



Smertelindring til pasienter med kreft i palliativ fase
Hva kan sykepleier gjøre for at pasienter med kreft opplever
tilfredsstillende smertelindring?

Kandidatnummer: 232

VID vitenskapelige høgskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2016

Antall ord: 10322

24.05.2019

”En dag skal vi dø.

Men alle andre dager skal vi leve.”

- Per Olav Enquist

Sammendrag

Problemstilling: Hva kan sykepleier gjøre for at pasienter med kreft opplever tilfredsstillende smertelindring?

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på sju kvantitative studier og en kvalitativ studie, samt pensumlitteratur og annen relevant litteratur.

Funn: Til tross for bedre kunnskaper om lindrende behandling og utdypende forskning, har to av tre kreftpasienter hatt smerter mens de har vært inneliggende på sykehus. Kunnskapsnivå hos både sykepleier og pasient, kommunikasjonen dem imellom, kartleggingsverktøy og tidlig iverksetting av tiltak påvirker smertelindringen i stor grad.

Drøfting: Sykepleier har en viktig rolle i smertebehandlingen til kreftpasienter. Flere studier viser at tidlig kartlegging samt god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for god smertelindring. Sykepleiere og pasienter har behov for å styrke kompetansen.

Konklusjon: Å lindre kreft smerter er utfordrende fordi den krever et bredt kunnskapsnivå. Kartlegging av smertene bør skje tidlig i sykdomsforløpet, slik at tiltak kan iverksettes. Videre bør sykepleier skape en god relasjon med pasienten slik at behandlingen optimaliseres.

Abstract

Issue: What can nurses do for patients with cancer to experience satisfactory pain relief?

Method: A systematic literature study based on seven quantitative studies and one qualitative study, as well as curriculum literature and other relevant literature.

Findings: Despite better knowledge of palliative care and in-depth research, two out of three cancer patients have had pain while hospitalized. The level of knowledge of both the nurse and the patient, the communication between them, the mapping tool and the early implementation of the measures greatly affect the pain relief.

Discussion: Nursing has an important role in pain management for cancer patients. Several studies show that early mapping and good communication between the nurse and patient are essential for good pain relief. Nurses and patients need to strengthen their skills.

Conclusion: Relieving cancer pain is challenging because it requires a broad level of knowledge. Mapping of the pain should occur early in the course of the disease, so that measures can be implemented. Furthermore, the nurse should create a good relationship with the patient so that the treatment is optimized.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Problemformuleringen	8
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans	9
1.4 Avgrensninger.....	9
1.5 Begrepsavklaringer	10
1.6 Oppgavens videre oppbygging	10
2 Metode	11
2.1 Metodebeskrivelse	11
2.2 Søkestrategi.....	11
2.3 Kildekritikk.....	14
3 Resultater	16
3.1 Sykepleieteoretikere.....	16
3.1.1 Joyce Travelbee	16
3.1.2 Cicely Saunders	17
3.2 Hva er kreft?	18
3.3 Hva er palliasjon?	18
3.4 Hva er smerte?	19
3.4.1 Smerter ved kreftsykdom	19
3.4.2 Kartlegging og dokumentasjon av smerte	20
3.4.3 Medikamentell smertebehandling	21
3.5 Presentasjon av valgte forskningsartikler	23
3.5.1 Bandieri et al. (2012): "Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer"	23
3.5.2 Vigstad, Clancy & Broderstad (2019): "Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak"	23
3.5.3 Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005): "Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus"	24
3.5.4 Valeberg, Bjordal & Rustøen (2018): "Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling" .	24
3.5.5 Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2016): "Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne"	25
3.5.6 Rustøen, Gaardsrud, Leegaard & Wahl (2009): "Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment"	26

3.5.7 Iversen & Haugen (2018): ”Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus”	26
3.5.8 Myhra & Grov (2010): ”Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)”	27
3.6 Lovverk og etikk	27
4 Drøfting	29
4.1 Sykepleierens betydning i smertebehandlingen	29
4.2 Relasjonen mellom sykepleier og pasient	31
4.3 Sykepleierens rolle i kartlegging og dokumentasjon av smertelindring	34
4.4 Sykepleierens rolle ved medikamentell smertebehandling	36
5 Konklusjon	39
Litteraturliste	40
Vedlegg	44

1 Innledning

I dette kapittelet skriver jeg om bakgrunn for valg av tema før jeg presenterer problemformuleringen. Deretter forklarer jeg oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans. Videre kommer jeg inn på avgrensninger og begrepsavklaringer, før jeg til slutt forklarer oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år dør i overkant av 10 000 mennesker av kreft i Norge. Kreft er den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer. De fire vanligste kreftformene er prostata-, lunge-, bryst-, og tykktarmskreft. Kreftregisterets statistikk viser at flere og flere overlever kreft. I 2015 levde 262 884 menn og kvinner med kreft i Norge (Kreftforeningen, u.å.). Tall viser at kreftforekomsten i Norge er stabil. I 2017 var det 33 564 nye krefttilfeller i Norge, som er en økning på to prosent fra 2016 (Kreftregisteret, 2018).

Mange kreftpasienter frykter å oppleve smerte. Pasienter med brystkreft, prostatakreft og lungekreft har størst smerteproblemer. Dette er tre av de krefttypene som forekommer mest. Vi ser derfor viktigheten med å ha kunnskap rundt smertelindring til kreftpasienter i ulike former (Lorentsen & Grov, 2010).

Helsedirektoratet har publisert et nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliativ behandling i kreftomsorgen. Målet med handlingsprogrammet er å forbedre symptomlindring for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom og begrenset levetid, samt å sikre like gode palliative tilbud i hele landet. Det sentrale i palliativ behandling er å lindre pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer (Helsedirektoratet, 2015). Jeg synes derfor det er interessant å undersøke om dette blir brukt i praksis.

Da jeg var i medisinsk praksis, hadde veilederen min og jeg ansvaret for en døende pasient. Pasienten var bevisstløs, men pustet. Pårørende var veldig bekymret for om pasienten var smertepåvirket. Vi fortalte pårørende at pasienten ikke gav uttrykk for smerter, ettersom vi ikke observerte at pasienten eksempelvis rykket på nesen da vi endret stilling i sengen. Pasienten sto på to ulike smertestillende preparater som hun kunne få hver halvtime, eller ved behov. Pårørende ønsket at vi skulle gi smertestillende uansett om pasienten ga uttrykk for smerter eller ikke. Dette førte til at pasienten mest sannsynlig fikk mer smertestillende enn det var behov for. Jeg undret meg over om pårørende ønsket dette for at den terminale fasen skulle gå fortere, eller om de faktisk var bekymret over om pasienten ikke var nok smertelindret.

En artikkel fra Dagens Medisin belyser utfordringer angående smertelindring. ”Det er alvorlig når mennesker får mer opioider enn godt er for å lindre smerter som strengt tatt burde vært behandlet på annet vis. Like alvorlig er det at de som virkelig trenger slik behandling, ikke får det” (Hafstad, 2018). Hafstad uttrykker at dersom helsepersonell ikke lykkes med smertelindring, vil det føre til store konsekvenser for pasientens livskvalitet. Utilfredsstillende smertebehandling fører til unødige plager. Artikkelen avslører videre at det er dokumentert et underforbruk ved akutte smerter til blant annet kreftpasienter. Vi ser derfor at smertebehandling er en pågående utfordring. Denne problemstillingen kan en møte overalt, på alle nivåer i helsevesenet, noe som får meg interessert i å lære mer før jeg begynner å jobbe som nyutdannet sykepleier.

1.2 Problemformuleringen

”Hva kan sykepleier gjøre for at pasienter med kreft opplever tilfredsstillende smertelindring?”.

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Oppgavens hensikt er å belyse viktigheten av smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Omtrent fire av fem mennesker med kreft har fysiske smerter og smerter er det de frykter mest. Kreftsmerte er en kronisk tilstand, og behandlingen må tilpasses deretter. Kroniske smerter kan øke pasientens oppgitthet, påvirke sosial isolasjon og gi en følelse av uverdigg liv (Anker, 2018, Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Ettersom befolkningen i Norge stadig øker og populasjonen bli eldre, er en viss økning i antall krefttilfeller forventet. Moderne kreftbehandling fører til at flere pasienter lever lenger med sykdommen. Dette medfører at antall pasienter med behov for palliativ behandling, pleie og omsorg øker (Kreftregisteret, 2019, Helsedirektoratet, 2015).

Sykepleieren har en viktig rolle i smertebehandlingen og har et stort ansvar for å lindre pasientens smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Vi ser derfor viktigheten av at sykepleier har god kunnskap om hvordan en kan lindre smertene på en mest mulig tilfredsstillende måte.

1.4 Avgrensninger

Jeg velger å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter fra 40 år og oppover. Pasientene er innlagt på institusjon, har kreft og er i palliativ fase. Jeg vil ikke komme inn på ulike kreftsykdommer, men omtale kreft generelt. Fokuset vil være hvordan sykepleier kan bidra til tilfredsstillende smertelindring ved hjelp av bedre kunnskapsnivå samt god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Jeg er innforstått med at kommunikasjon med pårørende, samt tverrfaglig samarbeid er sentralt i palliativ behandling. Grunnet oppgavens begrensninger, har jeg valgt å ikke gå detaljert inn på dette. Smerter kommer i ulike former, både fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell. Jeg velger å fokusere på den fysiske smerten da denne overskygger det meste, men jeg vil også komme inn på den psykiske smerten der det er relevant.

1.5 Begrepsavklaringer

Kreft er samlenavnet på omtrent 200 ulike kreftformer. Kreft er ukontrollert vekst og spredning av celler. Når kreftcellene deler seg ukontrollert, skjer det en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet, og det vil etter hvert dannes en kreftsvulst (Kreftforeningen, u.å.).

Tilfredsstillende vil si å gjøre noen fornøyd, ved å oppfylle krav eller ved ytelse og lignende. For eksempel å gjøre en pasient tilfreds med smertebehandlingen (Det Norske Akademis Ordbok, 2017).

Smertelindring: ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Berntzen et al., 2010, s. 357). Smertebehandlingens mål er å lindre smertene samt bedre pasientens livskvalitet. Smertelindring kan bli utført medikamentelt eller ikke-medikamentelt. Medikamentell behandling består av tiltak som rettes mot den fysiske smerten, og ikke-medikamentell behandling består av blant annet massasje, fysioterapi og akupunktur. Ettersom smerten kan være psykisk, sosial og eksistensiell, kan også atferdsterapi og annen psykologisk behandling være smertelindrende. Den beste smertelindringen skjer når en kombinerer flere behandlingsmetoder (Berntzen et al., 2010, Lorentsen & Grov, 2010).

1.6 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven er delt i fem kapitler. I kapittel to vil jeg beskrive metoden som er anvendt i tillegg til fremgangsmåten for hvordan jeg har funnet forskningsartiklene. Jeg vil også begrunne kort hvorfor jeg har valgt den forskningen jeg har gjort, samt kildekritikk.

