader i samme celle før det er utviklet en ondartet sykdom. Kreftcellenes ondartede egenskaper må også nedarves til kreftcellenes datterceller, før de kan gi opphav til sykdom hos den enkelte pasient (Nome, 2010).

En mutasjon er en forandring i DNA nukleotidene, som er de biokjemiske forbindelsene som utgjør byggesteinene i nukleinsyrene, altså DNA og RNA. Historisk sett har det blitt tenkt at en økning i mutasjoner er den viktigste faktoren til dannelse av kreftsvulster hos mennesker. Det må skje seks uavhengige mutasjoner i en spesifikk gene for at det kan gi opphav til en kreftsvulst. Mutasjoner kan oppstå spontant under DNA deling eller ved påvirkning av eksogene virkestoffer. Eksogene virkestoffer kan for eksempel være miljø forurensing, farmakologiske midler, menneskeskapte kjemikalier eller kjemikalier fra livsstils vaner som for eksempel tobakksrøyk. Kreftcellene kan også erverve nye typer egenskaper. Egenskaper som å ha evnen til å vokse inn i andre organsystemer, dette kalles for invasivitet (Merkle & Loescher, 2005, s. 8-9).

Kreftcellene kan også metastasere seg. Dette betyr at kreftceller kan løsrive seg fra den originale svulsten og danne nye kolonier av kreftceller andre steder i kroppen. Kreftcellene kan også erverve egenskaper som resistens mot cytostatika, altså cellegift (Nome, 2010). I møte med en kreftdiagnose er det mange utfordringer pasienten står overfor. Pasientene må motta informasjon om kreftdiagnosen, avansert behandling, bivirkninger og senskader, faren for residiv og for noen må de forberede seg på døden. Dette komplekse sykdomsbilde og den store omveltningen i mange pasienters liv, setter store krav til sykepleierens faglige kompetanse i møte med denne pasientgruppen (Reitan, 2010a).

## 4.2 Palliativ fase

Palliasjon defineres som en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienter og pårørende i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og tidlig identifisere tegn på smerte. Den sier også noe om å kartlegge og behandle smerte og andre symptomer, både fysisk, psykisk og spirituelt (WHO, 2014). I dagligtalen brukes palliativ medisin og palliasjon om hverandre. Palliativ medisin er en formalisering av et gammelt fagområde innen medisin. Før i tiden var det lite å tilby av kurativ behandling, da leger stort sett opererte med enkle inngrep. Ved århundreskiftet og frem til 2. verdenskrig var palliasjon det normale for leger (Kaasa, 2008a).

Utviklingen av fagfeltet palliasjon strekker seg tilbake til 1842 og 1879, hvor de første hospicene ble etablert i henholdsvis Lyon og Dublin. Etableringen av St. Christophers Hospice, som ble startet av Dame Cicely Saunders, markerte en ny æra innen palliasjon. Etter dette ble det et ønske om en akademisering av faget, og samtidig kunne etablere et klinisk tilbud med en bred faglig tilnærming. Med dette kom introduksjonen til begrepet ”total pain” eller total smerte, som viser til behovet for en bred tilnærming til pasienter med kreft med et sammensatt smertebilde (Kaasa, 2008a). Total smerte handler om fysisk, psykisk, åndelig/eksistensiell og sosial smerte. Den totale smerten er en total opplevelse, men også et uttrykk for lidelse. Grunnen for å dele det opp i fire ulike dimensjoner, er for å vise til at lidelse oppleves på flere ulike plan. For den syke pasienten er det ikke sikkert at det oppleves med slik klare skillelinjer, men at det hele oppleves som en sammensatt smerte. Eksistensiell smerte er den smerten som kommer når eksistensen til en personen er truet og vil være assosiert med meningsløshet og eksistensiell ensomhet. Sosial smerte kan komme på grunn av

tap av relasjoner, roller og fremtid. Psykisk smerte er den følelsesmessige reaksjonen på tap, sykdom og lidelse. Den fysiske smerten innebærer ikke bare pasientens subjektive opplevelse på symptomer, men også tap av fysiske funksjoner og kroppslige grenser. Den totale smerten er en subjektiv opplevelse, og kompleksiteten kan vi få kun få høre gjennom pasienten egne beskrivelse av situasjonen (Hench, 2013). Dette stiller da naturligvis krav til sykepleierens kompetanse i hvordan kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase.

Palliasjon har som mål å øke livskvaliteten til både pasienten og pårørende. Hovedområdene for pleien skal være fokusert på lindring av smerter og andre fysiske problemer, samt de eksistensielle, psykiske og åndelige behovene som pasienten har (Helsedirektoratet, 2015a). Pasienter i palliativ fase er mennesker med ulik grad av hjelpebehov, prognose og funksjonsnivå. I møte med disse pasientene bør sykepleieren alltid reflektere over pasientens problemer, for å kunne kartlegge alle behovene for hjelp. De aller fleste vil også ha flere plager samtidig. Hovedvekten av palliative pasienter vil være eldre mennesker, og mange vil ha komorbide tilstander. Etersom de er eldre, har mange et svekket nettverk og har et hjelpebehov som strekker seg forbi inkurabile kreftsykdommen. Det vil være en rekke forhold som vil variere mellom palliative pasienter. Det kan eksempelvis være grunnsykdommen, graden og mengden av subjektive symptomer, erfaringer med kreftbehandling og håndtering av pasientrollen (Loge, Bjordal, Paulsen & Kaasa, 2008). Dette krever samarbeid fra flere profesjoner og ulike nivåer innen helsevesenet (Kaasa, 2008a). Før i tiden var palliasjon ensbetydende med pasienter som har en kreftsykdom. Nå har tilbudet blitt åpnet opp for å gjelde alle pasienter med livstruende sykdom. Statistikk viser at fortsatt at 95% av alle pasienter på palliative enheter på sykehus, er pasienter med en kreftsykdom (Helsebibloteket, 2015).

Det har vært ulike tradisjoner i de nordiske landene for å kartlegge de mest sentrale symptomene. Det viser seg å være en bredere enighet om å bruke en nasjonal versjon av det kjente symptomkartleggingsverktøyet Edmonton Symptom Assessment Schedule (ESAS) (Kaasa & Loge, 2008). Siden symptomer er subjektive har det vist seg for å oppnå optimal symptomlindring, at det er viktig med systematisk kartlegging. ESAS er et slik kartleggingsverktøy som er ment for å utføre gjentatte målinger av pasientens symptomintensitet med lavest mulig belastning for pasienten (Bergh, Kvalem, Aass & Hjermsstad, 2012).

Det norske helsevesenet må ha en hensiktsmessig organisering, for at det skal kunne yte god og effektiv helsehjelp. Dette gjelder nok for palliasjon mer enn det gjelder for de fleste andre fagområder. Pasientene som har en uhelbredelig, langtkommen sykdom vil måtte forflytte seg mellom, sykehus, sykehjem og hjemmet ettersom behovet for ulik pleie og behandling vil variere til enhver tid. Med andre ord er det viktig at det foreligger en god organisering for at disse overgangene mellom ulike instanser i helsevesenet skjer så smertefritt så mulig for pasienten (Haugen, Jordhøy & Hjermstad, 2008).

De aller fleste pasienter som befinner seg i en palliativ fase, vil ved et tidspunkt ha behov for en eller flere innleggelser på sykehus. Særlig vil kreftavdelinger og tilhørende poliklinikker utføre palliativ behandling når dette er ved behov. Det kan være behov for ulik kompetanse fra forskjellige instanser innad i sykehusene. Dette kan eksempelvis være avdelinger som gynekologisk, nevrologisk, lunge-, medisinsk eller øre-nese-hals-avdelinger. Andre instanser ved sykehusene vil være de kirurgiske avdelingene, som har ansvar for tumorrettet palliativ behandling og andre palliative kirurgiske inngrep. Sykehusavdelinger som har pasienter med kreft eller andre pasienter som trenger lindrende behandling, skal kunne beherske grunnleggende palliasjon. Dette innebærer at det eksisterer et tverrfaglig sammensatt personale og ressurspersoner som har et spesielt ansvar for palliasjon. Det stilles også ulike krav til at avdelingen skal ha egnede lokaler for terminal pleie og ivaretagelse av pårørende (Haugen et al., 2008).

### 4.3 Hva er smerte

Ifølge International Association for the study of Pain er smerte definert som ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv” (2012). Smerte er en subjektiv erfaring og en opplevelse som varierer fra person til person. Smerter påvirkes av mange ulike faktorer som enten er med på å forverre eller redusere smerteopplevelsen. Det er for eksempel ikke alltid at pasientens opplevelse av smertene er direkte relatert til den underliggende medisinske årsaken, men at psykososiale og kulturelle faktorer spille inn. Siden smerter er en så varierende opplevelse for mennesker, så vil muligheten for andre til å forstå noen andres smerter bli ufullstendig (Berntzen et al., 2011). Sentralnervesystemet og det perifere neversystemet reagerer forskjellig på smertestimuli, dette gjør at smerteopplevelsen blir



forskjellig fra menneske til menneske. Emosjonell og kognitiv bearbeidelse av smerteinformasjon i hjernen vil også kunne hemme eller forsterke smerteopplevelsen (Bjørge, 2010).

Det er flere måter å dele smerte inn på, i en klinisk sammenheng deles smerte inn i tre hoveddeler. Akutte smerter, kreftsmarter og kroniske ikke-maligne smerter. Akutte smerter er en biologisk advarsel som vil komme med engang det er vevsskade, og smerte vil forsvinne når vevsskaden er til helet. Til motsetning vil de kroniske smertene vedvare etter at vevsskaden er helet (Jensen, 2015b). Smerter kan også deles inn i nociseptive smerter, nevropatiske smerter, idopatiske smerter og psykogene smerter (Berntzen et al., 2011).

Nociseptive smerter skyldes stimulering av nociresptorene. Disse smertene kommer ofte akutt enten ved inflammasjonstilstander eller ved at en tumor vokser (Jensen, 2015b). I den distale enden av nervefiberne finner vi smertereseptorene eller nocireseptorene (Berntzen et al., 2011). Nociseptisk smerte er en fysiologisk funksjon som er ment til å verne om kroppens integritet. Denne prosessen varsler om at det pågår en patologisk prosess eller en reparasjon (Bjørge, 2010). Nociseptisk smerte er forårsaket av vevsskade som påvirker nociseptorene. Nociseptorene finnes mange ulike typer vev, blant annet hud, muskler, beinhinne og sener. Denne typen smerte er ofte skarp og kan lokaliseres til det aktuelle organet som er affisert. (Kaasa & Borchgrevink, 2008).

Nevropatiske smerter skyldes en skade på nervesystemet som overfører nerveimpulser til hjernen (Kaasa & Borchgrevink, 2008). Det kan oppstå skader både i det perifere nervesystemet og i det sentrale nervesystemet. De patologiske forandringene som kan skje ved en skade av en nerve kan gi opphav til smerter. Nevropatiske smerter kan fremstå på ulike måter. I de områdene som er affisert kan pasienten oppleve konstant, sviende, brennende eller stikkende ubehag eller smerte i huden, ofte kombinert med en dypere borende smerte. Noen pasienter plages med snørende eller klemmende smerte. Nevropatiske smerter blir for en del pasienter mest fremtredende på et langtkommet stadium av kreftsykdommen (Bjørge, 2010).

#### 4.4 Kreftrelaterte smerter

Smerter som kommer i forbindelse med en aktiv kreftsykdom kalles enten for kreft smerter, maligne smerter eller kreftrelaterte smerter. Det som er typisk for en slik smertetilstand er hvor komplisert opphavet til smertene kan være. Smertene kan opptre med elementer fra andre smertetyper, som for eksempel en blanding av nociseptive og nevropatiske smerter. Det er karakteristisk for kreftpasienter med spredning å ha flere konkurrerende smerteårsaker på engang. Det er ikke alle krefttyper som er forbundet med kreft smerter. Maligne blodsykdommer, sett bort ifra myelomatose, opptrer svært sjeldent med smerter (Jensen, 2015a). Smerter som er utløst av en aktiv kreftsykdom, vil ofte være enklere å diagnostisere enn ikke-maligne smerter. For å få en riktig smertediagnose kreves det en anamnese og en klinisk undersøkelse. I noen tilfeller må det suppleres med nevrologisk undersøkelse (Bjørge, 2010)

Kreft smerter blir gjerne klassifisert som enten akutte eller kroniske. I en kronisk smittesituasjon kan det ofte komme akutte smerteepisoder, i tillegg til de vedvarende smertene. I 70% av tilfellene er kreftutløste smerter direkte forårsaket av grunnsykdommen. Hos de resterende er det ofte følgetilstander eller skader fra antitumorbehandlingen, for eksempel skade på nervesystemet eller i tarmen. Pasienter med kreft kan også ha smerter av en ikke-malign årsak (Bjørge, 2010).

Smerter som oppstår i forbindelse med kreft kan ha ulike årsaker. I utgangspunktet vil det innebære at kreftsykdommen gir eller har gitt et betydelig skade på ulike vev. I hud, muskler og skjelett er det høy tetthet av nociseptorer, som innebærer at ved fremvekst av en tumor i nærheten, vil både gi intens og lokalisert smerte. Hvis en tumor vokser inn i et indre organ, gir dette ofte en annen smerteopplevelse. Ved visceral nociseptiv smerte er det typisk med dårlig lokalisering og den refereres til andre steder på kroppen, dette kalles for referred pain. Skjelettmetastaser kan gi svært plagsomme smerter, ettersom smertene ofte er sammensatt med et jevnt murrende verk i tillegg til økende smerte ved bevegelse. Ødeleggelse av benvev stimulerer til inflammasjonsprosesser både i benmargen og periostalt. I benmargen er det svært mange nociseptive fibre som responderer på inflammasjonen og utløser smerter. Det har også vist seg at innvekst av tumor i benmarg også kan skade nervefibre og nerveender inne i marmen og dermed gi opphav til nevropatiske smerter. Pasienter med langtkommen kreft har ofte nevropatiske skader. Dette skyldes innvekst av tumor med trykk eller ødeleggelse av perifere never (Rosland & Tjølsen, 2008).

## 4.5 Smertekartlegging

Sykepleieren har et ansvar når det kommer å kartlegge pasientens totale smerte, den totale smerten er da, fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell. Sykepleiere må alltid ta pasientens beskrivelse og opplevelse av smerten, som et utgangspunkt for kartleggingen. Å ha en dialog med pasienten rundt dette med smerte er viktig for å kunne avklare pasientens tanker og tidligere erfaringer med smerte (Grovs & Lorentsen, 2013). For å kunne gi pasientene en optimal og tilfredsstillende smertelindring, så er det avgjørende at sykepleieren kan gjennomføre en god vurdering og kartlegging av pasientens smerte (Berntzen et al., 2011). Pasienter med kreft som har langtkommen sykdom har ofte mange symptomer samtidig. En av de hyppigste forekommende symptomene er smerte, det er i tillegg et symptom som kan behandles på flere måter. I flere smerte smerteepidemiologiske studier har det vist seg at kun 50% av kreftpasienter som har kjent smertediagnose, får en tilfredsstillende smertebehandling (Kaasa, 2008b)

I den palliative medisinen står de subjektive symptomene sentralt i diagnostikk og behandling. Registrering av sentrale symptomer bør skjer systematisk, regelmessig og på en enkel måte. Herunder bør systematikken bestå i at alle pasienter ved første konsultasjon fyller ut et ESAS skjema. Denne informasjon vil være med på å danne grunnlaget for den kliniske konsultasjonen (Kaasa & Loge, 2008). Det har vært ulike metoder for å kartlegge symptomer i de nordiske landene, men at det har gått over i en bred enighet om å bruke en nasjonal versjon av ESAS. I norsk sammenheng har denne metoden blitt anbefalt i ”Standard for palliasjon”, en standard som er utviklet av Norsk forening for palliativ medisin, på oppdrag fra Den norske lægeforening (Kaasa & Loge, 2008).

I følge Helsedirektoratet (2015a) så skal ESAS være et standard kartleggingsverktøy innen palliativ virksomhet, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. ESAS ble utviklet i Canada som et verktøy for å kunne kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliativ fase. ESAS er et symptomregisteringsskjema som består av et grafisk skjema, hvor det registreres inn skåringer for hvert av symptomene over tid. ESAS kartlegger totalt ni symptomer, disse er smerte i ro, smerte i bevegelse, slapphet, kvalme, tung pust, munntørrehet, matlyst, angst/uro, trist/deprimert og et punkt som spør et mer generelt spørsmål om hvordan pasienten totalt har det. Svarene gis ved å ved å føre det ned på en numerisk rangerings skala (NRS). Dette spennet rangeres fra 0-10, hvor 0 er ingen plage og 10 er verst tenkelig plage

(Myhra & Grov, 2010). Mange studier har vist at ESAS er et enkelt verktøy som både pasient og pårørende kan fullføre i løpet av noen minutter (Rhondali et al., 2012).

#### 4.6 Smertetrappen

Ved medikamentell behandling av akutte smerter er det i dag fokus på at pasienter skal få individualisert smertebehandling. I dette begrepet ligger det at pasientens smerte skal nøye registreres, vurderes og behandles. Ved endringer i pasientens smerteintensitet skal det hele tiden kunne evalueres og endres ved behov. I dette så ligger da valget av legemiddel, administrasjonsform, dosering og doseringsintervaller (Berntzen et al., 2011). WHO har utviklet noe som kalles for en smertetrapp. Smertetrappen er ment som en retningslinje for å vise hvilke medikamenter som bør tas i bruk, ut ifra hvor intense smertene er. Den ble for første gang publisert på 1980-tallet og har originalt tre trinn. Smertetrappen var i utgangspunktet ment som en enkel tilnærming til behandling av kreftsmarter (Borchgrevink, Dale & Svendsen, 2012). I senere tid har smertetrappen blitt tatt i bruk for andre typer ikke-kreft relaterte smerter (Vargas-Schaffer, 2010).

#### 4.7 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kan defineres som to parter eller fler som utveksler meningsfulle tegn og signaler. Kommunikasjon kommer fra det latinske ord *communicare*, som betyr å gjøre noe felles eller være delaktig i en annen. Begrepet hjelpende kommunikasjon er ment for å tydeliggjøre de viktigste kjennetegnene ved kommunikasjon i forbindelse med helseprofesjonene. Hjelpende kommunikasjon er direkte rettet mot pasienten og de pårørende. Hjelpende kommunikasjon skal være anerkjennende, skape trygghet og tillit, og være med på å formidle informasjon som bidrar til å løse problemer og hjelper pasienten til å mestre situasjonen best mulig (Eide & Eide, 2012, s. 17-21). Nonverbal kommunikasjon er en stor del av kommunikasjonen mellom to parter. Den nonverbale kommunikasjonen kommer ofte til uttrykk gjennom spontane reaksjoner, som for eksempel et spontant smil, en bekymrende rynke eller et utålmodig kremt. Dette kan ofte formidle et budskap mer konkret enn mange ord. Men den nonverbale kommunikasjonen må alltid fortolkes av den parten som er mottaker (Eide & Eide, 2012, s. 198-200)

Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter vil være avgjørende for å kunne bygge en god relasjon mellom pasient, familie og sykepleier. Fra sykepleierens ståsted kreves det evne til aktiv lytting, speiling og variasjon av åpne og lukkede spørsmål, for å kunne få frem informasjon fra pasienten på en sensitiv måte og i pasientens sitt tempo (Trier, 2013). Gjennom å kommunisere med pasienten, vil sykepleier bli kjent med pasienten. Kommunikasjon vil da være sykepleierens viktigste redskap for å etablere en relasjon til pasienten. Ettersom sykepleieren blir kjent med pasientens og hans behov, vil det være lettere for sykepleier å identifisere pasientens behov for sykepleie og der med planlegge sykepleien i tråd med pasientens ønsker (Eide & Eide, 2012, s. 20-26)

For å kunne oppnå best mulig smertelindring, er det avgjørende med gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonellet. Det er en forutsetning at lege og sykepleier har tillit til pasientens opplevelse av egen smerte og pasienten må ha tillit til at helsepersonellet ønsker å hjelpe. Ansvar for å skape en tillitsfull relasjon ligger hos lege og sykepleier, det er disse som legger premissene for samarbeidet. Pasienten må tas med i planleggingen av smertebehandlingen, så langt dette lar seg gjøre. Pasientens egne erfaringer og meninger må tas alvorlig og prøves, på denne måten kan pasienten føle at han får en viss kontroll over situasjonen. Desto mer trygghet, tillit og respekt pasienten opplever, jo mer forsterket blir smertelindringen (Berntzen et al., 2011).

## 5 Hvordan kan sykepleieren kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase

I følge Dalland (2013, s. 143) er drøftingen en analyserende diskusjon som foregår med kvalifiserende argumenter. Dette betyr at argumentene belyses med enten teori eller empiri eller begge deler. I dette kapitlet vil jeg belyse problemstillingen med fag- og forskningslitteratur som er blitt redegjort tidligere i oppgaven. Her vil det komme frem ulike sider ved sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, som relateres til hvordan sykepleieren kan kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase.

### 5.1 Relasjonen mellom sykepleier og pasienten i palliativ fase

Relasjonen mellom sykepleier og den palliative pasienten må være bygget på tillit, forståelse, og et godt samarbeid for å best mulig kunne optimalisere smertebehandlingen for pasienten. Sykepleieren har et ansvar for å tilstrebe en relasjon til pasienten, slik at pasienten kan uttrykke de behov og ønsker som vil være nødvendig i den palliative fasen (Berntzen et al., 2011). Sykepleieren bør i forkant av det praktiske møte med den palliative pasienten gjøre visse forberedelser for å kunne kjenne best mulig til pasienten sin historie. Dette innebærer å lese gjennom tidligere journaler og anamneser som er tilgjengelige (Bjørge, 2010). Når sykepleieren går inn for å møte pasienten, handler det mye om hvordan arbeidet til sykepleieren utføres for å bygge relasjonen. Holdningene, varheten, stemningsleiet og måten sykepleieren ser pasienten sine behov kan virke positivt inn på relasjonen. Andre eksempler kan være å lytte til pasienten sin livshistorie, og vise nærvær som formidler at sykepleieren er tilgjengelig for pasienten. Dette kan få den kreftsyke pasienten til å følge seg sett og bli bekreftet som person (Grov & Lorentsen, 2013). Noe av det som kjennetegner palliasjonsfilosofien vil være å tilrettelegge for best mulig livskvalitet, for både pasienten selv, men også pårørende (WHO, 2014). Palliasjon var tidligere ensbetydende med pasienter som hadde kreft. Nå har tilbudet blitt åpnet til å gjelde alle pasienter med livstruende sykdom (Helsebibloteket, 2015; Kaasa, 2008a).

På en annen side viser det seg at hovedvekten av pasienter i palliative enheter på sykehus er pasienter med en kreftsykdom. Pasientene som får en kreftdiagnose vil som oftest stå overfor

mange utfordringer. Dette innebærer blant annet informasjon om sykdommen, behandling og eventuelle bivirkninger og senskader som kan forekomme. For noen av disse pasientene vil det å måtte forberede seg på døden bli en realitet. Dette er aspekter som sykepleieren må ta med i betraktningen når relasjonen til pasienten skal etableres (Merkle & Loescher, 2005; Nome, 2010; Reitan, 2010a; Rørth, 2014).

Sykepleieren må vite at pasienter i palliativ fase vil være rammet av langtkommen sykdom og ha mange ulike plager. Disse plagene kan enten være en direkte årsak av den underliggende kreftsykdommen, eller andre plager som obstipasjon. Obstipasjon kan komme som en årsak fra den medikamentelle behandlingen, men kan også gi opphav til ubehag og smerter for pasienten. Dette er eksempler på årsaker av kreftsykdommen, men andre konsekvenser kan også inntreffe som en indirekte årsak på grunnlag av kreftsykdommen. Psykisk og sosiale faktorer vil ofte påvirke pasienter som er i fase med forventet kort levetid. Dette kan være plager som angst og depresjon. Kjennetegnene som vil være fremtredende hos den palliative pasienten er den totale smerte opplevelsen, begrepet total pain. I dette begrepet ligger fysisk, eksistensiell, psykisk og sosial smerte (Hench, 2013; Kaasa, 2008a).

I møte mellom sykepleieren og den palliative pasienten kan det oppstå situasjoner eller spørsmål som er av en etisk karakter. Dette kan dreie seg om spørsmål vedrørende den palliative pasienten sin medisiner, eller en vurdering av pasienten sitt ønske om å avslutte livsforlengende behandling. Ifølge Brinchmann (2012) er de fire prinsippers etikk et etiske rammeverk som ofte blir anvendt i vanskelige situasjoner i en klinisk hverdag. Autonomi prinsippet vil være sentralt i møte med den palliative pasienten, ettersom dette innebærer retten til å bli informert og retten til å velge selv. Sykepleieren som møter den palliative pasienten kan gjennom samtaler danne seg et inntrykk om pasienten er mentalt i stand til å velge. Dette innebærer at pasienten har tilstrekkelig forstått den informasjonen som han har fått, slik at pasienten kan foreta et begrunnet valg. Det er viktig at ytre press som kan påvirke beslutningene til den palliative pasienten motvirkes. Eksempel på ytre press kan være sterke anbefalinger fra pårørende. Sykepleieren må alltid ha respekt for autonomien til pasienten i palliative fase. Ettersom denne pasientgruppen ofte er under fysisk og psykisk påvirkning, er det ekstra viktig at sykepleieren verner om den palliative pasientens autonomi (Brinchmann, 2012, s. 84-92).

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde definerer de ulike områder som vil være dominerende i en sykepleieres arbeid. Disse ulike områdene er delt inn i syv grunnleggende deler. I de innledende møtene mellom sykepleier og den palliative pasienten, og gjennom forløpet til pasienten, vil den undervisende funksjonen være fremtredende. Den undervisende funksjonen vil innebære informasjon, undervisning og veiledning av pasienter og pårørende (Nortvedt & Grønseth, 2013). Informasjon og kunnskap til denne pasientgruppen kan myndiggjøre pasienten og gi ytterlig innsikt i egen situasjon. Kunnskap og forståelse kan hjelpe pasienten til å takle sin nye livssituasjon. Det er vesentlig at sykepleier ser viktigheten i å gi pasienter med kreft i en palliativ fase adekvat og korrekt informasjon, slik at de kan være delaktige i beslutninger som gjelder videre palliativ pleie (Reitan, 2010b). Dette samsvarer med retten til informasjon som er nedfelt i Pasient- og brukerrettingshetsloven (1999) og i Helsepersonelloven (1999).

Det er realistisk å tenke at sykepleiere både med og uten videreutdanning innen palliasjon vil møte på utfordringer i møte med en pasient i palliativ fase. Sykepleiere har en plikt til å informere pasient og pårørende på en effektiv og forståelig måte. Dette kommer til uttrykk i De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 2.4 og i Pasient- og brukerrettingshetsloven (1999) § 3-2. I en studie som er gjort på dette området viste det at pårørende til pasienter i palliativ fase, fikk informasjon som var tvetydig og måtte i etterkant tydes av pårørende (Caswell, Pollock, Harwood & Porock, 2015). Et forhold som kan spille inn er at sykepleiere som nylig er utdannet kan ha større vanskeligheter med å kommunisere med denne pasientgruppen, i motsetning til sykepleiere med lengre erfaring. Ifølge studien til Moir, Roberts, Martz, Perry og Tivis (2015) viser resultatene at desto lengre erfaring sykepleieren hadde, jo lettere var det å kommunisere med pasienter i palliativ fase. Det kan tenkes at nyutdannede sykepleiere ikke har nok erfaring i å håndtere kommunikasjon med pasienter som er i palliativ fase, og de spørsmålene som eventuelt måtte komme opp.

Sykepleieren må bruke sine kommunikasjonsevner for å bygge en god relasjon til mellom pasient og pårørende. Sykepleieren kan benytte seg av hjelpende kommunikasjon som er dirkete rettet mot nettopp pasient og pårørende. Den hjelpende kommunikasjonen skal være anerkjennende, tillitsskapende, bidra trygghet og være med på å formidle informasjon slik at pasienten kan takle situasjonen på en best mulig måte. Fra sykepleierens ståsted krever dette evne til å variere mellom aktiv lytting, speiling og en variasjon av åpne og lukkede spørsmål. Benytter sykepleieren seg av disse kunnskapene kan det føre til at informasjonen til



pasienten kommer frem på en sensitiv måte og i pasientens tempo (Eide & Eide, 2012; Trier, 2013).

For de fleste pasienter vil det være utfordrende å gå fra en kurativt behandlings forløp til palliativ fase. Gjennom en slik følelsesmessig situasjon kan det oppstå mange spørsmål, både fra pasient og pårørende (Moir et al., 2015). Et annet funn i studien til Moir et al. (2015) viser at det er et behov for å bedre kommunikasjon med pasienter og pårørende i møte med palliativ pleie. Spesielt viste studien at nyutdannede sykepleiere og sykepleiere som ikke jobbet ved kreftavdelinger, ikke var komfortable med å ta opp ulike tema som omhandlet palliasjon og livets siste fase. Sykepleiere med lengre erfaring hadde mindre problemer med å kommunisere med disse pasientene (Ibid). I studien til Caswell et al. (2015) som ble gjort ved en travel sykehus avdeling, viser andre funn at sykepleierne ofte var engstelige for å ordlegge seg korrekt. Manglende selvtillit viser studien at er et problem for enkelte sykepleiere når de skulle kommunisere noe som angikk pasientens prognose eller videre pleie.

## 5.2 Betydningen av informasjon og veiledning

Alle mennesker i løpet av livet vil oppleve smerte, alle har også opplevd og måtte være der for å trøste og hjelpe noen. Smerter kan ha mange betydninger og forskjellige opphav, men i det daglige beskriver smerte en opplevelse av lidelse. Mennesker vil reagere forskjellig på smertestimuli, og dermed vil emosjonell og kognitiv bearbeidelse av smerteinformasjonen forsterke eller hemme opplevelsen av smerte. Innenfor den palliative medisinen er det viktig å definere begrepet smerte, ettersom det der omfatter noe mer enn bare vevsskade (Bjørge, 2010; Henoeh, 2013). Smerter er en av de mest fryktede symptomene hos pasienter med kreft, samtidig viser forskning at smerter en av de vanligste symptomene hos pasienter med kreft i den siste fasen av livet (Valeberg et al., 2010; Yennurajalingam et al., 2012). Smerter som kommer i forbindelse med aktiv kreftsykdom kalles for kreft smerter. I tillegg til å være i en palliative fase som naturligvis vil gå utover menneskets eksistensielle, psykiske og sosiale behov, er kreft smerter ofte sammensatte og kompliserte (Jensen, 2015a; Kaasa, 2008a).

I en studie ble det forsket på pasienter med kreft sine barrierer mot smertebehandling. Bakgrunnen for denne studien er at internasjonal forskning viser at pasienter er engstelige for

utvikle avhengighet eller en toleranse for smertestillende medikamenter. Derfor venter mange pasienter med å ta smertestillende før smertene er sterke nok, eller de tar en lavere dose enn det som er forskrevet av lege. Andre årsaker som kom frem i studien var at enkelte pasienter lot vær å snakke om smertene, fordi de trodde at dette kunne representere at sykdommen har utviklet seg videre, og at legen dermed ville stoppe behandlingen av kreftsykdommen. Det kom frem i studien at både pasient og pårørende var redde for at de smertestillende medikamentene skulle føre til avhengighet. Ifølge studien viser dette at pasient og pårørende ikke har fått tilstrekkelig informasjon eller ikke har forstått informasjonen vedrørende medikamentenes virkning (Valeberg et al., 2010).

Dersom pasienter ikke får tilstrekkelig informasjon vedrørende medikamenter og deres virkningsmekanismer kan det føre til at pasienter ikke bruker medikamentene slik de er forskrevet av lege. Denne mangelen på informasjon kan gjøre at pasientene opplever situasjonen som uoverkommelig og derfor lar vær å ta medikamentene eller reduserer dosene. Et av sykepleierens ansvars- og funksjonsområder er bevisst på punktet vedrørende undervisning og informasjon til pasienter og pårørende. Sykepleiere må ha en klar og samstemt kommunikasjon til pasienter i palliativ fase ettersom mye av det som blir sagt vil bli tolket av pasient eller pårørende. Pasienter i palliativ vil i mange tilfeller måtte forflytte seg mellom ulike instanser innen helsevesenet, noe som krever en god organisering for disse pasientene. Dette vil for pasienten bety å møte mange forskjellige sykepleiere og igjen måtte forholde seg til mye og ny informasjon (Haugen et al., 2008; Schjødt et al., 2008; Valeberg et al., 2010). Derfor er det grunnleggende at sykepleieren har økt kunnskap om viktigheten vedrørende at pasienten får adekvat informasjon tilpasset nivået til mottakeren. Dersom disse pasientene får adekvat og korrekt informasjon kan det føre til myndiggjøring av pasienten og bidra til økt kunnskap som bidrar til innflytelse i egen situasjon (Reitan, 2010b). Har pasienten trygghet og viss kontroll over situasjon vil dette igjen føre til at smertelindringen blir forsterket (Berntzen et al., 2011).

Det kan være ulike årsaker til hvorfor sykepleieren ikke gir god nok informasjon og undervisning til pasienten. I studien til Valeberg et al. (2010) trekkes det frem at sykepleierens kunnskap om bruken av ulike medikamenter og deres bivirkninger ikke er tilstrekkelig. Det er realistisk å tenke at det vil være vanskelig for sykepleieren å undervise og gi korrekt informasjon og det da tenkes at sykepleieren lar vær å gi pasienten undervisning og

informasjon. Andre årsaker som Valeberg et al. (2010) trekker frem er manglende kontinuitet i behandlingsforløpet.

### 5.3 Sykepleierens funksjon i smertebehandling

Sykepleieren har et særskilt rolle når det kommer til å kartlegge og observere smerte hos pasienter i palliativ fase. Dette kommer tydelig frem i lovverk og De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Ifølge De yrkesetiske retningslinjer punkt 2.9 står det at ”Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død” (2011). I pasient- og brukerrettighetsloven §2-1b så er det nedfelt pasienter rett på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Ifølge Berntzen et al. (2011) er det avgjørende at sykepleieren kan gjøre en kartlegging og en observasjon av pasientens smerter for å kunne oppnå optimal smertebehandling. På den ene siden så har sykepleieren gjennom sine ansvars- og funksjonsområder og De yrkesetiske retningslinjer, et krav om å skulle lindre smerter hos pasienter. Et punkt under sykepleierens ansvars- og funksjonsområder omhandler den lindrende funksjonen. Under dette punktet ligger er det definert ulike områder som sykepleieren eksplisitt har ansvar for. Dette er blant annet kartlegging av pasientens smerte, administrering av medikamenter og evaluering av iverksatte tiltak (Kristoffersen et al., 2011). Med dette som bakteppe er det realistisk å tenke at sykepleieren burde ha fått tilstrekkelig kunnskap fra studiene til å gjennomføre grunnleggende palliasjon.

Men på den andre siden viser ulik forskning at sykepleieren ikke har nok kunnskaper fra grunnutdanningen og andre forhold, som gjør at dette ikke er godt nok i den praktiske hverdagen som sykepleier. I en studie gjort av Rhondali et al. (2012), viste resultatene at sykepleiere med videreutdanning innen palliasjon, ikke hadde gode nok kliniske kunnskaper. I denne studien ble det fokusert på forskjellene mellom pasientens forklaring av egne symptomer gjennom bruken av ESAS, og sykepleierens kliniske blikk på pasientens symptomer. Resultatene viste at sykepleierens observasjoner av pasientens symptomer ikke stemte overens med pasientens egne forklaringer om symptomenes intensitet.

I en annen studie gjort i Norge, ble det gjort en vurdering av hvordan intensivsykepleiere brukte smerteskala på daglig basis (Reiersdal et al., 2009). Bakgrunnen for studien var at forskere innenfor smertefeltet, mente at grunnen til at pasienter ikke får den hjelpen de trenger, har med manglende kompetanse hos helsepersonell. Resultater fra studien viste at sykepleierne holdt seg for lite faglig oppdaterte, hadde for liten kompetanse for bivirkninger fra ulike typer smertestillende medikamenter og administrasjonsformer og at de sjeldent eller aldri brukt VAS-skala i det daglige arbeidet. Det viste seg at 78% av de som svarte sa at det ikke var en daglig rutine på avdelingen å bruke VAS-skala (Reiersdal et al., 2009). En kan nok ikke forvente at nyutdannede sykepleiere har den kliniske kompetanse som trengs for å observere smerte hos denne gruppen pasienter, men ved bruk av systematisk kartlegging vil det være mulig.

#### 5.4 Observasjon

Gode observasjonsevner er en viktig dimensjon i sykepleieutøvelsen, som kan være med å sikre korrekt smertebehandling til pasienter i palliativ fase. Et grunnleggende aspekt i sykepleie er observasjon. Når sykepleieren møter en pasient kan han ved hjelp av sin observasjonsevne bruke sanser til å innhente data om pasienten tilstand. Dette innebærer sanser som lukt, berøring, hørsel og syn (Kristoffersen, 2011; Nightingale, 1984). Pasienter kan være tilbakeholdene når det kommer til å utrykke egne ønsker og behov. En grunn til dette kan være at pasienten kvier seg for å si ting som plager han, slik som smerte. Sykepleierens oppgave i møte med dette blir å avdekke det pasienten ikke uttrykker med ord (Nortvedt & Grønseth, 2013).

På en annen side vil sykepleierens observasjonsevne ikke være tilstrekkelig når det kommer til å fullstendig kartlegge den palliative pasienten sine smerter. Smertene som den palliative pasienten kan oppleve, vil være en individuell oppfatning (Berntzen et al., 2011). Opplevelsen av smertene vil variere fra person til person og flere ulike faktorer i mennesket vil være med på å redusere eller forverre smerteopplevelsen. Innen palliasjon brukes begrepet total smerte, som er med på å definere kompleksiteten for smertene denne pasientgruppen kan oppleve. For eksempel vil disse pasientene ha fysiske smerter som er forankret i kreftsykdommen eller bivirkninger av behandling. Psykiske smerter som kommer av reaksjonen på tap, livstruende sykdom og lidelse. Eksistensiell smerte som manifesterer seg når eksistensen til en person er

truet, og assosiert med meningsløshet og eksistensiell ensomhet. Tap av relasjoner, roller og fremtid vil komme frem som sosial smerte. Ettersom smerter og andre symptomer er en subjektiv oppfatning som vil defineres av den enkelte pasienten som opplever det. For å kunne da oppnå optimal smerte- og symptomlindring er det helt vesentlig å gjennomføre en systematisk kartlegging (Bergh et al., 2012; Berntzen et al., 2011; Grov & Lorentsen, 2013; Henoeh, 2013).

For sykepleieren er det ikke alltid nok å begrense seg til det pasienten sier eller oppfatte det verbale budskapet. Like viktig vil det være å oppfatte de nonverbale signalene som pasienten uttrykker. De nonverbale signalene vil være det som formidles bevisst eller ubevisst uten ord. Pasienten vil ofte gjennom nonverbale signaler spontant vise noe mer av seg selv. Opphavet for slik spontane reaksjoner kan komme fra kroppslige reaksjoner som smerte, spenninger, tretthet, kvalme og andre fysiologiske prosesser (Eide & Eide, 2012, s. 198-200). Dette understreker viktigheten av sykepleierens observasjonsevne i møte med pasienter med kreft.

Sykepleier kan oppleve at pasienten har et ansiktsuttrykk eller kroppsspråk som uttrykker smerte eller andre former for plager. Hvis pasienten ikke formidler dette verbalt, kan ofte pasienten ha behov for at sykepleier tar initiativ til å spørre pasienten hva som plager han (Berntzen et al., 2011). I slike tilfeller kan sykepleier ta initiativ til å stille pasienten åpne spørsmål, som ofte vil være lettere for pasienten å åpne seg for og fortelle til sykepleieren hva som plager han. I det praktiske møte kan sykepleieren gå inn og hilse på pasienten, og derfra åpne med å stille noen åpne spørsmål. Eksempler på slik spørsmål kan være; *"Hei. Kan du fortelle meg hvordan du har det i dag?"*. Hvis det er tydelige tegn på at pasienten ikke har det godt, kan sykepleiere være litt mer spesifikk og spørre slik; *"Det ser ut som du ikke har det så godt nå, har du noe smerter eller noe annet som plager deg?"*. Pasienten kan også i noen tilfeller ha behovet for en annen å samtale med, på grunn av bekymringer og vanskelig tanker. Pasienten kan få samtale med psykolog eller psykiater og i visse tilfeller kan dette bidra til at smerteopplevelsen får mindre plass i bevisstheten til pasienten. Dette vil være en viktig faktor i kartleggingen, da psykiske problemer kan forårsake at et mindre smerteproblem forverres til en alvorlig smertesituasjon uten morfologisk grunnlag (Bjørgero, 2010; Kaasa, 2008b)

## 5.5 Systematisk kartlegging

Smerter som opptrer i forbindelse med en aktiv kreftsykdom blir ofte omtalt som kreftmerter eller kreftrelaterte smerter. Årsakene til kreftmerter blir ofte definert som kompliserte, ettersom det kan være elementer fra flere ulike typer smerter. Eksempelvis kan det være en blanding av nociseptive og nevropatiske smerter. Dette sees ofte hos pasienter med metastaser (Jensen, 2015a). På en annen side mener Bjørgo (2010) at diagnostiseringen av kreftutløste smerter ofte er enklere å diagnostisere, i motsetning til ikke-maligne smerter. Ifølge (Kaasa, 2008b) så får kun 50% av pasienter med kreft som har en kjent smertediagnose, ikke tilfredsstillende behandling for smertene. Pasienter i palliativ fase har ofte mange andre symptomer i tillegg til smerte. Dette setter forutsetninger til sykepleierens kunnskap om kartlegging av symptomer til denne pasientgruppen. Sykepleieren har et ansvar når det kommer til å kartlegge den palliative pasients totale smerte, ettersom den totale smerte står sentralt i diagnostikk og behandling for pasienter i palliativ fase. Pasientens beskrivelse og opplevelsen av smerte, er utgangspunktet for kartleggingen (Grov & Lorentsen, 2013; Kaasa & Loge, 2008).

Sykepleieren som kartlegger smerte må fokusere på smertenes intensitet, lokalisasjons, smertetypen og tidsaspekt for smertene. Pasienten kan komme med forklaringer, som at smertene er skarpe og kan lokaliseres til et spesifikt sted. Forklaringer som at smertene er sviende, brennende eller stikkende kan være andre uttalelser som pasienten kan komme med i forklaringen av egen smerte. Med dette som bakteppe kan sykepleieren som regel komme frem til smertetypen, om det er snakk om nociseptive smerter, nevropatiske smerter eller om det kan være en annen årsak (Bjørgo, 2010; Kaasa & Borchgrevink, 2008). Sykepleieren har da muligheter til å finne ut hvilke typer medikamentelle tiltak som vil være relevante for pasientens opplevde smerte. Ved bruk av smertetrappen kan sykepleieren tilrettelegge pasientens smertelindringstiltak. Det har de siste tiårene vært fokus på individualisert smertebehandling og ved bruk av smertetrappen kan sykepleieren gradvis bygge opp en hensiktsmessig medikamentell lindring. Smertetrappen ble først utviklet for å lindre kreft relaterte smerter, men i senere tid har smertetrappen blitt brukt på andre typer ikke-maligne smerter (Berntzen et al., 2011; Borchgrevink et al., 2012; Vargas-Schaffer, 2010). Smertetrappen har et trinnvis perspektiv, hvor sykepleieren kan evaluere og vurdere pasientens smerteintensitet og velger om det kreves ytterligere behov for smertestillende. Smertetrappen består av tre trinn, hvor medikamentene blir sterkere når en går opp et trinn (Berntzen et al., 2011).

I en artikkel av Vargas-Schaffer (2010) så har det blitt sett på hvor relevant smertetrappen er i dag. Det viser seg at smertetrappen fortsatt i dag følger de retningslinjer for hvordan smertebehandlingen bør bygges opp, i tillegg til at fokuset ved individualisert smertebehandling blir ivaretatt. Det har kommet flere forslag til nye versjoner av smertetrappen, hvor et av forslagene har vært å innføre et fjerde trinn. Dette trinnet skal være ment for kroniske ikke-maligne smerter, sterke akutte smerter og kreft-relaterte smerter. Det fjerde trinnet baserer seg på mer invasiv smertebehandling, ved hjelp av blant annet nerve blokader, epidural og PCA pumper (Ibid).

I motsetning fra smertebehandling til kreftpasienter som har et kurativt forløp, vil smertebehandlingen til pasienter i palliativ fase ha et annet fokus. Pasienter som befinner seg i en palliativ fase er ofte mennesker med flere plager og mange vil ha komorbide tilstander (Loge et al., 2008). De sentrale aspektene i den palliative pleien strekker seg lengre enn tradisjonell symptomlindring, ettersom den palliative pleien fokuserer seg mer på pasientens ikke bare fysiske, men psykisk, eksistensielle og åndelige og sosiale smerte. Et slik perspektiv på smerte har gitt opphavet til begrepet total smerte. Som strekker seg helt tilbake til begynnelsen av akademiseringen av fagfeltet palliasjon (Hench, 2013; Kaasa, 2008a).

Ettersom det sentrale målet i palliasjon er å øke livskvaliteten til pasienten og lindring av smerte og andre plagsomme symptomer må kartleggingen skje regelmessig og systematisk. Det finnes en rekke ulike metoder for å kartlegge symptomer innen palliasjon, men i dag viser deg seg at de aller fleste bruker en nasjonal versjon av ESAS (Helsedirektoratet, 2015a; Kaasa & Loge, 2008). En forutsetning for effektiv symptomlindring er regelmessig systematisk kartlegging pasientens plager. I dette ligger en grundig anamnese, kliniske undersøkelser og målrettet utredning. Pasienter som er i palliativ fase bør regelmessig følges opp ved å bruke ESAS (Helsedirektoratet, 2015a). Det er også viktig at lege har et aktivt forhold til bruken av ESAS og forordner hvor ofte dette skal registreres av pasient, slik at sykepleiere følger opp dette på samme måte som måling av vitale tegn og blodprøvetagning. Praktisk sett så kan legen rekvirere bruken av ESAS på samme sted i kurven som blodtrykk og puls (Kaasa & Loge, 2008). Sykepleieren må i forkant av kartleggingen bruke den undervisende og veiledende funksjonen, ved å informere og undervise både pasient og pårørende rundt hvorfor og hvordan det er viktig med kartlegging av symptomene til pasienten. Når sykepleieren gjør dette vil det bidra til å fremme trygghet hos pasient og pårørende, men også bidra til bedre

forståelse av sykdommen og de symptomene som pasienten opplever (Nortvedt & Grønseth, 2013).

I det praktiske møte kan sykepleieren komme inn til pasienten for å gjennomføre kartlegging ved bruk av ESAS. Det kan være gunstig å legge kartleggingen til når sykepleieren skal inn til pasienten for å måle vitale tegn, som blodtrykk, puls og metning. Ved sykehuset gjøres dette ofte på morgningen eller på kvelden. Det anbefales at pasienten selv fyller ut skjema ettersom det er de subjektive symptomene som pasienten skal fylle ut. En tredjeperson kan fylle ut skjema, hvis pasienten ikke er i fysisk eller kognitiv stand til å gjøre dette selv (Myhra & Grov, 2010).

Forskning på systemisk kartlegging av pasienter i palliativ fase som er inneliggende på sykehus, viser at mange sykepleiere ikke arbeider etter de ansvars- og funksjonsområdene for sykepleiere. I en studie gjort av Bergh et al. (2012) er det blitt forsket på hvordan pasienter i palliativ fase tolker og svarer på kartleggingsskjemaet ESAS. Det ble brukt kognitivt intervju etter at pasienten hadde fylt ut skjema. Kognitivt intervju ble brukt for finne meningen bak deltagerens svar, da ble det spurt etter grunnen for de svarene de oppgav. Et av funnene fra denne studien, var at de fleste deltagerne i studien uttrykte at de fikk mangelfull informasjon om bruken og meningen med ESAS kartleggingen. Hvis pasienten ikke forstår de spørsmålene er skrevet ned i ESAS skjema, vil ikke slutt resultatet bli gyldig eller pålitelig (Bergh et al., 2012). I en studie gjort av Steindal et al. (2011) hvor det ble forsket på hvorvidt kreftpasienter sine smerter ble dokumentert i forhold til pasienter uten kreft. Her kom det frem at pasienter med kreft fikk noe bedre oppfølging enn pasienter uten kreft, men at det foreligger rom for forbedringer. Resultatene slår også fast at uten systematisk kartlegging vil det være vanskelig for sykepleieren å gi adekvat smertelindring.

En styrke ved sykepleieprofesjonen er at det er mange retningslinjer som styrer hvordan skal sykepleieren skal prioritere og arbeide. Ettersom det er nedfelt i sykepleierens ansvars- og funksjonsområder at sykepleieren skal ha en undervisende funksjon og en lindrende funksjon. Den undervisende funksjonen innebærer informasjon, undervisning og veiledning av pasienter og pårørende (Kristoffersen et al., 2011). Betydelige svakhetstegn hos sykepleiere har vist seg gjennom ulik forskning, ved at sykepleiere ikke følger opp den undervisende funksjonen som er beskrevet i ansvars- og funksjonsområdene (Bergh et al., 2012; Nortvedt & Grønseth, 2013). I studien til Myhra og Grov (2010) ble det forsket på hvorvidt sykepleiere ved



sykehjem med palliative enheter og sykehjem med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, benytter seg av ESAS. Resultatene fra studien viser at sykehjemmet med en dedikert palliativ enhet, brukt ESAS hyppigere, hadde rutiner for bruken av ESAS og de hadde opplæring av personalet i bruken av ESAS. Det kan tenkes at det er noen likhetstrekk mellom de sykehjemmene med senger som er holdt av til pasienter i palliativ fase og en sykehus avdeling. Ettersom en sykehus avdeling også vil kun få inn pasienter i palliativ fase når behovet foreligger. Den lindrende funksjonen strekker seg mot kartleggingen av pasienten sine smerter, administrering av medikamenter og evaluering av iverksatte tiltak. Dette krever naturligvis kunnskaper hos den enkelte sykepleier. Innenfor disse områdene er det viktig at sykepleier arbeider kunnskapsbasert. Teoretisk kunnskap og kliniske kompetanse danner grunnlaget for kunnskapsbasert praksis. Sykepleieren må kunne kombinere forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap, med fokus på pasienten sine ønsker og behov (Kristoffersen, 2011).

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven er det blitt sett på hvordan sykepleiere kan kartlegge og observere smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase. Det er flere aspekter som har vært tatt opp til vurdering.

En relasjonen mellom sykepleier og den palliative pasienten som er bygget på tillit, forståelse og et godt samarbeid er essensielt for å kunne optimalisere smertebehandlingen til pasienten. Ansvarer ligger hos sykepleieren til å tilstrebe denne relasjonen, slik at pasienten kan uttrykke de behovene og ønskene som vil være naturlige i en palliativ fase. Sykepleieren må bruke den undervisende og veiledende funksjon i møte med pasienter og pårørende i møte med denne pasientgruppen. Informasjonen og undervisningen som sykepleieren kan bidra med kan gi pasienten innsikt i egen situasjon og dermed legge forutsetninger for god smertelindring. Sykepleieren må aktivt bruke den undervisende funksjonen som ligger til grunn i sykepleierens ansvars- og funksjonsområder. Oppgaven påpeker at det er ulike barrierer for smertebehandlingen til pasienter med kreft, blant disse er frykten for avhengighet og at pasienter lot vær å snakke om smerter, for de trodde det kunne være utvikling av sykdommen. Dette igjen viser til betydning av sykepleierens undervisende og informative funksjon.

Andre funn i oppgaven konkluderer med at sykepleierens observasjonsevne alene ikke vil være tilstrekkelig for å oppfatte pasientens symptomer, men at dette må være et supplement til den systematiske kartleggingen. Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder punkt om sykepleierens lindrende funksjon har også vært et gjennomgående tema for oppgaven. Her viser ulike funn at sykepleierens kunnskap vedrørende bruken av systematisk kartlegging av smerte, ikke alltid er tilstrekkelig den praktiske utøvelsen av sykepleie.

Oppgaven peker mot at systematisk kartlegging av smerte ved bruken av ESAS til pasienter i palliativ fase er essensielt, for at sykepleiere med forskjellig erfaring kan legge til rette for optimal smertebehandling. Dette er spesielt viktig hos en gruppe pasienter som ofte har en kompleks og sammensatt smerteproblematikk.

## Litteraturliste

- Bergh, I., Kvalem, I. L., Aass, N. & Hjermstad, M. (2012). What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment System. *Palliative Medicine*, 25(7), 716-724. doi:10.1177/0269216310395985
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I *Klinisk sykepleie 1* (s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bjørge, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Borchgrevink, P. C., Dale, O. & Svendsen, K. (2012). The Morphine Manifesto. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 935-936. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2254845/>
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R. & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 1-14. doi:10.1186/s12904-015-0032-0.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2013). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 63-81). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Grov, E. K. & Lorentsen, V. B. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Haugen, D. F., Jordhøy, M. S. & Hjermstad, M. (2008). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (s. 197-212). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Helsebibloteket. (2015). *Definisjon av palliasjon*. Hentet 15.03.2016 fra <http://www.helsebibloteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon>
- Helsedirektoratet. (2015a). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt*. Oslo. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport\\_lindrende behandling og omsorg ved livets slutt\\_IS-2278.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport_lindrende_behandling_og_omsorg_ved_livets_slutt_IS-2278.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Henoch, I. (2013). Den totala smärtan. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt, & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård* (s. 129-136). Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 139-147). Oslo: Akribe.
- International association for the study of pain. (2012). *IASP Taxonomy*. Hentet 02.03.2016 fra <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698 - Neuritis>
- Jensen, N.-H. (2015a). Cancerrelaterede smerter IM. Høgh, N.-H. Jensen, & A. P. Pickering (Red.), *Smerte bogen* (s. 201-221). København: Munksgaard.

- Jensen, N.-H. (2015b). Definition og klassifikaasjon af smerter. I M. Høgh, N.-H. Jensen, & A. P. Pickering (Red.), *Smerte Bogen* (s. 45-56). København: Munksgaard.
- Kaasa, S. (2008a). Palliativ medisin - en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (s. 31-47). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kaasa, S. (2008b). Smertediagnostikk. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kaasa, S. & Borchgrevink, P. C. (2008). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2008). Diagnostikk innen palliasjon - en generell innføring. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (Bind 2., s. 75-88). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kreftregisteret. (2014). *Cancer in Norway*. Hentet fra [http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer in Norway/2014/CiN-sammendrag.pdf](http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2014/CiN-sammendrag.pdf)
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie - Kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 162-203). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 16-28). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 07.04.16 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>
- Loge, J. H., Bjordal, K., Paulsen, Ø. & Kaasa, S. (2008). Den palliative konsultasjonen. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (s. 63-72). Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Merkle, C. J. & Loescher, L. J. (2005). Biology of Cancer. I C. H. Yarbrow, M. H. Frogge, & M. Goodman (Red.), *Cancer Nursing* (Bind 6, s. 3-26). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. J. (2015). Communicating with Patients and their Families about Palliative and End of Life: Comfort and Educational Needs of Staff RNs. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112.  
doi:10.12968/ijpn.2015.21.3.109.
- Myhra, C. B. & Grov, E. K. (2010). Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Sykepleien*, 5(3), 210-218. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0113
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nome, O. (2010). Generell onkologi. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 367-397). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF. (2011). *Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettshetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov om pasient](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20pasient)
- Reiersdal, O., Helland, E. S. & Breland, H. P. (2009). Sykepleiere bruker ikke smerteskala. *Sykepleien*, 97(7), 50-52. doi:10.4220/sykepleiens.2007.0044
- Reitan, A. M. (2010a). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe.

- Reitan, A. M. (2010b). Krise og mestring. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 72-98). Oslo: Akribe.
- Rhondali, W., Hui, D., Kim, S. H., Kilgore, K., Kang, J. H., Nguyen, L. & Bruera, E. (2012). Association between patient-reported symptoms and nurses' clinical impressions in cancer patients admitted to an acute palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 15(3), 301-307. doi:10.1089/jpm.2011.0403
- Rørth, M. (2014). Hva er kreft? I A. Prip, & K. Wittrup (Red.), *Kreftsykepleie*. København: Forfatterne og Munksgaard.
- Rosland, J. H. & Tjølsen, A. (2008). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (s. 312-325). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Schjødt, B., Haugen, D. F., Straume, M. & Værholm, R. (2008). Familien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Seland, M., Kaasa, S. & Klepstad, P. (2005). Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(18), 2500-2503. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2005/2500-3.pdf>
- Steindal, S. A., Bredal, I. S., Sorbye, L. W. & Lerdal, A. (2011). Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 771-779. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00892.x
- Trier, L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3* (s. 893-940). Oslo Cappelen Damm Akademiske.
- Valeberg, B. T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 266-276. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0141
- Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician*, 514-516.

WHO. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Hentet fra [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

Yennurajalingam, S., Kang, J. H., Hui, D., Kang, D. H., Kim, S. H. & Bruera, E. (2012). Clinical response to an outpatient palliative care consultation in patients with advanced cancer and cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 340-350. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.014