



Livshistoriefortellingens bidrag ved kartlegging av smerter

VID Vitenskapelige Høyskole
Videreutdanning i kreftsykepleie

Kandidatnummer: 409

Antall ord: 2973 (Eksklusive litteraturliste, tabeller, figurer og sammendrag)

Dato: 11.01.2019

Veileder: Trude Haugland

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

NEI, jeg tillater ikke

Sammendrag

Innledning: Smerte er kreftpasientens mest fryktede kreftrelaterte plage. Majoriteten av pasienter med skjelettmetastatisk sykdom har behandlingstrengende smerter. Smertens kompleksitet kan utfordre kartleggingen. Systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging anses som en forutsetning. Å få kjennskap til pasientens livshistorie og hans subjektive opplevelse kan hjelpe kreftsykepleier å se pasienten i hans kontekst. Hensikten med litteraturstudien var å beskrive livshistoriefortellingens betydning ved kartlegging av smerter der hensikten er å oppnå best mulig smertelindring hos pasienter med kreft og skjelettmetastaser. Problemstillingen er: ”Hvordan bidrar livshistoriefortellinger til bedre lindring ved kartlegging av smerter hos pasienter med kreft og skjelettmetastaser?”

Metode: Litteraturstudie hvor søk er utført i ulike databaser.

Resultat: Majoriteten av pasienter med kreft og skjelettmetastaser rapporterer om smerter daglig. Mangelfull smertekartlegging påvises i samtlige studier. De mest brukte Kartleggingsverktøyene er NRS, VAS og BPI. Livshistoriefortelling utfyller kartleggingsskjemaene ved at pasienter fører smertehåndteringsdagbok, og det kommer frem hvilke barrierer som knyttes til smertebehandling og håndtering. Mangel på kontinuitet og systematisk kartlegging påpekes gjennom pasientfortellinger. Skjelettmetastaser gir særlige utfordringer knyttet til økt risiko for akutte endringer i smertebildet.

Konklusjon: å kombinere et livshistorieperspektiv med den diagnostiske tankegangen innen medisinen kan gi et bredere grunnlag for kartlegging og vurdering av smerte. Systematisk bruk av flerdimensjonale kartleggingsverktøy gir viktig informasjon innen smerteterminologi, men forutsetter opplæring i bruk hos både pasienter og helsepersonell. En livshistoriefortelling kan øke innsikt i hvordan smerte påvirker menneskets hele liv, og gi viktig informasjon videre i kartlegging og smertebehandling.

Nøkkelord: *kreftsmerte, kartlegging, skjelettmetastaser, livshistoriefortelling.*

Summary

Introduction: The majority of patients with skeletal metastatic disease are in need of treatment for their pain. Due to the complexity of pain, assessment may be challenging. Systematic and standardized assessment is considered a prerequisite. Getting acquainted with the patient's life story and his subjective experience can contribute to a more comprehensive patient view. The purpose and problem of this study was: "How does life storytelling contribute to a better pain relief in assessing pain in patients with cancer and skeletal metastases?"

Method: Literature study where searches are performed in different databases.

Results: The majority of patients with cancer and skeletal metastases report daily pain. Inadequate pain assessment is demonstrated in all studies. The assessment tools NRS, VAS and BPI are commonly used. Life storytelling complements the measurement and reveals barriers that are associated with pain management and handling. Patients point out lack of continuity and systematic assessment. Skeletal metastasis presents particular challenges associated with increased risk of acute changes in the pain image.

Conclusion: combining a life history perspective with the diagnostic thinking within medicine can provide a broader basis for mapping and assessing pain. Systematic use of multi-dimensional assessment tools provides important information in pain terminology, but requires training in both patients and healthcare professionals. Personal narratives can provide greater insight into how pain affects a human life and provide important information in mapping and treatment of pain.

Keywords: cancer pain, measurement of pain, bone metastatic disease, personal narratives.

Innledning

Omtrent halvparten av kreftpasienter utvikler metastatisk sykdom, og ca. 60% får skjelettmetastaser. Sytti prosent av pasientene utvikler behandlingstrengende smerter fra metastasene (Trovik & Bauer, 2017, s. 595). Kreftpasientens mest fryktede kreftrelaterte plage er smerte (D'Arcy, 2012, s. 13; Kaasa & Klepstad, 2005; Kongsgaard, 2017, s. 181). Verdens smerteorganisasjon definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller truende vevsødeleggelse, og er alltid subjektiv (IASP, 2017). Underbehandling av smerter er vanlig, til tross for tilgjengelige retningslinjer og medikamentell behandling (D'Arcy, 2012, s. 14; Fallon, Giusti, et al., 2018; Kongsgaard, 2017, s. 181). Adekvat smertelindring krever kunnskap om årsaksforhold, smertefysiologi, medikamentell behandling og innsikt i pasientens subjektive opplevelse (Kongsgaard, 2017, s. 185). Helsepersonell i sykehus er oppmerksomme på smerte som et problem hos inneliggende kreftpasienter, men etterlyser et behov for standardisering av systematisk smertekartlegging (Holtan, 2005; Seland, Kaasa, & Klepstad, 2005). Helsedirektoratet (2015) oppgir mangel på kartlegging og klassifikasjon av symptomer i klinisk praksis som årsak til et vedvarende behov for forbedret smertelindring. Kartlegging av smerter bør inneholde smertens intensitet, karakter, lokalisasjon og en vurdering av tidsforløpet (Kongsgaard, 2017, s. 184). En forutsetning for god smertebehandling er systematisk, nøyaktig og standardisert kartlegging av pasientens smerte (Fallon, Walker, et al., 2018; Kongsgaard, 2017, s. 184). Det mest brukte kartleggingsverktøyet numerisk smerteskala (NRS) beskriver smertens intensitet, og kontinuerlig bruk kan gi bilde av smertens utvikling under behandling (Kongsgaard, 2017, s. 184). Å foreta en helhetlig vurdering av pasientens smerteproblem anses som essensielt for å oppnå smertelindring (D'Arcy, 2012, s. 14; Fallon, Giusti, et al., 2018; Kongsgaard, 2017, s. 184). Edmonton system Assessment Scale (ESAS) og Brief Pain Inventory (BPI) registrerer i tillegg til smerter også andre plager kreftpasienter kan ha, som fatigue, kvalme, obstipasjon og søvnløshet (Kongsgaard, 2017, s. 184). Smertekartlegging og smertekontroll kan være utfordrende grunnet kreftsmertens kompleksitet og dens subjektive opplevelse (D'Arcy, 2012, s. 15; Gallagher, Rogers, & Brant, 2017). I palliativ omsorg brukes begrepet "total pain", og definerer smerte som et fenomen influert av psykiske, fysiske, sosiale, åndelige/eksistensielle og kulturelle forhold (Saunders, 2005). Dersom personen uttrykker følelser og opplevelser,

kan det bidra til økt grad av trygghet og optimisme. I tillegg kan relasjonen mellom hjelper og person ha betydning for emosjonell mestring (Eide, 2008, s. 358). Å få kjennskap til individets livshistorie og hans subjektive opplevelse kan derfor bidra til å se individet i sin kontekst (Reitan, 2017, s. 35), og gi en forståelse for hvordan individet forstår og tolker kroppens signaler. Livshistorier gir muligheter for innblikk i menneskers refleksjoner og verdier (Fosslund & Thorsen, 2010, s. 63; Lundby, 2009, s. 40). Et livshistorieperspektiv på sykdom legger vekt på hvordan sykdom og funksjonsnedsettelse påvirker menneskets hele liv, mens den medisinske diagnostiske tankegang kartlegger sykdomsårsak og behandling, ved å registrere symptomer mest mulig spesifikt (Fosslund & Thorsen, 2010, s. 117). Kunnskap ut fra et livshistorie- og medisinsk diagnostisk perspektiv bidrar til bredere grunnlag for vurdering, behandling og oppfølging av smerte (Brataas, 2003, s. 98).

Hensikten med studien er å beskrive livshistoriefortellingens betydning ved kartlegging av smerter, der hensikten er å oppnå best mulig smertelindring hos pasienter med kreft og skjelettmetastaser. Problemstillingen er: Hvordan bidrar livshistoriefortellinger til bedre lindring ved kartlegging av smerter hos pasienter med kreft og skjelettmetastaser?

Metode

Denne artikkelen er en litteraturstudie. Metoden innebærer å systematisere eksisterende kunnskap ved å søke, samle, vurdere og sammenfatte den (Støren, 2010).

Google scholar og bibliotek er benyttet i søkeprosessen. Søkeord brukt i Google scholar; ”Narratives”, ”patients experience” og ”assessment of pain”; n=1.

Systematisk søk er utført i databasene CINAHL og SveMed+.

CINAHL; søkeord: ”Measurement of pain” AND ”bone metastases” OR ”bone metastatic disease” AND ”experience”; n=1884, fulltekst; n=137, 2001-2018; n= 25. Utvalg etter å ha lest sammendrag; n=5.

SveMed+; søkeord: ”measurement of pain” AND ”cancer pain”; n=31, peer reviewed; n=16, online tilgjengelighet; n=11. n=1, valgt grunnet perspektiv fra norske kreftpasienter, med vekt på barrierer for smertelindring. 2 artikkel er funnet som håndskøt via artiklers referanseliste, og fulltekst tilgjengelig fra bibliotek. Basert på dette ble 9 artikler/studier valgt.

Inklusjonskriterier:

Voksne pasienter, smerte, kreft, fra år 2001, skjelettmetastaser.

Eksklusjonskriterier:

Barn og ungdom, medikamentell behandling, kjemoterapi, stråleterapi, demens.

Samtlige studier som inkluderer et pasientutvalg skal vurderes av etiske komiteer og pasientvern med tanke på anonymitet og frivillighet. I studiene som er inkludert i denne artikkelen har pasientene samtykket til deltakelse og er informert om studienes hensikt og metode på forhånd.

Resultat

Hovedfunnene viser at det savnes tilfredsstillende kartlegging i behandling av kreftsmarter (Broder, Gutierrez, Cherepanov, & Linhares, 2015; Erol et al., 2018; Matza et al., 2012; Thronaes et al., 2016; Torresan et al., 2015). En norsk studie viser liten signifikant endring i forekomst av smerte hos kreftpasienter, målt ved tverrsnittstudier i 2008 og 2014. Forekomst av kreftsmarter var henholdsvis tilstede hos 55% mot 53% av inneliggende pasienter og NRS-score på hhv 3,60 og 4,08 (Thronaes et al., 2016). VAS og NRS er de mest brukte endimensjonale kartleggingsverktøyene for kartlegging av smerteintensitet (Matza et al., 2012; Patrick et al., 2015). Vurdering av smerten ved skjelettmetastaser kan kreve et flerdimensjonalt verktøy som vurderer rekkevidde, type, frekvens, varighet, lokalisasjon og påvirkning (Matza et al., 2012). Studier anbefaler bruk av vurderingsverktøyet Brief Pain Inventory (BPI) til kartlegging av smerter ved kreftsykdom og skjelettmetastaser, for å vurdere smerteintensitet gjennom døgnet, analgetisk effekt, påvirkning på funksjon og smerteprogresjon (Broder et al., 2015; Matza et al., 2012; Patrick et al., 2015; Thronaes et al., 2016; Torvik et al., 2008). En studie viser at sykepleiere ikke kartlegger smerter systematisk, og pasienter med avansert kreftsykdom etterlyser mer oppmerksomhet mot smerte og tiltak fra sykepleiere (Erol et al., 2018).

Smerter underreporteres ofte hos pasienter med skjelettmetastatisk sykdom, og flere opplever mangelfull smertekontroll (Patrick et al., 2015). Funn fra en norsk studie viser at 89% av utvalgte pasienter med skjelettmetastaser opplever smerte daglig (Torvik et al., 2008). Pasienter >65 år med skjelettmetastaser rapporterer høyere smerteintensitet sammenlignet med pasienter <65 år, og mottar sjeldnere sterke opioider ($p = 0.024$) (Torvik et al., 2008). Hos kreftpasienter med skjelettmetastaser gir skjelettaffeksjoner økt smerteopplevelse, redusert livskvalitet, økt sykkelighet og redusert overlevelse (Broder et al., 2015).

Komorbiditet hos pasienter trekkes frem som utfordring, og mangel på bruk av retningslinjer i klinisk praksis er vurdert som en signifikant barriere i mål om smertelindring (Thronaes et al., 2016). Mangel på kontinuitet og systematisk smertekartlegging blant helsepersonell oppfattes som en barriere (Erol et al., 2018). Kunnskapsmangel innen smertekartlegging hos sykepleiere trekkes frem som et annet funn (Erol et al., 2018). En norsk studie viser at avhengighet, toleranse, det å vurdere symptomer i forhold til egen helsetilstand og forekomst av nye smerter og frykt for bivirkninger er barrierer flere pasienter opplever hindrer smertebehandlingen (Valeberg, Bjordal, & Rustøen, 2010). Pasienter som oppgir høyere score når det gjelder barrierer opplever at smerter i større grad påvirker søvn og livsglede (Valeberg et al., 2010).

Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell anses som et viktig prinsipp for å nærme seg bedre smertelindring (Thronaes et al., 2016). I kreftpasienters fortellinger beskrives det hvor dypt smerte påvirker deres følelsesmessige tilstand. De opplever ofte stress og sier at smerte i sin helhet gjør livet ubehagelig (Torresan et al., 2015). Flere kreftpasienter med smerteproblematikk oppgir økt forekomst av håpløshet, restriksjoner i dagliglivet som igjen påvirker evnen til å håndtere smerter (Erol et al., 2018). Tilgjengelighet, tillit, anerkjennelse av lidelse, målrettet kommunikasjon, tid og helsepersonellens kompetanse i medikamentell smertebehandling er faktorer som påvirker forholdet mellom helsepersonell og pasienter (Torresan et al., 2015). Å føre dagbok over smerter viser seg å kunne gi pasienter økt opplevelse av kontroll (Schumacher et al., 2002). Av 155 utvalgte pasienter med skjelettmetastaser oppga 115 (74%) det å føre dagbok som svært nyttig. Ti prosent ga negative tilbakemeldinger. Fire hovedkategorier trekkes frem som positivt resultat; økt bevissthet om smerteopplevelsen, veiledning til smertehåndtering, lettet kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell og styrket opplevelse av kontroll (Schumacher et al., 2002).

Diskusjon

Hensikt med studien er å beskrive livshistoriefortellingens betydning ved kartlegging av smerter, der hensikten er å oppnå best mulig smertelindring hos pasienter med kreft og skjelettmetastaser. Hovedfunnene viser at flerdimensjonale smertevurderingsverktøy bør benyttes systematisk hos pasienter med skjelettmetastaser. Verktøyene fanger derimot ikke opp pasientens subjektive opplevelse, barrierer og utfordringer, komorbiditet eller hvordan smerte påvirker hverdagen.

Hvilke faktorer bidrar til at kartlegging av kreft smerter er utfordrende? Resultatene fra Thronaes et al. (2016) sin studie, der hensikten var å sammenligne forekomst av smerte hos kreftpasienter med 5 års mellomrom, viste at det var vedvarende høy forekomst av smerte til tross for nye retningslinjer for behandling, nye behandlingsmetoder og fokus på opplæring av helsepersonell i årene mellom studiene. En større andel av de inneliggende pasientene med komorbiditet ble inkludert i studien i 2014 enn i 2008 (hhv. 76 og 59%). Forekomst av opioidbruk, misbruk og nevropatiske smerter ble ikke kartlagt. Den økte forekomsten av komorbiditet hos utvalgt gruppe i 2014 kan ha påvirket resultatene som viser liten endring i smerteprevalens. Det viser seg at innhold i undervisningen gitt i årene mellom studiene ikke var standardisert, noe som kan ha betydning for resultatene. Funnene understreker at bruk av kartleggingsverktøy krever tilpasset opplæring til helsepersonell og at integrering av nye retningslinjer for kartlegging er en utfordring i praksis (Thronaes et al., 2016).

Hensikten med Matza et al. (2012) sin systematiske oversiktsstudie var å beskrive hvilke pasient-rapporterende kartleggingsverktøy som ble brukt i vurderingen av smerte i studier der bisfosfonater ble brukt til å behandle skjelettmetastaser. Resultatene viser NRS og VAS er mest brukt, men det er uklart hvor konsekvent kartleggingsverktøyene er brukt i de inkluderte studiene. Patrick et al. (2015) sin systematiske oversiktsartikkel hadde til formål å beskrive hvordan smerter rapporteres i kliniske studier hos pasienter med avansert kreftsykdom og skjelettmetastaser. Resultatene viste at pasientene demonstrerte økt smerteopplevelse og at den hadde innvirkning på livskvalitet og evne til å opprettholde normal hverdag.

Kartleggingsverktøyene NRS og VAS viste seg å være enkle å bruke, men gir ikke et helhetlig bilde av pasientens smerteopplevelse. Ved smerter fra skjelettmetastaser anbefales det å benytte minimum to kartleggingsverktøy, som kan vise endringer i smerteopplevelsen (Patrick et al., 2015). Verktøyet Brief Pain Inventory kan brukes i klinisk intervju, og

skjemaet er ofte utfylt av pasient i forkant av intervjuet (Matza et al., 2012). For å kunne ta i bruk ulike kartleggingsverktøy trekker Jarvis (2016, s. 167) frem viktigheten av å gi pasientene opplæring i bruk av verktøyene, samt konsekvent og jevnlig bruk før og etter behandling for å evaluere effekt av tiltakene som er iverksatt på grunnlag av vurderingen. Opplæring av helsepersonell er vesentlig da verktøyene kan tolkes ulikt av helsepersonell (Thronaes et al., 2016). Om pasienter og helsepersonell tolker verktøyene ulikt, kan dette påvirke resultatet i kartleggingen. Derfor er det viktig å spørre pasientene hva som er relevant å ha med i et kartleggingsverktøy for å kunne fange opp et helhetlig bilde av smerteopplevelsen (Matza et al., 2012). I valide og reliable måleverktøy er derfor pasienten en viktig samhandlingspart. Til tross for at pasientene blir inkludert i utviklingen av vurderingsskjemaer, kan det være vanskelig å fange opp pasientens individuelle mentale og fysiske opplevelse av smerten.

Hensikten med studien til Torvik et al. (2008) var å undersøke forskjeller i rapportert smerte, smertebehandling og tilfredshet med smertebehandling mellom middelaldrende og eldre pasienter med skjelettmetastaser. Resultatene viste at eldre pasienter angir høyere smerteintensitet, men er ikke mindre tilfredse med behandlingen. Den høyere smerteintensiteten eldre opplever er viktig å være seg bevisst, da den største pasientgruppen helsepersonell møter er eldre. Forklaringen på at eldre pasienter med skjelettmetastaser sjeldnere tilbys sterke opioider til tross for en høyere smertescore sammenlignet med yngre pasienter kan være økt komorbiditet og endring i farmakokinetiske forhold som medfører økt risiko for bivirkninger (Torvik et al., 2008). Resultater fra studien av Broder et al. (2015), med hensikten å kartlegge hvordan skjelettaffeksjoner hos kreftpasienter med skjelettmetastaser påvirker opplevelsen av smerte, viser at pasientgruppen opplever økt smerte som påvirker deres livskvalitet i stor grad. Etersom pasienter med skjelettmetastaser har høyere risiko for å utvikle akuttmedisinske tilstander som brudd, hyperkalsemi og ryggmargskompresjoner kan pasientene i større grad måtte leve med usikkerhet, en påvirket hverdag og en truet opplevelsen av kontroll. Disse tilstandene kan føre til raske endringer i smertebildet, og underbygger argumentasjonen for systematisk bruk av kartleggingsverktøy. I tillegg kan livshistoriefortelling bidra til å belyse smertebildet ut fra pasientens erfaring med utvikling av smertene. I denne sammenheng kommer betydningen av hvordan smerte påvirker den følelsesmessige tilstanden. Mange pasienter opplever ofte stress, og gir uttrykk for at smerte gjør livet ubehagelig. Dette er resultater fra studien til Torresan et al. (2015) hvor hensikten var å identifisere elementer som kunne forbedre smertelindring, og kartlegge hvilke barrierer og holdninger pasienter i oppstartsfase av smertebehandling hadde. Noen pasienter

gir også uttrykk for at smerteproblematikk gir økt forekomst av håpløshet, restriksjoner i dagliglivet som igjen påvirker evnen til å håndtere smerter (Erol et al., 2018). Der grunnlaget for smertevurdering er lagt ved hjelp av både livshistoriefortelling og kartleggings skjema, kan forholdet mellom pasient og personale i seg selv bidra til tilfredsstillende medikamentell smertebehandling fordi forholdet er preget av tilgjengelighet, tillit og anerkjennelse av lidelsen (Torresan et al., 2015). Å bli anerkjent og respektert som den personen man er er grunnleggende for å føle seg som en hel person (Eide, 2008, s. 356). Kontinuitet i pleie, samt muligheter for å prate med helsepersonell kan for pasienten øke opplevelse av trygghet, og dermed bidra til effektiv smertelindring (Torvik et al., 2008). Selv om smerte som problem kan ramme mange aspekter ved menneskets liv vil det alltid finnes livserfaringer som gir annet perspektiv på identitetsbygging. Ved gjennombruddssmerter og forverring av smertebildet vil mest sannsynlig smerten dominere, men den vil ikke dominere en pasients liv like mye hele tiden. Når håp, drømmer og ønsker får bli uttrykt kan dette supplere en kartlegging hvor mestringsstrategier og verdier blir belyst, og håpløsheten kan vike (Lundby, 2009, s. 40).

Pasienten som lever med langvarige kreft smerter kan prøve å undergrave smerte, og dermed stå i fare for å ikke få optimal behandling (Jarvis, 2016, s. 172). Resultatene i Valeberg et al. (2010) sin studie, der hensikten var å beskrive barrierer for smerter og smertebehandling hos norske kreftpasienter, samt undersøke om barrierer påvirker pasientenes smerteintensitet og funksjon, viser at mange pasienter frykter avhengighet av opioider og medikamentelle bivirkninger. Hver pasient har ulik toleranseutvikling for medikamenter, og alder, smerteårsak og sykdomsprogresjon kan påvirke respons. Frykt, angst, stemningsleie, farmakogenetiske og farmakokinetiske faktorer kan påvirke smertebildet (Kongsgaard, 2017, s. 185). Disse virker inn på resultat av en smertekartlegging og er momenter en med fordel bør utforske utover kartleggingsverktøyene. Når pasienten forteller sin livshistorie kan det å få oppmerksomhet, å bli sett og hørt i seg selv ha verdi. Dette kan også ha betydning for pasientens forståelse av sammenheng og situasjon, samt gi nye muligheter for mestring (Brataas, 2003, s. 97).

Hensikt med studien av Erol et al. (2018) utført i Tyrkia var å undersøke smerteopplevelsene hos pasienter med avansert kreft, hvordan de håndterer smerte og å presentere en oversikt over hvordan pasienter oppfatter sykepleieres håndtering av smerter. Mangelen på kontinuitet og systematisk kartlegging påvist i studien kan føre til manglende dokumentasjon, lite systematikk og oversikt, men også svekke tilliten i relasjonen mellom helsepersonell og pasient. At studien ikke er utført i Norden kan ha betydning for mulighet for overførbarhet til

norske kreftpasienter, ettersom kulturelle forskjeller kan oppstå. Likevel anses smerte som et universelt problem, og bør forstås og undersøkes fra flere perspektiv med bred kunnskap om betydning av kultur (Jarvis, 2016, s. 166).

Til tross for at eldre kreftpasienter rapporterer om sterkere smerteintensitet enn yngre pasienter er det lite forskjeller i selvrapporert tilfredshet med pleie og smertebehandling (Torvik et al., 2008). Livserfaring kan spille en sentral rolle, der eldre har flere erfaringer knyttet til håndtering av smerteproblematikk. Eldre kan i større grad forvente å ha mer smerte, og tenke at smerte er en naturlig del av aldringsprosessen. Smerte skal alltid kartlegges og vurderes, og bør i samtale utforskes, og Jarvis (2016, s. 165) utfordrer helsepersonell til å ikke godta at eldre har økt smerteintensitet sammenlignet med yngre.

Den randomiserte kliniske studien utført på pasienter med skjelettmetastaser hadde til hensikt å beskrive nytten av å skrive daglig smertehåndteringsdagbok (Schumacher et al., 2002). At pasientene gjennom selvrapportering ble mer observante på smerte og opplevde økt evne til å formidle og håndtere smerten på egen hånd kan påpeke relevansen i å få frem pasientens perspektiv i kartleggingsprosessen (Schumacher et al., 2002). Når pasientene fører dagbok over sin smerteopplevelse og medikamentelle behandling, kan det bidra til et helhetsbilde av smerteproblematikken, opplevelse av kontroll og økt systematikk av behandling og effekt av tiltak.

Litteraturstudien har begrensninger. Noen inkluderte studier er fra tidligere enn år 2010. Med hensyn til kartlegging er det varierende og uklart hvor stort utvalg av pasienter som selv kartla egne smerter, blant annet grunnet opioidpåvirkning og utfordringer knyttet til språk og forståelse hos eldre.

Konklusjon

Stadig stadfestes utfordringer knyttet til smerteproblematikk hos kreftpasienter med skjelettmetastaser, og fokus på systematisk smertekartlegging etterlyses. Systematisk bruk av flerdimensjonale kartleggingsverktøy som nøyaktig vurderer smertens intensitet over tid trekkes frem som essensielt, og resultatene viser at praksis mangler gode retningslinjer for optimal smertekartlegging. Det kommer frem et behov for kjennskap til hvordan smerte

påvirker pasientens hverdag, følelser og tanker og valg av mestringsstrategier. Å supplere systematisk bruk av smertekartleggingsverktøy med livshistorieintervjuer i kartleggingen kan gi et bredere kunnskapsgrunnlag om hele pasienten og skape et mer helhetlig bilde av smerten. Tidligere erfaringer av smerte kan påvirke hvordan pasient håndterer og mestrer symptomet i dag, og er noe et kartleggingsverktøy ikke får fanget opp. Tid, anerkjennelse av smerten og en tillitsfull relasjon mellom pasient og helsepersonell anses som en forutsetning for å kunne utforske pasientens smerte helhetlig. Når helsepersonell står overfor utfordringer som kortere innleggelse, mangel på tid og økt arbeidsbelastning kan smertekartleggingen effektiviseres videre i sykdomsforløpet om et grunnlag for en tillitsfull relasjon og felles kunnskapsplattform er lagt. Kartlegges smerte helhetlig ved hjelp av livshistoriefortelling kan det føre til bedre smertelindring, og en helhetlig tilnærming kan virke lindrende i seg selv ved økt tillit og trygghet i relasjon mellom kreftpasient og helsepersonell.

Litteraturliste

- Brataas, H. V. (2003). Pasientfortellinger i klinisk praksis. I T. Steen-Olsen, & Brataas, H. V. (Red.), *Kvalitet i samspill: innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. (s. 96-109). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Broder, M. S., Gutierrez, B., Cherepanov, D., & Linhares, Y. (2015). Burden of skeletal-related events in prostate cancer: unmet need in pain improvement. *Support Care Cancer*, 23(1), 237-247. doi: 10.1007/s00520-014-2437-3
- D'Arcy, Y. M. (2012). Assessing Pain In Patients With Cancer. I P. S. Davies, D'Arcy, Y.M (Red.), *Compact clinical guide to cancer pain management : an evidence-based approach for nurses* (s. 13-40). New York: Springer Pub. Co.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A. K. r. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte - fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 354-372). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*, 33, 28-34. doi: 10.1016/j.ejon.2018.01.005
- Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*, 29(Supplement_4), iv166-iv191. doi: 10.1093/annonc/mdy152
- Fallon, M., Walker, J., Colvin, L., Rodriguez, A., Murray, G., & Sharpe, M. (2018). Pain Management in Cancer Center Inpatients: A Cluster Randomized Trial to Evaluate a Systematic Integrated Approach-The Edinburgh Pain Assessment and Management Tool. *J Clin Oncol*, 36(13), 1284-1290. doi: 10.1200/JCO.2017.76.1825

- Fossland, T. M., & Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gallagher, E., Rogers, B. B., & Brant, J. M. (2017). Cancer-Related Pain Assessment: Monitoring the Effectiveness of Interventions. *Clin J Oncol Nurs*, 21(3 Suppl), 8-12. doi: 10.1188/17.cjon.s3.8-12
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Symptomer og tilstander Smerte* Hentet fra <https://http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/etiologi-og-forekomst>
- Holtan, A. K., U.E.; Ohnstad, H.O. (2005). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 125, 416-418.
- IASP. (2017). *IASP Terminology*. Hentet fra <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Jarvis, C. (2016). Pain Assessment: The Fifth Vital Sign. I *Physical examination & health assessment* (7 utg., s. 161-179). St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders.
- Kaasa, S., & Klepstad, P. (2005). Kreftpasienter skal ikke ha smerter. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 125(4), 415.
- Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan, Schølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient, utfordring, handling* (4 utg., s. 181-194). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lundby, G. (2009). *Terapi som samarbeid : om narrativ praksis*. Oslo: Pax.
- Matza, L. S., Fallowfield, L. J., Chung, K. C., Currie, B. M., Van Brunt, K., & Patrick, D. L. (2012). Patient-reported outcome instruments used to assess pain and functioning in studies of bisphosphonate treatment for bone metastases. *Support Care Cancer*, 20(4), 657-677. doi: 10.1007/s00520-011-1356-9

- Patrick, D. L., Cleeland, C. S., von Moos, R., Fallowfield, L., Wei, R., Ohrling, K., & Qian, Y. (2015). Pain outcomes in patients with bone metastases from advanced cancer: assessment and management with bone-targeting agents. *Support Care Cancer*, 23(4), 1157-1168. doi: 10.1007/s00520-014-2525-4
- Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 33-49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Saunders, D. C. (2005). Founder of the modern hospice movement. *Br Med J*(331), 238.
- Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., . . . Miaskowski, C. (2002). The usefulness of a daily pain management diary for outpatients with cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum*, 29(9), 1304-1313. doi: 10.1188/02.ONF.1304-1313
- Seland, M., Kaasa, S., & Klepstad, P. (2005). Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 125(18), 2500-2503.
- Støren, I. (2010). *Bare søk! : praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Thronaas, M., Raj, S. X., Brunelli, C., Almberg, S. S., Vagnildhaug, O. M., Bruheim, S., . . . Knudsen, A. K. (2016). Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart. *Support Care Cancer*, 24(6), 2565-2574. doi: 10.1007/s00520-015-3064-3
- Torresan, M. M., Garrino, L., Borraccino, A., Macchi, G., De Luca, A., & Dimonte, V. (2015). Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: A qualitative enquiry through illness narratives. *Eur J Oncol Nurs*, 19(4), 397-404. doi: 10.1016/j.ejon.2015.01.001

Torvik, K., Holen, J., Kaasa, S., Kirkevold, O., Holtan, A., Kongsgaard, U., & Rustoen, T. (2008). Pain in elderly hospitalized cancer patients with bone metastases in Norway. *Int J Palliat Nurs*, 14(5), 238-245. doi: 10.12968/ijpn.2008.14.5.29491

Trovik, C. S., & Bauer, H. (2017). Skjelettmetastaser: Kirurgiske behandlingsmuligheter. I S. L. Kaasa, J.H.; Haugen, D.R.F. (Red.), *Palliasjon : nordisk lærebok* (3 utg., s. 594-607). Oslo: Gyldendal akademisk.

Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, I. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, 4(5), 266-276.