I kapittel tre presenterer jeg resultatene mine. Her vil jeg presentere valgte sykepleieteoretikere, fagteori og forskningsartikler som vil legge grunnlaget for drøftingen i kapittel fire. I kapittel fem vil jeg skrive en kort oppsummerende sammenfatning.

2 Metode

I dette kapittelet skal jeg beskrive hva en metode er og hva som kjennetegner en litteraturstudie. Videre skal jeg presentere hvordan jeg har søkt for å finne de dataene jeg trenger til oppgaven, samt treffene mine. Avslutningsvis skal jeg begrunne hvorfor jeg velger den litteraturen jeg gjør.

2.1 Metodebeskrivelse

En metode er en framgangsmåte som forteller oss hvordan vi bør finne eller etterprøve kunnskap. Det er et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Valg av metode begrunnes ut fra hva vi mener vil gi oss gode data og belyser spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. En metode kan også beskrives som å følge en viss vei mot et mål. Metoden skal derfor hjelpe meg med å samle inn aktuell informasjon og data i arbeidet med bacheloroppgaven (Dalland, 2013).

”En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” (Thidemann, 2015, s. 79). Det innebærer å innhente litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samle det hele. Hensikten er å ha en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det problemstillingen etterspør, i tillegg hvordan en har kommet frem til kunnskapen. I tråd med skolens retningslinjer, bruker jeg litteraturstudie som metode i denne oppgaven.

2.2 Søkestrategi

Søkestrategi handler om å finne emneord/søkeord og kombinere disse til søk i ulike databaser. Det er viktig å utvikle en god søkestrategi for å kunne søke effektivt (Thidemann, 2015). Jeg har søkt i ulike databaser som Helsebiblioteket, Cinahl, SveMed+, PubMed, Cochrane

Library, MedLine og Google Scholar, men de databasene som har vært mest relevant for mitt arbeid er SveMed+, Cochrane Library, Sykepleien.no og PubMed. Jeg har anvendt pensumlitteratur og funnet annen relevant litteratur fra bøker som jeg har lånt fra Nasjonalbiblioteket. Jeg har også funnet artikler og statistikk på internett.

For å få best resultat når jeg har søkt etter relevant forskning, har jeg brukt mange ulike søkeord og kombinasjoner av disse.

Engelske søkeord: palliative care, cancer, pain, palliative treatment, managing cancer pain, Liverpool care pathway, patients

Norske søkeord: kreft, smertebehandling, palliativ behandling, palliasjon, palliativ pleie, kreftsmarter, ESAS

Når jeg brukte engelske søkeord fikk jeg svært mange treff, og valgte da å kombinere flere ord. Søkeprosessen for hver artikkel jeg har valgt å ta med, beskrives nedenfor. Jeg valgte å lete etter artikler som ikke var mer enn ti år gamle. Deretter så jeg på overskriften, og om den virket relevant, leste jeg introduksjonen og konklusjonen. Med denne metoden eliminerte jeg artikler som jeg mener ikke er relevant for min problemstilling.

I det første søket valgte jeg å bruke PubMed som database. Jeg brukte avansert søk slik at jeg ikke skulle få altfor mange treff. Jeg brukte søkeordene "early", "palliative", "care", "pain" "management", "patients" og "cancer". I tillegg valgte jeg å søke i årene mellom 2012 og 2018 slik at artiklene ikke var for gamle. Jeg brukte "AND" for å avgrense ytterligere. Jeg fikk 124 treff og valgte først å lese overskriftene. Jeg endte opp med artikkel nr. 23; "Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer", skrevet av Bandieri et al. (2012). Denne artikkelen belyser at symptomene til pasienter bør bli observert tidlig i forløpet slik at smertelindringen kan bli så god som mulig.

For å undersøke det Bandieri et al. (2012) forsket på, ønsket jeg å se om dette hadde noe tilknytning til sykehus i Norge, ettersom studien ble utført i Italia. Jeg søkte i SveMed+ og brukte søkeordene "palliativ", "behandling" og "kreft". Jeg huket av "peer reviewed tidsskrifter" for å forsikre meg at jeg kun søkte på fagfelleverderte artikler, og "les online" slik at jeg hadde tilgang til hele artikkelen. Jeg endte opp med 106 treff og valgte artikkel nr. 1 av

Vigstad, Clancy & Broderstad (2019), ”Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak”. Jeg finner denne artikkelen aktuell da den belyser viktigheten med god palliativ behandling og nødvendigheten med at sykepleiere er oppmerksomme, samt har kunnskaper om pasientens symptomer.

Jeg fortsatte å bruke SveMed+ som database og brukte da søkeordene ”palliative pain cancer”. Her huket jeg også av ”peer reviewed tidsskrifter” og ”les online”, og fikk deretter 17 treff. Jeg så på overskriftene og valgte til slutt artikkel nr. 11. Artikkelen heter ”Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus” og er skrevet av Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005). Denne artikkelen fokuserer på helsepersonellens rolle ved smertebehandling og viktigheten av kunnskap om smertelindring og behandling av kreftrelaterte smerter, noe som er svært relevant for problemstillingen min.

I det fjerde søket, brukte jeg også SveMed+. Denne gangen søkte jeg med begrepene ”kreft” og ”smertebehandling”, huket av ”peer reviewed tidsskrifter” og ”les online”, og fikk da åtte treff. Jeg valgte artikkel nr. 7, ”Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling” av Valeberg, Bjordal & Rustøen (2018). Denne artikkelen er relevant fordi den belyser at noen pasienter er skeptiske mot smertebehandling fordi de blant annet ikke har nok kunnskap rundt temaet. Artikkelen understreker betydningen av at sykepleier har nok informasjon og kunnskap angående smertelindring, slik at det ikke blir noen feiloppfatninger og misforståelser.

Videre søkte jeg i Sykepleien.no fordi jeg har hatt god erfaring med å finne aktuelle artikler der tidligere. Her brukte jeg søkeordene ”smertelindring” og ”kunnskap”, huket av ”forskning” slik at jeg kun fikk fagfelle-vurdert forskning og valgte artikler som er publisert fra år 2010 til 2019 for å avgrense søket. Jeg fikk 24 treff og valgte artikkel nr. 4 med tittel ”Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne”. Artikkelen er skrevet av Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2016). Denne artikkelen omhandler utilfredsstillende smertebehandling, grunnet mangelfull kunnskap og holdning til smerter. Hensikten er å øke kunnskapen hos sykepleiere slik at smertelindringen blir bedre, noe som er målet i min oppgave.

I det sjette søket, brukte jeg CINAHL som database. Her søkte jeg først med ordene ”qualitative”, ”interview”, ”cancer” og ”pain” og fikk 52 164 treff. Jeg avgrenset derfor med å huke av ”linked full text” for å få full tilgang til artikkelen og ”peer reviewed journals” for å

sikre at artiklene er fagfellevurdert forskning. Jeg valgte å begrense til engelske artikler, og til slutt huket av ”cancer patients” og ”cancer pain”, etter CINAHLs forslag. Jeg endte opp med ti treff og valgte artikkel nr. 1, ”Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment.” av Rustøen, Gaardsrud, Leegaard & Wahl (2009). Jeg finner denne artikkelen relevant fordi den belyser temaet angående smertelindring til kreftpasienter og hvor viktig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er. Jeg ønsker å bruke denne artikkelen fordi det er kvalitativ forskning som kan vise hvordan pasientene opplever kreftrelatert smertebehandling på sykehus.

I det syvende søket, brukte jeg SveMed+ med ordene ”liverpool”, ”care”, ”pathway”, huket av ”peer reviewed tidsskrifter”, og ”les online”. På denne måten fikk jeg fire treff. Jeg valgte artikkel nr. 4, ”Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus”. Artikkelen beskriver bruken av Liverpool Care Pathway (LCP) på sykehus, en plan for å ivareta døende pasienter og deres pårørende. Studien, utført av Iversen & Haugen (2018), viser at LCP er en fin sjekkliste for å sjekke om hvert enkelt mål for behandling, pleie og omsorg er oppnådd eller ikke. Det kan øke bevisstheten rundt eksempelvis symptomer og god lindring i palliativ fase.

Den siste artikkelen jeg ønsker å bruke, er ”Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)” av Myhra & Grov (2010). Jeg søkte gjennom SveMed+ og brukte søkeordet ”ESAS”. Jeg huket av ”peer reviewed tidsskrifter”, ”les online” og endte opp med 23 treff. Jeg valgte artikkel nr. 16, ettersom studien belyser at dødeligheten på sykehus og sykehjem er stor, og at fokuset på symptomlindring hos pasienter i palliativ fase, bør økes.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode for å vurdere om en kilde er sann. En skal vurdere og karakterisere kildene som er benyttet. Kildekritikk viser at en stiller seg kritisk til kildene som brukes i oppgaven og hvilke kriterier en har brukt under utvelgelsen (Dalland & Trygstad, 2013). For å vurdere dataene en finner, må en være sikker på at det er relevant for problemstillingen. En

kan stille seg selv spørsmålene; ”hvilken relevans har data for problemstillingen?” og ”hvor pålitelig er måten data er samlet inn på?” (Dalland, 2013, s. 120).

For kritisk å vurdere forskningslitteraturen jeg har funnet, har jeg gått ut i fra sjekklisten på Helsebiblioteket.no (2016).

Jeg har valgt å bruke åtte forskningsartikler til denne oppgaven. Jeg finner alle artiklene relevante for å besvare problemstillingen min. Sju av artiklene er kvantitative og en artikkel er kvalitativ. En kvantitativ metode er en undersøkelse som analyserer et stort antall enheter, som for eksempel land og personer. Formålet er å finne ut om en antakelse om virkeligheten er gjenkjennelig i de data en har samlet (Dahlum, 2018). Jeg ønsket i tillegg å ha med en kvalitativ forskningsartikkel fordi denne metoden er med på å beskrive og undersøke menneskers opplevelse og erfaringer. I dette tilfellet, med smertebehandling til kreftpasienter (Helsebiblioteket, 2016). Sju av artiklene er norske og en er skrevet på engelsk, men studien er utført i Italia. Jeg har derfor valgt å finne annen forskning som er utført i Norge, for å se om forskningen var overførbart til norske forhold. De fleste artiklene er publisert eller oppdatert de siste ti årene, og jeg antar derfor at forskningen er relevant for dette året. Den ene artikkelen er 14 år gammel, men velger likevel å ta den med da den belyser viktigheten med helsepersonellens rolle ved smertebehandling til kreftpasienter.

Nevnte artikler er hentet fra anerkjente tidsskrifter, som SveMed+ og PubMed, som er anbefalt fra tidligere forelesninger om litteratursøk. Utfra dette vurderer jeg artiklene som pålitelige og godkjente til å brukes i oppgaven. Designet i artiklene følger IMRaD-strukturen. Denne strukturen innebærer at forskningen som er publisert, har en introduksjon, en metodedel, resultat av funnene og til slutt diskusjon av det som er blitt lagt frem (Dalland & Trygstad, 2013). Jeg sjekket derfor om forskningsartiklene hadde benyttet seg av denne standardiseringen, slik at det ble lettere å orientere meg da jeg skulle vurdere artiklene. Artiklene er etisk godkjent fra komiteer og land. For å besvare problemstillingen, har jeg brukt forskningsartikler, pensumlitteratur og annen relevant litteratur.

3 Resultater

I dette kapittelet skal jeg først presentere sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Cicely Saunders. Jeg vil deretter presentere relevant fagteori og forskning i lys av problemstillingen min. Avslutningsvis vil jeg presentere pasient- og brukerrettighetsloven samt helsepersonelloven.

3.1 Sykepleieteoretikere

Sykepleieteoretikere kan hjelpe med å identifisere hva sykepleie er. Teoriene gir begreper som beskriver sykepleien, og sykepleierens funksjon blir tydeliggjort (Kristoffersen, 2012).

3.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og var opptatt av de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbees teori var inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen, 2012). I følge Travelbee (2001) må sykepleieren ha god kunnskap og evne til å kunne bruke denne, i tillegg til å bruke seg selv terapeutisk. Travelbee beskriver ulike begrep i boken sin samt menneske-til-menneske-forholdet. Jeg velger å vektlegge sistnevnte, ettersom det kan hjelpe meg å belyse viktigheten med god relasjon mellom kreftpasienten og sykepleier i den palliative fasen.

Travelbee mener at menneske-til-menneske-forholdet gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe pasienten med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse (2001). For å kunne opprette en god relasjon mellom sykepleier og pasient, må sykepleier vite hva pasienten gjør, tenker, føler og erfarer. For å etablere denne relasjonen, må de gjennom

ulike faser: det første møtet, etablering av sykepleier-pasient-relasjon, utvikling av empati og sympati, og til slutt etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Kommunikasjon er derfor et viktig redskap i etableringen av relasjonen mellom sykepleier og pasient. Å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere behovene, er nødvendig for å kunne planlegge og utføre sykepleie som tilfredsstillende pasientens behov (Kristoffersen, 2012).

3.1.2 Cicely Saunders

Cicely Saunders var en engelsk sykepleier, som senere utdannet seg til lege. Saunders utviklet teorien om palliativ pleie og åpnet St. Christopher's Hospice i London for over 50 år siden. St. Christopher's Hospice var det første moderne hospicet som forsket og drev med opplæring i palliasjon (Morland, 2017).

Målet for hospice-virksomheten var at pasienten skulle få en så god avslutning på livet som mulig, både ved medisinsk- og sykepleiefaglig behandling i tillegg til kjærlig omsorg. St. Christopher's Hospice skulle være tverrkirkelig, noe som gjorde at mange kunne etterligne metodene som ble utviklet, uansett kulturelle og religiøse forskjeller. Saunders mente at smertelindring hos døende pasienter handlet om mer enn "bare" den fysiske smerten. Det var slik hun utviklet begrepet "total pain". Dette begrepet skal legge til rette for at pasienten kan oppleve en "god død". Det sentrale i den nyutviklede omsorgen er god smertebehandling og lindring av symptomer, men også at pasientens praktiske, sosiale og åndelige behov skal ivaretas. Saunders skrev og publiserte omkring 50 tekster hvor hun utviklet prinsippene for ny og annerledes omsorg for døende pasienter. Saunders vektla også autonomi og individuell omsorg. Autonomi gjør at pasienten kan føle kontroll over egen situasjon og kan være sentralt for at pasienten skal opprettholde verdighet. Individuell omsorg er viktig innenfor behandling av kreftpasienter. Hospicefilosofien sier at hvert enkelt individ skal møtes ut fra sine spesielle erfaringer (Thorsen, 2001).

3.2 Hva er kreft?

Kroppen består av milliarder av celler. De fleste celler formerer seg ved deling, men ved kreft har det oppstått en feil slik at celler deler seg ukontrollert. Dette fører til at cellene ikke klarer å utføre de samme oppgavene som de friske cellene ville ha gjort. Når kreftcellene fortsetter å dele seg, vil det skje en opphopning av kreftceller i organet hvor den ukontrollerte veksten startet. Dette resulterer i en kreftsvulst. Kreftcellene kan i tillegg vokse inn i andre organer og spre seg via blodet eller lymfesystemet. Det finnes to ulike krefttyper; benigne, som er godartede, og maligne, som er ondartede (Lorentsen & Grov, 2010, Roald, Sauer & Klepp, 2018).

Symptomene kan være forskjellig fra organ til organ. Det er mange årsaker til kreft, og lik krefttype kan ha ulike årsaker. Blant annet kan levemåten vår, arv og miljø øke risikoen for kreft. Det er ingen klare årsaker til hvorfor noen får kreft og andre ikke. Tiltak for å redusere risikoen for kreft er eksempelvis å unngå tobakksbruk, være forsiktig med alkohol og sol, samt mosjonere og ha et sunt kosthold. For å behandle kreft, er de vanligste formene cellegift, kirurgi og stråling, men det er viktig å stille riktig diagnose før behandlingen kan starte. Behandlingsformene kan brukes alene eller kombineres med hverandre (Kreftforeningen, u.å.).

3.3 Hva er palliasjon?

Norsk sykepleierforbund (NSF) har publisert yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. På punkt 2.9 står det ”Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.”. Når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling, vil målet for den medisinske behandlingen og sykepleien mot livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet, endres (NSF, 2016). Palliasjon omhandler behandling, pleie og omsorg til pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Å lindre pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer er hovedfokus i behandlingen. Målet med palliativ behandling er at pasienten og pårørende skal oppleve best mulig livskvalitet. Behandlingen fremskynder ikke

døden eller forlenger dødsprosessen. Den palliative fasen er en prosess som starter når det bestemmes at sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør. I tillegg vil også sorgarbeid og oppfølging av etterlatte inkluderes i behandlingen (Helsedirektoratet, 2015).

3.4 Hva er smerte?

Når man tenker på ordet ”smerte”, er sannsynligheten stor for at en assosierer det med noe negativt eller skremmende. Denne påstanden har blitt bekreftet, spesielt for kreftpasienter, gjennom statistikk og forskning. International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte slik: ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med vevsskade eller truende vevsskade, eller beskrevet med begreper fra slik skade.” (Fors, 2012, s. 63).

Smerte er vanskelig å forstå og utfordrende å behandle. Det er svært vanskelig, nærmere umulig, for en person å skulle formidle smerteerfaringen til andre på en måte slik at de fullt forstår hva den består i. IASP’s definisjon av smerte sier at smerte er en sensorisk og emosjonell opplevelse, og at den er fysisk og psykisk. Smerten er alltid subjektiv. Dette kan føre til at helsepersonell må tolke oppfatningene om hvor sterke smertene til pasienten er (Fors, 2012, Travelbee, 2001).

3.4.1 Smerter ved kreftsykdom

I følge Lorentsen & Grov (2010) er smerte den kreftrelaterte plagen som de fleste frykter. Pasienter med kreft har ofte flere typer smerter samtidig, som kan kreve forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling. Pasienter med langtkommen kreft, har ofte korte eller lange perioder med smerter. Disse periodene er viktig å fange opp gjennom systematisk kartlegging slik at smertebølgene varer så kort som mulig. Pasientene kan også ha akutte og kroniske smerter samtidig. Akutt smerte er et varsel om at noe er galt, mens kroniske smerter ofte skyldes en gradvis progresjon av sykdommen, bivirkning etter behandling eller

en kombinasjon av disse. Kronisk smerte kan øke pasientens oppgitthet, medvirke til sosial isolasjon og gi en følelse av et uverdigg liv. Smerteimpulsen blir sterkere og dermed vanskeligere å behandle. Den akutte smerten er forbigående, og er ofte assosiert med angst og usikkerhet (Kaasa, 2007, Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Smerter kan også komme av andre plager som har oppstått grunnet kreftsykdommen, som liggesår, obstipasjon og muskelatrofi. Pasientene kan i tillegg oppleve sterk psykisk smerte. Dette er en reaksjon på livskrisen en er i. Å ikke vite hva som vil skje og mangel på kontroll over egen livssituasjon, kan gjøre vondt. Eksistensiell og åndelig smerte handler om tanker pasienten kan få rundt meningen med livet. Behandling av psykisk smerte kan være like viktig som smertebehandling (Lorentsen & Grov, 2010, Kreftforeningen, 2019).

3.4.2 Kartlegging og dokumentasjon av smerte

Kreftmerter varierer over tid. Det vil derfor være nødvendig å følge pasientene systematisk for å få oversikt over smertetilstanden, og/eller observere effekten av behandlingen. Pasienter opplever smerte ulikt og det er derfor nødvendig å avklare pasientens tanker og tidligere erfaringer med smerte, fordi det kan påvirke smerteopplevelsen (Kaasa, 2007, Lorentsen & Grov, 2010). Når en bruker smertevurderingsskjemaer/skalaer, vil pasienten kunne gi en god beskrivelse av smerten. Disse vurderingene kan også hjelpe når en skal sammenlikne smertene fra gang til gang, noe som gjør det lettere å måle effekten av smertebehandlingen. For optimal smertediagnose er det nødvendig med anamnese og en klinisk undersøkelse (Berntzen et al., 2010, Bjørgo, 2004).

Sykepleieren har ansvar for å kartlegge pasientens smerte, altså den fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle smerten. En har også ansvar for å beskrive smertens endringer over et tidsrom. For å kartlegge smertene er det noen punkter Lorentsen & Grov (2010) mener en bør gå gjennom:

Smertelokalisasjon kan være med på å bestemme hvilket organ eller vevsstrukturer som er utgangspunktet for smerte. Hos de fleste pasienter er det to eller flere lokalisasjoner. Det beste er om pasienten beskriver hvor det gjør mest vondt og peke på området. Dette kan enkelt

gjøres ved å bruke kroppskart (vedlegg 1). Et kroppskart er en tegning av kroppen sett forfra og bakfra slik at pasienten, eller sykepleieren, kan merke det området eller områdene der det er smerter (Bjørgero, 2004, Berntzen et al., 2010).

Smertetype, som for eksempel gjennombruddssmerte og tumorrelatert smerte, vil ofte bestemme valg av behandlingsmetode.

Smerteintensitet. Ettersom smerte er vanskelig å kommunisere, kan en blant annet benytte ”visuell analog skala” (VAS), for subjektiv opplevelse av smerte (vedlegg 2). Ved VAS-skalerting, vil pasienten krysse av på en skala fra 0-10, hvor 0 betyr ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er også et skjema som blir brukt i praksis (vedlegg 3). Dette skjemaet kartlegger flere symptomer samtidig. ESAS skal være kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge. Skjemaet er spesielt godt egnet for kreftpasienter fordi det hjelper med å kartlegge smerter i ro, smerter i bevegelse, slapphet, kvalme, tung pust, munntørhet, matlyst, angst eller uro og tristhet eller depresjon (Bjørgero, 2004, Lorentsen & Grov, 2010).

Tidsaspektet. Det er viktig å vite når smerten startet, hvordan den utviklet seg, om det er døgnvariasjoner og effekten av medikamenter. Denne informasjonen er nødvendig for optimalisering av doser og beregning av doseintervaller (Bjørgero, 2004).

Andre faktorer som påvirker smerten, må også kartlegges. Sykepleier bør finne ut om de er av fysisk, psykisk, sosial og/eller eksistensiell karakter. Påvirkning av disse faktorene kan være like viktig å behandle som medikamentell behandling. Eksempelvis kan familieproblemer bidra til søvnvansker og økende smerter. Flere studier viser at pasienter med mye angst har mer smerte, enn de med mindre angst (Kaasa, 2007).

3.4.3 Medikamentell smertebehandling

Ettersom smertene hos kreftpasienter ofte varierer over tid, er det viktig at behandlingen er tilpasset den enkelte pasient. Når kreftdiagnosen er stilt, skal behandlingen startes umiddelbart (Kaasa, 2007). Medikamenter kan gis per oralt, men også subkutant og via

epiduralt eller intraspinalt kateter (Lorentsen & Grov, 2010). Ved ordinering av medikamentell smertebehandling til kreftpasienter, brukes det et eget smertelindringsregime, nemlig ”smertetrappen” (vedlegg 4).

I følge Kaasa (2007) bør Verdens helseorganisasjons (WHOs) smertetrapp benyttes for å oppnå god smertelindring. Smertetrappen er et grunnleggende prinsipp for behandling av smerter i ulike grader, spesielt ved kreftsykdommer og ved palliativ behandling. Den har tre ulike trinn. På trinn 1, brukes det ikke-opioide analgetika, som paracetamol og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID). På trinn 2 brukes opioider ved svak til moderat smerte, som kodein og preparater fra trinn 3 med lav dose. På trinn 3 brukes det opioider ved sterke smerter, som morfin, oksykodon, hydromorfon, fentanyl etc. (Mæhre, 2018).

Administrering av ordinerte smertelindrende medikamenter tar utgangspunkt i smertetrappen. Oftest begynner en på det nederste trinnet og øker medisineren etter hvert som pasienten har behov for det. Målet med medikamentell smertelindring er å lindre best mulig med færrest bivirkninger som mulig. Men bivirkninger vil ofte forekomme, og derfor er det nødvendig å behandle disse effektivt. De vanligste bivirkningene er obstipasjon, kvalme og brekninger, hallusinasjoner/uro, døsigheit og respirasjonsdepresjon (Lorentsen & Grov, 2010, Kaasa, 2007).

I følge Kaasa (2007) er mange pasienter skeptiske til opioider. Mange kan tenke at en blir avhengig, at effekten av smertestillende blir brukt opp etc. Derfor er det viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon om smertelindring i tillegg til bivirkningene som kan forekomme. Informasjonen bør forsikre pasienten om at de ikke blir avhengig og at medikamentet er nødvendig for optimal smertelindring. Ved utilstrekkelig informasjon kan en risikere at pasienten ikke tar de medikamentene som er forskrevet og dermed ikke oppnå tilfredsstillende smertelindring (Kaasa, 2007).

Det er legens ansvar å ordinere cytostatika, men sykepleieren administrerer medisinene og er som regel den som ser pasienten oftest. Det er derfor avgjørende at sykepleier og lege har god kommunikasjon. En studie sier at sykepleieren må formidle hensiktsmessig informasjon til legen, samtidig som at legen informerer om sitt pasientarbeid. Kommunikasjonen må være tydelig og punktlig. Det er viktig med gjensidig respekt mellom partene for at pasientbehandlingen skal bli best mulig (Propp et al., 2010).

3.5 Presentasjon av valgte forskningsartikler

3.5.1 Bandieri et al. (2012): ”Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer”.

Hensikten med studien er å undersøke om oppstart av tidlig palliativ pleie er gunstig for smertebehandlingen til kreftpasienter. Dette fordi omtrent halvparten av kreftpasienter fortsatt ikke mottar tilfredsstillende smertebehandling, til tross for at mange retningslinjer har blitt publisert de siste årene. Studien er en kvantitativ tverrsnittstudie. Studien ble utført på 32 ulike italienske sykehus og inkluderte 1450 pasienter som mottok smertestillende behandling for kreftsmerte. 602 pasienter fikk standard behandling, altså vanlig palliativ pleie, og 848 pasienter fikk tidlig behandling av et palliativt team. Studien ble utført i 2007-2008.

Pasientene ble observert seks dager i uken, for å undersøke hvordan den smertelindrende behandlingen var. En gruppe bestående av leger, sykepleiere og apotekere på hvert sykehus, ble brukt for å samle inn informasjon om pasientene. Studien viser at pasientene som fikk tidlig palliativ behandling, hadde bedre livskvalitet, redusert depresjon og tre måneder lengre overlevelsessjansene enn de som mottok standard behandling. I tillegg var smerteopplevelsen mindre. Grunnen til dette kan være fordi palliative team bruker høyere og sterkere smertestillende doser. Konklusjonen er at tidlig oppstart med palliativt team ikke reduserer kreftpasientens smerter, men smertelindringen blir bedre.

3.5.2 Vigstad, Clancy & Broderstad (2019): ”Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak”.

Hensikten med forskningen er å illustrere palliative kreftpasienters rapportering av symptomer ved ankomst og utreise fra palliativ enhet. Studien har en retrospektiv, kvantitativ studie hvor data fra kvalitetsdatabasen ved Palliativ enhet, UNN Harstad, ble hentet. 274 kreftpasienter deltok i studien, hvor 135 av de var kvinner og 139 menn.

Gjennomsnittsalderen var 69,5 år. Studien ble utført på palliativ enhet ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Harstad, perioden 2008-2016. Data fra ESAS er brukt.

Resultatet blir beskrevet med deskriptiv statistikk. Studien viser at god palliativ behandling krever at sykepleierne er oppmerksomme på og har kunnskaper om pasientenes symptomer. Systematisk registrering av symptomdata gjør det lettere å oppdage symptomer tidlig. Tilfredsstillende palliativ behandling krever tidlig start med kartlegging og behandling. Dette for å minimere risikoen for store, problematiske symptomer over lang tid, som også vil resultere i forbedret livskvalitet. Forskningen avslører at ESAS-skjemaet brukes som et nyttig verktøy for en mer målrettet symptombehandling, men at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er nødvendig.

3.5.3 Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005): ”Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus”.

Hensikten med studien er å kartlegge kreftsmarter hos inneliggende pasienter ved norske sykehus, og belyse eventuelle hindringer, for å bedre smertebehandlingen. Dette fordi to av tre kreftpasienter har hatt smerter i sykdomsforløpet. Studien er en kvantitativ prevalensstudie. 13 sykehus og 309 pasienter ble inkludert i studien. Alle sykehus i Helseregion Sør, Akershus universitetssykehus og Bærum sykehus deltok i studien. Pasientene som deltok var inneliggende kreftpasienter. Brief Pain Inventory, et spørreskjema, har blitt brukt, samt spørsmål angående diagnose, behandling, gjennombruddssmerter og nevropatiske smerter er blitt stilt. Studien konkluderer med at halvparten av pasientene er smertepreget når de er innlagt i sykehus. Noen pasienter bruker ikke sterke smertestillende, og pasienter med nevropatisk smerte og gjennombruddssmerter, får ikke god nok behandling. Helsepersonell har behov for økt kunnskap om forekomst og behandling av kreftrelaterte smerter for å bedre kvalitet på smertebehandlingen.

3.5.4 Valeberg, Bjordal & Rustøen (2018): ”Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling”.

Hensikten med studien er å beskrive pasientrelaterte hindringer i forhold til smerte og smertebehandling. Videre undersøkes det om hindringer for smertebehandling vil påvirke

pasientens smerteintensitet og funksjonsnivå. Studien er kvantitativ. Pasientene som ble inkludert i studien var norske polikliniske kreftpasienter over 18 år som hadde smerter eller brukte smertestillende medisiner. Det var til sammen 217 pasienter med i studien. Studien er en beskrivende tverrsnittsundersøkelse. Det ble undersøkt om pasientene hadde barriere mot smerte og smertebehandling ved hjelp av barriereskjema (NBQ-11). Studien avslører at spørsmål angående avhengighet, toleranse, symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og bekymringer om bivirkninger, er faktorer som gjør pasienter redde og har barrierer for smertebehandling. Studien viser at det er nødvendig med mer individualisert informasjon om smerte og smertebehandling for bedre smertelindring.

3.5.5 Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2016): "Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne".

Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. Studien er kvantitativ og inkluderte 114 sykepleiere som jobbet på kirurgiske sengeposter på universitetssykehus og 86 sykepleierstudenter på tredje året ved en høgskole. Det endte opp med 165 personer som deltok i studien. Det ble utført en tverrsnittstudie hvor data ble samlet inn gjennom den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). Kartleggingsverktøyet inneholder 39 spørsmål som omhandler smertehåndtering og smertelindring. Studien viste at mange frykter respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet ved smertebehandling. Gjennom eksempler av pasienthistorier, viste det forskjell mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Studien konkluderer med at det er behov for å styrke kompetansen hos sykepleiere og studenter vedrørende smerter og smertebehandling for å bedre smertelindringen.

3.5.6 Rustøen, Gaardsrud, Leegaard & Wahl (2009): "Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment".

Hensikten med studien var å undersøke kreftpasienters erfaringer med smertebehandling under sykehusinnleggelse. Studien er kvalitativ. 18 kreftpasienter deltok i studien, hvor elleve kvinner hadde brystkreft og sju menn hadde prostatakreft. Deltakerne var fra forskjellige avdelinger på et norsk kreftsykehus. Datainnsamling skjedde ved at en sykepleier hadde dybdeintervjuer over ett år. Her ble pasientene spurt om deres opplevelse av smerte, erfaringer med sykepleie i forhold til smertebehandling samt deres forventning til sykepleieren. Studien viser at pasientene synes det er vanskelig å uttrykke forventningene til hvordan smertebehandlingen skal være. Pasientene mener det viktigste er at sykepleier er tilstede og er støttende, gir informasjon, deler kunnskap og administrerer medisinene. Pasientene ønsket at sykepleier ga tydelig informasjon og forklaring vedrørende smertene, uten å måtte be om det. Studien tydeliggjør at sykepleiere må ha en klarere rolle i forhold til smertebehandling når det gjelder rådgivning og pasientopplæring.

3.5.7 Iversen & Haugen (2018): "Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus".

Hensikten med studien var å undersøke personalets erfaringer med bruk av tiltaksplanen LCP ved to norske sykehus (vedlegg 5). Studien er kvantitativ. Seks sengeposter på Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) og to sengeposter på Haukeland universitetssykehus (HUS) deltok i studien. Disse sengepostene inkluderte en palliativ sengeenhet, en overvåkningsavdeling, fem ulike medisinske sengeposter og en døgnpost på kreftavdeling. Det var 356 deltakere i studien med pleiepersonale og legegruppe. Forskerne laget et spørreskjema med ti spørsmål. Spørsmålene var basert på internasjonale erfaringer med innføring og bruk av LCP. Svarene ble analysert med deskriptiv statistikk. Etter de hadde fått resultatene fra spørreundersøkelsen, hadde de gruppeintervju med temaer fra undersøkelsen. Studien kom frem til at bruken av LCP gjorde personalet mer bevisst på å avslutte uhensiktsmessige tiltak og gi god symptomlindring. Tiltaksplanen bidro til bedre struktur i forhold til omsorgen for døende og

deres pårørende. Likevel opplevde personalet at det er utfordrende å vurdere når en pasient er døende, og derfra vurdere overgang til terminal pleie og iverksetting av LCP.

3.5.8 Myhra & Grov (2010): ”Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)”.

Hensikten med studien var å kartlegge bruken av ESAS-skjemaet ved ulike avdelinger på sykehjem. Studien har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design og er kvantitativ. Deltakerne i studien er sykepleiere ansatt ved palliative enheter på sykehjem og avdelinger med senger forbeholdt til pasienter i palliativ fase. Sykehjemmene og avdelingene er innenfor Helseregion Sør-Øst. 16 avdelinger deltok i studien og det var 83 sykepleiere som besvarte spørreskjemaet. Forskerne utviklet et strukturert spørreskjema til sykepleiere som jobbet på palliative enheter og sykehjemsavdelinger. Deskriptiv statistikk ble brukt for å analysere funnene. Hovedfunn i studien er at sykepleiere ved palliative enheter på sykehjem bruker ESAS med det grafiske skjemaet i større grad enn sykepleiere ved avdelinger med senger til pasienter i palliativ fase. Men studien avslører også at sykepleierne mener at ESAS er lett å bruke for å vurdere pasientens symptomer. Pasienter kan ha stor fordel ved bruk av skjemaet, blant annet fordi de føler seg lyttet til og blir tatt på alvor, men også fordi det gir et raskt svar på pasientens symptomer. Symptomene som blir kartlagt, kan gjøre det lettere for helsepersonell å rette tiltak mot lindring av symptomene som er plagsomme for pasienten.

3.6 Lovverk og etikk

Det er blitt utviklet forskjellige lover og etiske retningslinjer for sykepleiere og andre helsepersonell som beskriver deres profesjonsetikk og de forpliktelser som definerer god sykepleiepraksis. Jeg har tidligere nevnt NSF's yrkesetiske retningslinjer, men jeg vil også belyse pasient- og brukerrettighetsloven samt helsepersonelloven.

Pasient- og brukerrettighetslovens mål er å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Loven skal også fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell, i tillegg til å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Lovdata, 2018).

Helsepersonelloven skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsevesenet, samt at en kan ha tillit til helsepersonellet. I følge § 4, skal helsepersonell utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte og utøve omsorgsfull hjelp (Lovdata, 2018).

4 Drøfting

I dette kapittelet skal problemstillingen min, ”*Hva kan sykepleiere gjøre for at pasienter med kreft opplever tilfredsstillende smertelindring?*”, drøftes opp mot fag- og forskningslitteraturen som er presentert tidligere i oppgaven. Punktene står i den rekkefølgen jeg mener er viktig for å kunne gi tilfredsstillende smertelindring.

4.1 Sykepleierens betydning i smertebehandlingen

Vigstad et al. (2019) mener at godt utført sykepleie innebærer oppmerksomhet på og kunnskaper om pasientens symptomer. Utfra litteratur og studier som ble brukt i denne oppgaven, ser vi at sykepleieren har en viktig rolle i smertebehandlingen til kreftpasienter i palliativ fase. Gjennom erfaring fra praksis, har jeg opplevd at sykepleier tilbringer mye tid med pasientene og derfor har mulighet til å være med å evaluere og vurdere behandlingen. Blant annet har sykepleier ansvar for å kartlegge smertene, administrere medikamenter og ivareta pasientens grunnleggende behov. I tillegg skal også pasienten få helse- og behandlingmessige opplysninger, i følge § 2-1b i pasient- og brukerrettighetsloven (Lorentsen & Grov, 2010, Lovdata, 2018).

Kaasa (2007) mener at hyppig og riktig evaluering og vurdering av pasientens smerter, kan føre til riktig smertelindring. På denne måten kan nødvendige tiltak igangsettes. Likevel er det mange pasienter som opplever utilfredsstillende smertebehandling (Holtan et al., 2005). Dette kan forstås i lys av at kreftpasienter ofte har flere typer smerter samtidig, som igjen kan gi en kompleks behandling som krever bred kunnskap (Kaasa & Borchgrevink, 2007). I følge punkt 2.9 i de yrkesetiske retningslinjene til NSF, har sykepleieren ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (2016). Likevel hevder studier at inneliggende pasienter fortsatt opplever smerte (Holtan et al., 2005). Det kan bety at sykepleiere bør fokusere på bedre samarbeid med pasienten, samt skape et tillitsforhold. Gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier er avgjørende for god smertelindring. Sykepleieren må lytte til pasientens

smerteopplevelse, samtidig som pasienten må ha tro på at sykepleieren ønsker å hjelpe ham. Videre bør sykepleier og lege tilrettelegge for at pasienten kan delta aktivt i planleggingen og vurderingen av hvilke smertelindringsmetoder som skal brukes. Pasientens egne erfaringer og meninger om hva som kan hjelpe, bør vektlegges. Når pasienten opplever trygghet, tillit og respekt, kan det være med på å forsterke effekten av smertebehandlingen han mottar (Berntzen et al., 2010).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee beskriver viktigheten av å ha en god relasjon mellom sykepleier og pasient for å kunne oppnå sykepleiens mål og hensikt. Dette skjer ved å utvikle et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001). I følge Lorentsen & Grov (2010) trenger kreftpasienter omsorg, sympati og empati fra sykepleier ettersom de er i en sårbar og stressende situasjon, noe som støttes av Rustøen et al. (2009). Pasientgruppen i studien uttrykte at de ønsket at sykepleierne var tilstede og støttende. På den andre siden vektla Cicely Saunders autonomi og individuell omsorg. Når pasienten føler kontroll over egen situasjon vil det, som tidligere nevnt, forsterke effekten av smertebehandlingen, men også ivareta pasientens verdighet. Individuell omsorg er nøkkelen innenfor behandling av kreftpasienter. Pasienter håndterer kreftsykdom på ulike måter, og det er viktig at hvert individ møtes utfra sine egne erfaringer (Thorsen, 2001). Omsorg er med på å gi pasienten opplevelse av at sykepleieren bryr seg om ham som et medmenneske, ikke bare som pasient. Mange kreftpasienter kan føle seg ensomme og at de er alene i lidelsen. Når sykepleieren viser omsorg, kan pasienten oppleve at han ikke er alene i kampen og sykdommen blir lettere å bære (Lorentsen & Grov, 2010).

Smerteforskning har gitt økt kunnskap og forståelse, men likevel kommer det fram i flere studier at sykepleiere har for lite kunnskap om smerte og smertebehandling (Berntzen et al., 2010). Dette kan føre til uheldige situasjoner. Holdninger som at kreft alltid medfører smerter eller misforståelser om at det er lite å gjøre for å lindre smertene, fordommer relatert til avhengighet av analgetika samt andre plager som påvirker den fysiske smerten, kan være grunn for at pasienter ikke får tilstrekkelig smertebehandling. Sykepleierens mangel på kunnskap, samt redsel for bivirkninger og å ikke mestre dem, kan påvirke smertebehandlingen (Holtan et al., 2005, Valeberg et al., 2018). Granheim et al. (2016) bekrefter behovet for å styrke kompetansen hos sykepleiere. Studien avslører at mange sykepleiere frykter respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. I følge Berntzen et al. (2010) må sykepleier akseptere at pasienten selv vet best hvordan smerten oppleves og ikke tvile på det. Granheim

et al. (2010) støtter dette ved å beskrive at det var et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Studien viser at sykepleiere bør bli flinkere til å ta hensyn til det pasienten uttrykker.

Nøkkelen til bedre kvalitet på smertebehandlingen ligger i økt kunnskap, både hos sykepleiere og pasient, om forekomst og behandling av kreftrelaterte smerter samt gjennomføring av systematiske smerteregistreringer hos den enkelte pasient. Sykepleier bør arbeide med å finne løsninger som kan redusere pasientens smerter og feiloppfatninger. Det er viktig at sykepleier tar seg tid til og gir pasientene mulighet til å diskutere, samt gi uttrykk for bekymringer de måtte ha i forbindelse med smertebehandling. Utfra egen erfaring, kan denne samtalen være med på å redusere angst og ubehag, som igjen kan redusere smerteopplevelsen (Holtan et al., 2005, Valeberg et al., 2018).

4.2 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

Målet med palliasjon er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende (Helsedirektoratet, 2015). Dette innebærer å lindre pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, samt iverksette tiltak mot psykiske, sosiale og eksistensielle problemer. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse, og kan kun kartlegges gjennom kommunikasjon med pasienten. Reitan (2004) støtter dette ved å skrive at det er nødvendig med god kommunikasjon og samhandling for å utøve god sykepleie til pasienter med kreft. Det innledende møtet som Travelbee beskriver, er derfor avgjørende for hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient blir (Travelbee, 2001). Travelbee mener kommunikasjon er en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjoner. Kommunikasjon brukes først og fremst for å bli kjent med pasienten, men også for å forstå og møte pasientens behov. På denne måten vil sykepleieren hjelpe pasienten til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Travelbee, 2001).

Smerte er en subjektiv opplevelse, og kan i følge Travelbee (2001) være svært vanskelig, nærmere umulig, å formidle smerteopplevelsen til andre slik at de fullt forstår det. Smerte kan også medføre en viss angst og frykt. Det er derfor viktig at sykepleier reflekterer over reaksjoner de kan ha, ettersom dette kan påvirke pasienten i stor grad, både på godt og vondt.

I følge Lorentsen & Grov (2010) bør sykepleier se bort ifra forutinntatte oppfatninger av pasienten og se ham som en person. § 4 i helsepersonelloven skriver at helsepersonell skal utøve omsorgsfull hjelp (Lovdata, 2018). Flere studier viser at gode, omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier er viktig for at pasienten skal oppleve livskvalitet og helse. God omsorg kan føre til at pasienten føler seg vel, som igjen gir økt styrke og mot. Dette støttes av Rustøen et al. (2009) ved at pasientene i studien beskriver at sykepleieren bør være tilstede og tilgjengelig, at de må lytte, samt vise empati og omsorg. Empati er en av fasene Travelbee (2001) mener sykepleier og pasient må gjennom for å etablere en god relasjon. Empati kan beskrives som en opplevelse av å forstå den andre. Pasientene i studien til Rustøen et al. (200) uttrykte at det var vanskelig å formidle forventingene de hadde til sykepleiere angående lindring av smerter. Dersom sykepleieren prøver å sette seg i pasientens situasjon, kan det hjelpe på å forstå pasientens smerteopplevelse og dermed bidra til bedre smertelindring. Saunders bekrefter dette ved å skrive at ved å se og lytte til pasienten, kan sykepleier yte den beste omsorgen (Thorsen, 2001).

Travelbee (2001) mener at gjennom kommunikasjon, etableres det et menneske-til-menneske-forhold. Hun mener dette forholdet hjelper å nå sykepleiers mål og hensikt. En god relasjon kan gi pasienten en følelse av at de har noen å stole på, ha tillit til og noen de kan formidle følelsene sine til. Sykepleieren bør prøve å forstå hva pasienten kommuniserer, og bruke denne informasjonen i behandlingen. For å oppnå gode kommunikasjonsferdigheter, bør sykepleieren ha en intellektuell tilnærming til problemene, samtidig som at hun ”bruker seg selv terapeutisk” (Travelbee, 2001). I følge Rustøen et al. (2009) mente pasientene at god kommunikasjon, samt når sykepleiere ga uttrykk for at de hadde god tid og ikke stresser, hjalp med å lette smerteopplevelsen.

Studien til Valeberg et al. (2018) viser til et eksempel som belyser viktigheten med god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det kommer frem at døsighet er en av bivirkningene som pasientene synes er vanskeligst å håndtere. Døsighet kan føre til at pasienten ikke klarer å delta i sosiale sammenhenger som tidligere. Det er derfor viktig at sykepleier informerer om døsighet som følge av doseøkning i forkant. På denne måten kan pasienten være med å bestemme når dosen skal økes, slik at de ikke går glipp av noe som er betydningsfullt for dem. Når pasienten føler kontroll over eget liv og behandlingen, kan det bidra til at de følger behandlingen som er anbefalt. Dette kommer også fram i Saunders teori

om autonomi. Saunders mener at pasienten skal ha kontroll over sin egen situasjon og møtes med respekt (Thorsen, 2001).

Det har kommet frem i flere studier at pasienter ønsker og har behov for mer informasjon og kunnskap om smertelindring (Rustøen et al., 2009). I følge § 10 i helsepersonelloven, skal den som yter helse- og omsorgstjenester, gi informasjon til den som har krav på det. Det er viktig at sykepleier kommuniserer på en måte som pasienten vil forstå. Evnen til å kunne sette seg inn i pasientens virkelighet, er en av de viktigste forutsetningene for god kommunikasjon og relasjon (Travelbee, 2001, Lorentsen & Grov, 2010, Lovdata, 2018). Informasjon kan bidra til å redusere eller fjerne usikkerhet. Likevel kan informasjon påvirke pasienten til å føle på frykt og angst, fordi de får mer innsikt og forståelse for situasjonen de er i (Reitan, 2004). På den andre siden kommer det frem i studien til Rustøen et al. (2009), at pasientene ønsket at sykepleierne ga tydelig informasjon og kunnskap uten å måtte be om det selv. Det er derfor viktig at sykepleier gir informasjon til riktig tid og på pasientens premisser. Å vise interesse, ved for eksempel å spørre ”hvordan har du det?”, kan være en god støtte. På denne måten kan pasienten bli mindre skremt og bevarer følelsen av håp. Godt samarbeid mellom sykepleier og pasient vil bidra til bedre smertelindring (Lorentsen & Grov, 2010).

For å få kontinuitet i pleien, mener flere pasienter at å kunne forholde seg til én sykepleier er enklere, enn å skape en ny relasjon hver dag (Lorentsen & Grov, 2010). Det kan derfor tenkes at smertelindringen blir bedre av at pasienter har noen få sykepleiere å forholde seg til. Gjennom min erfaring i praksis, har jeg i tillegg observert at pasientene synes det er betydningsfullt når sykepleier tar seg tid til samtale. På den andre siden er det mange sykepleiere som synes det er utfordrende å kommunisere med døende pasienter (Iversen & Haugen, 2018). Et tiltak kan derfor være å ta i bruk LCP. I følge Iversen & Haugen (2018) synes sykepleiere det er lettere å kommunisere med pasienter når de hadde en ”mal” de kunne følge. En respondent uttrykker at bruk av LCP gjør det lettere å forholde seg til pasienten og pårørende i en situasjon som ellers er ganske vanskelig.

4.3 Sykepleierens rolle i kartlegging og dokumentasjon av smertelindring

Travelbee (2001) mener at behovene til pasienten må identifiseres for at de skal kunne ivaretas. Dette skjer gjennom observasjon og samtale. Travelbee uttrykker at den profesjonelle sykepleieren observerer pasientens symptomer og dermed underbygger pasientens smerteopplevelse. I følge Anker (2018) kan omtrent 80-90% av smertene holdes i sjakk ved riktig behandling. For å effektivisere symptomlindringen, viser forskning at det er hensiktsmessig å kartlegge pasientens plager tidlig (Vigstad et al., 2019). Kartlegging kan bidra til å beskrive smerteforløpet til pasienten, samt vurdere tiltakene. Helsedirektoratet (2015) anbefaler å bruke ESAS. ESAS er et skjema som blir brukt som standard kartleggingsverktøy i palliativ virksomhet i Norge. Pasientens symptomer skal kartlegges daglig hvor målet er best mulig livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2010). På den andre siden påviser Vigstad et al. (2019) at det er liten sammenheng mellom sykepleierens opplevelse av pasientens symptomer og pasientens egentlige symptombilde, men at sykepleiers kunnskaper om pasientens symptombilde kan bedres ved hjelp av for eksempel ESAS.

I følge Myhra & Grov (2010) bør kartleggingen være minst mulig plagsom for pasienten og enkel å utføre. Studien deres viser at pasienten har stor fordel ved å bruke ESAS fordi skjemaet gir et raskt svar på pasientens symptomer. For øvrig mangler ESAS et eget punkt om obstipasjon. Obstipasjon er et problem som forekommer hos ca. 50-60% av kreftpasienter og hos nesten 90% av dem som bruker opioider. Obstipasjon kan i tillegg føre til ernæringsproblemer, blødninger og infeksjon (Lorentsen & Grov, 2010). Ettersom mange pasienter med kreftsykdom plages av obstipasjon, kan sykepleier aktivt forebygge med eksempelvis laksantia. I følge Helsedirektoratet (2015), er det spesielt viktig å forebygge i tilfeller hvor pasienter allerede står i fare for å bli obstipert, men også til de som bruker opioider, som de fleste kreftpasienter gjør.

Vigstad et al. (2019) belyser sammenhengen mellom høy symptomskår på ESAS og iverksettelse av kliniske tiltak. Studier viser at bruk av ESAS gir bedre informasjon om pasientens plager og øker kvaliteten på sykepleien, samtidig viser forskning at ESAS kan være utfordrende å bruke til svært dårlige pasienter (Myhra & Grov, 2010). Skjemaet kartlegger mer generelt med spørsmål som: ”Alt i alt, hvordan har du det i dag?”. Den kognitive funksjonen kan være redusert hos terminale pasienter. Konsekvensen av dette kan

være at det blir vanskelig å bruke ESAS til pasienter med sterk nedsatt allmenntilstand. Døende pasienter kan også ha behov for lindrende sedering, hvor de er i en tilstand preget av ro eller lett søvn (Lorentsen & Grov, 2010). Gjennom min erfaring i praksis, opplevde jeg at det var utfordrende å vite om pasienten var smertelindret ettersom det ikke var mulig å kommunisere med pasienten. Det var pårørende som avgjorde hvor ofte morfin skulle gis, noe jeg opplevde som et etisk dilemma fordi pasienten selv ikke bestemte behandlingen. Legen hadde ordinert smertestillende medikamenter, og det var derfor ingen grunn til ikke å gi smertestillende. På den andre siden opplevde jeg det utfordrende fordi den palliative fasen ikke var kartlagt godt nok. En mulig løsning for å unngå dette dilemmaet er tidlig kartlegging hvor både pasient, pårørende og sykepleier blir enig i hvordan den siste fasen bør være. Jeg tror at tidlig kartlegging fører til at jeg føler meg tryggere i rollen som sykepleier, og at behandlingen er i henhold til pasientens ønsker. Det er også viktig at kartleggingen er dokumentert, slik at sykepleiere som kommer på jobb, er kjent med pasientens ønsker.

Dersom sykepleier synes det er for utfordrende å bruke ESAS, kan en i stedet bruke et observatørskjema. Gjennom et slikt skjema, kan en se på ansiktsuttrykk for å kartlegge pasientens symptomer. Likevel bekrefter Myhra & Grov (2010) at ESAS faktisk kan brukes til pasienter i palliativ fase. Forklaringen på dette kan være at enkelte avdelinger har bedre opplæring i palliasjon, og dermed har utviklet metoder og tilnæringsmåter for å kunne bruke ESAS overfor svært dårlige pasienter. Det er anbefalt at ESAS blir brukt som utgangspunkt for samtale, ettersom skjemaet ikke dekker alle symptomer pasienter kan ha. Både Vigstad et al. (2019) og Myhra & Grov (2010) konkluderer med at pasientene har stor fordel ved å bruke ESAS. Dette fordi ESAS gir et raskt svar på pasientens symptombilde slik at iverksetting av tiltak mot plagsomme symptomer kan skje i løpet av kort tid.

Hos pasienter med kreft i palliativ fase er det viktig med god dokumentasjon for å optimalisere behandlingen. Bruk av individuelle planer kan bidra til bedre dokumentasjon, som igjen kan føre til kontinuitet og forutsigbarhet, noe de fleste pasienter ønsker. I følge Iversen & Haugen (2018) er det forbedring av både rutiner og dokumentasjon etter innføring av LCP. LCP er en plan for å ivareta pasienter i den terminale fasen og deres pårørende. Ettersom sykehusene ofte er preget av dårlig tid og hektisk hverdag, var ønsket for utviklingen av LCP, at hospicefilosofien kunne prege omsorgen for døende pasienter. I den palliative fasen er det viktig med symptomlindring, men også lindring av eksistensielle bekymringer og plager av sosial og psykisk karakter. Ofte må en behandle flere symptomer

samtidig. Pasienter med kreft kan oppleve flere vanskelige perioder (Lorentsen & Grov, 2010). Dette kan tyde på at det er hensiktsmessig å bruke LCP i palliativ fase fordi planen vektlegger blant annet god lindring og retter oppmerksomhet mot psykososiale og åndelige eller eksistensielle behov. Studien til Iversen & Haugen (2018) avslører at planen hjalp helsepersonell med å avslutte uhensiktsmessige behandlings- og pleietiltak samt å lindre plagsomme symptomer. Likevel kan LCP by på utfordringer. Studien belyser at det er vanskelig for helsepersonell å bestemme når en pasient er døende, noe som er en forutsetning for å kunne bruke planen. Grunnen til at det er vanskelig å bestemme når er pasient er døende, kan være fordi det ikke er noen entydig definisjon på det. Samarbeid med palliativt team og tverrfaglige diskusjoner kan hjelpe med å vurdere når pasienten er døende.

4.4 Sykepleierens rolle ved medikamentell smertebehandling

70-80% av pasienter med langtkommen kreftsykdom, oppgir at de har behandlingskrevende smerte. Kreftpasienter kan oppleve akutte og kroniske smerter samtidig. I min oppgave har pasientene uhelbredelig kreft, og disse pasientene har ofte kronisk smerte med akutte episoder (Lorentsen & Grov, 2010). Det er derfor nødvendig at sykepleier har kompetanse om hvordan hun kan administrere medikamenter for å oppnå god smertelindring. Før den medikamentelle behandlingen iverksettes, bør sykepleier informere pasienten om eventuelle bivirkninger.

I studien til Rustøen et al. (2009) mente pasientene at det viktigste var at sykepleieren delte informasjon og kunnskap, samt administrerte medisiner. Videre ønsket de at sykepleierne ga tydelig informasjon og forklaring angående smerter. Bivirkninger av legemidler kan føre til at pasientene ikke tar medikamenter som er forskrevet, som igjen vil resultere i utilfredsstillende smertelindring. De vanligste bivirkningene er tretthet, redusert matlyst, munntørhet, obstipasjon, kvalme og brekninger, samt depresjon (Kaasa, 2007). Til tross for bivirkninger, kan pasientene selv påvirke smertelindringen. Enkelte pasienter har barrierer mot optimal smertebehandling, de kan tilbakeholde informasjon om smerteopplevelsen og følger ikke de anbefalte smerteregimene. Forklaringen på dette kan være misforståelser og mangelfull kunnskap om smerte og smertebehandling, som for eksempel redsel for avhengighet, toleranse og bivirkninger av medikamenter (Holtan et al., 2005, Valeberg et al., 2018).

Morfin er ofte førstevalget i smertebehandlingen fordi det er effektivt og billig (Lorentsen & Grov, 2010). I følge Kaasa & Klepstad (2005) er det ofte nok å øke morfindosen etter enkle prinsipper, for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. Som tidligere nevnt, frykter mange pasienter å bli avhengig av opioider. Det er imidlertid svært sjeldent at de blir avhengige av opioider på samme måte som rusmisbrukere. I følge Valeberg et al. (2018) utvikles fysisk avhengighet ved kronisk opioid bruk, og psykisk avhengighet skjer når en tar opioider for å oppnå andre effekter enn smertelindring. Derimot er det svært sjeldent at psykisk avhengighet utvikles hos pasienter dersom de bruker opioider for behandling mot smerter.

Smertebehandlingen blir tilpasset hvert individ for å gi god smertelindring og minst mulig bivirkninger. Pasienten kan føle på kvalme og tretthet de første dagene av behandlingen, men etter hvert vil bivirkningene reduseres mens den analgetiske effekten opprettholdes (Anker, 2018). En av sykepleierens oppgaver er å ivareta pasientens grunnleggende behov, og pasienter i palliativ fase har ofte behov for mye sykepleie. Jeg har tidligere nevnt at obstipasjon, kvalme og fatigue er et stort problem hos kreftpasienter. De fleste pasientene har fått cytostatika tidligere i behandlingen, og konsekvensen av dette kan være munntørrehet (Lorentsen & Grov, 2010). Mange pasienter opplever munntørrehet som et større problem enn blant annet smerte, kvalme og obstipasjon. Sykepleier bør derfor råde om munnstell og hvordan en kan forebygge munntørrehet for å redusere faren for infeksjoner. Utfra egen erfaring, er mange pasienter også plaget med økende surkling fordi de ikke har nok krefter til å hoste opp slim. Dersom pasienten er for dårlig til å opprettholde munnhelsen selv, bør sykepleier iverksette tiltak for å ivareta god munnhelse.

Pasienter med kreft bruker ofte mange medikamenter. Det er derfor nødvendig at sykepleier kartlegger både medikamentene pasienten bruker og har brukt, men også kartlegge pasientens erfaringer med de aktuelle medikamentene. Standard medikamentell smertebehandling, tar utgangspunkt i WHO's smertetrapp. Den opprinnelige trappen har tre trinn, men Norge opererer med fire eller fem trinn. I praksis går en ofte rett til trinn tre ved smertebehandling til kreftpasienter. Dette fordi paracetamol, NSAID-preparater eller svake opioider, har liten effekt på kreftrelaterte smerter. Ved trinn tre anbefales det å gi paracetamol sammen med opioidet. Likevel kommer det fram i studien til Holtan et al. (2005) at trappen ikke blir brukt slik den er anbefalt. Studien viser at pasienter ofte står på trinn 2 og trinn 3-opioider samtidig, og mange pasienter som brukte opioider, hadde fortsatt sterke smerter. Pasienter fikk også kombinasjon av medikamenter som ikke er anbefalt. Studien avslører at mange av pasientene som var på trinn 3, brukte paracetamol og NSAID-preparater, i tillegg til opioider. Dette viser

at kunnskapene om prinsippene ved bruk av smertetrappen er mangelfull blant leger (Holtan et al., 2005). Legen ordinerer medisiner, likevel har sykepleier ansvar for å gi riktig medisiner (Berntzen et al., 2010). Dette kan tyde på at helsepersonell trenger bedre opplæring i bruk av smertetrappen.

Mangel på informasjonsflyt og dårlige kommunikasjons- og dokumentasjonsrutiner mellom helsepersonell på sykehus kan føre til at pasienter får dårlig oppfølging i smertebehandlingen (Lorentsen & Grov, 2010). I følge Bandieri et al. (2012) bør sykepleier kontakte palliativt team tidlig i forløpet slik at pasienten får tilfredsstillende smertelindring og dermed bedre livskvalitet. Denne påstanden bekreftes av Vigstad et al. (2019). Forskerne kommer frem til at tidlig palliativ behandling minimerer risikoen for store, problematiske symptomer over tid, som igjen vil gi bedre livskvalitet. Når en lindrer fysisk ubehag, vil smerteopplevelsen bli mindre intens og virkningen av analgetika blir bedre. Når pasienten føler fysisk velvære, vil pasienten få bekreftelse på sitt egenverd (Berntzen et al., 2010). Autonomi er et begrep Saunders vektlegger, og mener at god symptomkontroll kan gi pasienten følelse av uavhengighet. Saunders mener at pasienten skal ha kontroll over egen situasjon, men at kontrollen også ligger hos sykepleierne. Hun mener at sykepleier skal, så langt det er mulig, hjelpe pasienten til å føle på uavhengighet. Resultatet av uavhengighet kan føre til at pasienten får en mer positiv opplevelse av situasjonen og det minsker faren for å utvikle kroniske smerter (Berntzen et al., 2010).

5 Konklusjon

I denne litteraturstudien har jeg forsøkt å belyse hva sykepleiere kan gjøre for at pasienter med kreft opplever tilfredsstillende smertelindring. Målet med oppgaven var å komme fram til metoder sykepleiere kan bruke for å lindre smerter hos palliative kreftpasienter på sykehus. Forskning viser at utilstrekkelig smertelindring hos kreftpasienter er et problem, dette gjelder både i Norge og utlandet. Forutsetningen for at alvorlig syke kreftpasienter skal oppleve tilfredsstillende smertelindring, er blant annet at sykepleier innehar nødvendig kompetanse. Smerte er en sammensatt opplevelse og varierer fra person til person. Litteratur og forskning belyser at for å få kontroll over smertene og gi best mulig smertelindring, er det nødvendig å kartlegge smertene. Informasjonen bør føres på smertekartleggingsskjema. På denne måten kan sykepleier vurdere og observere smertebehandlingen fra dag til dag.

God relasjon mellom sykepleier og pasient fra det første møtet er avgjørende. Jeg brukte derfor Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet. Teorien belyser nødvendigheten av et godt forhold mellom sykepleier og pasient, for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. Saunders teori om autonomi er også viktig i behandlingen. Kreftpasienter er i en situasjon som er utenfor deres kontroll. Når de får delta i smertebehandlingen, kan de føle på kontroll, som igjen vil forsterke smertelindringen.

Avslutningsvis har oppgaven gitt meg nyttig kunnskap om god smertelindring hos palliative kreftpasienter. Etersom smerteopplevelsen påvirkes av både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer, er det viktig at sykepleier kan ivareta både den medikamentelle og ikke-medikamentelle smertebehandlingen. Videre har jeg innsett betydningen av god relasjon mellom sykepleier og pasient. For fremtidens sykepleierstudenter, ønsker jeg økt fokus rundt denne problematikken. Etter arbeidet med denne oppgaven, føler jeg meg bedre rustet til å møte pasienter med ydmykhet og respekt.

Litteraturliste

Anker, C. (2018, 16. januar). Smerter ved livstruende sykdom. Hentet fra <https://www.helsenett.no/257-sykdommer/smerter/smerter/19855-smerter-ved-livstruende-sykdom.html>

Bandieri, E., Sichetti, M., Romero, M., Fanizza, C., Belfiglio, M., ... Luppi, M. (2012). Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer. *Annals of Oncology, Volume 23 (8)*, 2016-2020. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds103>

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., bind 1, s. 355-398). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bjørge, S. (2004). Smerte og smertebehandling. I A.M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling* (2. utg., s. 139-147). Oslo: Akribe Forlag AS

Dahlum, S. (2018, 13. juni). Kvantitativ analyse. Hentet fra https://snl.no/kvantitativ_analyse

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., 2. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Det Norske Akademis Ordbok (2017, 21. desember). Tilfredsstille. Hentet fra <https://www.naob.no/ordbok/tilfredsstille>

Fors, E.A. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2016). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4)(326-334). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>

Hafstad, A. (2018, 26. september). For mye og for lite er like ille. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/09/26/for-mye-og-for-lite-er-like-ille/>

Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Kvalitativ metode. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket.no. (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Holtan, A., Kongsgaard, U.E. & Ohnstad, H.O. (2005, 17. februar). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2005/02/originalartikkel/smerter-hos-kreftpasienter-innlagt-i-sykehus>

Iversen, G.S. & Haugen, D.F. (2018). Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus. *Sykepleien Forskning*, 10(2)(144-151). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54450>

Kaasa, S. (2007). Smertediagnostikk. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. (2. utg., s. 285-310). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa, S. & Borchgrevink, P.C. (2007). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 271-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftforeningen. (2019, 7. januar). Smerte. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/smerte/>

Kreftforeningen. (u.å.). Hva er kreft. Hentet 24. april 2019 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftregisteret. (2018, 26. november). Cancer in Norway 2017. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2017/>

Kreftregisteret. (2019, 11. mars). Fakta om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

Kristoffersen, N.J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., bind 1, s. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., bind 2, s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lovdata. (2018, 20. juni). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Lovdata. (2018, 20. juni). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Morland, E. (2017, 6. april.) Palliasjonens mor. Hentet fra <https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>

Myhra, C.B. & Grov, E.K. (2010). Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Sykepleien Forskning*, 5(3)(210-218). <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0113>

Mæhre, E. (2018, 5. desember). WHO's smertetrapp. Hentet fra https://sml.snl.no/WHOs_smertetrapp

Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 7. Mai 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Propp K.M., Apker J., Zabava Ford W.S., Wallace N., Serbenski M. & Hofmeister N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team : Identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qualitative Health Research*, 20 (1), s. 15-28 <https://doi.org/10.1177/1049732309355289>

Reitan, A.M. (2004). Kommunikasjon. I A.M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling* (2. utg., s. 65-80). Oslo: Akribe Forlag AS

Roald, B., Sauer, T. & Klepp, O. (2018, 29. oktober). Kreft. Hentet fra <https://sml.snl.no/kreft>

Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M. & Wahl, AK. (2009). Nursing pain management – a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. *American Society for Pain Management Nursing*, Vol 10, No 1, 2009: pg. 48- 55.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.09.003>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Thorsen, L. (2001). *Det gode liv – den gode død* (Rapport 5/2001). Tønsberg: Høgskolen i Vestfold

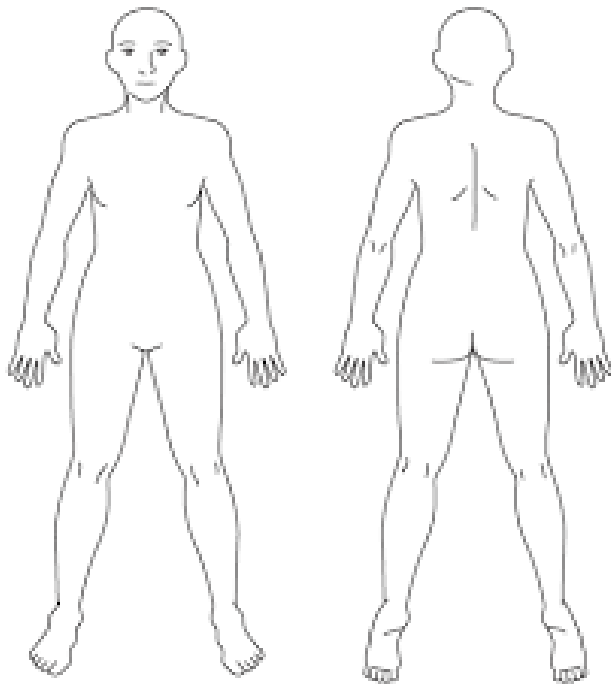
Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Valeberg, B.T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2018). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, 5(4)(266-276).
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0141>

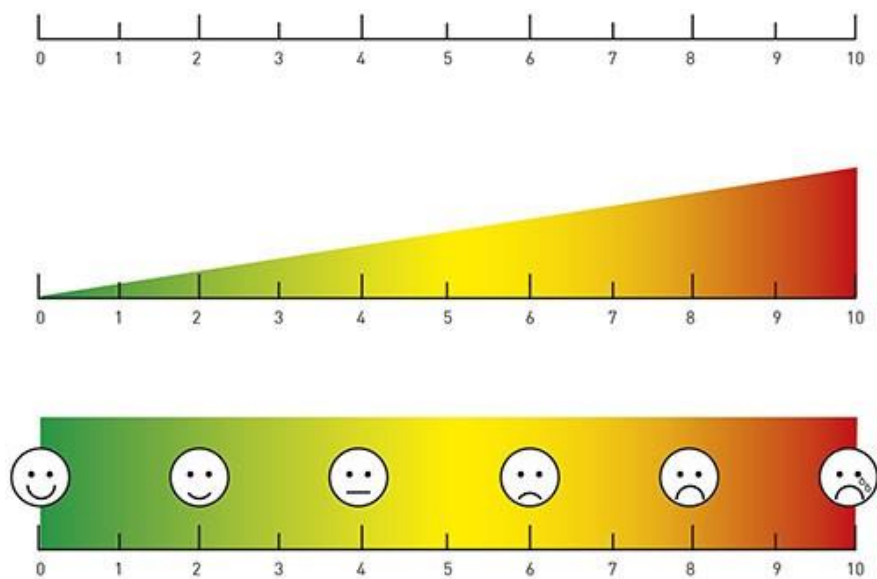
Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A.R. (2019). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien Forskning*, 13(74591)(e-74591).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2018.74591>

Vedlegg

Vedlegg 1: Kroppskart



Vedlegg 2: Visuell analog skala (VAS)

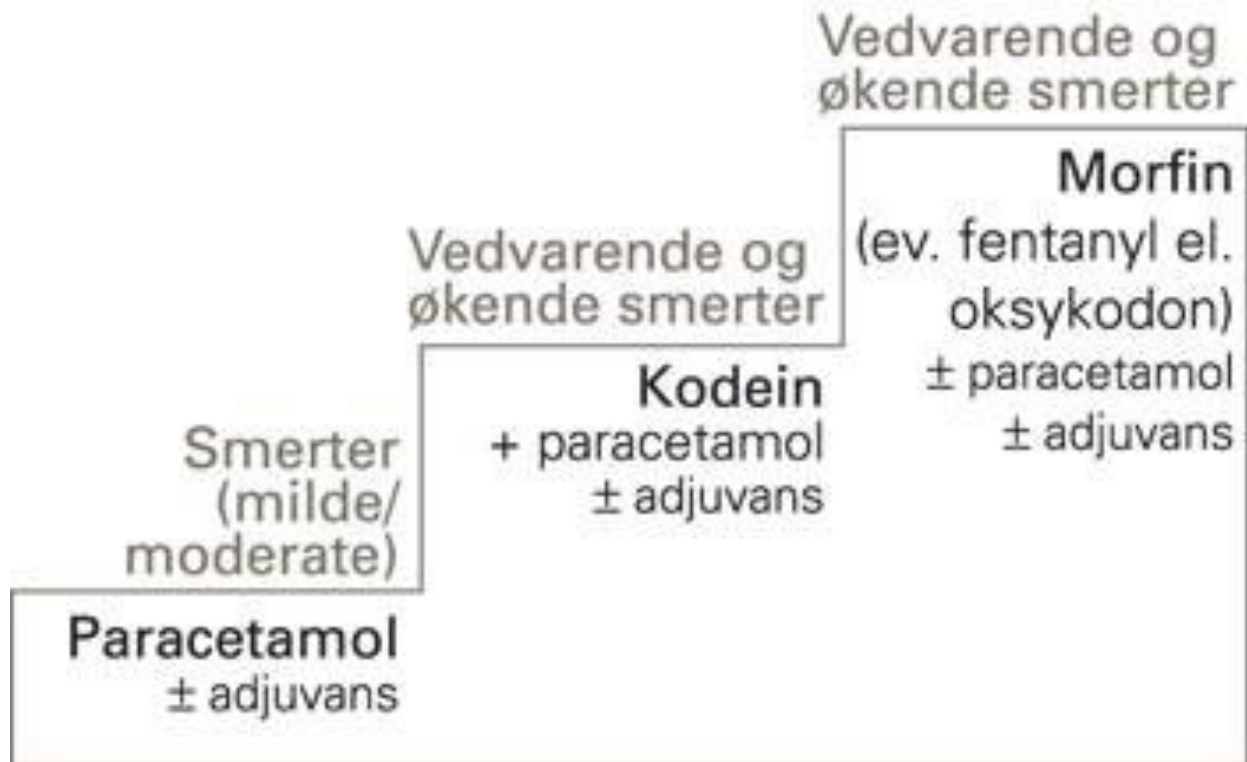


Vedlegg 3: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Hvordan har du det i dag? <small>ESAS Edmonton Symptom Assessment Scale</small>	Ark nr	Ar
Smerte – i ro Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Smerte – ved bevegelse Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Slapphet Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Kvalme Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Tungpust Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Munntørrhet Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Matlyst Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Angst /uro Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Trist/deprimert Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Allt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag? Bra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig		
Utylt av <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	Dato (dd, med mnr, åå) <input style="width: 80px; height: 15px;" type="text"/>	Klokkeslett (eks 1730) <input style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/>
U:\30000\30700\Kompetansesenter for lindrende beh\Maler-skjemaer\skjemaer\ESAS\skjema.doc.docm kr		

Vedlegg 4: WHO's smertetrapp

Smertetrapp



Vedlegg 5: LCPs tiltaksplan



Skriv inn lokal organisasjons logo

Navn:

Avd:

Dato:

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)		
Diagnose og personopplysninger	Hoveddiagnose:	Bidiagnoser:		
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> mann <input type="checkbox"/> kvinne Nasjonalitet:		
Symptomer og funn	Innlagt dato:			
	Klarer ikke å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Kvalme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsbesvær, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Forvirret	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surking i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Urolig, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Rastløs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Anspent, engstelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Annet (f.eks. ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Delmål ved første vurdering	Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig. Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er skrevet opp for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer: Smertesmerter - smertestillende		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Uro, agitasjon - beroligende		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Surking i luftveiene - antikolinergikum		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Kvalme og brekninger - kvalmestillende		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Dyspne - angstdepende/muskelavslappende		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak seponeres			

Del 1		Første vurdering – fortsettelse	
Innsiktsforståelse	Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat		
	hos pasienten <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Andelig omsorg	Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert:		
	Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Pasienten er klar over at han/hun er døende <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	De pårørende er klar over at pasienten er døende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Mål 6 Religiøse/åndelige behov er vurdert		
hos pasienten <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder.		
	Pas. trosretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Hvis ja, hvilken/hvilket: _____	
	Gitt tilbud om kontakt med prest / annen kontaktperson		
	Navn: tlf: dato:		
	Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):		
Kommunikasjon med de pårørende	Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	- usatt tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/>	- ikke om natten <input type="checkbox"/>	
	- pårørende overnatter på sykehjemmet <input type="checkbox"/>		
	Nærmeste pårørende: tlf: _____		
	Relasjon til pasienten: _____		
	Evt. annen pårørende: tlf: _____		
	Relasjon til pasienten: _____		
Kommunikasjon med primærhelsejennesten	Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om sykehjemmet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Skriflig informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annen praktisk informasjon		
Sammendrag	Mål 9 Pasientens faste/te er klar over pasientens tilstand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Hjemmesykepleien er informert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med pasienten <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Mål 11 De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	De pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende. De pårørende har fått komme frem med sine ønsker og bekymringer og disse er dokumentert.		
	Tiltaksplanen kan droffes hvis dette vurderes som hensiktsmessig.		
Hvis du har svart "nei" på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.			
Underskrift: _____		Dato:	

Del 2	Fortløpende vurderinger: Er målet oppnådd?					
Fortløpende vurderinger	Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Smertes Mål: Pasienten er smertefri - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Uro/forvirring Mål: Pasienten er rolig og avslappet - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utehekk urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Surkling i luftveiene Mål: Pasienten er ikke plaget med uttalt surkling - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet med de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Kvalme og oppkast Mål: Pasienten er ikke kvalm og kaster ikke opp - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Dyspne (tung pust) Mål: Pasienten er ikke plaget av tung pust - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Andre symptomer (f eks ødemer, kloe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Behandling/prosedyrer						
Munnstell Mål: Munnen er fuktig og ren - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende deltar i munnstell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Vannlatingsbesvær Mål: Pasienten er ubesværet - Legg inn kateter hvis retensjon - Bruk kateter eller bleier hvis pas. generelle tilstand fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Medikamenter Mål: Alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning - Smertepumpe kontrollert minst hver 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:						
Bruk et nytt ark for hvert døgn						

Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 3	Ved dødsfallet
--------------	-----------------------

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Hvem var til stede:

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
<i>Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side</i>	
Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidstiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Hjemmesykepleien er informert om dødsfallet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 13 Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt (spesielle religiøse/kulturelle behov ivare tatt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 14 Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt Sjekk følgende punkter: - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD pga kremasjon - obduksjon - registrering av dødsfallet/dødsattest fylt ut - journalen avsluttet og epikrise diktert - beskjed formidlet til ev. andre offisielle instanser	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 16 Sykehjemmets prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt - Eiendeler og verdisaker er signert for av identifisert person - Gjenstander er pakket for senere avhenting - Verdisakene er registrert og lagret på et trygt sted	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende - Heftet "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende - Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:	Dato: