

FORDYPNINGSOPPGAVE I PALLIATIV OMSORG, TRINN 2

**HVORDAN KAN SYKEPLEIERE
KARTLEGGE SMERTER HOS
ELDRE KREFTPASIENTER I LIVETS
SISTE FASE?**

KANDIDATNUMMER: 010717 - 091066 - 010545



Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon helse, teknologi og samfunn
Mai 2011

FORORD

PÅ SPORET

Vi er på sporet

etter en ny og bedre virkelighet

som skal finnes ikke så langt herfra.

Den ligger forhåpentligvis

i nærheten av

det hjertet forstår.

(Kate Næss 1969)

Vi er tre sykepleiere med noe forskjellig arbeidsbakgrunn, to fra hjemmesykepleien og en fra sykehjem. Vi har snart gjennomført utdanningen i palliasjon. Vi har vært igjennom mange interessante temaer, og vi har lært mye som er meget relevant for jobben vår. Ikke minst har vi lært mye om oss selv. Parallelt med utdanningen har vi opplevd sorger og gleder på det private plan. Vi har grått og ledd, og lært, lært at denne utdanningen nettopp er læren om selve livet.

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	2
1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	5
1.4 Begrepsavklaringer	6
2.0 METODE	7
2.1 Valg av metode	7
2.2 Litteratursøk	7
2.3 Kildekritikk	8
3.0 PRESENTASJON AV TEORI.....	10
3.1 Smerte	10
3.1.1 Smerter hos den eldre palliative kreftpasient	11
3.1.2 Smerteadferd hos kognitivt svekkede personer	11
3.2 Kartlegging av smerter.....	12
3.2.1 Kartleggingsverktøy	13
3.3 Kommunikasjon.....	14
3.4 Palliativ sykepleie	15
4.0 DRØFTING.....	17
4.1 Sykepleierens rolle i møte med den smertepåvirkede pasient	17
4.2 Kommunikasjon.....	20
4.3 Bruk av kartleggingsverktøy.....	21
5.0 KONKLUSJON	26
Litteraturliste	27
Vedlegg 1: ESAS-skjema.....	30
Vedlegg 2: Mobid-2 smerteskala	31

Antall ord: 7680

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De siste årene har det vært en økning i antall nye krefttilfeller, og man forventer at det vil fortsette å øke i årene framover. Noe av forklaringen på dette er at antall eldre i befolkningen øker, og risikoen for å utvikle kreft øker med alderen (Reitan og Schjølberg 2008).

Studier som er gjort både nasjonalt og internasjonalt viser at smerter hos eldre kreftpasienter er hyppig og vil bli mer vanlig etter som den eldre befolkningen øker.

Undersøkelser viser at 60-80% av kreftpasientene har mye smerter i livets siste fase (Husebø og Husebø 2009).

Smerter hos eldre kan føre til ikke bare ubehag, men være assosiert med redusert livskvalitet, redusert funksjonell status og mulig redusert overlevelse (Kaasa 2008; Urban, Cherny og Catane 2010).

I 2002 satte Den norske legeforening ned en arbeidsgruppe fordi de påpekte at tilbudet til smertepasienter både var uorganisert og tilfeldig organisert. I retningslinjene som ble utarbeidet står det at undervisning om smerte og smertebehandling har liten plass i den norske medisinske grunnutdanningen og blir stadig redusert. Denne pasientgruppen er svak, og får ofte ikke et tilfredsstillende tilbud (Den norske legeforening 2003).

Norsk forening for palliativ medisin så også at det palliative tilbudet ble gjennomført ulikt i Norge. De tok samme år initiativ til et møte med Den norske legeforening. Etter dette møtet ble Norsk forening for palliativ medisin oppfordret til å utarbeide en standard for fagområdet. Resultatet ble "Standard for palliasjon" (Norsk forening for palliativ medisin 2004).

I 2002 publiserte også Den amerikanske geriaterforening retningslinjer med behandling av smerter hos eldre som et resultat av at eldre og eldre med kommunikasjonsvansker er en av de gruppene i samfunnet som får dårligst smertebehandling (American Geriatrics Society Panel 2002).

Gjennom jobben som sykepleiere i kommunehelsetjenesten er vi ofte i kontakt med pasienter med kreft. Vår erfaring er at eldre kreftpasienter ofte ikke er godt nok smertelindret, og at helsepersonell generelt ikke fokuserer nok på Eldres smerter. Vi har erfart at det er en merkbar forskjell på oppfølgingen av yngre og eldre kreftpasienter. Når yngre kreftpasienter med

smerter utskrives fra sykehus er det som oftest etablert kontakt med palliativt team, og dette syns vi er bra. Men det samme skjer ofte ikke når eldre pasienter utskrives. Vi har opplevd at denne pasientgruppen har blitt utskrevet med Paracet som eneste smertelindring.

På bakgrunn av disse erfaringene har vi lyst til å fokusere på eldre kreftpasienter med smerter. Som sykepleiere er vi jevnlig hos pasienten, og har en fin mulighet til å skaffe oss informasjon om hvordan pasienten egentlig har det. Vi ønsker derfor å se nærmere på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å hjelpe disse pasientene til god smertelindring.

For å få til dette ønsker vi å fokusere på observasjon og kartlegging av smerter fordi vi mener at dette er starten på å kunne gi god smertelindring. Vi ser at her har sykepleierne en nøkkelrolle. Det er ofte de som etablerer den første kontakten med pasienten, og er bindeleddet i lege-pasient forholdet (Igier, Mullet og Sorum 2007).

Hensikten med oppgaven er å lære mer om hvordan sykepleiere kan observere smerte og hvilke kartleggingsverktøy som kan benyttes. Samtidig mener vi at andre kan dra nytte av det vi har funnet ut.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen som vi har kommet fram til er:

”Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos eldre kreftpasienter i livets siste fase?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

På grunn av oppgavens ramme i forhold til antall ord har vi foretatt en del begrensninger. Da vi valgte tema ble vi tidlig enige i å skrive om smertelindring til kreftpasienter. Videre ønsket vi å finne ut hvordan sykepleiere kan observere og kartlegge smerte der målet er smertelindring. Dette valget tok vi fordi vi mener at det er relevant og lærerikt enten man jobber som sykepleier på sykehus, sykehjem eller i hjemmetjenesten.

Videre ønsker vi å fokusere på eldre kreftpasienter i livets siste fase. Vi kommer imidlertid ikke til å gå inn på de forskjellige kreftformene, men fokusere på generelle kreftmerter.

Videre har vi valgt å se bort fra medikamenter som går på lindring av de forskjellige smertetyper. Det var også viktig å finne ut hvilke kartleggingsverktøy som er mest egnet til denne pasientgruppen. Vi ser at de flerdimensjonale skjemaene er for omfattende for eldre kreftpasienter og har på bakgrunn av dette valgt å kun omtale endimensjonale skjemaer. I tillegg kommer vi til omtale noen observasjonsskjemaer som kan brukes til kognitiv svekkede pasienter.

1.4 Begrepsavklaringer

Sykepleier: Vi definerer sykepleier som offentlig godkjent uten videreutdanning i palliasjon eller kreftsykepleie.

