

# Smertekartlegging av palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser

Kandidatnummer: 489 og 311  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie, emne 14b

Antall ord: 8614  
Dato: 12.04.2021



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 12.04.2021
----------	--

## Smertekartlegging av palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser

### Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier identifisere den totale smerten hos palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser?*

### Teoretisk perspektiv

I kapittel 2 blir oppgavens teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlag presentert. Alle komponentene innenfor total pain prinsippet, kartleggingsverktøyene ESAS og EORTC samt sykepleierfaglige utfordringer knyttet til indentifiseringen av smerte blir lagt frem. I tillegg presenteres det utvalgt lovverk og etikk som sees å være relevant for oppgaven. Fagkunnskapen som fremkommer i kapitlet, vil legge grunn for videre drøfting i kapittel 5.

### Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som baserer seg i hovedsak på pensum fra sykepleiestudiet, forskningsartikler, lovverk, etiske retningslinjer og annen faglitteratur.

### Diskusjon

I diskusjonen blir den totale smerten til palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser drøftet sammen med kartlegging og identifisering av disse smerteformene. Diskusjonen belyser også utfordringene som kan fremkomme i kartlegging av pasienter med skjelettmetastasers totale smerte.

### Konklusjon

I oppgavens konklusjon avdekkes det at sykepleier ikke nødvendigvis vil klare å identifisere den totale smerten til pasienten ved kun bruk av kartleggingsverktøy eller egne observasjoner. Det fremkommer derimot at sykepleier må benytte seg av en mer kvalitativ vurdering, hvor flere identifiseringsmetoder blir benyttet. Det blir også problematisert at ESAS blir brukt som kvalitetsindikator innenfor palliasjon i det norske helsevesenet, når eksempelvis EORTC-verktøyene tar for seg total smerte i større grad.

(Totalt antall ord:300)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2	Temaets sykepleiefaglige relevans.....	4
1.3	Presentasjon av problemstilling .....	5
1.3.1	Kontekst .....	5
1.3.2	Avgrensning og presisering av problemstilling .....	5
1.4	Begrepsavklaring .....	6
1.5	Disposisjon.....	6
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>8</b>
2.1	Sykepleierens behandlende funksjon.....	8
2.2	Smerter hos palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser .....	8
2.2.1	«Total pain» - prinsippet .....	9
2.2.2	Fysisk smerte.....	9
2.2.3	Psykisk smerte.....	9
2.2.4	Eksistensiell og åndelig smerte .....	10
2.2.5	Sosial smerte .....	11
2.3	Kartleggingsverktøy .....	11
2.3.1	Kvalitativ- og kvantitativ smertevurdering .....	11
2.3.2	EORTC.....	11
2.3.3	ESAS .....	12
2.4	Sykepleiefaglige utfordringer knyttet til identifisering av smerte .....	12
2.5	Etiske og juridiske prinsipper .....	13
2.5.1	Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer .....	13
2.5.2	Lovverket .....	14
<b>3</b>	<b>Metode for oppgaven</b> .....	<b>15</b>
3.1	Litteratursøk og søkehistorikk .....	15
3.1.1	Valg av databaser og søkeord.....	15
3.1.3	Tabell over litteratursøk .....	16
3.1.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	17
3.2	Utvalg av faglitteratur .....	18
3.3	Kildekritikk.....	19
3.4	Etiske vurderinger .....	20
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>21</b>
4.1	Hovedresultater .....	21
4.2	Artikkelmatrise.....	22
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>24</b>
5.1	Total smerte.....	24
5.2	Kartlegging og identifisering av smerter.....	27
5.3	Utfordringer knyttet til bruk av kartleggingsverktøy.....	30
<b>6</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg 1: EORTC</b> .....	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>Vedlegg 2: ESAS</b> .....	<b>41</b>

# 1 Innledning

Hensikten med denne litterære oppgaven er identifisering og kartlegging av den totale smerten til palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser. Sykepleiere møter denne pasientgruppen både i sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Kreftforeningen fikk 34 979 personer kreft i 2019. Videre viser statistikk at kun tre av fire som diagnostiseres med kreft overlever (Kreftforeningen, 2020). De vanligste kreftformene i Norge er prostatakreft og brystkreft (Kreftregisteret, 2012). Ved begge kreftformene er metastasering til skjelettet vanlig (Lund & Kaasa, 2016, s. 310).

Overlevelsestiden til pasienter med metastaser til skjelettet har en median på 4 til 5 år, dermed vil mange av denne pasientgruppen ha behov for palliativ behandling (Trovik & Bauer, 2016, s. 596). I tillegg vil pasienter med skjelettmetastaser ofte ha høy forekomst av smerter (NHI, 2019). Smerter påvirker livskvaliteten til pasienter kraftig, og er dermed ofte det pasienter frykter mest i forbindelse med kreft (Kunnskapssenteret, 2005). Derfor blir smertekartlegging av palliative kreftpasienter viktig for en god behandling av smertene, samt tilrettelegging for en verdig avslutning på livet.

Eget engasjement og interesse har vært innvirkende for valget av temaet. Vi har begge gjennom jobb og praksisperioder møtt pasienter med ulike kreftdiagnoser, på ulike stadier av sykdomsforløpet, også de som mottar palliativ behandling. Av dette har vi erfart hvordan grundig smertekartlegging er viktig for å ivareta god smertelindring og palliasjon.

## 1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Sykepleieprosessen er grunnleggende for all utøvelse av sykepleie. Ved innhenting av data om smerter gjennom kartlegging og presisering av behovet for lindring hos pasienten, vil sykepleier befinne seg i første del av sykepleieprosessen (Ehnfors et al., 2016, s. 15).

Sykepleieren har også et kontinuerlig ansvar i beskrivelsen av endringene til smertene, i tillegg til dokumentasjon (Lorentsen & Grov, 2017, s. 409). God smertekartlegging er hjørnesteinen for adekvat smertelindring. Dette underbygger den sykepleiefaglige relevansen for oppgaven.

Smertekartlegging hos pasienter med skjelettmetastaser kan sees på som et sentralt element i sykepleierens behandlende funksjon. Den behandlende funksjonen til sykepleiere går ut på å enten redusere eller fjerne problemer (Kristoffersen et al. 2017, s. 18). I denne oppgaven vil definisjonen på dette «problemet» være smerter hos pasienter med skjelettmetastaser. En tidlig arbeidsoppgave sykepleiere har ved behandling av smerter er å avklare hvilke smerter pasienten har, herunder intensiteten og omfanget av smertene. For så å utføre en tilpasset smertebehandling som fremmer lindring (Sigaard & Dieperink, 2019, s. 394).

Kreft er en sykdom som rammer mennesker i alle aldre og samfunnslag. Sykepleier møter disse pasientene innenfor de fleste helsevirksomhetene. Derfor er det relevant for en optimal behandling at sykepleiere har kunnskap om kreftrelaterte smerter og kan kartlegge disse. For å kartlegge den totale smerten til pasienten, bør sykepleier ha kunnskap om fysisk, psykisk, eksistensiell og sosial smerte (Lorentsen & Grov, 2017, s. 409). Dette støtter også opp under sykepleierens ansvar i å ivareta hver enkelt pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019 ).

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Formålet med oppgaven er å drøfte hvordan sykepleier kan identifisere smerter hos kreftpasienter med skjelettmetastaser. Trolig vil sykepleier ha et bedre grunnlag for utøvelse av god smertelindring ved økt kunnskap om smerter hos denne pasientgruppen. På bakgrunn av overstående statistikk og sykepleiefaglig relevans har følgende problemstilling dermed blitt formulert:

*Hvordan kan sykepleier identifisere den totale smerten hos palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser?*

#### **1.3.1 Kontekst**

Palliative pasienter med skjelettmetastaser omfavner flere stadier og tilstander. Sykepleier vil møte pasientgruppen på forskjellige arenaer: i poliklinikk, i hjemmet og på sykehus. Derfor er det en generalisert tilnærming til konteksten sykepleier møter pasientene i.

#### **1.3.2 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Oppgaven avgrenses til kreftpasienter med skjelettmetastaser som mottar palliativ behandling, da disse pasientene kan oppleve stor smerteproblematikk. Pasientgruppens alder er bestemt til å være over 50 år, men ikke kjønnsavhengig. Valget om kjønnsnøytralitet skyldes mangelfull

informasjon om kjønnsmessige forskjeller på smertene hos palliative kreftpasienter (Vigstad et al., 2018, s. 2). Oppgaven baseres på forskning der pasientene har tilstrekkelig funksjon til å svare på eller fylle ut kartleggings skjemaer. For å begrense oppgavens omfang vil personer med psykisk utviklingshemning, personer med demens eller andre pasientgrupper som kan ha problemer med å besvare kartleggingsverktøy, ikke til å bli inkludert.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

*Smerte* defineres som en ubehagelig, subjektiv, opplevelse som kan komme av potensiell eller faktisk vevsødeleggelse. Opplevelsen kan både være sensorisk og psykisk. Smerte er sammensatt og kan omhandle alt fra fysiske, psykiske, kulturelle, åndelige, eksistensielle og sosiale forhold (Danielsen et al., 2016, s. 383).

*Palliasjon*, eller lindrende behandling, skjer når pasientens sykdom ikke lenger behandles kurativt. Palliativ behandling som kan bestå av livsforlengende og/eller symptomlindrende behandling, med mål om best mulig livskvalitet for pasienten (Lorentsen & Grov, 2017, s. 423).

*Skjelettmetastaser* er en malign tumor som har spredd, eller metastasert, seg til skjelettet fra et annet organ i kroppen. Skjelettmetastaser vil som oftest oppstå i ryggvirvlene, bekkenet, ribbeina, humerus og femur, men de kan også fremkomme i annet benvev (Langeland et al., 2017, s. 494). I denne oppgaven vil ordet skjelettmetastaser bli brukt som en samlebetegnelse for alle metastaser som befinner seg i skjelettet.

*Total Pain* er et begrep som ofte brukes innen palliasjon for å kunne forklare den totale smerten døende pasienter vil kunne oppleve. Total pain omfavner psykisk, sosial, eksistensiell og åndelig smerte, i tillegg til den fysiske smerten (Mehta & Chan, 2008, s. 27).

#### **1.5 Disposisjon**

I kapittel 2, teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag, presenteres anerkjent og faglig kunnskap rettet mot valgt problemstilling. Oppgavens metode blir presentert i kapittel 3, herunder søkehistorikk og kildekritikk. Forskningsartiklene som resultat av søkehistorikken blir presentert i en egen artikkelmatrise i kapittel 4. Under kapittel 5 kobles teorien sammen med resultatene fra forskningene, dette brukes i drøftingen. Til slutt oppsummeres

hovedpunktene fra oppgaven til en besvarelse på problemstillingen i kapittel 6, avslutning.  
Etter referanselisten er det lagt til to vedlegg, EORTC-verktøyene og ESAS.

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I teorikapittelet presenteres relevant teori for oppgavens problemstilling. Teorien er basert på pensumlitteratur, samt andre relevante litterære kilder. Fokuset i kapittelet vil ligge på sykepleierens behandlende funksjon, smerter hos palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser, smertekartlegging og utfordringer som kan oppstå rundt dette, i tillegg til etiske og juridiske prinsipper.

### **2.1 Sykepleierens behandlende funksjon**

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder er mange. Ifølge Kristoffersen et al. vil sykepleiere i praksis arbeide forebyggende, helsefremmende, behandlende, lindrende rehabiliterende, administrativt og fagutviklende (2017, s. 17). På tross av at sykepleierens ansvars- og funksjonsområder er mange, vil fokuset i denne oppgaven ligge på sykepleierens behandlende funksjon.

Sykepleieprosessen er grunnleggende for all sykepleie som blir utøvd, fra observasjon hvor data blir innhentet til utforming av sykepleiediagnose. Etter utformingen av sykepleiediagnosen, igangsettes ulike tiltak og til slutt gjennomføres en evaluering og dokumentasjon av prosessen (Fossum & Rotegård, 2016, s. 15). En viktig del er identifisering av problemområder og kartlegging av disse, herunder pasientens smertebilde. Kartleggingen er en del av observasjonen, som senere vil tilrettelegge for smertelindringstiltak (Lorentsen & Grov, 2017, s. 409).

### **2.2 Smerter hos palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser**

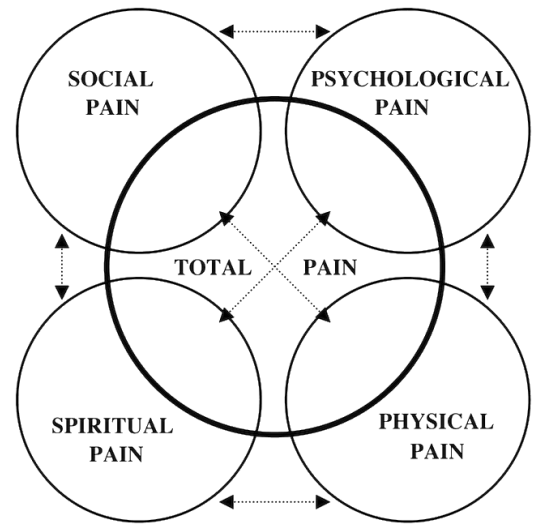
For palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser er symptomene ofte komplekse og sammensatte, der 70% av smertene er relatert til kreftspredningen (Trovik & Bauer, 2016, s. 595). Symptomlindring er sentralt i kreftbehandlingen og omfavner lindring av smerter, fatigue og eksistensielle bekymringer og plager av sosial og psykisk karakter (Lorentsen & Grov, 2017, s. 426). Symptomene endres ofte i den palliative fasen, det er derfor viktig å se symptomenes sammenheng og utvikling over tid (Lorentsen & Grov, 2017, s. 425). Sykepleier har ansvar for å kartlegge den totale smerten pasienten opplever, dette innbefatter den fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell smerte, samt å beskrive endringene over tid (Lorentsen & Grov, 2017, s. 409).



### 2.2.1 «Total pain» - prinsippet

På 1960-tallet utviklet sykepleier og doktor, Dame Cicely Saunders, prinsippet «total pain» eller total smerte. Prinsippet går ut på at smerter baseres på fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle komponenter. Resultatet er at den totale smerteopplevelsen pasienten gjennomgår er bygd opp av sammensatte elementer, og er særegen for hver enkelt (Mehta & Chan, 2008, s. 27). Total smerte prinsippet viser at smerter ikke alltid kan behandles med medikamenter (Sigaard & Dieperink, 2019, s. 391).

Modellen som illustrerer total smerte prinsippet er utviklet som et pedagogisk hjelpemiddel som visualiserer prinsippene for helhetlig palliasjon (Aakre, 2018, s. 19). Det holistiske menneskesynet står sentralt i modellen, og viser tydelig at sykepleieren bør være oppmerksom på pasientens helhetlige helsetilstand (Aakre, 2018, s. 19). Holistisk tenkning tar utgangspunkt i de fire dimensjonene: fysisk, psykisk, sosial, eksistensiell og åndelig (Odland, 2017, s. 28).



Bilde 1 – Total smerte, modell utformet av Saunders (Mehta & Chan, 2008, s. 30)

### 2.2.2 Fysisk smerte

Innenfor holisme angår den fysiske dimensjonen den enkeltes kropp, der sykdom kan gi konsekvenser for resten av livet til den rammede (Odland, 2017, s. 28). Pasienter som får kreftmetastaser til skjelettet opplever ofte mye smerter (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). De vanligste symptomene på at kreften har metastasert til skjelettet er bensmerter, hevelser i bløtvevet eller benbrudd etter uvesentlig skade (NHI, 2019). Disse symptomene kan skape store fysiske smerter for pasienten. Senere i sykdomsprosessen vil det også kunne oppstå andre langtidskonsekvenser av metastaseringen. Flere av pasientene vil kunne utvikle kroniske og kraftige smerter, ryggmargsskade med mulige lammelser eller beinmargssvikt. Alene eller samlet vil dette kunne føre til redusert livskvalitet og livsutsikter (NHI, 2019).

### 2.2.3 Psykisk smerte

I tillegg til de fysiske smertene pasienter med skjelettmetastaser kan oppleve, er generelt kreftsykdom forbundet med psykiske reaksjoner (Bidstrup & Kjær, 2019, s. 312). Lorentsen og Grov trekker frem at kreftsykdom blir forbundet med symptomer på knuste fremtidsplaner, lidelse, smerte og død. De poengterer også at livet for disse pasientene vil kunne føles skjært,

og at dødsangsten kan bli fremtredende (2017, s. 402). Omkring en av tre pasienter med kreft opplever psykologiske belastninger, som depresjon, angst eller tilpasningsforstyrrelse (Bidstrup & Kjær, 2019, s. 318).

Faktorer som kan påvirke den psykiske smerten til pasienten er biologiske faktorer, som hvor langt kreftsykdommen har kommet, de fysiske endringene, symptomer og interpersonelle faktorer. Faktorene baserer seg i hovedsak på det sosiale rundt pasienten, som kultur, støtte og ressursene pasienten har rundt seg (Bidstrup & Kjær, 2019, s. 313). Disse faktorene er komplekse og vanskelige å utrede fordi det psykologiske hos en pasient er individuelt betinget (Bidstrup & Kjær, 2019, s. 314). Den psykiske belastningen av somatisk sykdom kan gi konsekvenser for menneskers sosiale og åndelige liv, samt føre til ytterligere somatisk sykdom (Odland, 2017, s. 28).

Smerter er en subjektiv opplevelse, og oppleves som vanskelig å beskrive fullstendig slik at andre kan forstå den. Mange kan derfor oppleve dyp ensomhet i egne smerter. Dersom den som forsøker å lindre smertene ikke oppfatter beskrivelsen som sann, kan ensomheten bli ytterligere forsterket. Dette kan gi pasienten en ytterligere vond følelse av å være forlatt av de som skal hjelpe (Danielsen et al., 2016, s. 383).

#### **2.2.4 Eksistensiell og åndelig smerte**

Åndelig dimensjon innenfor holisme er forbundet med menneskets selvbevissthet, samt deres livssyn og verdier. Et av sykepleierens ansvarsområder er å identifisere og møte pasientens åndelige eller eksistensielle behov (Odland, 2017, s. 29). En kreftdiagnose rammer mennesker sjelelig og åndelig som et eksistensielt sjokk, og kan skape en livskrise (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402; Bidstrup & Kjær, 2019, s. 313). Å avslutte livet og møte døden er i stor grad en eksistensiell opplevelse. Mange kan oppleve meningsløshet, ensomhet og frykt for døden (Aakre, 2018, s. 20). Det er store forskjeller på hvordan pasienter forholder seg til døden, dette kan avhenge av kultur og religion (Therkildsen & Refsgaard, 2019, s. 443). Ofte er døden et tabubelagt tema, både hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Dette kommer av et ambivalent og ikke avklart forhold til døden, som står sterkt i dagens samfunn (Therkildsen & Refsgaard, 2019, s. 443). En åndelig, eller eksistensiell krise kan få betydning for alle dimensjonene av sykdom (Odland, 2017, s. 29).

### **2.2.5 Sosial smerte**

Den sosiale dimensjonen i holismen forklarer behovet pasienter har for stabile kontakter som kan ha betydning for opplevelse av håp og trygghet (Odland, 2017, s. 28). Særlig personligheten vil virke inn på hvordan pasienten opplever sykdommen, helsen og livskvaliteten (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). Sykepleier må være observant på at kreftpasienter kan ha bekymringer om økonomi og sosiale forhold. Dette kan være vedrørende jobb, betaling av husleie eller lån, eller hvordan familien skal klare seg etter eventuell død (Poulsen & Andreasen, 2019, s. 348).

## **2.3 Kartleggingsverktøy**

Det er vanlig å benytte kartleggingsverktøy i kartlegging av smerter hos pasienter med kreft (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410). Dette gjøres for å danne grunnlaget for behandling, samt oppfølging og evaluering av behandlingen pasienten får (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410).

### **2.3.1 Kvalitativ- og kvantitativ smertevurdering**

Smertekartlegging kan deles inn i kvalitativ og kvantitativ smertevurdering (Sigaard & Dieperink, 2019, s. 394). En kvantitativ smertevurdering vil raskt finne ut av smertenivået, uten å gå nærmere inn på smertens lokasjon eller karakter. Det blir ofte benyttet enten NRS- eller VAS-skala, hvor pasienten kan rangere smerteopplevelsen fra 0-10. (Sigaard & Dieperink, 2019, ss. 394-395). Kvantitativ smertevurdering sier ingenting om de psykiske, sosiale eller eksistensielle smertekomponentene som beskrives i total smerte prinsippet (Sigaard & Dieperink, 2019, ss. 394-395).

Ved bruk av kvalitativ smertevurdering vil derimot sykepleier i større grad identifisere pasientens totale smerte. Ved spørsmål som: *Hvor har du vondt, hvor vondt har du og hvordan startet smertene?* vil sykepleier få mer innsikt i pasientens smertebilde, og mulighetene for smertelindring blir bedret (Sigaard & Dieperink, 2019, s. 394). For å få bedre kvalitet på smertevurderingen kan sykepleier benytte smertekartleggingsverktøy som tar opp flere symptomer med påvirkning på pasientens livskvalitet.

### **2.3.2 EORTC**

EORTC-verktøyene som blir beskrevet i oppgaven består av EORTC QLQ-C30 og QLQ-BM22 (Vedlegg 1). EORTC står for European Organization for Research and Treatment of Cancer. Det første av de to verktøyene, EORTC QLQ-C30 ble utviklet i 1995 for å kartlegge

den helserelaterte kvaliteten av livet til kreftpasienter (Chow et al., 2009, s. 1147). De 30 spørsmålene i EORTC QLQ-C30 tar for seg blant annet hvor stor anstrengelsen ved fysisk aktivitet er, smerter, appetitt, søvn og flere parametere pasienten opplever, og blir kartlagt på en skala fra 1 til 4 (Vedlegg 1).

Det andre verktøyet EORTC QLQ-BM22 ble utviklet i 2008 som et supplement til EORTC QLQ-C30 for å ytterligere kartlegge symptomene til kreftpasienter med skjelettmetastaser (Chow et al., 2009, s. 1150). EORTC QLQ-BM22 ble utviklet gjennom intervjuer av pasienter med skjelettmetastaser og grundig litteraturgjennomgang (Chow et al., 2009). EORTC QLQ-BM22 består av 22 supplerende spørsmål om blant annet smerter, bekymringer vedrørende smerter, håp om smertebedring og om smertene påvirker det sosiale (Vedlegg 1). Siden EORTC QLQ-BM22 er en modul som skal benyttes i kombinasjon med EORTC QLQ-C30, vil kombinasjonen av de to kartleggingsverktøyene i hovedsak bli referert til som EORTC-verktøyene i denne oppgaven.

### **2.3.3 ESAS**

ESAS (Vedlegg 2) er et kartleggingsverktøy som tar for seg flere symptomer. Selv om det kun har ett spørsmål direkte knyttet til smerte, kan verktøyet likevel benyttes i smertekartlegging, da det tar for seg symptomer som ofte følger smertene. I dag benyttes ESAS som kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410). Skjemaet har en skala fra 0 til 10 innenfor de åtte symptomene: smerte, slapphet, døsigheit, kvalme, nedsatt matlyst, tung pust, depresjon, angst og velvære. Der 0 er «ingen plage» og 10 er «verst tenkelig plage» (Vedlegg 2). Etter kartleggingen bør resultatet overføres til et grafisk forløpsskjema som på en billedlig måte kan vise symptomendringene pasienten opplever over tid (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410).

## **2.4 Sykepleiefaglige utfordringer knyttet til identifisering av smerte**

Å oppnå tilfredsstillende smertekartlegging er ikke like lett for alle pasienter, derfor er smertebehandling ofte moralsk utfordrende for sykepleieren (Danielsen et al., 2016, s. 382). Allerede tidlig i identifiseringen av smerte er det flere utfordringer som kan komplisere gjennomføringen og kvaliteten på smertekartleggingen. Kunnskap om smerter hos pasienten er viktig for å gi optimal smertelindring (Danielsen et al., 2016, s. 382). Smertekunnskap innebærer kjennskap til fysiologiske momenter, men også om pasientens perspektiv vedrørende smertene og hvordan pasienten opplever dem (Danielsen et al., 2016, s. 382).

Sykepleierens holdninger til pasientens smerteopplevelse er en stor utfordring i praksis (Danielsen et al., 2016, s. 382). Tvil om pasientens opplevelse av smertene er en av holdningene sykepleiere ofte kan ha. Dette skyldes sykepleierens manglende kunnskap om smerte som en subjektiv opplevelse, samt erfaringer sykepleiere har fra tidligere (Danielsen et al., 2016, s. 382). I tillegg til sykepleierens holdninger kan flere komponenter vanskeliggjøre smertekartleggingen. Eksempelvis kan dette være kulturforskjeller eller pasientens redsel for at smertene er et symptom på forverring av sykdommen (Danielsen et al., 2016, s. 384)

## **2.5 Etske og juridiske prinsipper**

I henhold til den yrkesetiske retningslinjen 1.3 skal sykepleieren sørge for at egen praksis er etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2019). Norske lover styrer mye av praksisen til sykepleiere, men bestemmelsene i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven anses som de mest relevante for sykepleieren (Molven, 2017, s. 20). Sykepleier skal til enhver tid skal arbeide ut fra alle lovene, samt praktisere ut fra de yrkesetiske retningslinjene. I denne oppgaven blir enkelte lover og retningslinjer trukket frem da de er særskilt grad relevante for oppgavens problemstilling.

### **2.5.1 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer**

Denne litterære oppgaven baserer seg i stor grad på den yrkesetiske retningslinjen 1.4 som sier at sykepleier skal holde seg faglig oppdatert og bidra til ny kunnskap i praksis (NSF, 2019). Ifølge punkt 2.10 har sykepleieren et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp, samt lindre lidelse (NSF, 2019). Dette er en del av fokusområdet til oppgaven: der kartleggingen av den totale smerteopplevelsen til pasienten er sentralt. En viktig yrkesetisk retningslinje for oppgaven er også 2.5 som sier sykepleieren har et ansvar i å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon (NSF, 2019). Sykepleieren skal ifølge 2.2 understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019). Dette vil være essensielt ved kartleggingen og behandlingen av de psykiske, sosiale og eksistensielle smertene eller lidelsene en pasient har i et palliativt forløp.

### 2.5.2 Lovverket

Helsepersonelloven (HPL) ble utviklet i 2001 for å lage en felles lov for alt helsepersonell. Innholdet i helsepersonelloven med forskrifter er ikke eksklusivt utviklet for sykepleiere, men er likevel relevante for sykepleierens yrkesutøvelse (Molven, 2017, s. 29). Ifølge HPL §4 skal sykepleiere utføre praksisen i henhold til krav om faglig forsvarlighet og gi omsorgsfull hjelp, ut fra det som forventes av kvalifikasjonene til sykepleieren. Sykepleieren skal innhente hjelp og henvise videre om nødvendig. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). HPL §39 lovfester at sykepleier skal føre journal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). Dette er et viktig element for å dokumentere smertene og følge utviklingen, samt fremme god smertebehandling (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 28).

Pasient- og brukerrettighetsloven (PBRL) gir pasientene mange rettigheter. Denne loven fungerer også, på en indirekte måte, styrende for sykepleiere i møte med pasienter (Molven, 2017, s. 30). Ifølge PBRL §2-5, har pasienter rett til en individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). En individuell plan krever kartlegging av pasientens behov, herunder pasientens smerter og årsaken til smertene. I PBRL §3-1 og 3-2, lovfestes pasientens rett til medvirkning i og informasjon om behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). Videre skal informasjonens form tilpasses mottakerens individuelle forutsetning i følge PBRL §3-5 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). Av den grunn er det nødvendig at sykepleier har kjennskap til lovene og tilpasser informasjonen til pasienten, da pasienten har rett til medvirkning i egen behandling.

### **3 Metode for oppgaven**

Denne bacheloroppgaven er skrevet som en litterær oppgave. Dalland beskriver litteraturoppgave som en teoretisk oppgave hvor det er uthentet data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (2012, s. 199). Oppgaven vil ta for seg fagfelleverdert forskning, pensumlitteratur samt annen litteratur for å drøfte den formulerte problemstillingen i et sykepleiefaglig perspektiv.

Metode blir ofte definert etter sosiologen Vilhelm Auberts formulering: «*Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Auberts, 1985, s. 196, sitert i Dalland, 2014, s. 111). Formålet med den litterære oppgaven er å belyse temaet på en ny måte ved bruk av eksisterende litteratur og forskning. For å systematisere søkene etter forskningsartikler som kunne besvare problemstillingen ble relevante emneord brukt.

#### **3.1 Litteratursøk og søkehistorikk**

I dette underkapittelet vil det komme en oversikt over utvalgte forskningsartikler, hvilke søkeord som har blitt benyttet, antall treff på søkene og hvilke artikler som er inkludert. Det kommer også en oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier som ble brukt i valg av forskningsartikler.

##### **3.1.1 Valg av databaser og søkeord**

Det ble utført søk etter forskningsartikler i databasene Cinahl, Pubmed og Sykepleien Forskning. Blant annet fordi disse databasene inneholder sykepleierrettet forskningslitteratur, samt fagfelleverdert forskning, som var et ønsket kvalitetsstempel. Det ble søkt etter forskningslitteratur med ulike søkeord og alternativer som kan passe til oppgavens problemstilling og avgrensninger. For å avgrense søkene ble det sett etter forskningsartikler som er fagfelleverdert, skrevet på engelsk og fra steder i verden med overføringsverdi til det norske helsevesen.

### 3.1.3 Tabell over litteratursøk

I tabell 1 presenteres litteratursøk med avgrensninger og antall treff, samt valgte artikler.

Tabell 1: litteratursøk						
Søke-dato	Søk nr.	Data-base	Søkeord/Ord-kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
14.12.20	6	Cinahl	<ol style="list-style-type: none"> <li>«Cancer» OR «cancer patients» OR «oncology» OR «neoplasms»</li> <li>«Cancer Screening» OR «Pain Management» OR «Pain assessment tools»</li> <li>«Hospice and Palliative Nursing» OR «Palliative care» OR «Terminally III patients» OR «Terminal care»</li> <li>«Psychosocial factors» OR «Self report»</li> <li>1 AND 2 AND 3 AND 4</li> </ol>	10 years  English  Peer Reviewed Research Article	2	Vigstad, S., Clancy, A., Broderstad, A. R. (2018)  <i>Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak</i>
10.01.21	12	Cinahl	<ol style="list-style-type: none"> <li>«Quality of life»</li> <li>«Cancer Patients» OR «Oncology» OR «Advanced cancer»</li> <li>«Terminally III Patients» OR «Terminal Care»</li> <li>«Measurement instruments» OR «Pain Measurement»</li> <li>1 AND 2 AND 3 AND 4</li> </ol>	10 years  English  Peer Reviewed Research Article	16	Roij, V. J., Fransen, H., Poll-Fransel, V. L., Zijlstra, M., Raijmakers, N. (2018)  <i>Measuring health-related quality of life in patients with advanced cancer: a systematic review of self-administered measurement instruments</i>
13.01.21	1	Pubmed	<ol style="list-style-type: none"> <li>«Neoplasms» OR «cancer patient»</li> <li>«symptom assessment»</li> <li>«pain» OR «pain measurement»</li> <li>«palliative care»</li> <li>«surveys and questionnaires»</li> <li>«symptom assessment»</li> <li>«clinical trial»</li> <li>1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7</li> </ol>	10 years  English  Peer Reviewed Article	21	Hui, D., Bruera, E. (2017)  <i>The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments</i>
16.02.21	14	Cinahl	<ol style="list-style-type: none"> <li>«Cancer Patients» OR «Advanced cancer» OR «Oncology» OR «Bone Neoplasms» OR «Carcinoma»</li> <li>«Quality of life» OR «Psychosocial» OR «Psychosocial pain» OR «Psychosocial factors» OR «Psychosocial aspects of illness»</li> <li>1 AND 2 AND 3</li> </ol>	10 years  English  Peer Reviewed Article	10	Chow, E., Nguyen, J., Zhang, L., Tseng, L. M., Hou, M. F., Fairchild, A., Vassiliou, V., Jesus-Garica, R., El-Din, M. A., Kumar, A., Forges, F., Chie, W. C., Bottomley, A. (2012)  <i>International field testing of the reliability and validity of the EORTC QLQ-BM22 module to assess health related quality of life in patients with</i>
09.12.20	3	Oria	«Smerter» OG «Kreft» OG «Pasienter»	Artikler  Norsk  10 år	18	Valeberg, B. T., Bjordal, K., Rustøen, T. (2010)  <i>Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling</i>



### 3.1.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkene ble gjort på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene i tabell 2. Det ble sett etter forskning som omhandlet smerter tilknyttet skjelettmetastaser, og forskning med tema smertekartlegging av kreftpasienter. Deretter ble artikler om andre kreftformer og behandlingsformer, ekskludert fra søket. I tillegg lå fokuset på å finne forskning fra land som kan ha overføringsverdi til det norske helsevesen. Derfor ble forskningsartikler fra land og områder som Norge, Skandinavia, Europa, Canada og USA inkludert i søket, mens andre land og områder ble ekskludert. Artikkelsøket ble også avgrenset slik at forskningen ikke er eldre enn 10 år, artiklene skulle være fagfellevurdert og skrevet på skandinavisk eller engelsk.

Tabell 2 viser en oversikt over valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier.

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Smerter knyttet til skjelettmetastaser	Smerter knyttet til andre kreftformer
Kartlegging av kreft og smerte	Behandlingsformer for kreftsmerter
Land: Norge, Skandinavia, Canada, USA, Europa	Land som ikke er nevnt i inklusjon
10 år eller nyere forskning	
Sentrale søkeord: «Neoplasms», «Pain», «Palliative Care» og «Symptom Assessment».	
Peer reviewed	

### 3.2 Utvalg av faglitteratur

Faglitteraturen i oppgaven har i all hovedsak basert seg på pensumlitteraturen fra bachelorstudiet på Lovisenberg Diakonale Høgskole i årene 2018 til 2021. I tillegg ble biblioteket til LDH, samt nettportalen Oria, benyttet for supplerende faglitteratur. Det ble sett etter litteratur omhandlende kreft, palliasjon og/eller smertekartlegging. Etter gjennomgang på nettportalen Oria ble bøkene *Palliasjon* (Kaasa & Loge, 2016) og *Kræft - klinik og sygepleje* funnet (Sigaard & Birgens, 2019). Flere kapitler i bøkene har blitt brukt i stor grad for å underbygge oppgaven.

I tillegg til bøker har artikler omhandlende prinsippet «Total pain» blitt benyttet for å belyse modellen om total smerte. Blant disse er Aakre sin fagartikkel fra 2018 og Mehta og Chan sin forskningsartikkel fra 2008. For å belyse EORTC-verktøyene har en eldre forskningsartikkel fra 2009 av Chow et al. blitt benyttet for å legge frem verktøyet i kapittel 2. Til belysning av de kulturelle forskjellene hos pasientene ble forskningsartikkelen av Bjørkli fra 2019 benyttet.

Det er uthentet data fra nettsider med informasjon og statistikk. Folkehelseinstituttet sine nettsider ble benyttet for å finne opplysninger om langvarige smerter og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2014; Folkehelseinstituttet, 2018). Norges helseinformatikk, NHI ble benyttet for informasjon om skjelettmetastaser (2019). For å uthente nylig statistikk om kreft ble kreftforeningen og kreftregisteret sine nettsider brukt (Kreftforeningen, 2020; Kreftregisteret, 2012). Lovdata ble benyttet for relevant lovverk fra pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). Også helsepersonelloven ble benyttet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). De yrkesetiske retningslinjene ble hentet fra Norges sykepleierforbund sine nettsider (NSF, 2019). I tillegg ble helsedirektoratets nasjonale handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen benyttet sammen med kunnskapssenterets føringer om lindring av smerter hos kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2019; Kunnskapssenteret, 2005).

### 3.3 Kildekritikk

I forsøk på å finne kunnskap til oppgaven er flere former for kilder benyttet: pensumlitteratur fra bachelorstudiet, litteratur utenfor pensum, statistikk, forskningsartikler for å underbygge påstander og forskning for å finne resultater. Når en kilde er funnet bør det vurderes om kvaliteten og relevansen passer til oppgaven (Dalland, 2014). I dette kapittelet vil svakhetene ved valgt litteratur bli lagt frem.

For å finne forskning ble det utført søk i databasene Cinahl, Pubmed og Oria. Søkene ble utført på egenhånd og gikk ut på å finne relevante søkeord ut fra den valgte problemstillingen. På grunn av en begrenset erfaring med litterære søk, kan søkene sees på som mangelfulle. De valgte søkeordene kan ha vært begrensende for søket og kan ha medført at relevante artikler ikke kom frem som resultat. Dersom mer relevante søkeord hadde blitt brukt kunne treffene blitt mer treffsikre. I søkene ble de valgte søkeordene brukt i kombinasjon med AND, dersom vi hadde benyttet kombinasjonsordet OR ytterligere, kunne søkene favnet flere forskningsartikler. I tillegg er det en svakhet at flere av forskningsartiklene som ble funnet er på engelsk. Det kan dermed oppstå feiltolkninger eller misforståelse under oversettelsen av innholdet til norsk.

Forskningsartikkelen av Valeberg et. al er en tverrsnittstudie med 217 pasienter med kreft som ble skrevet i 2010 (Valeberg et al., 2010). Dette er dermed en eldre artikkel som er på grensen til å være utenfor vår 10 års avgrensning, og det var få deltakere i studien.

Forskningsartikkelen omhandler ikke oppgavens pasientgruppe direkte, men generelt kreftpasienter og er derfor ikke helt presist egnet for oppgaven. I tillegg ble forskningen utført på en poliklinikk og er derfor ikke nødvendigvis representativ for hele helsevesenet. Likevel blir forskningsartikkelen funnet relevant for oppgaven da forskningen ble gjort i Norge og den viser barrierer kreftpasienten kan ha i kartlegging og behandling av smerter. Den er utgitt av Sykepleien Forskning som er anerkjent innenfor sykepleiefagfeltet i Norge og har dermed en god troverdighet. Artikkelen kan også oppfattes som objektiv da den fant flere utfordringer for dagens norske helsevesen. Studiet til Valeberg et al. sees derfor som et godt supplement til de overstående artiklene for å belyse pasientens barrierer mot å bli smertelindret.

Utvalgt faglitteratur ble funnet via nettportalen Oria. Boken *Kræft- klinik og sygepleje* (2019) er rettet mot dansk sykepleie og kan kritiseres da den ikke nødvendigvis er like relevant og riktig for den norske sykepleie. Boken *Palliasjon* (2016) ble også benyttet i oppgaven for å

belyse flere aspekter av palliasjonsbehandling. Denne boken kan kritiseres da den er hovedsakelig rettet mot generell palliasjon og ikke oppgavens pasientgruppe. Likevel er begge bøkene egnet for sykepleiefaget og pasientgruppen til oppgaven.

Oppgaven har også med flere fagbøker som har vært pensum i sykepleiestudiet. Disse har blitt anvendt sammen og i denne sammenkoblingen av kunnskap kan feilaktige drøftinger og konklusjoner oppstå.

### **3.4 Etiske vurderinger**

Oppgavens tema ble valgt på grunnlag av egne praksiserfaringer. Personer, institusjoner og hendelser blir omtalt med verdighet og respekt i oppgaven, de vil også bli helt anonymisert slik at taushetsplikten overholdes. Det skal ikke være mulig å identifisere praksissted eller personer i oppgaven. Det har også blitt tatt hensyn til at forskningsmetoden til de utvalgte hovedartiklene har blitt gjennomført på en etisk riktig og verdig måte. Oppgaven vil dermed være skrevet i henhold til sykepleierens yrkesetiske grunnlag om at all sykepleie skal gjennomføres med respekt for den enkelte pasients verdighet og liv. I tillegg skal all sykepleie baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene til pasientene (NSF, 2019).

## **4 Presentasjon av forskningsresultater**

I dette kapittelet blir tidsskriftet, hensikten, metoden og resultatene av de valgte forskningsartiklene lagt frem i en artikkelmatrise, tabell nummer 3.

### **4.1 Hovedresultater**

I forskningsartikkelen til Vigstad et al. kom det frem at de mest belastende symptomene, slapphet, munntørrehet og nedsatt matlyst, kunne komme som følge av smertene kreftpasienter opplever (2018). Resultatene fra litteraturgjennomgangen i forskningsartikkelen til Hui og Bruera var at ESAS brukes til symptomkartlegging og langtidsmonitorering av pasienter innenfor onkologi og palliasjon (2017). Forskningsresultatene lagt frem i studien til Chow et al. var at EORTC QLQ-BM22 bør brukes i tillegg til EORTC QLQ-C30 for å vurdere helsetilstanden til pasienter med skjelettmetastaser (2012). Studien til Roji et al. viser at EORTC QLQ-BM22 har gode spørsmål til kartlegging av den psykiske helsen til pasienter med skjelettmetastaser (2018). Den norske forskningsartikkelen til Valeberg et al. viser at kreftpasienter har størst barrierer mot avhengighet og toleranse mot opioider, monitorering av symptomer, nye smerter og redsel for bivirkninger (2010).

## 4.2 Artikkelmatrise

I tabell 3 blir artiklene presentert i en artikkelmatrise.

*Tabell 3: Artikkelmatrise*

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Sverre Vigstad, Anne Clancy & Ann Ragnhild Broderstad	Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak	Syke-pleien forskning	Hensikten med studien er å sette lys på kreftpasienters symptomer ved ankomst og utreise i en palliativ enhet (Vigstad, Clancy, & Broderstad, 2018).	Metoden var ved bruk av ESAS å hente ut data fra 274 pasienter der 135 var kvinner og 139 menn.	Funnene var at slapphet, munntørretthet og nedsatt matlyst fremkommer som de mest symptombelastende symptomene, og at kvinner oppgir større belastning av symptomer enn menn. Artikkelen viser at disse symptomene kan være sekundærsymptomer som følger av smertene pasienten opplever.
2	Janneke van Roij, Heidi Fransen, Lonneke van de Poll-Franse, Myrte Zijlstra & Natasja Raijmakers	Measuring health-related quality of life in patients with advanced cancer: a systematic review of self-administered measurement instruments	Springer journal	Hensikten med studien er å vurdere kvaliteten på måleinstrumenter som evaluerte kvaliteten på livet til pasienter med avansert kreft i klinisk praksis.	Metoden er et systematisk litteratursøk i CINAHL, Embase PubMed og PsycINFO for å finne studier relatert til selvadministrerte måleinstrumenter hos pasienter med avansert kreft mellom januar 1990 og september 2016.	Resultatet var at 69 artikler som handlet om 39 forskjellige måleinstrumenter ble gjennomgått. Ofte var måleinstrumentene ufullstendig og var ikke tilstrekkelig på alle måleenheter. Ut ifra tilgjengelig informasjon så EORTC QLQ-C15-PAL og EORTC QLQ-BM22 ut til å ha tilstrekkelige egenskaper til å måle den psykiske helsen til pasientene.
3	David Hui & Eduardo Bruera	The edmonton symptom assessment system 25 years later: past, present and future developments	Journal of pain and symptom management	Er å diskutere utvikling av ESAS og dens bruk i forskjellige situasjoner samt fremtidig utvikling (Hui & Bruera, 2017).	Metoden i artikkelen er en litteraturgjennomgang av kunnskapen som har kommet ut om ESAS de siste 25 år.	Funnene var at siden dens opprinnelse i 1991 har ESAS blitt oversatt til over 20 språk. ESAS blir nå brukt til symptomkartlegging og langtidss monitorering av pasienter i palliasjon og onkologi. ESAS har utviklet seg over 25 år og bidrar til symptomkartlegging.

4	Edward Chow, Janet Nguyen, Liying Zhang, Ling-Ming Tseng, Ming-Feng Hou, Alys Fairchild, Vassilios Vassilion, Reynaldo Jesus-Garcia, Mohamed A. Alm El-Din, Aswin Kumar, Fabien Forges, Wei-Chu Chie & Andrew Bottomley	International Field Testing of the Reliability and Validity of the EORTC QLQ-BM22 Module to Assess Health-Related Quality of Life in Patients with Bone Metastases	Cancer	Målet med studiet var å teste hvor pålitelig verktøyet (EORTC) QLQ-BM22 er til å vurdere livskvaliteten hos pasienter med bein metastaser.	Metoden i artikkelen var å ved at 400 pasienter som gjennomgikk behandling for skjelettmetastaser i 7 land: Brasil, Canada, Kypros, Egypt, Frankrike, India og Taiwan ble smertekartlagt ut ifra QLQ-C30 og QLQ-BM22, samt et spørreskjema i etterkant av behandling.	Resultatene bekreftet påliteligheten, anvendeligheten og følsomheten til EORTC QLQ-BM22. Resultatene vider også at QLQ-BM22 anbefales å bli brukt i tillegg til QLQ-C30 for å vurdere den helserelaterte kvaliteten på livet til pasienter med beinmetastaser.
5	Berit Taraldsen Valeberg, Kristin Bjordal & Tone Rustøen	Kreftpasienters barrierer mot smerte-behandling	Sykepleien forskning	Hensikten med forskningen var å beskrive barrierene norske kreftpasienter har til smerter og smerte-behandling. Samtidig å undersøke om barrierene kan påvirke pasientens smerteopplevelse	Metoden til forskningen var gjennomføring av en tversnittstudie av 217 polikliniske kreftpasienter med smerter ved bruk av spørreskjema.	Resultatet var at de spørsmålene som reflekterte de høyeste barrierene for smerte-behandling var spørsmålene om avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for bivirkninger som dødsighet.

## 5 Drøfting

I dette kapittelet drøftes resultatene fra forskningen i lys av relevant litteratur, sammen med teorien lagt frem i kapittel 2. Følgelig vil det bli sett nærmere på den totale smerten til palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser og videre kobles dette opp til kartleggingsverktøyene. Avslutningsvis vil det bli gått gjennom hvilke utfordringer sykepleier kan møte i kartlegging og identifisering av smerter hos oppgavens valgte pasientgruppe.

Sykepleiere kan møte palliative pasienter med skjelettmetastaser i hele helsevesenet. Herunder sykehusene, sykehjemmene, i hjemmetjenesten eller i poliklinikker. En essensiell del av sykepleieutøvelsen er sykepleieprosessen som innebærer kartlegging og identifisering av problemområder for å igangsette riktige tiltak (Lorentsen & Grov, 2017, s. 407). Dette kan knyttes opp mot PBRL §2-5, som lovfester at alle pasienter har rett til en individuell plan. For å ivareta dette må sykepleieprosessen ligge til grunn, slik at sykepleieren får oversikt over pasientens behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). For at sykepleier skal se smerteutviklingen må god journalføring opprettholdes (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 28). Sykepleier er forpliktet til å føre journal, jmfør HPL §39 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a).

Smerter kan oppleves som et stort problem for palliative pasienter med skjelettmetastaser (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). Finset bemerker at medikamentell smertebehandling har blitt bedre, men at palliative pasienter fremdeles opplever ufullstendig smertelindring (2016, s. 372). Videre bemerker han at for å identifisere smertene til pasienten er det viktig å rette fokus mot de psykologiske smerteaspektene, på lik linje som de fysiologiske aspektene av smerte (2016, s. 372). Dette bygger opp under oppgavens problemstilling: *Hvordan kan sykepleier identifisere den totale smerten hos palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser?*

### 5.1 Total smerte

Aakre belyser i fagartikkelen om total smerte hvor sammensatt smerte kan være. I fagartikkelen fremkommer det at smerteformene kan være forskjellige, men likevel henge sammen ut fra fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle aspekter av smerte (2018, ss. 17-21). Eksempelvis kan pasienter ha vanskeligheter med å skille smerteopplevelsene fra hverandre, som resulterer i at de sier «*Det gjør bare vondt*» (Mehta & Chan, 2008, s. 27). Forskningsartikkelen til Vigstad et al. viste at sekundæreffektene av smerte som slapphet,



kvalme, trøtthet og nedsatt matlyst ofte er mer uttalte enn smerten i seg selv og at disse bør sees i sammenheng med smertene (2018, s. 14). Sekundærsymptomene gir et tydelig bilde på hvordan de fysiske smertene til pasienten kan igangsette en ytterligere kroppslig respons. Resultatene i artikkelen viste likevel ikke noe om de åndelige og eksistensielle behovene til pasienten (Vigstad et al., 2018, s. 15). En kan undres over hvordan de fysiske smertene til den palliative pasienten med skjelettmetastaser påvirker de psykologiske, sosiale og eksistensielle delene av livet, samt hvordan sykepleier kan identifisere disse aspektene? Jamfør den yrkesetiske retningslinjen 2.10; «*Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse*» (NSF, 2019).

Opgavens utvalgte forskning belyser i liten grad den sosiale delen av smertebildet til pasienter. Dette til tross for at det er kjent at pårørende enten kan både være en viktig ressurs for pasienten, men også en belastende faktor (Helgesen, 2016, s. 143). Et eksempel på sosial smerte i forskningen til Mehta og Chan var om en mann som ikke fikk smertene sine kontrollert før han var trygg på at sønnen ville bli tatt hånd om etter hans død (2008, s.27). Dette belyser hvordan de sosiale forholdene i familien til mannen påvirker smertebildet hans fysisk. I etterkant av en kreftdiagnose er det ikke uvanlig at det oppstår mange spørsmål og bekymringer vedørende jobb, husleie og hvordan familien skal klare seg etter ens død (Poulsen & Andreasen, 2019, s. 348). Derfor er det viktig at sykepleieren kjenner de sosiale forholdene til pasienten, for å henvise videre jamfør HPL §4 (Poulsen & Andreasen, 2019, s. 355; Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). En kan stille seg kritisk til at forskningen som omhandler kvaliteten på livet ikke belyser i større grad de sosiale aspektene av den totale smerten, da dette er essensielt i livets slutfase.

Ifølge Finset er det en nær sammenheng mellom smerter og negative følelser, eksempelvis tristhet, sinne og frykt (2016, s. 377). Omtrent en av tre kreftpasienter opplever psykiske belastninger som depresjon og angst (Bidstrup & Kjær, 2019, s. 318). Finset skriver at det er en klar sammenheng mellom angst og smerter, der pasienter i en engstelig situasjon opplever smertene sterkere enn om engstelsen ikke var til stede (2016, s. 377). De fleste pasienter som får beskjed om at de skal dø opplever en form for angst og depresjon som kan anses som eksistensiell engstelse (Mathisen, 2016, s. 429). Det kan derfor tenkes at kreftpasienter som opplever dødsangst har et forsterket smertebilde, samt at angsten kan for mange oppleves som en smerte i seg selv.

Til tross for at flere palliative pasienter opplever dødsangst, er selvmord en reell risiko hos pasienter med kreft (Bidstrup & Kjær, 2019, s. 317). Mellom 7% og 40% av alle kreftpasienter får selvmordstanker og har en høyere risiko for selvmord enn den resterende befolkningen (Bidstrup & Kjær, 2019, s. 317). Ifølge statistikk publisert av Folkehelseinstituttet har personer med langvarige smertetilstander en forhøyet selvmordsrisiko (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette underbygger at en tilværelse uten håp og livsmot i kombinasjon med store smerter kan medføre et dødsønske. På bakgrunn av dette er det særdeles viktig at sykepleier er klar over risikoen, samt at sykepleier følger opp pasientens psykiske smerter. Om sykepleier gjør dette vil det være bedre forutsetninger til å kunne understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, tross en forventet kort levetid, i henhold til den etiske retningslinjen punkt 2.2 (NSF, 2019).

Den eksistensielle smerten pasienten opplever er muligens den vanskeligste for sykepleieren å identifisere. Eksistensiell smerte kan være grunnet i dødsangst, ensomhetsfølelse eller dødsønske. Et eksempel fra forskningen til Mehta og Chan var om en pasient som sa «*Gud hadde forlatt han*» under perioden der barnet hans ikke kom på besøk og han hadde fått et liggesår under sykehusoppholdet som verket (2008, s. 27). Dette eksempelet viser hvordan smerter kan være sammensatt av flere komponenter, men som kommer til uttrykk i en religiøs form for eksistensiell smerte (Mehta & Chan, 2008, s. 27). Selv om det her ble vist et tydelig religionsbilde er eksistensiell smerte ikke nødvendigvis kun forbeholdt den troende, men alle mennesker i alle kulturer og religioner. Opplevelsen av å skulle dø er i aller høyeste grad en eksistensiell opplevelse alle mennesker skal gjennom (Aakre, 2018, s. 20). Likevel kan den eksistensielle smerten være svært individuell og vanskelig å konkretisere. Derfor er det viktig at sykepleier stiller åpne spørsmål og inviterer til samtale vedrørende temaet. Det kan tenkes at åpne samtaler vil kunne identifisere pasientens eksistensielle smerte. Dette underbygges også av Eide og Eide som belyser viktigheten av den eksistensielle samtalen når en pasient har spørsmål vedrørende døden og livets slutfase (2018, s. 336).

Ut fra de overstående avsnittene fremkommer det at total smerte vises på forskjellige måter hos pasienten. For å identifisere total smerte hos den palliative kreftpasienten med skjelettmetastaser kan det tenkes at sykepleier må ha kunnskap om de forskjellige aspektene av smerte. De valgte forskningsartiklene tar i en liten grad for seg sosial og eksistensiell smerte. Likevel bør sykepleier være observant på og identifiserer disse formene for total smerte for å behandle pasienten på en adekvat måte.

## 5.2 Kartlegging og identifisering av smerter

Forskning viser at tidlig palliativ behandling vil føre til bedret helserelatert kvalitet på livet (Roji et al., 2018, s. 1937). Resultatene til Roji et al. tyder på at det er viktig at helsearbeidere er observante på den helserelaterte kvaliteten på livet til pasienten, for å forutsi de endrede behovene til pasienten (2018, s. 1938). Den helserelaterte kvaliteten på livet består av fysisk, psykisk, sosial og eksistensielt velvære (Roji et al., 2018, s. 1937). Det kan tenkes at forskningsartiklene som tar for seg helserelatert kvalitet på livet har overføringsverdi til total smerte prinsippet, da de tar for seg de samme aspektene. Videre gjøres det også tanker hvorvidt en dårlig helserelatert kvalitet på livet kan komme av det totale smertebildet til pasienten. Spesielt den eksistensielle velværen er viktig for kreftpasientene som konfronteres med døden (Roji et al., 2018, s. 1937). Det er altså viktig at sykepleier kartlegger disse aspektene av den helserelaterte kvaliteten på livet hos pasienten med skjelettmetastaser, slik at den totale smerten kan bli identifisert. Ved bruk av kartleggingsverktøy og samtale med pasienten vil sykepleier kunne innhente data, utforme og senere gjennomføre tiltak (Fossum & Rotegård, 2016, s. 15). Dette vil være bidragsyttende til lindring av den totale smerten pasienten opplever.

ESAS er et validert og anerkjent verktøy som brukes i kartlegging av smerter innen palliasjonsbehandling både i Norge og internasjonalt (Vigstad et al., 2018, s. 4). Sammenlignet med EORTC-verktøyene er ESAS eldre og kan tenkes å være mer utdatert i enkelte sammenhenger i dagens helsevesen. Begge disse kartleggingsverktøyene kan sees på som en mellomting mellom kvantitativ og kvalitativ smertekartlegging. EORTC-verktøyene kan sees som mer kvalitative enn ESAS, fordi de består av flere spørsmål som går i dybden på smerter og ubehaget pasienten opplever. Så, hvilket av kartleggingsverktøyene ESAS og EORTC er best egnet til å identifisere den totale smerten hos palliative kreftpasienter med skjelettmetastaser?

På den ene siden er symptomkarleggingen i ESAS basert på en skala fra 0 til 10 og har totalt ti spørsmål (Vedlegg 2). På bakgrunn av dette kan ESAS kritiseres for at skalaen er ensidig og kun kartlegger intensiteten til symptomene. Dessuten tar ikke ESAS for seg på hvilken måte eller hvor smerter er lokalisert, men den kartlegger ti symptomer på en effektiv måte (Hui & Bruera, 2017, s. 634). På den andre siden har EORTC-verktøyene en skala fra 1 til 4 (Vedlegg 1). Skalaen til EORTC-verktøyene er dermed noe mindre nyansert enn ESAS, men tar for seg

flere symptomer. Totalt tar begge verktøyene for seg 52 symptomer (Vedlegg 1). EORTC-verktøyene kan dermed gi et tydeligere bilde på omfanget av symptomene pasienten opplever.

I en litteraturstudie om ESAS kom det frem store individuelle variasjoner mellom pasientene, og hvordan hver enkelt pasient benyttet ESAS (Hui & Bruera, 2017, s. 632). I ESAS er det et spørsmål som skal kartlegge dagsformen til pasienten, eller velværen (Vedlegg 2).

Resultatene i forskningen til Vigstad et al. viser at velværespørsmålet opplevdes som lite nyansert. Det beskrives at spørsmålet derfor ofte ble for vanskelig å svare på for pasientene, og at de dermed hadde en tendens til å svare midt i skalaen (2018, s. 17). Fra egen praksis ble dette erfart med en pasient som hadde skjelettmetastaser som alltid beskrev smerte og velvære som 4 eller 5 i ESAS, på tross av sterke smerter som ble behandlet med sterke smertestillende preparater. Dette problemet kan tenkes å løses ved bruk av en mindre skala, slik som i EORTC-verktøyene. På bakgrunn av at en mindre skala gjør det lettere for pasienten å forstå hvor de skal plassere sine symptomer.

Ifølge en studie der 353 pasienter med skjelettmetastaser fullførte kombinasjonen av EORTC-verktøyene kom det frem at 72% fullførte skjemaene på under 15 minutter (Chow et al., 2012, s. 1461). En stor andel av pasientene hadde ingen problemer med å forstå spørsmålene, i tillegg til at mange fylte ut skjemaet på egenhånd (Chow et al., 2012, s. 1461). I motsetning til EORTC-verktøyene, kan ESAS gjennomføres på under ett minutt, som vil være hensiktsmessig for en travel arbeidshverdag til en sykepleier (Hui & Bruera, 2017, s. 634). EORTC-verktøyene er derfor mer tidkrevende å gjennomføre enn ESAS.

EORTC-verktøyene tar i størst grad for seg de fysiske symptomene, i likhet med ESAS. Disse fysiske symptomene baseres på smerter, hvordan smertene påvirker livet, samt sekundærsymptomer og andre fysiske symptomer. Det ene av de to verktøyene, EORTC QLQ-BM22, tar for seg smertenens lokasjon og smertenens art. Symptomene som kartlegges i ESAS er basert på vanlige sekundærsymptomer en kreftpasient opplever som smerte, tretthet, tung pust, angst og depresjon (Hui & Bruera, 2017, s. 630). En kan dermed se at EORTC-verktøyene sier mer om smertenens lokasjon, form og intensitet, sammenlignet med det ene spørsmålet angående smerte i ESAS. Derfor kan det tenkes at EORTC-verktøyene i en større grad enn ESAS kartlegger den fysiske smerten til pasienten med skjelettmetastaser.

Ifølge litteraturgjennomgangen til Hui og Bruera har ESAS blitt validert psykometrisk (2017, s. 634). Dette kan diskuteres da ESAS kun tar for seg to emosjonelle symptomer; «depresjon» og «angst», samt det mer udefinerbare symptomet «velvære» (Hui & Bruera, 2017, s. 634). Spørsmålet blir da om ESAS er for lite nyansert for at pasientene skal kunne svare reelt på spørsmålene? «Angst» og «depresjon» kan sees på som psykiske lidelser som ofte blir satt av helsepersonell med nødvendige faglige kvalifikasjoner til å kunne sette diagnoser (Folkehelseinstituttet, 2018). Det kan derfor tenkes at det vil være vanskelig for pasientene å kunne svare godt på disse spørsmålene.

Om lag en tredjedel EORTC-verktøyene er dedikert til psykiske, eksistensielle og sosiale spørsmål (Vedlegg 1). Blant spørsmålene som tar for seg disse parameterne i EORTC QLQ-BM22 er spørsmålene «*Har du følt deg isolert fra dine nære (familie, venner)?*», «*Er du håpefull for at smertene dine vil bli bedre?*» og «*Er du bekymret for din helse i fremtiden?*» (Vedlegg 1). Sammenlignet med ESAS tar disse spørsmålene i større grad for seg det psykiske, sosiale og eksistensielle aspektet av smertene til pasientgruppen i oppgaven, uten å sette en form for «diagnose» på opplevelsene. Litteraturgjennomgangen til Roji et al. Viste at begge EORTC-verktøyene har adekvate psykometriske målinger. I tillegg var EORTC-verktøyene blant de tre kartleggingsverktøyene som kom best ut i litteraturgjennomgangen (2018, s. 1946). EORTC QLQ-C30 har til slutt to spørsmål som kan sees å omfavne det totale smertebildet til kreftpasienten: «*Hvordan vil du rangere din helhetlige helse den siste uken*» og «*Hvordan vil du rangere din helhetlige kvalitet på livet den siste uken*» (Vedlegg 1). Spørsmålene omhandler den totale velvære til pasienten og har i motsetning til resten av EORTC-verktøyene, en skala fra 1 til 7 (Vedlegg 1). Disse spørsmålene kan på samme måte som ESAS sitt spørsmål angående velvære, kritiseres for å være vanskelige å svare på, samt at det kan være lett for pasienten å sette seg «midt på treet».

For å sikre at spørsmålene blir riktig forstått av pasienten, vil det derfor være viktig at sykepleier bruker tid på å snakke med pasienten under kartleggingen. Det er vist i forskning som har tatt for seg ESAS at det vil være hensiktsmessig at sykepleier fyller ut skjemaet sammen med pasienten første gangen, da enkelte av spørsmålene kan tolkes ulikt for den enkelte pasient (Bergh, et al. 2011, sitert i Vigstad, et al., 2018, s. 15). Dette kan ha overføringsverdi til andre smertekartleggingsverktøy; at de fleste pasienter kan gjennomføre kartleggingen selvstendig etter en gjennomgang av sykepleier første gang. I et riktig miljø og med gode forutsetninger for en fin samtale, vil det kunne åpne for temaer som ellers ikke ville

ha kommet opp (Vigstad et al., 2018, s. 17). Sykepleier vil dermed kunne identifisere skjulte smerter, samt ha bedre forutsetninger til for å hjelpe pasienten.

På bakgrunn av det overstående kan EORTC-verktøyene, i kontrast til ESAS, legge bedre til rette for å åpne opp for samtale mellom sykepleieren og pasienten om de store spørsmålene. På den ene siden har ESAS kun ett spørsmål som kartlegger velvære, og to spørsmål som omtaler det psykososiale. På den andre siden har EORTC-verktøyene flere spørsmål som samlet sett gir et større bilde av den totale smerten til pasienten. EORTC-verktøyet er i tillegg direkte utformet for pasienter med skjelettmetastaser og kartlegger godt den totale smerten til pasientgruppen i oppgavens problemstilling.

### **5.3 Utfordringer knyttet til bruk av kartleggingsverktøy**

For identifisering og kartlegging av smerter hos pasienter med skjelettmetastaser bør smertekartleggingsverktøy benyttes. Begge verktøyene som er lagt frem i denne oppgaven er fine supplement for å avdekke smerter, tross variabel mulighet til å se det totale smertebildet hos pasienten. Siden smerte er et individuelt betinget symptom kan smerten være vanskelig å putte inn i et systematisk kartleggingsverktøy (Danielsen et al., 2016, s. 383). Derfor bør sykepleier være observant på smerte som en subjektiv og individuell opplevelse, samt andre mulige faktorer som kan komplisere smertekartleggingen. Faktorene kan være svært ulike, eksempelvis frykt for avhengighet av opioider, engstelse for å bry sykepleieren eller redsel for at smerten kan være et symptom på forverring i sykdommen (Valeberg et al., 2010, s. 272). Også kulturforskjeller kan spille inn som en kompliserende faktor (Danielsen et al., 2016, s. 384). På bakgrunn av dette kan en resonnerer seg til at underrapportering av smerter, samt liten ivaretagelse av total smerte, vil føre til svekkelse av livskvalitet til pasienten. I studiet til Valeberg et al. kom det frem at flere kreftpasienter ikke oppnår en optimal smertelindring grunnet underrapportering av smerter (2010, s. 269).

På grunnlag av de store fysiske smertene hos pasienter med skjelettmetastaser, vil mange av pasientene få opioidbehandling mot smertene (Kaasa, 2016, s. 404). Ifølge forskningen til Valeberg et al. er flere palliative pasienter redde for å bli avhengige av de smertestillende medikamentene legen rekvirerer, tross kortere leveutsikter (2010, s. 269). Det kan tenkes at dette kommer av håp om å bli frisk, og at de dermed er redde for et liv med avhengighet. Det er riktig at faren for avhengighet er til stede ved bruk av sterke smertestillende medikamenter (Slørdal, 2018, s. 363). Likevel påpeker Nordeng at helsepersonellet skal smertelindre

pasienter med reduserte leveutsikter, tross eventuell risiko for avhengighetsdannelse (2018, s. 331). Derfor er det viktig at sykepleieren er åpen med pasienten og informerer om realiteten ved sykdomssituasjonen, på en måte som er tilpasset pasienten slik at pasienten kan ta informerte valg. Jamfør PBRL §3-5 og yrkesetisk retningslinje punkt 2.5 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, NSF, 2019 ). På den måten kan pasienten få tilstrekkelig smertekartlegging uten underrapportering som følger av frykt for avhengighet. Det fremkom også i studiet til Valeberg et al. at enkelte underrapporterte smerter fordi de var redde for at smertene de opplevde var et symptom på en forverring i sykdommen (2010, s. 275). Pasienten engstet seg dermed over at behandlingen ville avsluttes dersom de sa i fra (Valeberg et al., 2010, s. 269). Dette bygger opp under at sykepleier bør være oppmerksom på pasientene de møter, og gi pasienten nok og riktig informasjon slik at de kan ta informerte valg.

Også kulturelle forskjeller kan ha innvirkning på underrapportering av smerter. Andre normer, tradisjoner og verdensbilde kan gi et annet smerteuttrykk enn det vi er kjent med (Bjørkli, 2019, s. 1). Eksempelvis kan en sterkt troende pasient unngå å fortelle om smertene i ønske om å være tro til sin religion. Troen ville kunne tilsi at Gud har en plan for pasienten, og utfallet ligger i Guds hender. Dermed kan de unngå å fortelle sykepleier om smertene de opplever, fordi pasienten har en tro om at dette vil være svekkende i forholdet til regionen og Gud (Bjørkli, 2019, s. 4). Resultatet vil da for enkelte pasienter være at de opplever alle eller noen av formene for total smerte uten å fortelle om dem. Kulturelle forskjeller kan også oppstå i nærmiljøet til pasienten. Som barn opplever de fleste forskjellige reaksjoner fra foreldre ved smerte. Noen opplever en positiv reaksjon fra foreldre når de «taklet smertene». Samtidig får andre barn den positive reaksjonen ved trøst og kos når de blir smertepåvirket (Danielsen et al., 2016, s. 384). Det er viktig at sykepleier er klar over muligheten for underrapportering på grunn av kulturelle forskjeller i religioner, kjønn og nærmiljøet til pasienten. Sykepleier bør i så tilfelle heller benytte kvalitativ smertekartlegging gjennom samtale for å identifisere den skjulte smerten.

Selv om det er viktig at sykepleier benytter klinisk blikk og egne observasjoner for identifisering av pasientens smerter, er det likeså viktig at pasienten inkluderes i kartleggingen. Forskning har vist at sykepleieres oppfatning av pasienters symptomer og smerter ikke nødvendigvis har noen sammenheng med hva pasienten opplever (Rhondali et al., 2012, sitert i Vigstad et al., 2018, s. 10). Annen forskning tyder på at dersom sykepleier velger å ikke stole på pasientens direkte beskrivelse av smertene, men kun belage seg på egne

observasjoner, vil det ende med at sykepleier ikke klarer å vurdere pasientens totale smerte tilstrekkelig (Mehta & Chan, 2008, s. 27). Dette kommer av at det da ikke vil bli tatt hensyn til pasientens perspektiv eller de psykiske, sosiale, og åndelige aspektene av pasientens totale smerte (Mehta & Chan, 2008, s. 27). Pasienten har i tillegg juridisk rett til å medvirke i henhold til PBRL §3-1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). Imidlertid kan det tenkes at sykepleier kan benytte sitt kliniske blikk til å se etter tegn på smerter pasienten ikke ønsker å oppgi. Sykepleier kan i en slik situasjon åpne opp for en kvalitativ samtale med pasienten ved å si: *For meg ser det ut som du er smertepreget nå, er dette riktig?* Eller: *Det kan se ut som du har det tungt nå, er dette noe du vil snakke om?*

Kreftpasienter som mottar palliativ behandling er som ofte smertepreget (Finset, 2016, s. 372). Risikoen for at pasienten velger å undertrykke smertene de har, og dermed ikke informerer sykepleier om disse, er et reelt problem. Dette kan også komme av at enkelte pasienter vil føle at de er til bry for sykepleier ved informering om de fysiske, psykiske, sosiale eller eksistensielle smertene de har (Valeberg et al., 2010, s. 269). Egen erfaring har vist at sykepleieryrket til tider kan være travelt med mange oppgaver som skal utføres på kort tid. Det kan derfor tenkes at sykepleier ser på kartleggingsverktøy som en enkel og effektiv måte å identifisere smertene på, som passer inn i en travel arbeidshverdag. Ved å kun benytte kvantitative og kjappe kartleggingsverktøy vil derimot kvaliteten på kartleggingen svekkes (Sigaard & Dieperink, 2019, ss. 394-395). Dette kan gå på bekostning av pasientens mulighet til å snakke med sykepleier, og nyttig informasjon kan gå tapt. Kjappe smertekartleggingsverktøy, for eksempel ESAS, kan på bakgrunn av denne informasjonen være en falsk trygghet for sykepleieren. Sykepleier bør derfor ta seg tid til å bygge en relasjon med pasienten ved kvalitativ kartlegging (Sigaard & Dieperink, 2019, s. 394). Dette innebærer at sykepleier tar seg tid til å sette seg ned og føre en dialog med pasienten i tillegg til bruk av kartleggingsverktøy, eksempelvis EORTC-verktøyene som kartlegger total smerte hos pasientgruppen. Det er også viktig at sykepleier trygger pasienten i at de ikke er til bry for sykepleieren. Dersom sykepleier ikke tar seg tiden til samtale kan det tenkes at den totale smerten til pasienten ikke nødvendigvis blir identifisert tilstrekkelig.



## 6 Avslutning

For å identifisere smertene til den valgte pasientgruppen bør sykepleier benytte seg av grundige kartleggingsverktøy, for eksempel ESAS eller EORTC-verktøyene som lagt frem i denne litterære oppgaven. Hovedsakelig tar ESAS for seg fysiske symptomer, og i noe mindre grad psykiske symptomer. Likevel kan ESAS oppleves som mer effektiv og kan tenkes å være nyttig hos pasienter som ikke står ovenfor eksistensielle utfordringer. EORTC-verktøyene kan sees å gi en grundigere kartlegging av den totale smerten til pasienter med skjelettmetastaser. Dette fordi EORTC-verktøyene har et større fokus på fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell smerte. Ut fra den yrkesetiske retningslinjen 1.4 skal sykepleier holde seg faglig oppdatert på forskning, samt bidra til utvikling og bruk av ny kunnskap i praksis (NSF, 2019). På bakgrunn av denne retningslinjen kan en stille seg kritisk til at det norske helsevesenet fortsatt benytter det eldre kartleggingsverktøyet ESAS som kvalitetsindikator innen palliasjon, når det finnes nyere og mer oppdaterte verktøy som EORTC-verktøyene.

Likevel er ikke kartleggingsverktøy alene alltid nok til å avdekke den totale smerten pasienten opplever. Det kan være ulike årsaker til at pasienten ikke forteller om sine faktiske smerter. Disse årsakene er eksempelvis frykt for å være til bry, misforståelser under kommunikasjonen eller at pasienten opplever at smerteskalaen er for stor. Det er da viktig at sykepleier er observant på faktorer som kan gi misvisende svar om det faktiske smertebildet under kartleggingen. Det er også viktig at sykepleier er observant på egne oppfatninger av pasientens smerter og ikke kun belager seg på disse. Sykepleieren vil kunne avdekke faktorer som kan gi misvisende resultat, samt gi pasienten en følelse av å bli forstått og sett, gjennom dialog om smertene og eventuelle bekymringer pasienten har.

For å besvare oppgavens problemstilling kan sykepleier ved kombinasjon av EORTC-verktøyene sammen med klinisk blick og kvalitativ kartlegging i form av samtale med pasienten, avdekke det totale smertebildet til den palliative kreftpasienten med skjelettmetastaser.

## 7 Referanseliste

- Aakre, M. (2018). The total pain. *Omsorg* (2), ss. 17-21. Fra webområdet for Omsorg:  
<https://omsorg.portfolio.no>
- Bidstrup, P., & Kjær, T. (2019). Psykologiske reaksjoner. I L. Sigaard, & A. B. Birgens, *Kræft, Klinisk og sygepleje* (ss. 312-327). Roskilde, Danmark: FADL's forlag.
- Bjørkli, A. K. (2019, Mars 20.). Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk. *Sykepleien*, ss. 1-9.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76013>
- Chow, E., Hird, A., Velikova, G., Johnson, C., Dewolf, L., Bezjak, A., . . . Clem. (2009). The European organisation for reserach and treatment of cancer quality of life questionnaire for patients with bone metastases: the eortc qlq-bm22. *European journal of cancer* (45), ss. 1146-1152.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.11.013>
- Chow, E., Nguyen, J., Zhang, L., Tseng, L.-M., Hou, M.-F., Fairchild, A., . . . Bottomley, A. (2012, Mars 1). International field testing of the reliability and validity of the EORTC QLQ-BM22 modeule to assess health-related quality of life in patients with bone metastasis. *Cancer* (5), ss. 1457-1465.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.26410>
- Dalland, O. (2012). Bacheloroppgaven . I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (ss. 199-207). Oslo: Gyldendal akademisk .
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk Sykepleie 1* (ss. 381-428). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- E-håndboken. (2021, April 9). *ESAS*. Hentet fra E-håndboken OUS:  
<https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFile?entityId=106417>
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2016). Å sette ord på sykeplei. I M. Ehnfors, A. Ehrenberg, & I. Thorell-Ekstrand, *Nye VIPS-boken, Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet* (ss. 15-22). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- EORTC. (2021, April 6). *QUESTIONNAIRES*. Hentet fra webområdet for EORTC quality of life: <https://qol.eortc.org/questionnaires/>

- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 372-386). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014, Juni 30). *FHI*. Hentet Mars 17., 2021 fra webområdet for Langvarig smerte: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, Mai 14.). *FHI*. Hentet Mars 23., 2021 fra webområde for Psykiske lidelser hos voksne: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Fossum, M., & Rotegård, A. K. (2016). Å sette ord på sykepleie . I M. Fossum, & A. K. Rotegård, *Nye vips-boken, Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet* (ss. 13-22). Oslo: Cappelen Damm akademisk .
- Helgesen, A. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 143-168). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a, Januar 1.). *Helsepersonelloven*. Hentet Mars 24., 2021 fra webområdet for Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonell%20loven>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b, Januar 1.). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Hentet Mars 24., 2021 fra webområd for Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Helsedirektoratet. (2019, Oktober). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet Desember 1., 2020 fra webområde for Nasjonale faglige retningslinjer: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/\\_/attachment/inlin e/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_/attachment/inlin e/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557)
- Hui, D., & Bruera, E. (2017, Mars). The edmonton symptom assessment system 25 years later: Past, present, and future developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, ss. 630-643.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370>
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling - Generelle prinsipper. I S. Kaasa, & J. H. Longe, *Palliasjon* (ss. 402-410). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S., & Loge, J. h. (2016). *Palliasjon* (2. utgave . utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kreftforeningen. (2020). *Kreft i Norge*. Hentet Desember 1., 2020 fra webområde for Kreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>
- Kreftregisteret. (2012, Februar 19). *Nøkkeltall om kreft*. Hentet Mars 19, 2021 fra webområde for Kreftregisteret: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2005). *Lindring av smerter hos kreftpasienter*. Hentet Desember 1., 2020 fra webområde for FHI: <https://www.fhi.no/publ/eldre/lindring-av-smerter-hos-kreftpasienter/>
- Langeland, N., Hasle, A.-K., & Ørn, S. (2017). Sykdommer i bevegelsesapparatet. I S. Ørn, & E. Bach-Gransmo, *Sykdom og behandling* (ss. 467-504). Oslo: Gyldendal akademisk .
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås , *Klinisk sykepleie 2* (5. utgave . utg., ss. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lund, J.-Å., & Kaasa, S. (2016). Palliativ Strålebehandling. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon* (ss. 305-314). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning . I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 407-450). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mehta, A., & Chan, L. S. (2008, Januar). Understanding of the Concept of "Total Pain" A Prerequisite for Pain Control. *Journal of hospice and palliative nursing*, 10(1), ss. 26-32.  
<https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a>
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- NHI. (2019, April 24.). *Kreftspredning til bein, skjelettmetastaser*. Hentet Desember 2., 2020 fra webområde for NHI: <https://nhi.no/sykdommer/kreft/muskelskjelett-kreft/beinkreft-spredning/>
- Nordeng, H. (2018). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, & O. Spigset, *Legemidler og bruken av dem* (ss. 325-335). Oslo: Gyldendl.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse . I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk sykepleie 1* (ss. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk .

- NSF. (2019 ). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet Desember 9. , 2020 fra Webområde for NSF:  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Odland, L.-H. (2017). Menneskesyn . I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (ss. 25-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Poulsen, L. K., & Andreasen, A.-G. E. (2019). Sociale forhold - muligheter og rettigheter. I L. Sigaard, & A. B. Birgens, *Kræft, klinik og sygepleje* (ss. 348-359). Roskilde, Danmark: FADL`s forlag.
- Roji, J. V., Fransen, H., Poll-Franse, L. V., Zijlstra, M., & Raijmakers, N. (2018, Februar 10). Measuring health-related quality of life in patients with advanced cancer: a systematic review of self-administered measurement instruments. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(8), ss. 1937-1955.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-1809-4>
- Sigaard, L., & Birgens, A. B. (2019). *Kræft - Klinik og sygepleje*. Roskilde: FADL`s forlag.
- Sigaard, L., & Dieperink, K. B. (2019). Smerter. I L. Sigaard, & A. Birgens, *Kræft, klinik og sygepleje* (ss. 390-499). Roskilde, Danmark: FADL`s forlag.
- Slørdal, L. (2018). Kap. 31 Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng, & O. Spigset, *Lengemidler og bruken av dem* (ss. 359-368). Oslo: Gyldendal .
- Therkildsen, D. N., & Refsgaard, S. (2019). Afslutningen på livet. I L. Sigaard, & A. B. Birgens, *Kræft, klinik og sygepleje* (ss. 442-451). Roskilde, Danmark: FADL`s forlag .
- Trovik, C. S., & Bauer, H. (2016 ). Skelettmetastaser: Kirurgiske behandlingsmuligheter. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon* (ss. 594-607). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010, Desember 22.). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien forskning*, ss. 266-276.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0141>
- Vigstad, S., Clancy, A., & Broderstad, A. (2018, Desember 21.). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien forskning*, ss. 1-23.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>

## 8 Vedlegg 1: EORTC

For å ha godkjenning til å bruke EORTC-verktøyene i oppgaven ble det sendt inn søknad til EORTC sine nettsider som ble godkjent 6. april. Under kommer verktøyene som ble tilsendt på mail (EORTC, 2021).



### EORTC QLQ-C30 (versjon 3.0.)

Vi er interessert i forhold vedrørende deg og din helse. Vær så vennlig å besvare hvert spørsmål ved å sette en ring rundt det tallet som best beskriver din tilstand. Det er ingen "riktige" eller "gale" svar. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt.

Ditt navns forbokstaver:

--	--	--	--	--

Født (dag, mnd, år):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato (dag, mnd, år):

31 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<b>Ikke i det hele tatt</b>	<b>Litt</b>	<b>En del</b>	<b>Svært mye</b>
1. Har du problemer med å utføre anstrengende aktiviteter, slik som å bære en tung handlekurv eller en koffert?	1	2	3	4
2. Har du problemer med å gå en <u>lang</u> tur?	1	2	3	4
3. Har du problemer med å gå en <u>kort</u> tur utendørs?	1	2	3	4
4. Er du nødt til å ligge til sengs eller sitte i en stol i løpet av dagen?	1	2	3	4
5. Trenger du hjelp til å spise, kle på deg, vaske deg eller gå på toalettet?	1	2	3	4

#### **I løpet av den siste uken:**

	<b>Ikke i det hele tatt</b>	<b>Litt</b>	<b>En del</b>	<b>Svært mye</b>
6. Har du hatt redusert evne til å arbeide eller utføre andre daglige aktiviteter?	1	2	3	4
7. Har du hatt redusert evne til å utføre dine hobbyer eller andre fritidsaktiviteter?	1	2	3	4
8. Har du vært tung i pusten?	1	2	3	4
9. Har du hatt smerter?	1	2	3	4
10. Har du hatt behov for å hvile?	1	2	3	4
11. Har du hatt søvnproblemer?	1	2	3	4
12. Har du følt deg slapp?	1	2	3	4
13. Har du hatt dårlig matlyst?	1	2	3	4
14. Har du vært kvalm?	1	2	3	4

Bla om til neste side

**I løpet av den siste uken:**

	<b>Ikke i det hele tatt</b>	<b>Litt</b>	<b>En del</b>	<b>Svært mye</b>
15. Har du kastet opp?	1	2	3	4
16. Har du hatt treg mage?	1	2	3	4
17. Har du hatt løs mage?	1	2	3	4
18. Har du følt deg trett?	1	2	3	4
19. Har smerter påvirket dine daglige aktiviteter?	1	2	3	4
20. Har du hatt problemer med å konsentrere deg, f.eks. med å lese en avis eller se på TV?	1	2	3	4
21. Har du følt deg anspent?	1	2	3	4
22. Har du vært engstelig?	1	2	3	4
23. Har du følt deg irritabel?	1	2	3	4
24. Har du følt deg deprimert?	1	2	3	4
25. Har du hatt problemer med å huske ting?	1	2	3	4
26. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling påvirket ditt <u>familieliv</u> ?	1	2	3	4
27. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling påvirket dine <u>sosiale</u> aktiviteter?	1	2	3	4
28. Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling gitt deg økonomiske problemer?	1	2	3	4

**Som svar på de neste spørsmålene, sett en ring rundt det tallet fra 1 til 7 som best beskriver din tilstand:**

29. Hvordan vil du vurdere helsen din den siste uken alt i alt?

1            2            3            4            5            6            7

Svært dårlig

Helt utmerket

30. Hvordan har livskvaliteten din vært i løpet av den siste uken?

1            2            3            4            5            6            7

Svært dårlig

Helt utmerket

**EORTC QLQ – BM22**

Pasienter opplever av og til at de har noen av følgende symptomer eller problemer. Vær vennlig å angi i hvilken grad du har hatt disse symptomene eller problemene **i løpet av den siste uken**. Sett en ring rundt det tallet som best beskriver din tilstand.

Har du i løpet av siste uke hatt smerter i noen av mye følgende kroppsdeler?	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
1. i ryggen?	1	2	3	4
2. i beinet/beina eller hoften(e)?	1	2	3	4
3. i armen(e) eller skulderen/skuldrene?	1	2	3	4
4. i brystet eller ribbeina?	1	2	3	4
5. i setet?	1	2	3	4
<b>I løpet av siste uke:</b>				
6. Har du hatt konstante smerter?	1	2	3	4
7. Har du hatt smerter av og til?	1	2	3	4
8. Har du hatt smerter som ikke er blitt lindret av smertestillende medisiner?	1	2	3	4
9. Har du hatt smerter mens du ligger nede?	1	2	3	4
10. Har du hatt smerter mens du sitter?	1	2	3	4
11. Har du hatt smerter når du har prøvd å reise deg opp?	1	2	3	4
12. Har du hatt smerter når du går?	1	2	3	4
13. Har du hatt smerter i forbindelse med aktiviteter som å bøye deg eller gå i trapper?	1	2	3	4
14. Har du hatt smerter ved anstrengende aktiviteter (f.eks. trening, løfting)?	1	2	3	4
15. Har smertene forstyrret nattesøvn din?	1	2	3	4
16. Har du måttet endre de daglige gjøremålene dine på grunn av sykdommen?	1	2	3	4
17. Har du følt deg isolert fra de som står deg nær (f.eks. familie, venner)?	1	2	3	4
18. Har du bekymret deg for tap av bevegelsesevne som et resultat av din sykdom?	1	2	3	4
19. Har du bekymret deg for å bli avhengig av andre på grunn av sykdommen?	1	2	3	4
20. Har du vært bekymret for din fremtidige helsetilstand?	1	2	3	4
21. Har du hatt forhåpninger om at smertene dine vil bli bedre?	1	2	3	4
22. Har du følt deg positiv over din helsetilstand?	1	2	3	4



## 9 Vedlegg 2: ESAS

ESAS hentet fra e-håndboken til OUS (E-håndboken, 2021).



### Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvnnig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fyllt ut av (sett et kryss):

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

Edmonton symptom assessment system, revidert versjon 2010 (ESAS-r)