Kartlegge smerte: Systematisk datainnsamling av pasientens opplevelse av smerte ved hjelp av forskjellige metoder.

Eldre kreftpasienter: Definerer vi her som personer over 65 år med en kreftdiagnose, og der kurativ behandling er avsluttet.

Livets siste fase: Omtales også som den palliative fasen. Det varierer fra pasient til pasient hvor lenge denne fasen varer. Den kan gå fra uker til flere måneder.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode

I vår fordypningsoppgave har vi brukt litteraturstudie som metode, som er satt som retningslinjer for avsluttende eksamen for palliativ omsorg trinn II.

I litteraturstudiet tar en utgangspunkt i relevant litteratur som allerede er skrevet. En ”høster” andres kunnskap, og kan bygge videre på den erfaringen man har fra før ved å koble disse sammen. Dette kan danne viten eller forståelse som vi kan anvende i vår praksis som palliative sykepleiere. Vi har brukt en hermeneutisk tilnærming.

Gjennom en slik tilnærming søker en å fortolke for eksempel en menneskelig handling, et tekstmateriale, et dikt eller en historisk hendelse, og å redegjøre for hvordan det hele må forstås ut fra sin sammenheng.

(Kristoffersen 2000, bind 1, s 227)

Vi har også fått med oss en hospiteringspraksis fra 2-5 dager hos en kreftsykepleier, som har gitt oss veiledning, undervisning og pasientbesøk.

2.2 Litteratursøk

Vi har søkt i skolens bibliotekbase Bibsys og i databasene ProQuest, Ovid Nursing, AMED og Swemed med søkeordene: observasjon og kartlegging, eldre kreftpasienter, livets siste fase, pain management, pain relief, nursing role og palliativ care. Vi søkte i ProQest der søkeordet pain management ble kombinert med nursing og fikk 1800 treff. Deretter kombinerte vi disse søkeordene med older people and cancer og fikk vi 8 treff. Videre prøvde vi søkeordene Pain in elderly people kombinert med observation and survey og fikk 3 treff. Artiklene ”How nursing personnel judge patients` pain” av Igier, Mullet og Sorum (2007) og ”The management of cancer pain in the elderly” av Urban, Cherny og Catane (2010) mente vi var gode artikler som vi kunne bruke i vårt arbeid.

Vi fortsatte å søke i databasene Ovid Nursing, AMED og Swemed og fant til sammen en del artikler som vakte interesse. Vi har imidlertid ikke loggført alle våre søk helt nøyaktig.

Da vi søkte i Bibsys på forfatterne Stein og Bettina Husebø fant vi doktorgradsarbeidet til Bettina Husebø: ”*Assessment of Pain in Patients with Dementia*”. I Bibsys brukte vi søkeordene kartlegging av smerte, palliativ fase, smertelindring og livets siste fase og har funnet flere bøker som vi har brukt. I tillegg søkte vi i tidsskriftet for *Den norske legeforening* og *Sykepleien Forskning* og fant mange interessante artikler. Ved søk i Den norske legeforeningen fant vi også sammendrag av doktorgradsarbeidet til Bettina Husebø og ”*Retningslinjer for smertebehandling*”, godtatt av Den norske legeforeningens sentralstyre 28.10.2003. Vi fant også noen artikler i *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning og Omsorg*. I flere av artiklene som vi fant var det henvist til ”*The Management of Persistent Pain in Older Persons: American Geriatric Society Panel, 2002*”. Vi så at denne studien kunne være relevant for vårt arbeid og studien ble derfor bestilt i sin helhet av biblioteket.

Til slutt satt vi med et stort utvalg av både bøker og artikler som vi leste oss gjennom. Noe ble forkastet fordi det ikke passet helt til vårt tema, men vi har lært mye av det også. Likevel satt vi igjen med et bredt utvalg av både bøker og artikler som vi har valgt å bruke.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland 2007).

Man må være kritisk til sine funn og vurdere om den har relevans til oppgaven.

Flere av bøkene er skrevet på originalspråket, og regnes som primærlitteratur. I en del artikler har forfatterne tolket andres forskningsresultater, og litteraturen kan derfor være preget av forfatternes egen tolkning og forståelse. Vi har noen få engelske artikler som vi har oversatt, hvilket som også kan gi rom for feiltolkning. En del av artiklene er bygd på studier av smerter forårsaket av andre sykdommer enn kreft men vi mener måten å kartlegge smerte på er den samme. Studien av Urban, Cherny og Catane (2010) er en litteraturstudie som fokuserer mye på medikamentell behandling. Likevel har vi valgt å bruke den fordi den belyser i stor grad hvilke konsekvenser smerter har for den eldre kreftpasient. Studien av Igier, Mullet og Sorum (2007) er en relativt stor studie som fokuserer på helsepersonellens vurdering og bedømming av pasienters smerteuttrykk. I denne studien ble det brukt instruerte rollespillere i stedet for pasienter, noe vi mener kan ha en betydning for resultatet.

Vi er klar over at studien ” *The Management of Persistent Pain in Older Persons*” fra 2002 er gammel, men ser at mange studier i ettertid har referert til dette arbeidet og vi ser at den er relevant for vårt arbeid.

Vi har vært kritisk til hvor vi har søkt etter litteratur, og mener at den litteraturen vi har brukt er til å stole på. Selv om vi har vært bevisst på å bruke så ny forskning og litteratur som mulig, har vi også valgt å bruke noe eldre litteratur.

3.0 PRESENTASJON AV TEORI

3.1 Smerte

I følge International Association for the Study of Pain (IASP) er smerte definert som en ubehagelig, sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette. Psykiske og sosiale forhold vil påvirke smerteopplevelsen, og personer vil erfare og uttrykke samme smerte forskjellig ut i fra personlige egenskaper og erfaring (Kaasa 2008).

Nociseptive smerter er forårsaket av vevsskade som påvirker nociseptorer som finnes i forskjellige vev. Nociseptiv smerte fra hud, skjelett og skjelettmuskulatur beskrives som verkende og skarp, og er lokalisert til den aktuelle organstruktur. Smerten ledes av det somatiske nervesystemet, og kalles nociseptiv somatisk smerte. Nociseptiv smerte fra innvollene beskrives ofte som en diffus, dump smerte, og kjennes over et større område. Denne smerten ledes av det autonome nervesystemet og kalles nociseptiv visceral smerte (ibid).

Nevropatiske smerter skyldes påvirkninger av nervesystemet som overfører nerveimpulser til hjernen. Nevropatisk smerte kan ytre seg fra ubehagelige fornemmelser av prikking og stikking til jagende, intense og brennende smerter, og kan føre til desperat leting etter lindring (Almås m.fl. 2001).

Idiopatisk smerte er smerte hvor man ikke finner årsaken. Det er viktig at man hos kreftpasienter har totaloversikt over pasientens tilstand. Psykogene smertetilstander er tilstander av psykisk lidelse der smerte er et symptom, og det må foreligge en psykiatrisk diagnose (Almås m.fl. 2001). I følge Kaasa (2008) må man vite at også disse pasientene kan ha kreft.

Klinisk snakker man om akutt og kronisk smerte. Kronisk betyr samme type smerte som har vært til stede i mer enn tre måneder. Gjennombruddssmerte er episodiske smerter eller at smerten blir forverret og som bryter gjennom tross behandling. Kreftpasienter kan ha alle typer smerte samtidig (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

3.1.1 Smerter hos den eldre palliative kreftpasient

Det er flere årsaker til smerte hos den eldre kreftpasient. Smerten kan komme direkte fra tumor gjennom infiltrasjon av lokale strukturer og/eller via frigjøring av inflammatoriske mediatorer. Smerten kan også være forårsaket av diagnostiske og terapeutiske behandlinger, inkludert kjemoterapi og strålebehandling.

Det er grundig dokumentert at mange kreftpasienter plages av smerter, og smerte er et av de mest fryktede symptomer av en kreftdiagnose (Rustøen m.fl. 2010).

Samtidig plages pasientene ofte med andre symptomer som svekket kognisjon, tretthet, nedsatt appetitt, søvnproblemer, angst, depresjon, kakeksi og redusert mobilitet. I tillegg kan de ha smerter fra andre sykdomstilstander (Kaasa 2008; Urban, Cherny og Catane 2010).

Torvik og Bjørø (2010) påpeker at den mest bekymringsfulle grunnen til dårlig smertebehandling hos eldre er at helsepersonell er for lite oppmerksomme på Eldres smerter. I tillegg har mange manglende kompetanse for å behandle og vurdere smerte. Fortsatt lider mange eldre mennesker av smerte selv om mulighetene for smertelindring er blitt bedre (Kaasa 2008).

Studier viser at eldre bruker andre ord for å beskrive smerte enn yngre, og mange eldre med smerter regner det som en naturlig del av det å bli gammel. Samtidig er en del også skeptisk til medikamenter (Torvik og Bjørø 2010). Studien utført av Igier, Mullet og Sorum (2007) konkluderte med at pasienter med smerte hadde vanskeligheter med å ha sosial kontakt, de unngikk å forandre kroppsstilling og unngikk bevegelser.

3.1.2 Smerteadferd hos kognitivt svekkede personer

Både Husebø (2008) og American Geriatric Society Panel (2002) har satt fokus på adferd som kan komme av smerter hos kognitivt svekkede personer. Selvrapporing er ikke mulig hos pasienter med alvorlig demens. Derfor er de avhengige av at pleiepersonell og andre omsorgspersoner har evne til å tolke verbale og ikke-verbale tegn som kan være uttrykk for smerte, og at dette følges videre opp med tanke på utredning og behandling (Husebø 2008). Adferd som kan være tegn på smerter hos kognitivt svekkede personer er relatert til ansiktsuttrykk som blant annet forvrengt mimikk, grimasering, og verbalisering som sukking, rop og grove uttrykk. Det er atferd relatert til kroppsbevegelser som anstrengt kroppsstilling, gyngende, rytmiske bevegelser og urolige bevegelser. Det er endringer i samhandling med personell der pasienten kan vise aggressivitet, blir stridslysten, motsetter seg omsorg og viser

sosialt uakseptabel oppførsel. Det er også endring i rutiner som forandringer av appetitt, lengre hvileperioder og økt søvnmønster, økt vandring og gråtetokter med rennende tårer (Husebø 2008; American Geriatric Society Panel 2002).

3.2 Kartlegging av smerter

Opplevelsen av smerte er høyst subjektiv, og er noe som oppleves av pasienten. Selve smerteopplevelsen kan romme mer smerte enn det som kan beskrives med ord, og det kan derfor være vanskelig å beskrive smerten til andre.

Det er ingen selvfølge at pasientene selv tar initiativ til å fortelle at de har smerter.

Forskning viser at mange pasienter har smerter selv om behandlingen utvikles til å bli bedre og bedre. I 1997 ble det for eksempel gjort en studie av Sjøstrøm og kolleger der det kom fram at sykepleiere og leger vurderte pasientenes smerter for mindre, enn det pasientene selv gjorde (Torvik m.fl. 2010). Dette viser hvor viktig det er å basere smertekartleggingen på pasientenes egne opplevelser av smerte.

Hensikten med å kartlegge smerter er å undersøke om en pasient har smerter, og i tilfelle smertens karakter, intensitet og årsak. På bakgrunn av dette kan legen oftest komme fram til hvilke type smerte pasienten har. Det vil si om den er nociseptiv, nevrogen eller om det er en annen type smerte. Dette vil igjen kunne føre til at nødvendige tiltak for å behandle smerten blir igangsatt, og for å evaluere allerede igangsatt tiltak (Kaasa 2008).

En god systematisk smertekartlegging bør alltid starte med en målrettet åpen samtale. Her må pasienten få anledning til selv å beskrive sin smerteopplevelse. Det er også viktig å kartlegge pasientens smertehistorie, det innebærer både fysiske og psykiske sider, samt pasientens sosiale status. I tillegg bør pasienten fylle ut et smertekart og et spørreskjema (ibid). Det er da viktig å tenke på at eldre ofte har nedsatt syn, hørsel og kognitiv funksjon. Hvis så er tilfelle må en sørge for at hjelpemidler som pasienten bruker er tilgjengelig. Dette kan være briller, leselupe, høreapparat og lignende (Bjoro og Torvik 2008). Det er også viktig å tenke på hvor sykepleier plasserer seg i forhold til pasienten, og at sykepleier prater tydelig samtidig som hun bruker ord som er forståelige for pasienten.

En spesiell utfordring for sykepleieren er å skulle kartlegge smerter hos pasienter som av ulik årsak ikke klarer å beskrive med ord at de har smerter. Personer med kognitiv svikt kan også

ha kreft og opplever like mye smerte som andre. Det er derfor viktig at også disse pasientene får god smertelindring. Forskning viser imidlertid at blant annet alvorlig demente oftere ikke får optimal smertelindring sammenlignet med andre i samme medisinske situasjon. Bruken av smertestillende medikamenter til denne pasientgruppen viser seg å være lavere enn til ikke demente (Soini og Nilsen 2009).

Årsaken til dette kan være at de ikke klarer å få formidlet at de har vondt.

I slike tilfeller må sykepleiere og leger fortolke observasjoner ut ifra klinisk skjønn, samt observere tegn til endret respirasjon, høy puls, høyt blodtrykk og blek, svett og klam hud (Almås m.fl. 2001; Husebø og Husebø 2009).

3.2.1 Kartleggingsverktøy

Det er utviklet forskjellige verktøy for å kartlegge smerter, både i form av observasjoner, målrettet samtale eller intervju og spørreskjema. Spørreskjemaene finnes i mange forskjellige utførelser. De mest brukte verktøyene for å kartlegge smerteintensitet er: Visual Analogue Scale (VAS), Numeric Rating Scale (NRS), Verbal Rating Scale (VRS) og Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Kaasa 2008). VAS er en 10 cm lang linje der den ene enden av skalaen viser ”ingen smerte” og den andre enden av skalaen viser ”verst tenkelig smerte”. NRS er en tall-linje som vanligvis går fra 0-10. 0 representerer ”ingen smerte” og 10 representerer ”verst tenkelig smerte”. Pasienten setter ring rundt eller krysser av på det stedet som uttrykker best smerteintensiteten. VRS er en skala med adjektiver som viser stigende grad av smerteintensitet. Den kan også bestå av flere linjer med et adjektiv på hver linje som beskriver smerteintensitet i økende grad.

ESAS er et skjema for kartlegging av flere symptomer. To av spørsmålene går direkte på smerte. Disse er ”smerteintensitet i ro” og ”smerteintensitet i bevegelse” (Torvik m.fl. 2010).

Det jobbes for at det i framtiden kan benyttes et elektronisk smertekartleggingsverktøy.

Spørsmål og svar vil dermed bli vist på en dataskjerm for pasienten. Tanken er at kartleggingen blir tilpasset hver enkelt pasient ved at neste spørsmål bestemmes ut ifra det pasienten allerede har svart (ibid).

Det har de siste årene også blitt utviklet ulike skjemaer for å kartlegge smerter hos pasienter som ikke klarer å uttrykke smerte verbalt. Disse er basert på observasjon og atferd (Bjørø og

Torvik 2008). I Norge anbefales Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI), Doloplus-2 og Mobid-2. Det er likevel behov for mer utprøving (Knudsen og Larsen 2010).

Forskning viser viktigheten av å kunne ha et kartleggingsverktøy for kartlegging av smerter hos alvorlig demente i sykehjem. På bakgrunn av dette er Mobid-2 Pain Scale utviklet. Dette er et verktøy for pleiepersonell og er basert på observasjon av pasientens smerteatferd når forskjellige kroppsdeler er i bevegelse i tillegg til atferd som kan forklare smerter i hode, hud og indre organer (Husebø 2008).

3.3 Kommunikasjon

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee var opptatt av å skape relasjoner mellom sykepleier og pasient/pårørende, og at det ble etablert et menneske-til-menneske forhold. Dette er viktig for oss sykepleiere i møtet med en pasient med kreft og dens pårørende (Travelbee 1999).

Den største gaven jeg kan tenke meg å få fra mennesker er at de ser meg, hører meg, forstår meg og tar på meg. Den største gaven jeg kan gi er at jeg ser, hører, forstår og tar på et annet menneske. Når dette har skjedd føler jeg vi har skapt kontakt.
(Satir 1985, s.30)

Vi mennesker har en medfødt grunnleggende evne til kommunikasjon. Denne utvikler seg i samhandling med andre mennesker (Røkenes og Hanssen 2009).

I sykepleien forutsettes det gode kommunikasjonsferdigheter i tillegg til gode kunnskaper. Dette er en forutsetning for et godt samarbeid med pasient og pårørende (Eide og Eide 2001). Det er ikke alltid nok å oppfatte det verbale budskapet. Det kan også være viktig å oppfatte det non-verbale som bevisst eller ubevisst formidles uten ord (ibid). Å lytte aktivt og høre hva den andre har å si er en forutsetning for en god samtale. Ved å være henvendt både verbalt og non-verbalt kan en vise interesse, omsorg og oppmerksomhet på en slik måte at pasienten føler seg ivaretatt. Da blir det lettere for ham å åpne seg og meddele det han vil si. For at sykepleieren skal få den informasjon hun trenger, må pasienten føle seg trygg på at hun er interessert (ibid).

I lineær kommunikasjon er det bare et menneske om gangen som er aktiv. Sykepleieren sender et budskap til pasienten, som svarer tilbake og viser at budskapet er forstått. Denne form for kommunikasjon er nyttig hvis sykepleieren skal gi eller få pasientens tilbakemelding på for eksempel sjekklister eller spørrelister (Reitan og Schjølberg 2008).

En stor utfordring i kommunikasjonen med pasienten er stillheten. Når en pasient formidler et budskap, er det ikke alltid hensiktsmessig å svare med en gang, men forbli i en lyttende posisjon. Man får da anledning til å la inntrykket synke, kjenne og tenke etter hva som ble sagt (Eide og Eide 2001).

3.4 Palliativ sykepleie

Travelbee`s definisjon av sykepleie:

Sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familie eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.

(Travelbee 1999, s. 41)

Gjennom sykepleiens historie har alvorlig syke og døende vært ansett som fagets kjerneområde. Dette er en utfordring for sykepleierens kompleksitet og helhetsorientering. Denne sykepleie forutsetter medmenneskelig innsikt og erfaring, og krever en stor faglig kompetanse (Madsen og Madsen 2001).

Innen dette område er det vanlig å dele inn i kurativ og palliativ behandling. Ved kurativ behandling er målet å helbrede pasienten for aktuelle lidelse.

Palliativ sykepleie begynner når kurativ behandling er oppgitt. Det omfatter behandling, pleie og omsorg ved uhelbredelig sykdom.

Helhetlig omsorg forutsetter godt tverrfaglig samarbeid. Palliativ omsorg er sammensatt av sykepleier, lege, ergoterapeut og fysioterapeut. Prest, sosionom og ernæringsfysiolog er også en viktig del i den palliative fasen. Sykepleier er ofte en koordinator av et team. Det avhenger av et godt samarbeid med lege for å oppnå et godt resultat (Kalfoss 2001).

Måter å uttrykke smerter på kan være individuelt fra pasient til pasient. Dette gjør det vanskelig for andre å forstå hvor sterke smerter en pasient kan ha. Hvis sykepleier oppfatter pasientreaksjon som rimelig, kan pasienten bli forstått og han får god smertelindring. Det motsatte skjer hvis pasienten blir oppfattet som overdrevet.

Egne smerteerfaringer kan bidra til at en forstår andres smerteopplevelser bedre. En sykepleier kan da være oppmerksom på reaksjoner som kan være uttrykk for smerter hos en pasient.

En sykepleier har et stort ansvar for å gi pasienten tilfredsstillende smertebehandling. Den må ha gode kunnskaper om behandlingsprinsipper, virkning og bivirkning, i tillegg til det å holde seg a jour (Almås m.fl. 2001).

For fagpersoner kan det være vanskelig å forstå noen mennesker. Dette fordi vi opplever verden forskjellig. Vi kan forstå andre på bakgrunn av våre egne erfaringer, følelser og tanker. Dette er en for-forståelse som er en forståelse vi bringer med oss i møte med andre mennesker. Vi kan endre oss gjennom å ta del i den andres forståelse (Røkenes og Hanssen 2009).

4.0 DRØFTING

4.1 Sykepleierens rolle i møte med den smertepåvirkede pasient

Når vi møter eldre pasienter med kreft møter vi ulike personligheter, kvinner og menn, demente, personer med kognitiv svikt uten demensdiagnose og kognitivt friske. Dette betyr ulike presentasjoner av smerte som sykepleieren skal tolke og observere. Dette er en sammensatt oppgave som krever at sykepleieren må være klar over flere ting. Sin egen følelsesmessige reaksjon på andres smerteadferd blir til en viss grad styrt av egen bakgrunn og skjønn. Det samme gjelder pasienten. Da må sykepleieren være klar over at man lett kan handle ut i fra en oppfatning om at egen oppfatning er mer objektiv og pålitelig enn pasientens opplevelse av sine smerter (Almås m.fl. 2001). Det kan også være egne følelser som gjør at vi objektiviserer, tingliggjør den andre og dermed skaper avstand (Røkenes og Hanssen 2009). I en travel hverdag, i møte med mange pasienter med ulike behov, kan det skje at vi ikke tar den andres smerte på alvor. Vi kan lett tolke smerten til å være mindre, eller ikke til stede i det hele tatt. Det handler om å sette seg inn i pasientens sykdomshistorie og ha en forståelse for og rutiner for å ta smerter på alvor.

Opplevelsen av smerte er sammensatt og individuell. Noen personer har store krav til seg selv om ikke å gi seg over. Dette fører til at selv ved sterke smerter kan behovet for ikke å vise smertereaksjoner gjøre at han prøver å skjule sin smertefulle tilstand (Almås m.fl. 2001). Dette mener vi å ha sett i vår praksis, spesielt hos eldre menn med kreftdiagnoser. Vi har diskutert den gamle mannen på 90 år som en av oss tok i mot etter utskrivelse fra sykehus. Innleggelsesårsaken var urinretensjon, det ble oppdaget blærecancer med spredning og han ble utskrevet til sykehjemmet for palliativ behandling. Paracet var eneste smertelindring fordi han sa at han ikke hadde smerter.

Etter hvert oppdaget vi hans uro. Han satt i rullestol, trillet seg rundt i ring, sa ”au, au”, ”uff, uff”, men benektet oftest smerter når han fikk spørsmål om dette. Innimellom kunne han si: ”ja visst har jeg vondt”, men benektet smerter senere.

En annen mann med prostatacancer og skjelettmetastaser, også 90 år benektet hele tiden smerter, og hadde derfor ikke smertestillende. Han hadde samme adferd, med å trille seg rundt i rullestol og ga uttrykk av å streve veldig. Disse pasientene sov dårlig, og var også urolige om nettene. Deres uro økte utover i sykdomsforløpet. De var i utgangspunktet ikke kognitivt svekket, men de ble etter hvert oppfattet som uklare.

Katie Eriksson har tatt for seg begrepet pleielidelse, som hun definerer som en lidelse som kan oppleves på bakgrunn av utilstrekkelig pleie som savnet av nære relasjoner og kjærlighet, eller opplevelsen av en uverdigg pleie (Hansen 2001). Å se på disse to historiene i lys av pleielidelse gjør at vi nå i ettertid ser at vi ikke møtte pasientene på deres behov. Vi tok ikke i bruk kunnskapen vi hadde om kreft, spredningsmønster og smertene som følger med og dermed påførte vi pasientene mye pleielidelse ved ikke å ta på alvor behovet for smertelindring.

En gammel dame med kreftdiagnose hadde uro, var nedstemt og deprimert. Hun hadde hatt en aktet stilling, men rykter hadde versert rundt personen. Vi prøvde å få til en samtale om hva som plaget henne, men hun sa lite. Pleierne la vekt på at depresjon og gråt kom av en form for anger. Forforståelse er egen måte å tenke på, den er med på å skape det man oppfatter som virkeligheten. Vi forstår andre på bakgrunn av tanker, følelser og egne erfaringer. Når vi samhandler med den andre tar vi del i personens forståelse, og gjennom dette endrer vi vår egen forståelse. Man vil aldri kunne se en annen slik hun er, men slik man opplever at hun er, på bakgrunn av egen forforståelse (Røkenes og Hanssen 2009). Det er provoserende og alvorlig å bli utsatt for andres generaliseringer (Ekvik 2002). Gjennom dette studiet, og å skrive fordypningsoppgave har vi fått økt kunnskap om kreftsykdom og smerteadferd hos eldre. Når vi reflekterer over denne situasjonen ser vi at det med stor sannsynlighet dreide seg om smerter, og at personen ikke ble møtt på dette.

Eide (2008) sier det er utfordrende å hjelpe en person som har smerter, fordi andres smerter påvirker de som er rundt. Samtidig er smerte en subjektiv opplevelse og selvrapporing av smerte er det mest sikre tegnet på at vedkommende har smerter (Torvik og Bjørø 2010). Vår erfaring er at det kan være lett å trekke seg unna pasienter som benekter smerter, fordi de har en adferd som vi ikke forstår. Vi trekker oss bort for å beskytte oss selv fordi vi synes dette er vanskelig å forholde seg til. Etter å ha reflektert rundt disse pasientene ser vi at det handler om å tolke det man ser, og sette observasjon og kartlegging av smerte på programmet. Erfaring viser at det skjer en bevisstgjøring når temaet smerte blir satt søkelys på. Personalet oppdaterer sine kunnskaper, det blir diskutert og reflektert rundt egen forståelse av smerter, og hvordan disse pasientene blir møtt (Torvik m.fl. 2010).

En persons atferd er påvirket av uskrevne normer fra familie og nærmiljø. Vi lærer fra barnsben av hva akseptabel smerteatferd er, og fordi kulturen som personen lever innenfor setter rammer for akseptabel smerteatferd (Almås m.fl. 2001).

Ekvik (2002) skriver om mannsrollen som studie gjennom det 20 århundre, der det ble funnet at kontroll av følelser var det som kjennetegnet fedrenes oppdragelse av sine sønner. Veien gjennom ungdomstid og fram til å bli moden mann tradisjonelt innebærer å mestre følelser og å vise mot og styrke i vanskeligheter uten å bli følelsesmessig berørt. I sorg og glede har de fleste kvinner tradisjonelt vist sine følelser på en åpen måte, og mye av det som er lært om følelse er lært av kvinner.

Vi har reflektert over disse møtene. De har gjort noe med oss, og vi er enige om at slike situasjoner setter store krav til oss som sykepleiere under prosessen med observasjon og kartlegging av smerter. Vi må ha kunnskap om kulturen og tiden disse gamle menneskene er vokst opp i, og vi må reflektere over vår egen tenkemåte. Ekvik (2002) påpeker at det vil alltid være store variasjoner i hvordan menn og kvinner opplever sine roller og sin personlighet og at utfordringen er å forstå oss selv og hverandre i vår egen tid.

Derfor ser vi hvor viktig det er at vi har reflektert over vår egen måte å møte den smertepåvirkede pasient på, hva det gjør med oss, og hvorfor vi handler som vi gjør.

Som sykepleiere må vi vite at smerte ikke er en følelse i seg selv, men en opplevelse som kan sette i gang ulike følelsesmessige reaksjoner hos pasienten. Det kan dreie seg om redsel, sinne, aggresjon, følelse av oppgitthet og håpløshet (Eide 2010).

Sykepleieren må også være klar over at det er en vanlig holdning hos helsepersonell og hos eldre at smerte er noe som hører alderdommen til. Dette kan være med å skape forventninger om at den eldre ikke gir uttrykk for sin smerte, men lider i stillhet (Torvik og Bjørø 2010).

Ekvik (2002) sier at det alltid oppleves godt å bli forstått, at det føles som å motta en gave når vi opplever respekt fra andre, for hvem vi er, hva vi føler og hvordan vi har det. Derfor må vi som pleiere møte pasientene med respekt og forståelse.

I møte med adferd som kan være relatert til smerte er det vanskelig å skille mellom adferd relatert til demens og adferd relatert til smerte, men at smerte med stor sannsynlighet medfører økende adferdsproblemer hos denne gruppen (Husebø 2008).

Laake (2003) påpeker at selv om allmenntilstand og forløp tilsier at kurative tiltak ikke er mulig, kan enkle behandlingstiltak gi god lindring. Dette synes vi er viktig å ha tanke for, i møte med gamle pasienter med kognitiv svikt eller demens for å få lindret den gamles smerte på en hensiktsmessig måte. For kunne behandle og evaluere smerte ved kognitiv svikt er det viktig med et stabilt, kompetent og motivert personale med tverrfaglig bakgrunn (Husebø 2008). Med bakgrunn i disse opplevelsene ser vi hvor viktig dette er.

4.2 Kommunikasjon

Det er viktig å oppfatte et non-verbale som bevisst eller ubevisst formidles uten ord (Eide og Eide 2001). En dyktig fagperson møter hele mennesket. Dette betyr samhandling med andre mennesker som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt, anerkjennelse, der selvstendighet og medvirkning blir fremmet (Røkenes og Hanssen 2009).

Satir (1985) mener at ved gjensidig å se, høre, forstå og ta på har vi skapt kontakt. Vi tolker det dit hen at kommunikasjonsferdigheter er sykepleierens viktigste redskap. Uten evne til å lytte til hva som blir sagt, eller evne til å formidle et budskap, forsvinner grunnlaget for samhandling. Å lytte aktivt og vise interesse fører til at pasienten føler seg trygg på å formidle det den har på hjertet.

For å bruke verktøy i kartleggingen av smerter, avhenger det om pasienter har evne til å sette ord på smertene (Almås m.fl. 2001). Mange eldre tror at sykepleieren vet best, og at de venter på spørsmål angående smerter i stedet for å si fra selv (ibid). Det er derfor viktig at sykepleieren stiller konkrete spørsmål.

Med Travelbee`s sykepleietenkning i hode, må vi forsøke å bli kjent med pasienten som person, da er det lettere å forstå pasientens reaksjon. Gjennom mange års sykepleieerfaring opparbeider vi som sykepleiere oss et såkalt klinisk blikk. Dette kommer til stor nytte etter at vi er blitt kjent med pasienten. Det er viktig at vi også tenker oss om før vi svarer på enkelte spørsmål fra pasienten. Erfaringsmessig så kan et galt ord ødelegge hele dagen.

Erfaringer viser at pasientene har mest smerter om kvelden og natten. Dette kan komme av at pasientens lege er mindre tilgjengelig da. Dette kan løses ved at sykepleier og lege avtaler på forhånd hvilke ekstra medikamenter som kan gis for å møte smertesituasjoner med (ibid).

I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleiere skal samhandle med både pasient og pårørende. Dette mener vi er viktig i en pasients palliative fase. Det er ofte pårørende som kjenner pasienten best og kan gi informasjon som er viktig for videre kartlegging av smerter.

4.3 Bruk av kartleggingsverktøy

Som sykepleiere har vi tilegnet oss kunnskap og erfaring om hva som er viktig å observere i forhold til smerte hos pasienter. Likevel er vi forskjellige, og vi har ofte forskjellig syn på om pasienten har smerter. Det er heller ikke alle pasienter som klarer å sette ord på sin smerte selv om de får direkte spørsmål om det. Tolkninger og observasjoner kan da bli forskjellig etter hvem som er på jobb. Det kan lett føre til at vi overser smertetilstander hos pasienter. Dette stemmer overens med funnene i en fransk studie som viser at både sykepleiere og leger i praksis ofte undervurderer og dermed underbehandler pasienter med smerter. Problemet er spesielt stort for pasienter som er mindre i stand til å stille krav, blant annet eldre og pasienter med kognitiv svikt (Igier, Mullet og Sorum 2007).

Soini og Nilsen (2009) skriver at sykepleiere i de fleste tilfeller ikke er trent for eller er komfortable med å behandle kreft smerter. Samtidig påpeker de sykepleiernes store ansvar når det gjelder å sikre at pasienter får tilfredsstillende smertelindring, og understreker viktigheten av å integrere et kartleggingsinstrument for at sykepleierne kan få til en systematisk kartlegging av smertenes omfang og intensitet.

De trekker fram eksemplet om Ida, en dame i 70 årene med Alzheimer og kreft, og hennes lange vei for å få adekvat smertelindring. De etterlyser bedre rutiner for å kartlegge smerter hos eldre og kognitivt svekkede. De mener at hvis det hadde vært rutiner for bruk av et smertekartleggingsverktøy, for eksempel Mobid-2, kunne dette bidratt til at Ida hadde vært sikret en kvalitativt bedre smertelindrende behandling tidligere i forløpet.

American Geriatric Society Panel (2002) anbefaler å starte med en verbalt administrert 0-10 skala, men sier også at en betydelig andel av eldre pasienter både med og uten kognitiv svikt kan ha problemer med å bruke slike skalaer. Det er derfor viktig å hele tiden vurdere hvilken tilstand pasienten er i, og hva slags verktøy som er mest hensiktsmessig å bruke. Det er viktig at verktøyet er lett å forstå for både helsepersonell og pasienten. Mange av verktøyene har vist seg å være for omstendelige til å kunne brukes i klinisk praksis, og er mer egnet til forskning (Kaasa 2008).

Når man først har valgt et verktøy er det viktig å bruke det samme verktøyet på hver evaluering for å kunne følge med på smerteutviklingen (Urban, Cherny og Catane 2010).

I nordiske land ser det nå ut som det er blitt en enighet om å bruke en nasjonal versjon av ESAS for symptomkartlegging til palliative kreftpasienter. Denne metoden er i Norge blitt anbefalt i ”Standard for Palliasjon” (Norsk forening for palliativ medisin 2004). ESAS er nå i systematisk bruk i spesialisthelsetjenesten i hele landet, men er ikke rutinemessig innført i kommunehelsetjenesten (Myhra og Grov 2010). Skjemaet tar for seg ulike symptomer som skal registreres ut fra en NRS skala. Hele skjemaet må ikke fylles ut, men det går an å plukke ut deler av det. Når smerte er pasientens hovedproblem blir det naturlig å velge ut spørsmålene som går på dette. Det anbefales at skjemaet fylles ut regelmessig, for eksempel 1 gang pr. dag. I følge en studie av Myhra og Grov (2010) får ESAS fram pasientens subjektive opplevelse av situasjonen på en enkel måte. Videre hevdes det i studien at ESAS er lett å forstå for pasienten, og sykepleierne var enige i at det tar liten tid å fylle det ut. På den andre siden hevdes det i studien at ESAS er vanskelig å bruke når pasientene blir svært dårlige. Det sier noe om at det kan være vanskelig å bruke ESAS når livet går mot slutten, og at man da heller bør velge et skjema som går på observasjon. Dette stemmer med våre erfaringer, da vi har opplevd at pasienter er så syke at de ikke orker å svare på spørsmålene. Det kan da være nok med helt konkrete spørsmål som kun krever ja/nei svar. Mange blir også trøtte og slappe av medikamenter som de får, og at de av den grunn heller ikke forstår alle spørsmålene. I slike tilfeller har vi erfart at det er viktig å stille oppklarende spørsmål. I tillegg blir observasjoner, det kliniske blikk og samarbeid med pårørende viktig. De kjenner pasienten best, og ser ofte endringer raskt.

Vi hadde en pasient med cancer pancreas i hjemmetjenesten. Erfaringsmessig vet vi at denne typen kreft ofte gir sterke smerter mot slutten. I dette tilfelle brukte vi ikke ESAS-skjemaet konkret fordi pasienten var så dårlig. Vi hadde likevel spørsmålene fra skjemaet i bakhodet samtidig som vi brukte det kliniske blikk. Pårørende sa også fra så fort de mente at pasienten hadde vondt.

Vi har også erfart at det ikke alltid er like lett å bruke ESAS på eldre pasienter. De skjønner ofte ikke hensikten med et slikt skjema, og er derfor ikke interessert i å fylle det ut. I slike tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å stille pasienten åpne spørsmål og på den måten få et inntrykk av pasientens opplevde smerteintensitet.

Samtidig har vi erfart at ESAS kan være et godt hjelpemiddel når det blir brukt regelmessig, og pasienter synes det er greit å bruke. Vi får ved hjelp av ESAS raskt et svar på pasientens smerteintensitet, og kan rapportere dette til legen slik at tiltak blir iverksatt. Det er også fint å bruke for å evaluere og følge opp allerede igangsatte tiltak.

På våre arbeidsplasser blir ESAS brukt til en del kreftpasienter i hjemmetjenesten, men ikke på sykehjem. Vi ser at det kunne være nyttig å bruke det i større grad, og at det er noe som bør jobbes for. Uten noe kartleggingsverktøy vil smertelindringen bli mer tilfeldig. Vi mener det er viktig at pasientene ikke skal ha unødige smerter, også i livets siste fase.

Selv om ESAS blir anbefalt til palliative pasienter kan det i noen tilfeller være nyttig å heller velge et enklere verktøy som kun går på smerter. For noen pasienter kan det være enklere å forholde seg til.

I en studie utført av Herr m.fl. (2004) sammenlignet de VAS, NRS og VRS til eldre pasienter, og fant ut at VRS var mest troverdig til denne pasientgruppen (Torvik m.fl. 2010).

I følge Herr m.fl. (2004) er VAS-skalaen vanskelig for eldre å bruke fordi den krever mer abstrakt tenkning enn en del andre kartleggingsverktøy (Bjørø og Torvik 2008). Husebø og Husebø (2009) sier også i sin artikkel at for å bruke VAS forutsetter det at pasienten forstår hva han krysser av for. Vi vil tro at ikke alle eldre har forståelse for hva de egentlig krysser av for på en slik skala. Det kan da være en viss fare for at de bare setter et kryss et sted på linja, og svaret blir dermed ikke til å stole på.

I en studie utført av Paice og Cohen (1997) fant de derimot ingen sammenheng mellom økende alder og problemer med å bruke VAS (Torvik m.fl. 2010).

Fordelen med VAS er at den ikke er språk- eller kulturavhengig, og at den kan brukes på ulike smertetyper. Den er også fin for å måle forandringer, for eksempel til å teste effekt av smertebehandling (Torvik m.fl. 2010).

NRS-skalaen er i følge Bjørø og Torvik (2008) enklere for eldre å bruke enn VAS. Det forutsetter imidlertid at pasienten er klar og orientert. Erfaringsmessig er NRS et verktøy som er enkelt og raskt å fylle ut for pasienten. Noen har imidlertid vanskeligheter med å skulle plassere sin smerte på en skala.

Knudsen og Larsen (2010) har i sin studie kommet fram til at VRS, med få adjektiver, kan brukes av 61 % av sykehjemspasienter. Denne er enkel for eldre pasienter å forstå, og selv de med noe kognitiv svikt kan klare å bruke en slik skala.

Studiene tar for seg pasienter med forskjellige typer smerter, og ikke spesielt kreft smerter.

Likevel kan det se ut som at det er en felles forståelse for at VRS er et bra hjelpemiddel for å kartlegge smerteintensitet hos eldre pasienter.

Samtidig viser forskning at smertevurdering fortsatt er et stort problem selv om bruken av smerteskalaer har økt. Igier, Mullet og Sorum (2007) påpeker flere grunner til dette. Det har vist seg at i ca. 40 % av tilfellene har selv pasienter uten kognitiv svikt vanskeligheter med å uttrykke sitt smertenivå. Videre hevder de i studien at helsepersonell og pasienter ofte ikke prater samme språk, og at det sikkert er pasienter som underrapporterer smerte på grunn av alder eller kultur.

For å få til en god kartlegging er det avgjørende hvordan den blir utført. Det kreves at pasienten forstår meningen med ordene som brukes. Han må også klare å gjøre om sin subjektive opplevelse av smerte til et tall eller ord på et papir.

Ved demenssykdom rammes først konsentrasjonen, deretter hukommelse, taleevne og språk. De vil derfor ha problemer med å skulle forstå et kartleggingsskjema.

Til pasienter med mild til moderat grad av kognitiv svikt anbefales det derfor et selvrapporteringsskjema, for eksempel VRS kombinert med et observasjonsskjema (Knudsen og Larsen 2010).

American Geriatrics Society Panel (2002) har utviklet noen kategorier av observasjoner som kan hjelpe helsepersonell og avdekke smerte hos eldre med kognitiv svikt. Det er også utviklet skjemaer som er basert på ulike observasjoner, og disse anbefales til pasienter med moderat til alvorlig grad av demens. En del av skjemaene egner seg imidlertid lite til klinisk bruk.

Mobid-2 er et relativt nytt verktøy utviklet i Norge som skal hjelpe helsepersonell med å avdekke smerter hos pasienter med demens. Smerteatferd og smerteintensitet blir registrert ved fem vanlige mobiliseringer av pasienten. Pasientens respons blir vurdert fortløpende etter hver bevegelse, og registrert på en 0-10 punkts skala. Deretter blir det registrert hvilke kroppsdel smerteatferden er antatt å være relatert til (Husebø 2009). Dette er et

sykepleieadministrert verktøy som er enkelt i bruk, det tar kort tid å bruke og reliabiliteten og validiteten er høy (Soini og Nilsen 2009).

Men selv med gode kartleggingsverktøy kan det være en stor utfordring å gi sykepleie til pasienter med smerter i livets siste fase. Det blir aldri noen vane og se et menneske lide, og erfaringsmessig kan det være vanskelig å kartlegge smerter i denne fasen. Vi har erfart viktigheten av å kjenne pasienten godt. Da er det lettere å observere endringer og tolke pasientens signaler. Vi har også erfart at det er lettere for pasienten å uttrykke sin smerteopplevelse når han kjenner og har tillit til sykepleieren. Det er også viktig at sykepleier kjenner til pasientens sykehistorie og gjennomgått behandling for å kunne vurdere hans smerte (Urban, Cherny og Catane 2010).

5.0 KONKLUSJON

Å skrive denne oppgaven har gjort at vi har blitt mer oppmerksomme på eldre med kreft, og fått større oppmerksomhet på hvilken innvirkning smerter har for den enkelte.

Eldre kreftpasienter i livets siste fase krever i større grad tilpasning av smertelindring fordi de ofte har et sammensatt sykdomsbilde. Dette krever en god kartlegging av pasientens smerter. I tillegg ser vi viktigheten av å oppnå en god relasjon mellom sykepleier og pasient for å få til dette.

I de utenlandske studiene vi har brukt i oppgaven er sykepleierens rolle sterkt vektlagt i dette arbeidet. Nasjonalt har Husebø med sin studie og utviklingen av kartleggingsverktøyet Mobid-2 vektlagt sykepleierens rolle i kartleggingen av smerte. Vår erfaring fra våre arbeidsplasser er at kunnskapen fra forskningen er tatt lite i bruk, og det virker tilfeldig hvilke smertelindring disse pasientene får. Vi ser at noe av grunnen til dette er at systematisk kartlegging i liten grad blir gjort.

Målet er å ta i bruk denne kunnskapen i vår praksis framover. Det handler om at vi i vår jobb bidrar til å få smerte og smertelindring på programmet. Dette krever opplæring av kollegaer og det innebærer at vi må begynne å spørre pasientene om de har smerter. Sykepleierne må ta i bruk et kartleggingsverktøy som de blir godt kjent med og kan bruke systematisk.

Vi tror at å introdusere pasienten for et kartleggingsverktøy så tidlig som mulig i sykdomsforløpet kan bidra til at pasienten gjør seg nytte av det lenger fordi det er noe han er kjent med. Ved å kartlegge smerte systematisk kan vi oppnå at pasientene får trygghet og tillit ved at vi tar deres smerte på alvor, og god smertelindring kan oppnås. Derfor må vi som sykepleiere se ansvaret vårt i forhold til dette, og vi må inkludere pårørende, lege, hjelpepleiere, fysioterapeut, og andre naturlige samarbeidspartnere.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg m.fl. (2001). Sykepleie til pasienter med smerter. I: Almås, Hallbjørg (red.) *Klinisk sykepleie, bind 1*. s. 65-114.
3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

American Geriatric Society Panel (2002). The management of persistent pain in older persons: *Journal of the American Geriatrics Society Panel* (6) 205-224.

Bjørø, Karen og Karin Torvik (2008). Smerte. I: *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. S. 333-349. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, Olav (2001) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Den norske legeforeningen (2003). *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*.
http://www.legeforeningen.no/asset/23457/1/23457_1.pdf 06.04.2011

Eide, Hilde (2010) Kommunikasjon, relasjon og smerte. I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl (red.) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 354-372. 1.utg.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide (2001). *Kommunikasjoner i relasjon – samhandling, konfliktløsning og etikk*.
2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekvik, Steinar (2002). *Ta det som en mann. Når menn og kvinner sørger forskjellig*.
Valdres: Verbum forlag.

Hansen, Susan Rydahl (2001). Patienters oplevede lidelse – perspektivet i forhold til uhelbredelig kreftsyge patienter. I: *Vård i Norden*. 21(59). s. 30-34.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. IS-1529
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonalt_handlingsprogram_med_retningslinjer_for_palliasjon_i_kreftomsorgen_89344 18.04.10

Husebø, Bettina Sandgathe (2008). *Assessment of Pain in Patients with Dementia. Development of a Staff-Administered Behavioural Pain Assessment Tool*. Disertation for the degree of philosophiae doctor. University of Bergen.

Husebø, Bettina Sandgathe (2009). Smerteevaluering ved demens. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Årgang 129, nr. 19, s. 1996-1998.

Husebø, Stein og Bettina Husebø (2009). Hva er smerte? I: *Omsorg*. Årgang 26, nr. 1, s.15-30.

Igier Valerie, Etienne Mullet og Paul Clay Sorum (2007). How nursing personnel judge patients` pain. I: *European Journal of pain*. (11) s. 542-550.

Kalfoss, Mary Harris (2001). Møte med lidende og døende pasienter- sykepleiernes møte med seg selv. I: Almås, Hallbjørg (red.) *Klinisk sykepleie, bind 1*. s. 48- 64. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knudsen, Liv-Berit og Toril Agnete Larsen (2010). Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang. I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Årgang 6, nr. 2, s. 29-48.

Kristoffersen, Nina Jahren (2000). Sykepleiens utvikling fra oppgave og kall til yrke og selvstendig vitenskap. I: Kristoffersen, Nina Jahren. *Generell sykepleie. Bind 1*, s. 153-238. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Kaasa, Stein (red.) (2008). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Laake, Knut (2003). *Geriatrici i praksis*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Madsen, Kirsten Halskov og Lisbet Due Madsen, (2001). *Sygeplejen i den palliative indsats*. København: Copyright Munksgaard.

Myhra, Cecilie Bakke og Ellen Karine Grov (2010). Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). I: *Sykepleien Forskning*. Årgang 5, nr. 3, s. 210-218.

Norsk forening for palliativ medisin (2004). *Standard for palliasjon*.
http://www.legeforeningen.no/asset/33124/1/33124_1.pdf 28.04.2011

Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg (red.) (2008). *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling*. 2. utg. Oslo: Akribe Forlag as.

Rustøen, Tone m. fl. (2010). Kreft og smerter. I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl (red.) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 255- 270. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2009). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Satir, Virginia (1985). *Om å skape kontakt*. Oslo: Aventura.

Soini, Ulla og Gudrun Nilsen (2009). Kreftrelaterte smerter hos alvorlig demente i sykehjem. I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Årgang 5, nr.2. s.70-78.

Torvik, Karin m. fl. (2010). Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl (red.) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 51-69. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Torvik, Karin og Karen Bjørø (2010). Smerte hos eldre. I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl (red.) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 105-127. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo:Universitetsforlaget AS.

Urban, Damien, Nathan Cherny and Raphael Catane (2010). The management of cancer pain in the elderly. I: *Critical Reviews in Oncology/Hematology* (73) s. 176-183.

Vedlegg 1: ESAS-skjema



Navnelapp

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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

Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?
Bra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Skjemaet er fylt ut av:

Pasienten selv Pårørende Helsepersonell

Dato: _____

Vedlegg 2: Mobid-2 smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens navn: _____

Dato: _____

Tid: _____

Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

Smertelyd
«Aua»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

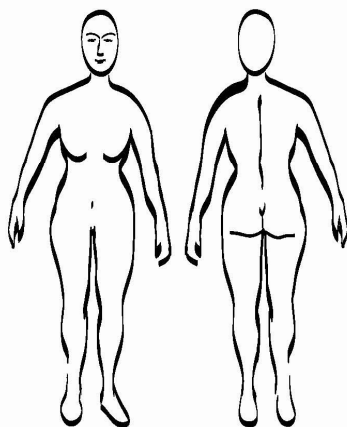
Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10



6. Hode, munn, hals	→	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage – øvre del	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage – nedre del	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

→ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bettina Husebo@isf.uib.no, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen