



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Smertelindring innen palliativ kreftbehandling** (Pain relief in palliative cancer treatment)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10176

Antall ord: 8572

# Sammendrag

**Tittel:** Smertelindring innen palliativ kreftbehandling

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å få en bedre forståelse for hvordan man kan oppnå god smertelindring i hjemmet hos en pasient med kreft i palliativ fase.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleier sikre god smertelindring hos pasienter med kreft i palliativ fase som bor hjemme?»

**Metode:** En litteraturstudie basert på seks kvalitative studier og en kvantitativ studie. Det er også brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og to offentlige dokumenter som er relevant for å belyse oppgavens problemstilling.

**Funn:** Sykepleier og pårørende sin kunnskap om smertelindring, pasientens barrierer, bruk av kartleggingsverktøyet ESAS og kommunikasjon og relasjonsbygging mellom pasient og helsepersonell er av betydning for å oppnå optimal smertelindring i hjemmet.

**Konklusjon:** For å kunne oppnå optimal smertelindring i hjemmet, er pårørende sin kompetanse like så viktig som kunnskapsgrunnlaget hos sykepleier, da pårørende er til stede med pasienten mesteparten av døgnet. Bruk av kartleggingsverktøyet ESAS, pasientens barrierer mot smertebehandling og kommunikasjon og relasjon er også sentrale elementer som virker inn på smertebehandling i hjemmet.

**Nøkkelord:** palliativ kreft, smertelindring, hjemmesykepleie, sykepleier

# Abstract

**Title:** Pain relief in palliative cancer treatment

**Aim:** The purpose of this assignment is to better understanding how to achieve good pain relief in the home of a patient with palliative cancer.

**Thesis: question** "How can nurses ensure good pain relief in patients with palliative stage cancer living at home?"

**Method:** A literature study based on six qualitative studies and one quantitative study. Curriculum, self-selected literature and two public documents, that are relevant to illustrate the thesis, are also used.

**Findings:** Nurses and relatives' knowledge of pain relief, patient's barriers, use of the ESAS mapping tool and communication and relationship building between patient and health professionals are important to achieve optimal pain relief at home.

**Conclusion:** In order to achieve optimal pain relief in the home of patients, the relatives' expertise is as important as the nurse's knowledge of pain relief, as the relatives are with the patient most of the day. Use of the ESAS mapping tool, patient's barriers to pain management and communication and relationship are significantly for achieving optimal pain management at home.

**Keywords:** palliative cancer, pain relief, home nursing, nurse

# Innhold

1.	Innledning.....	6
1.1.	Introduksjon tema.....	6
1.2.	Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.3.	Definisjon av problemstillingens sentrale begrep.....	6
1.3.1.	Kreft.....	6
1.3.2.	Palliativ fase.....	6
1.3.1.	Smertelindring.....	7
1.3.2.	Hjemmesykepleie.....	7
1.4.	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	7
1.5.	Oppgavens kapitler.....	7
2.	Metode.....	9
2.1.	Litteraturstudie som metode.....	9
2.2.	Vitenskapelig tilnærming.....	9
2.3.	Søkehistorikk med søketabell.....	10
2.4.	Andre kilder.....	11
2.5.	Kildekritikk.....	12
3.	Empiri.....	13
3.1.	Artikkelmatrise.....	13
3.2.	Sammenfattet empiri.....	15
4.	Teori.....	17
4.1.	Kreftmerter.....	17
4.1.1.	Smertetrapp.....	17
4.1.2.	ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) og kroppskart.....	18
4.2.	Palliasjon i hjemmet.....	18
4.3.	Kommunikasjon og relasjoner.....	19
4.4.	Lovverk.....	20
4.5.	Virginia Hendersons sykepleieteori.....	20
5.	Diskusjon.....	22
5.1.	Innledning.....	22
5.2.	Hvordan påvirker sykepleier og pårørende sin kunnskap om smerter smertelindringen?.....	22
5.3.	Hvordan kan ESAS bidra til bedre smertelindring?.....	23
5.4.	Har pasientens barrierer betydning for smertelindringen?.....	25
5.5.	Kan ikke-medikamentelle tiltak som kommunikasjon og relasjon virke smertelindrende?.....	26
6.	Konklusjon.....	28

Referanseliste .....	29
Vedlegg .....	31

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon tema

I denne oppgaven har jeg valgt å ta for meg temaet smertelindring innen palliativ kreftbehandling. Jeg har valgt nettopp dette temaet, da jeg har en stor interesse for kreftomsorg og smertelindring, samtidig som jeg har hatt begge mine sykehuspraksiser innen fagområdet kreft. Min medisinske praksis var på en palliativ kreftavdeling, hvor hovedfokuset var smertelindrende behandling. Jeg har også møtt kreftpasienter i hjemmebasert omsorg. Det var dette som dannet grunnlaget for min interesse og ønske om å utvikle mer kunnskap innenfor smertelindring og, da spesielt, kreftomsorg.

Som sykepleier anser jeg det som viktig å inneha kunnskap om smertelindring og palliasjon, da dette er dagsaktuelle temaer man som sykepleier vil komme borti innen både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke bare innenfor kreftbehandling palliasjon og smertelindring er nyttig kunnskap. Dette er kunnskap som er sentralt innenfor et bredt spekter av sykdommer og diagnoser.

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av nye krefttilfeller i Norge holder seg forholdsvis stabilt, og i løpet av femårsperioden 2014-2018 har det vært en relativt liten årlig økning i nye krefttilfeller i Norge. Likevel er det forventet en viss økning i antall nye krefttilfeller per år, som følge av at befolkningen blir eldre og at vi blir flere mennesker. I 2018 ble det diagnostisert 34 190 nye krefttilfeller i Norge, hvorav 15 869 av tilfellene var kvinner og 18 321 var menn. Selv om flere og flere overlever sin kreftsykdom, er det likevel et betydelig antall mennesker som dør hvert år av kreft. I 2018 døde ca. 11 0000 nordmenn av kreft (Kreftregisteret, 2020).

I Norge, og internasjonalt forøvrig, kan man anslå at 50-70% av de som rammes av kreft opplever smerte. I dag er det derfor et økende behov for smertelindring blant kreftpasienter, i tillegg til at flere og flere kreftpasienter ønsker tilrettelegging for smertebehandlingen i eget hjem (Molnes, 2014).

Dette danner grunnlaget for oppgavens problemstilling; «Hvordan kan sykepleier sikre god smertelindring hos pasienter med kreft i palliativ fase som bor hjemme?»

## 1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

### 1.3.1. Kreft

Kreft skyldes en feil i celler slik at cellene deler seg ukontrollert, og det dannes en opphopning av kreftceller i organet hvor den ukontrollerte celledelingen foregår. Denne opphopningen av kreftceller danner etterhvert en kreftsvulst. Kreftceller har evne til å invadere nærliggende vev og organer, samt metastasere til fjerntliggende vev og organer via blodet eller lymfesystemet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399).

### 1.3.2. Palliativ fase

Palliasjon handler om å lindre smerte og andre plagsomme symptomer ved inkurabel sykdom, og forbedre livskvaliteten til pasientene den siste delen av livet. Ved palliasjon er

det ofte snakk om en sykdom med kort forventet levetid, men det er viktig å understreke at palliativ behandling ikke har som hensikt å verken framskynde eller utsette dødsprosessen (Helsedirektoratet, 2015, s. 12).

### 1.3.1. Smertelindring

Smerte er en subjektiv opplevelse, og kan defineres som en ubehagelig sensorisk- og følelsesmessig opplevelse som et resultat av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Danielsen et al., 2016, s. 383). Gode retningslinjer skal ivareta adekvat smertebehandling hos pasienter, og målet med smertebehandling er å lindre pasientens smerter og bedre livskvaliteten (Den Norske Legeforening, 2009, s. 6).

### 1.3.2. Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie omfatter all sykepleie som utføres i pasientens eget hjem, uavhengig av om det utføres av sykepleier eller annet helsepersonell. Hensikten med hjemmesykepleie er at pasientene skal få hjelp til å tilfredsstille sine grunnleggende behov slik at vedkommende klarer å bo i eget hjem lengst mulig, så framtidig dette er forsvarlig og noe pasienten selv ønsker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

## 1.4. Avgrensning og presisering av problemstilling

Smertelindring og palliativ kreftbehandling er store temaer, og jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven min med bakgrunn i oppgavens ordbegrensning. I denne oppgaven velger jeg å ta for meg voksne pasienter med kreft i palliativ fase som bor hjemme. Jeg kommer ikke til å gå i dybden på ulike kreftdiagnoser eller omtale smertelindring i den terminale fasen.

Hovedfokuset mitt vil være smertelindring, både medikamentell smertelindring, alternative metoder for smertelindring som kommunikasjon og relasjonsbygging, og pasientens barrierer mot smertebehandling. Her er det viktig å presisere at medikamentell smertelindring i et sykepleiefaglig perspektiv handler om å observere, vurdere og evaluere virkningen av medikamentene som gis. Jeg kommer ikke til å gå i dybden på mulige bivirkninger av medikamentene, men bivirkninger er noe som vil bli nevnt i sammenheng med pasientens barrierer mot smertebehandling. Jeg er klar over at tverrfaglig samarbeid og inkludering av pårørende er helt sentralt for å kunne oppnå optimal smertelindring. Jeg kommer til å ta for meg pårørendes betydning for optimal smertelindring i hjemmet, men velger å utelukke tverrfaglig samarbeid fra oppgaven. Dette med bakgrunn i oppgavens ordbegrensning.

Når man snakker om smerter, er det viktig å presisere at smerter består av flere aspekter, og kan ses på som både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige smerter (Helsedirektoratet, 2015, s. 62). I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere mest på den fysiske opplevelsen av smerter. Likevel vil jeg også komme inn på noen av de andre aspektene, spesielt den psykiske smerten, da den kan ha innvirkning på den fysiske opplevelsen av smerter hos pasienter.

## 1.5. Oppgavens kapitler

Oppgaven består av seks kapitler; innledning, metode, empiri, teori, diskusjon og konklusjon. I oppgavens metodedel har jeg beskrevet hva en litteraturstudie er, viser til søkeprosessen i søk etter vitenskapelige artikler og gir en kort oversikt over kilder og pensum som er brukt i oppgaven. Jeg sier også noe om kildekritikk og hvordan jeg har vurdert kildenes validitet og troverdighet. I empiri-kapittelet presenteres oppgavens

vitenskapelige artikler i en artikkelmatrise. I tillegg presenteres sammenfattet empiri, hvor jeg sier noe om artiklenes relevans i forhold til oppgavens problemstilling og presenterer funn fra valgte studier. Deretter kommer oppgavens teoridel. Her belyses relevant teori for oppgaven, ved hjelp av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og to offentlige dokumenter, som begge er relevant i forhold til oppgavens problemstilling. I oppgavens diskusjonsdel drøftes problemstillingen ut fra oppgavens teoretiske referanseramme, angitt i oppgavens teori- og empiri-kapittel. I oppgavens siste kapittel, konklusjon, presenteres en oppsummering av sentrale punkter og oppgavens problemstilling besvares.



## 2. Metode

### 2.1. Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Gjennom en litteraturstudie henter man inn litteratur fra skriftlige kilder, vurderer litteraturen kritisk og sammenfatter den (Thidemann, 2019, s. 77). Oppgaven er basert på vitenskapelige artikler, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og to offentlige dokumenter som belyser sentrale fakta i forhold til oppgavens problemstilling. I tillegg blir det referert til to paragrafer, fra Pasient- og Brukerrettighetsloven og Helsepersonelloven.

Oppgavens vitenskapelige artikler er funnet ved strukturerte søk i anerkjente databaser. Alle artiklene er primærstudier, som tar for seg ulike problemstillinger knyttet til kreft, kreftrelaterte smerter og ulike metoder for smertelindring. Artiklene har ulike perspektiv, og tar for seg både sykepleier, pasient og pårørende sitt syn på problemstillingen.

Denne litteraturstudien bygger på seks kvalitative studier og en kvantitativ studie, som alle belyser sentrale funn i forhold til oppgavens problemstilling. Jeg har hovedsakelig valgt å bruke kvalitative studier, da jeg ønsker å ha fokus på erfaringer til både pasienter og sykepleiere i denne oppgaven. Oppgavens problemstilling tar for seg god smertelindring hos pasienter. Hva som oppleves som god smertelindring av den enkelte pasient er subjektivt, og det vil derfor være sentralt å bruke forskningsartikler som formidler subjektive opplevelser og synspunkt, fremfor forskning som presenterer målbare enheter. Likevel har jeg også brukt en kvantitativ studie som tar for seg pasienters barrierer mot smertebehandling, da jeg anså funnene i denne studien som sentrale i forhold til å kunne oppnå god smertelindring.

### 2.2. Vitenskapelig tilnærming

Oppgavens problemstilling og fokusområde er smertelindring. Ettersom smerte er en subjektiv opplevelse, vil definisjon av god smertelindring variere fra pasient til pasient. For å belyse problemstillingens fokusområde, nemlig subjektivitet, har jeg vært opptatt av å finne vitenskapelige artikler som belyser pasientenes egne opplevelser og synspunkt. Denne oppgaven er derfor hovedsakelig basert på kvalitative studier, med unntak av studien til Valeberg et al. (2010). Formålet med kvalitative studier er å fange deltakernes meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). I denne oppgaven blir også Virginia Hendersons sykepleieteori dratt inn. Hennes teori slår fast sykepleierens ansvar til å ivareta pasienters grunnleggende behov, når pasienten selv, som følge av sykdom eller helsesvikt, ikke klarer å ivareta sine egne behov. Henderson fokuserer på pasientmedvirkning og pasienters subjektive opplevelse. Samtidig understreker hun at selv om menneskers grunnleggende behov er de samme, må behovene likevel tolkes og vektlegges ulikt ut fra den enkelte pasients situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 38–39).

Ut fra de vitenskapelige artiklene som oppgaven er basert på og Virginia Hendersons sykepleieteori, kan vi se at oppgaven har en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi handler om læren om det som viser seg og kommer til syne, og en fenomenologisk tilnærming tar utgangspunkt i subjektets opplevelse og forståelse av

verden (Thornquist, 2018, s. 101). Hermeneutikk handler om fortolkningslære, og denne tilnærmingen er basert på forståelse og fortolkning (Thornquist, 2018, s. 23).

Litteraturstudiens vitenskapelige artikler, som belyser deltakernes subjektive opplevelser, er i tråd med en fenomenologisk tilnærming. Subjektet i denne oppgaven er den palliative kreftpasienten, og den fenomenologiske tilnærmingen bidrar til å fokusere på pasientens subjektive opplevelse av smerte og smertelindring. Samtidig er Virginia Hendersons sykepleieteori inspirert av både en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming, da den fokuserer på pasienters subjektive opplevelser, samtidig som den også understreker viktigheten av tolkning og individuell tilpassing ut fra hver enkelt pasients situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 38–39).

### 2.3. Søkehistorikk med søketabell

For å finne forskningsartikler til denne litteraturstudien, har jeg foretatt strukturerte artikkelsøk i flere anerkjente databaser. Jeg har søkt i databaser som CINAHL, MEDLINE, PubMed og SweMed+, med treff på aktuelle og relevante artikler i databasene CINAHL og SweMed+. Jeg har valgt å bruke disse databasene, da disse er referansedatabaser innen medisin og helsefag. Det er også disse databasene skolens universitetsbibliotek har tatt for seg på søkeverksted, og som skolens bibliotek anbefaler å bruke.

Jeg har hovedsakelig søkt med engelske søkeord, da det gir flere søketreff enn bruk av norske søkeord. Likevel har jeg også valgt å søke med norske ord i den skandinaviske databasen SweMed+. Dette med bakgrunn i at søk med både norske og engelske søkeord, fremfor kun engelske søkeord, er med på å gi treff på et bredere utvalg av artikler. Ved søk med norske søkeord i SweMed+ fikk jeg treff på to relevante artikler i forhold til oppgavens problemstilling, hvorav den ene artikkelen allerede var funnet fra et tidligere søk.

I tabellen under kommer det frem hvordan søkeord jeg har kombinert og avgrensninger ved hvert søk. Jeg har også valgt å gi en oversikt over totalt antall treff, og inkluderte artikler er nummerert med bokstaver.

**Tabell 2.3. Søketabell**

Database/ Dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Inkluderte artikler
<b>CINAHL</b> <b>16.03.2020</b>	S1	Home nursing	7919	Full Text, 2010- 2020, Peer Reviewed	
	S2	Palliation	5976		
	S3	Pain relief	4198		
	S4	S1 AND S2 AND S3	4		1 (A)
<b>SweMed+</b> <b>17.03.2020</b>	S1	Palliative treatment	283	Peer Reviewed tidsskrifter, läs online	
	S2	Cancer pain	43		
	S3	S1 AND S2	11		2 (B, C)
<b>CINAHL</b> <b>24.03.2020</b>	S1	Pain management	8 207	Full Text, 2010- 2020, Peer Reviewed	
	S2	Palliative care OR end of life care	13 221		
	S3	Cancer	128 074		
	S4	S1 AND S2 AND S3	230		
	S5	Home care	11 390		
	S6	S4 AND S5	19		1 (A)
<b>CINAHL</b>	S1	Home care	11 373		

<b>25.03.2020</b>	S2	cancer	127 671	Full Text, 2010-2020, Peer Reviewed	
	S3	Pain management	8189		
	S4	S1 AND S2 AND S3	27		1 (A)
<b>CINAHL 26.03.2020</b>	S1	Advanced incurable cancer	87	2010-2020, Peer Reviewed	
	S2	Pain	191 912		
	S3	S1 AND S2	21		1 (D)
<b>CINAHL 06.04.2020</b>	S1	Palliative cancer	3888	Full Text, Peer Reviewed	
	S2	Pain relief	18808		
	S3	Communication	167344		
	S4	S1 AND S2 AND S3	9		2 (E, F)
<b>SweMed+ 01.05.2020</b>	S1	Palliativ kreft	113	Peer Reviewed tidsskrifter, les online	
	S2	Kommunikasjon	1032		
	S3	S1 AND S2	9		1 (B)
<b>SweMed+ 15.05.2020</b>	S1	Smerte	559	Peer Reviewed tidsskrifter, les online	
	S2	Barriere	129		
	S3	Kreft	2827		
	S4	S1 AND S2 AND S3	3		1 (G)

#### Inkluderte artikler:

- A.** Mehta, A., Cohen, S.R., Ezer, H., Carnevale, F.A. & Ducharme, F. (2011). Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), 37-45
- B.** Molnes, S.I. (2014). Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygepleieforskning*, 4(2), 142-155
- C.** Ihler, E.M & Saeteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 14(e-70585), 1-16
- D.** Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C.M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78
- E.** Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Mardani, H. & Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 69-74
- F.** Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 410-419
- G.** Valeberg, B.T, Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barriere mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 266-277

## 2.4. Andre kilder

I denne oppgaven er det brukt pensumlitteratur fra alle tre studieårene ved sykepleierutdanningen, selvvalgt litteratur lånt hos skolens universitetsbibliotek og to offentlige dokumenter fra Helsedirektoratet og Den Norske Legeforeningen. Det blir også referert til to paragrafer, fra Pasient- og Brukerrettighetsloven og Helsepersonelloven. Både pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og offentlige dokumenter er aktuell i forhold til oppgavens problemstilling, da det tar for seg kreftomsorg, palliasjon og smertelindring. Jeg har også brukt litteratur som omhandler kommunikasjon og relasjoner, da viktigheten av dette blir drøftet i oppgavens diskusjonsdel. Jeg har også valgt å trekke inn egne erfaringer fra sykehuspraksis på en palliativ kreftavdeling. Selv om dette er erfaringer fra spesialist-

helsetjenesten, velger jeg likevel å ta med disse erfaringene i oppgaven. Jeg anser at mine erfaringer fra sykehuspraksis har en overføringsverdi også til hjemmebasert omsorg, med bakgrunn i samhandlingsreformen fra 2012, som viser til at avansert behandling flyttes fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, og da spesielt til hjemmebasert omsorg (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18–19).

## 2.5. Kildekritikk

Alle artiklene som er brukt i denne oppgaven er hentet fra anerkjente databaser innen medisin og helsefag. Artiklene har IMRaD-struktur, noe som innebærer at artiklene består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne strukturen er mye brukt i oppbygging av vitenskapelige artikler, og tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler pålegger ofte at denne strukturen brukes (Thidemann, 2019, s. 67). Artikkelsøkene er avgrenset med «Peer Reviewed», noe som innebærer at artiklene er fagfellevurdert. I tillegg er alle artiklene primærstudier, noe som vil si at artikkelen er den opprinnelige utgaven (Dalland, 2017, s. 162). Oppgaven er hovedsakelig basert på kvalitative studier, med unntak av studien til Valeberg et al. (2010), som er en kvantitativ studie.

Jeg har primært valgt å bruke artikler som er publisert i løpet av de siste ti årene, med unntak av studien til Boström et al. (2004). Dette for å sikre oppdatert og ny forskning. Jeg har likevel valgt å bruke artikkelen til Boström et al. (2004), da artikkelen tar for seg viktigheten av kommunikasjon og tillitt til helsepersonell, og hvordan det påvirker pasientenes opplevelse av smertelindring. Jeg anser funnene i artikkelen som sentrale også den dag i dag, og at funnene innen kommunikasjon og dens påvirkning på opplevelse av smerte er mye likt som i dag.

På den ene siden har kvalitative studier noen begrensninger, og det er viktig å være bevisst disse begrensningene når en anvender vitenskapelige artikler. Det er viktig å vurdere studiens validitet, og være klar over at ingen kunnskap er gjeldende for ethvert formål. Dette gjør at studiene ikke kan generaliseres, og at en må vurdere studiens overførbarhet ut over de rammene som er brukt i selve studiene. Likevel må vi kunne anta at studiene har en viss overførbarhet til andre liknende situasjoner, og at funnene derfor har en ekstern validitet (Malterud, 2011, s. 21). Det er også viktig å være klar over at all utveksling av kunnskap mellom studiens deltakere og forskere, representerer en mulighet for misforståelse og feiltolkning. Det er forskerne selv som tolker funnene i en studie, og det er derfor mulighet for feiltolkning og at konklusjonene ikke nødvendigvis samsvarer med det deltakerne har gitt uttrykk for (Malterud, 2011, s. 182–183). På den andre siden ser vi at kvalitative studier har sin styrke i at den tar utgangspunkt i deltakernes meninger og opplevelse. Kvalitative studier fokuserer på subjektivitet, fremfor målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52), noe som er sentralt for å belyse oppgavens problemstilling. Likevel er studien til Valeberg et al. (2010) også sentral i forhold til oppgavens problemstilling, tross at dette er en kvantitativ studie. Studien viser til hvor stor prosentandel av de inkluderte kreftpasientene som vegrer seg mot å benytte smertelindrende medikamenter, da de frykter for avhengighet, toleranseutvikling og bivirkninger.

## 3. Empiri

### 3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1. Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/funn	Kommentar/relevans
<b>A)</b> Mehta, A., Cohen, S.R., Ezer, H., Carnevale, F.A. & Ducharme, F. (2011). Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 38(1), 37-45	Beskrive ulike typer smerte palliative pasienter i hjemmet opplever, og hvordan pårørende vurderer og iverksetter smertelindrende tiltak.	24 pårørende deltok i studien. Det ble brukt semistrukturerte intervju, gjort lydopptak av intervjuene og skrevet notater. Pårørende ble intervjuet to ganger, med omtrent en ukes mellomrom.	Noen pårørende klarte å vurdere og behandle ulike typer smerter. Andre behandlet alle smerter likt, noe som medførte dårligere smertebehandling. Sykepleier bør veilede i smertelindrende behandling.	Denne artikkelen belyser sentrale funn innen smertelindring i hjemmet, da det er pårørende som er sammen med pasienten det meste av tiden. Helsepersonell bør veilede pårørende i riktig smertebehandling.
<b>B)</b> Molnes, S.I. (2014). Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk sygepleieforskning</i> , 4(2), 142-155	Hvordan opplever sykepleiere kompetansen innen smertelindring som gis til hjemmeboende kreftpasienter.	Halvstruktureerte intervju med 10 sykepleiere fra tre ulike omsorgsdistrikt, som alle arbeider i hjemmetjenesten. Det ble gjort lydopptak av intervjuene og intervjuene ble transkribert.	Dårlig kompetanse og ressursmangel bidrar til mangelfull smertelindring hos kreftpasienter. Sykepleierne uttrykker et ønske om tilrettelegging for faglig oppdatering. Problematikk rundt sykehusutskrivelse og viktigheten av gode utskrivningsrapporter fra sykehus trekkes også frem. Kartleggingsverktøyet ESAS nevnes også.	Sentral i forhold til oppgavens problemstilling, da den tar for seg sykepleierne sitt syn på hvorfor mangelfull smertelindring hos kreftpasienter i hjemmet oppstår.
<b>C)</b> Ihler, E.M & Saeteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. <i>Sykepleien</i>	Utforske sykepleiernes erfaring med bruk av kartleggingsverktøyet ESAS for å kartlegge symptomer hos sykehuspasienter	Kvalitative semistrukturerte dybdeintervju av 6 sykepleiere fra to onkologiske sengeposter. Det ble gjort lydopptak av intervjuene og	Bruk av ESAS bidrar til å identifisere flere symptomer, i tillegg til at det er en fin inngangsport for samtale rundt pasientenes symptomer. Likevel	Bruk av ESAS hos kreftpasienter er med på å identifisere pasienters symptomer og behov, slik at sykepleier kan iverksette tiltak,

<i>Forskning, 14(e-70585), 1-16</i>	med palliativ kreft.	intervjuene ble transkribert.	blir ESAS brukt i varierende grad.	deriblant smertelindring.
<b>D)</b> Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C.M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. <i>Palliative Medicine, 28(1), 71-78</i>	Utforske hvordan pasienter med inkurabel kreft opplever «kontrollert» smerte, og hva de ønsker for å lindre smertene.	Kvalitative, semistrukturerte intervju av 12 pasienter med inkurabel kreft om hvordan de opplever «kontrollert» og «ukontrollert» smerte. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, notert ordrett og anonymisert.	Deltakerne var mer opptatt av smerten sine begrensninger og innvirkning på sosiale forhold, enn hvordan smertene plasserer seg på en numerisk skala. «Kontrollert» smerte handler om å være i stand til å utføre hverdagslige aktiviteter og vedlikeholde sosiale forhold.	Studien sier noe om pasienter med inkurabel kreft sin opplevelse av smerte og dens begrensninger i hverdagen. Flere av pasientene rangerer smertens intensitet ut fra om de klarer å utføre hverdagslige gjøremål eller ikke.
<b>E)</b> Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Mardani, H. & Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. <i>International Journal of Palliative Nursing, 20(2), 69-74</i>	Kartlegger iranske sykepleieres oppfatning av lindrende behandling til pasienter med kreftrelaterte smerter.	En kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av 15 sykepleiere fra tre ulike undervisnings-sykehus i Iran. Det ble gjort lydopptak av intervjuene.	Samtale er med på å redusere fysisk smerte, samtidig som informasjon om potensielle bivirkninger, avhengighet og legemiddelmangel, bidro til at pasienter ikke ønsker opioider. Støttende adferd fra sykepleiere er også med på å redusere opplevelse av smerte og reduserer stress.	Studien er fra Iran, og deler av funnene, som blant annet legemiddelmangel, er ikke en dagsaktuell problemstilling i Norge. Likevel anser jeg funnene som omhandler viktigheten av kommunikasjon og støttende adferd som aktuelle smertelindrende tiltak også i Norge.
<b>F)</b> Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. <i>Journal of Advanced Nursing, 45(4), 410-419</i>	Beskrive hvordan pasienter med kreftrelaterte smerter i palliativ behandling opplever behandlingen av sine smerter.	Semistrukturerte intervju av 30 pasienter som mottar palliativ behandling, hvor det ble stilt spørsmål angående opplevelse av smerte og smertebehandling. Det ble gjort	Pasientene uttrykker behov for åpen og ærlig dialog med helsepersonell om bekymringer og smertebehandlingen, og understreker at tillit til helsepersonell gir økt vilje til å delta i behandlingen.	Studien er fra 2004, men jeg anser funnene som sentrale også i dag. Studien er foretatt i Sverige, noe som gjør at en kan anta at funnene har stor overførbarhet også til Norge. Tar for seg kommunikasjon

		lydopptak av intervjuene.		og tillitt, og hvordan det kan påvirke opplevelsen av smerte.
<b>G)</b> Valeberg, B.T, Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barriere mot smertebehandling. <i>Sykepleien Forskning</i> , 5(4), 266-277	Beskrive polikliniske kreftpasienters barriere i forhold til smertebehandling i Norge.	En kvantitativ studie av 217 polikliniske kreftpasienter i Norge. Barrierer mot smertebehandling ble kartlagt ved hjelp av barriere-skjemaet BQ-11, som inneholder 27 spørsmål om barrierer mot kreftrelaterte smerter og smertebehandling.	En relativt stor prosentandel av deltakerne anga å ha barriere mot smertebehandling som følge av frykt for avhengighet, toleranseutvikling, frykt for bivirkninger og frykt for at smertestillende medikamenter skal overskygge for nye smerter og skjule endringer i helsetilstanden.	Denne studien er relevant i forhold til oppgavens problemstilling, da barrierer mot smertebehandling, kan medføre at pasienter ikke ønsker å benytte seg av smertestillende medikamenter, noe som vil påvirke grunnlaget for optimal smertelindring.

### 3.2. Sammenfattet empiri

Tre av oppgavens artikler tar utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer når det kommer til bruk av selvrapporterende kartleggingsverktøy for å få et bedre bilde av pasientenes subjektive symptomopplevelse, sykepleiernes opplevelse av kompetanse i sykepleie som utøves til hjemmeboende kreftpasienter og viktigheten av kommunikasjon og dens påvirkning på opplevelsen av smerte hos pasientene (Ihler & Sæteren, 2019; Molnes, 2014; Seyedfatemi et al., 2014). To av artiklene tar utgangspunkt i hvordan palliative kreftpasienter opplever at deres smerter blir håndtert og hva som skal til for at pasientene føler at de har «kontroll» over sine smerter (Boström et al., 2004; Gibbins et al., 2014). Studien til Mehta et al. (2011) tar utgangspunkt i pårørende og hvordan de vurderer og iverksetter tiltak ut fra pasientens smerter, mens studien til Valeberg et al. (2010) sier noe om pasienters barriere mot bruk av smertelindrende medikamenter.

Studien til Ihler & Sæteren (2019) tar for seg kartleggingsverktøyet Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) og viktigheten av rutinemessig bruk av dette verktøyet. Sykepleierne i studien beskriver ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy. Det gir et øyeblikksbilde av pasientenes subjektive symptomer, samtidig som det er en fin inngangsport for videre samtale rundt pasientens symptomer. Sykepleierne opplever at ESAS fanger opp flere symptomer, enn hvis de bare spør pasienten om hvordan de har det. Studien viser også til varierende og manglende bruk av ESAS, relatert til mangel på tid og manglende rutiner. Studien til Molnes (2014) viser også til manglende bruk av kartleggingsverktøy, og kun tre av ti sykepleiere i studien til Molnes (2014) angir å bruke ESAS. Manglende opplæring, for tidkrevende og unødig belastning for pasientene, er årsaker til hvorfor bruk av ESAS ikke blir prioritert. Sykepleierne i studien til Molnes (2014) understreker også at for dårlig kompetanse innen smertelindring og for lav bemanning bidrar til mangelfull smertelindring hos kreftpasienter som følge av for lite tid til observasjon og kartlegging av smerter over tid. Sykepleierne føler seg usikre på når det

skal gis opioider, er redde for å gi for mye smertestillende medikamenter og vegrer seg mot bruk av morfin. De uttrykker derfor et ønske om faglig oppdatering i form av undervisning, hospitering på en kreftavdeling og interne kurs på arbeidsplassen (Molnes, 2014).

To av studiene sier noe om kommunikasjon og viktigheten av en åpen og ærlig dialog mellom pasient og helsepersonell. Manglende kommunikasjon med pasienter, bidrar til at pasientene ikke får uttrykt tidligere erfaringer, kunnskap og frykt rundt smerter. Det å snakke med pasienter legger til rette for samtale rundt pasientens følelser, noe som kan bidra til å redusere opplevelse av smerte (Boström et al., 2004; Seyedfatemi et al., 2014). Studien til Seyedfatemi et al. (2014) sier også noe om viktigheten av at helsepersonell har en støttende væremåte ovenfor pasientene. Studien hevder at pasienter noen ganger opplever en dypere smerte, som kan reduseres ved å støtte pasientene. Hvis pasientene føler støtte fra sykepleier, godtar de i større grad den palliative behandlingsplanen, de viser mer interesse i behandlingen og de opplever mindre smerte (Seyedfatemi et al., 2014). I studien til Boström et al. (2004) uttrykker pasientene et ønske om dialog rundt smertene og smertebehandlingen tidlig i forløpet. Tillitt bidro til økt evne og vilje til å delta i smertebehandlingen (Boström et al., 2004).

To av studiene sier noe om pasienters barriere mot bruk av smertestillende medikamenter (Boström et al., 2004; Valeberg et al., 2010). Hele 62% av pasientene uttrykker frykt for avhengighet, 47% er redd for at smertestillende medikamenter skal overskygge for nye smerter og skjule forandringer i helsetilstanden deres og 46% er redd for toleranseutvikling (Valeberg et al., 2010). Studien til Valeberg et al. (2010) viser også til at en relativt stor prosentandel av deltakerne uttrykker frykt for bivirkninger i form av døsighet, kvalme, forstoppelse og forvirring. Pasientene i studien til Boström et al. (2004) uttrykker også frykt for bivirkninger i form av obstipasjon, kvalme, oppkast, utmattelse og tørr munn ved inntak av smertelindrende medikamenter, og da spesielt ved bruk av morfinpreparater. Samtidig uttrykker en av deltakerne også frykt for avhengighet ved bruk av morfin (Boström et al., 2004).

Studien til Mehta et al. (2011) tar for seg pårørende sin evne til å bestemme smertens egenskap (type smerte, frekvens, kvalitet, lokalisasjon og varighet) og iverksette smertelindrende intervensjoner. Noen av pårørende i studien klarte å identifisere smertenes egenskap, og iverksette smertelindrende tiltak deretter. Andre, som ikke klarte å skille mellom ulike typer smerte, behandlet ofte alle smerter likt, noe som medførte at smertelindringen ikke ble optimal. Farmakologisk behandling var den hyppigste umiddelbare responsen ved vurdering av smerter. Selv om farmakologisk behandling ofte var den umiddelbare intervensjonen, ble også alternative intervensjoner som distraksjon, massasje, tilstedeværelse og varme- og kuldebehandling brukt ofte. Noen pårørende foretrakk også å begynne med alternative intervensjoner, for å unngå eventuelle bivirkninger av medikamenter (Mehta et al., 2011). Studien til Gibbins et al. (2014) tar for seg pasientenes opplevelse av kontrollert og ukontrollert smerte. Deltakerne uttrykte et ønske om å leve normalt og være i stand til å utføre hverdagslige oppgaver som husarbeid, hobbyer og ivareta sitt sosiale nettverk. Evnen til å utføre disse oppgavene ligger til grunn for om pasientene vurderer smertene sine som «kontrollert» eller ikke. Pasientene var mer opptatt av hvordan smertene virket inn på hverdagslige gjøremål, fremfor hvordan de plasserte seg på en numerisk skala (Gibbins et al., 2014).



## 4. Teori

### 4.1. Kreftsmarter

Kroppen vår består av mange celler, og de fleste cellene formerer seg ved celledeling. Noen ganger oppstår det en feil i cellene, slik at cellene ikke lenger utfører sine normale oppgaver og deler seg ukontrollert. Etter hvert som det skjer en opphopning av disse syke cellene i et organ, vil det dannes en kreftsvulst. Den medisinske behandlingen ved kreftsykdom varierer, avhengig av type kreft og lokalisasjon. Når pasienten ikke lengre har nytte av medisinsk behandling, endres målet for behandlingen til livsforlengende behandling, med hovedfokus på livskvalitet og symptomlindring (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399–423).

Smerte er en subjektiv opplevelse, og kan defineres som en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse som et resultat av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Det er et sammensatt fenomen, som påvirkes av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige forhold (Helsedirektoratet, 2015, s. 62). Smarter hos kreftpasienter opptrer i ulike deler av sykdomsforløpet. De kan oppstå både tidlig og senere i behandlingsforløpet, i tillegg til at de også kan oppstå mange år etter behandlingen ble avsluttet. Kreftsmarter opptrer også ved uhelbredelig kreftsykdom. Smarter kan ha ulike årsaker, avhengig av type tumor, lokalisering og utbredelse. Det er viktig å være oppmerksom på at endrede eller nye smerter kan skyldes tumorvekst eller metastaser, og at tumorrelaterte smerter utgjør hele 75% av de totale kreftrelaterte smertene (Kongsgaard, 2017, s. 181).

#### 4.1.1. Smertetrapp

Ved smertelindring til kreftpasienter brukes det en smertetrapp som er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO) i samarbeid med IASP (International Association for the Study of Pain). Hvert trinn i smertetrappen representerer forslag til smertestillende medikamenter ved en spesifikk smerteintensitet. En starter vanligvis på trinn 1 i smertetrappen, og beveger seg oppover trappen etter hvert som pasienten har behov for økte smertestillende medikamenter. Ved høyere trinn i smertetrappen, gis i tillegg legemidlene fra de foregående trinnene (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412). Ved administrasjon av A-preparater, som blant annet morfin, skal retningslinjer om dobbeltkontroll utføres. Dobbelkontroll innebærer at to personer med legemiddelfaglig bakgrunn kontrollerer at legemiddel og dose stemmer overens med det som er ordinert, i tillegg til at det skal kontrolleres at utregning av legemiddeldose er riktig utført (Bielecki & Børdahl, 2008, s. 71–84).

De fem trinnene i smertetrappen kan beskrives slik:

- **Trinn 1:** Ikke-opioide analgetika som paracetamol eller NSAIDS-preparater. Benyttes ved smerter med svak til middels styrke (Lorentsen & Grov, 2016, s. 413).
- **Trinn 2:** Består av svake opioider som f.eks. tramadol og kodein. Denne smertelindringen har liten effekt på smerter relatert til kreft, og blir derfor ofte hoppet over i praksis (Lorentsen & Grov, 2016, s. 413).
- **Trinn 3:** Sterke opioider, og morfin er ofte førstevalg ved behandling av kreftrelaterte smerter. En kombinasjon av ikke-opioide analgetika og opioider har

god effekt hos pasienter med kreft smerter, og kan oppnå tilfredsstillende smertelindring hos 85-90% av kreftpasientene (Lorentsen & Grov, 2016, s. 413).

- **Trinn 4:** Sterke opioider subkutant eller intravenøst. Dette trinnet gjelder i hovedsak pasienter som ikke klarer å ta legemidler peroralt, ikke oppnår tilfredsstillende effekt av høye doser smertestillende medikamenter peroralt eller som opplever uønskede bivirkninger (Lorentsen & Grov, 2016, s. 414).
- **Trinn 5:** Sterke opioider epiduralt eller spinalt. Noen kreftpasienter opplever så sterke smerter at de har behov for smertestillende medikamenter gjennom epidural- eller spinalkateter. Epidural- og spinalkateter brukes både til kontinuerlig infusjon og til å gi bolusdoser med smertestillende medikamenter ved behov (Lorentsen & Grov, 2016, s. 414).

#### 4.1.2. ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) og kroppskart

Kartlegging av smerter og andre plagsomme symptomer hos pasienter, er en viktig sykepleieroppgave. De fleste kreftpasienter opplever mange og sammensatte plager. ESAS er et skjema som blir brukt til å registrere ulike symptomer, og er et godt verktøy for å kartlegge pasientens problemområder og få en bedre oversikt over pasientens plager. Hvis standardiserte kartleggingsverktøy brukes kontinuerlig, er det med på å sikre et bedre bilde av pasientens smerter og smerteutvikling. Nøyaktig kartlegging av smerter er med på å danne grunnlaget for smertebehandlingen, og er en forutsetning for korrekt smertebehandling. ESAS er et kartleggingsverktøy som er utviklet for kreftpasienter, og som bidrar til å kartlegge pasientens subjektive opplevelse av smerte og andre plagsomme symptomer (se vedlegg nr. 1). For å beskrive smerteintensiteten, og intensiteten på de andre symptomene, brukes en 11-punkts numerisk smerteskala (NRS-skala). Pasienten angir intensiteten på symptomene på en skala fra 0 til 10, der 0 er ingen plage og 10 er verst tenkelige plage. Utfylling av ESAS kan også bidra til at pasienten ønsker å utdype sine symptomer ved samtale (Kongsgaard, 2017; Ribu, 2017; Sæteren, 2017). Mer detaljerte opplysninger om smertens kvalitet, vil komme bedre frem dersom ESAS skjemaet brukes i kombinasjon med et kroppskart. Et kroppskart er hensiktsmessig å bruke ved blant annet kreft smerter, hvor pasienter ofte opplever flere smerter samtidig. Et kroppskart er en skisse av kroppen sett forfra og bakfra, der pasienten markerer det eller de områder på kroppen hvor vedkommende opplever smerter (se vedlegg nr. 2) (Danielsen et al., 2016, s. 391).

#### 4.2. Palliasjon i hjemmet

Mange pasienter med alvorlig sykdom har et ønske om å kunne dø hjemme. Likevel er det ikke alltid mulig å imøtekomme dette, selv i de tilfeller hvor dødsfallet er forventet. I dag legges det stor vekt på pasienters rett til å medvirke ved beslutninger som angår eget liv og helse, og det er derfor økt fokus på tilrettelegging slik at pasienter som ønsker å dø hjemme skal få lov til det (Brenne & Estenstad, 2016, s. 161).

For å kunne legge til rette for palliasjon i hjemmet, er de fleste pasienter avhengig av en omsorgsperson i hjemmet, som f.eks. ektefelle, barn eller foreldre. De færreste pårørende har erfaring som omsorgsperson fra tidligere, og vil ha behov for veiledning og opplæring fra hjemmesykepleien for å føle seg trygg og kompetent i sin rolle som omsorgsgiver. Involvering og en god dialog mellom hjemmesykepleien og pårørende er derfor viktig. Det er også viktig at pasient og pårørende har tilgang til nødvendig utstyr, hjelpemidler og helse- og omsorgstjenester (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186).

Det kreves planlegging og tilrettelegging for at palliative pasienter skal kunne være hjemme, og behovet for hjelp må koordineres og organiseres. Den overordnede funksjonen ved palliasjon er å lindre smerter og andre plagsomme symptomer, i tillegg til lindring av psykisk smerte. Ved lindring av psykisk smerte, er relasjon mellom pasient og helsepersonell sentralt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188–199).

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Norsk forening for palliativ medisin, 2004, s. 8).

Smertebehandling bør ha en høy prioritering i den palliative fasen. Det må tidlig i forløpet legges en plan for smertebehandlingen og hva hjemmesykepleien skal gjøre ved økte smerter. Ved god tilrettelegging for smertelindring i hjemmet, vil en kunne oppnå like god kvalitet på den medisinske behandlingen som blir gitt i hjemmet, som behandlingen gitt på sykehus/institusjon. Så fremt tilstrekkelig smertelindring blir ivaretatt i hjemmet, vil det ikke nødvendigvis være så mye mer som kan gjøres ved innleggelse i institusjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 194).

Flere sykehus har palliative team, bestående av erfarne leger og sykepleiere, som er tilgjengelig for råd og veiledning utenfor sykehus til pasienter med kreftsykdom med kort forventet levetid. Slike team arbeider målrettet mot god symptomlindring og bidrar med tilrettelegging for at pasienter som ønsker det skal kunne bo hjemme. I tillegg er slike palliative team tilgjengelig for undervisning og veiledning for helsepersonell, slik at helsepersonell i kommunehelsetjenesten skal kunne øke fagkompetansen sin innenfor palliativ omsorg og kreftomsorg (Norås, 2017, s. 307).

Ved innføringen av samhandlingsreformen av 2012, ble det en del strukturerte endringer for kommunehelsetjenesten, og da spesielt for hjemmesykepleien. Det vil i årene som kommer bli flere eldre i samfunnet og store endringer i sykdomsbildet til befolkningen. Samhandlingsreformen viser til at store deler av denne økningen innen helse- og omsorgstjenesten skal løses i kommunene. Reformen innebærer blant annet at helsetjenestene skal flyttes nærmere der folk bor, og at kommunehelsetjenesten derfor ilegges flere oppgaver. Det medfører økt avansert behandling i hjemmet, som blant annet pasienter med behov for medisinteknisk utstyr i hjemmet og pasienter i palliativ fase. Kompetansen og bemanningen i hjemmesykepleien er sentral når det kommer til om kommunene er i stand til å tilby helsehjelp og oppfylle bestemmelsene i samhandlingsreformen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18–19).

### 4.3. Kommunikasjon og relasjoner

Begrepet kommunikasjon betyr å delaktiggjøre noen, og kan defineres som utveksling av verbale og nonverbale uttrykk mellom flere enn en person. Begrepet relasjon blir også brukt i forbindelse med kommunikasjon, og i helsefaglig sammenheng brukes begrepet om helsepersonellens forhold til andre personer som blant annet pasienter og pårørende (Eide & Eide, 2017, s. 17). Pasienter med kreft er ofte i en sårbar og stressende situasjon, og

gode og omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og helsepersonell er viktig. Det er viktig at sykepleier er bevisst egne holdninger og adferd i samtale med pasient og pårørende, og at sykepleier har evnen til å vise respekt, empati, mot og tilstedeværelse. Sykepleierens evne til tilstedeværelse står sentralt, i tillegg til gode kommunikative ferdigheter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398).

Psykisk smerte er en normal reaksjon på livskrise og emosjonelt stress. Samtidig handler den eksistensielle- og åndelige smerten om hvorvidt pasienten klarer å finne meningen med livet etter å ha blitt diagnostisert med kreft. Behandlingen av den psykiske smerten er like viktig som den fysiske smertebehandlingen (Lorentsen & Grov, 2016, s. 403). Ulike prinsipper for god kommunikasjon kan virke inn på pasientens opplevelse av psykisk smerte, og kan bidra til å fremme smertelindring. Ved kommunikasjon og informasjons-giving er det viktig å være bevisst pasientens mottakerevne, og at informasjonen som gis er tilpasset pasientens situasjon og forståelse. En støttende og tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og pasienten, anerkjennelse av pasientens følelser og informasjon om smerte, kan ha betydning for pasientens opplevelse av smerte. Det å gi generell informasjon om smerter og hva pasienten selv kan gjøre når vedkommende opplever økte smerter, kan ofte virke smertelindrende i seg selv (Finset, 2016, s. 384).

#### 4.4. Lovverk

##### **§3-2 Pasient- og Brukerrettighetsloven**

Pasienter og brukere har rett til nødvendig informasjon får å få kjennskap til egen helsetilstand og den helsehjelpen som gis. Pasienter skal også få informasjon om mulige bivirkninger og risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, avsn. 3-2).

##### **§4 Helsepersonelloven**

Helsepersonell er pliktig til å ivareta kravet om faglig forsvarlig yrkesutøvelse og omsorgsfull hjelp. Det innebærer at helsepersonell ikke skal utøve sykepleie utover sine faglige kvalifikasjoner, og skal hente bistand fra annet helsepersonell eller henvise pasienter videre dersom dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 2001, avsn. 4).

#### 4.5. Virginia Hendersons sykepleieteori

Det er pasienten som står i sentrum i Hendersons sykepleieteori, relativt uavhengig av påvirkning fra omgivelsene rundt. Henderson mener at pårørende bør inkluderes i sykepleie som gis til pasienter, dersom pårørende kan bidra til å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 37). Virginia Hendersons definisjon på hva sykepleie er:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Kirkevold, 1998, s. 101).

Denne definisjonen på hva sykepleie er, viser til at sykepleie skal hjelpe pasienter med å gjenvinne selvstendighet over egen helse, eventuelt legge til rette for en fredfull død dersom døden er uunngåelig. Henderson fremhever sykepleie i forhold til døden som en

egen og sentral sykepleieoppgave, selv om hun ikke utdyper ytterligere hva dette innebærer. Hendersons teori viser også til menneskers universelle behov, og at ivaretagelse av disse behovene står sentralt for å fremme pasientens helse eller en fredfull død. Menneskers universelle og grunnleggende behov defineres ut i fra Hendersons 14 punkter som er knyttet til menneskers grunnleggende behov (Kirkevold, 1998, s. 101–103). Under er et utdrag fra 3 av punktene:

4 – Å hjelpe pasienten med å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger

5 – Å hjelpe pasienten til hvile og søvn

10 – Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser

(Kirkevold, 1998, s. 103)

## 5. Diskusjon

### 5.1. Innledning

For å belyse oppgavens problemstilling, «Hvordan kan sykepleier sikre god smertelindring hos pasienter med kreft i palliativ fase som bor hjemme?», har jeg delt drøftingskapitlet inn i underkapitler for å bedre kunne belyse ulike sider ved problemstillingen. Først vil jeg drøfte hvordan sykepleier og pårørende sin kunnskap om smerte virker inn på kvaliteten på den smertelindringen som gis til hjemmeboende kreftpasienter. Deretter vil jeg ta for meg kartleggingsverktøyet ESAS og hvordan det kan bidra til bedre smertelindring, pasienters barrierer mot smertebehandling og hvordan ikke-medikamentelle tiltak som kommunikasjon og relasjon virker inn på opplevelse av smerte hos pasienter. Drøftingen er basert på oppgavens teoretiske referanseramme, forskningsartikler fra empiri og egne erfaringer.

### 5.2. Hvordan påvirker sykepleier og pårørende sin kunnskap om smerter smertelindringen?

Virginia Henderson viser til sykepleie i forhold til døden som en sentral sykepleieoppgave, og at et av målene ved sykepleie er å fremme en fredfull død (Kirkevold, 1998, s. 102). Selv om jeg innledningsvis presiserte at jeg ikke skal omtale smertelindring i den terminale fasen, velger jeg likevel å nevne Virginia Hendersons tanke om å fremme en fredfull død. Dette med bakgrunn i at palliasjon handler om omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (Norsk forening for palliativ medisin, 2004, s. 8), og jeg tenker derfor at en fredfull død hos kreftpasienter omfavner hele det palliative behandlingsforløpet, ikke bare den terminale fasen. Virginia Henderson utdyper derimot ikke hva en fredfull død innebærer, og jeg anslår at det er opp til hver enkelt å vurdere dette selv ut fra pasientens situasjon. Innenfor pasientgruppen i min problemstilling, pasienter med kreft i palliativ fase, anser jeg smertelindring som et helt sentralt element for å fremme en fredfull død hos pasientene. Dette kan en finne støtte for hos Den Norske Legeforening (2009), som viser til lindring av pasientens fysiske- og psykiske smerte som en sentral sykepleieoppgave ved palliativ behandling. Samtidig ser vi at Birkeland & Flovik (2018) også understreker at smertelindring bør ha høy prioritet i den palliative fasen.

Det å legge til rette for faglig oppdatering på arbeidsplassen, er med på å øke kunnskapsgrunnlaget og fagkompetansen hos ansatte. Studien til Molnes (2014) viser til hospitering på en kreftavdeling som et tiltak for å øke kompetansen innen smertelindring hos ansatte i kommunehelsetjenesten. Likevel viser studien en indikasjon på at hospitering ikke alltid er like lett å gjennomføre i praksis, da kun fem av ti sykepleiere i studien har hospitert. Selv om studien til Molnes (2014) viser til at kun halvparten av deltakerne har hospitert på en kreftavdeling, vil ikke dette tallet kunne generaliseres, med tanke på hvor få deltakere som var inkludert i denne studien. Sett ut fra §4 i Helsepersonelloven om krav til faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 2001, avsn. 4), vil det kunne være vanskelig for sykepleierne i hjemmebasert omsorg å innfri dette. Helsepersonell skal ikke utøve sykepleie utenfor sitt kompetanseområde, nettopp for å overholde kravet om faglig forsvarlighet. Med bakgrunn i funn fra studien til Molnes (2014), kan dette være en utfordring for ansatte i hjemmesykepleien, da for lav bemanning og lite ressurser på arbeidsplassen vanskeliggjør muligheten for faglig oppdatering. Dette gjelder også faglig

oppdatering innen palliasjon og smertelindring, slik at den smertelindringen som gis til hjemmeboende kreftpasienter ikke nødvendigvis er optimal.

På den andre siden hevder Birkeland & Flovik (2018) at man kan oppnå like god kvalitet på smertelindring og medisinsk behandling som blir gitt i hjemmet, som på sykehus og institusjon. Dersom det tidlig i pasientforløpet legges en plan for smertebehandlingen og at behandlingen får høy prioritet av hjemmesykepleien, vil det ikke nødvendigvis være så mye mer som kan gjøres ved innleggelse i institusjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 194). For å sikre god smertebehandling i hjemmet, er en avhengig av at sykepleierne har oppdatert kunnskap innen smertelindring og palliasjon hos denne pasientgruppen. Men er det virkelig slik at det er problematisk med faglig oppdatering i hjemmebasert omsorg, slik som studien til Molnes (2014) viser til? En mulig forklaring på dette, kan være at kommunehelsetjenesten ikke er klar over de muligheter som finnes når det kommer til faglig oppdatering blant helsepersonell. Flere sykehus har palliative team som er tilgjengelig for råd og veiledning til palliative kreftpasienter, også utenfor sykehus. Disse teamene arbeider målrettet mot god symptomlindring og tilrettelegging for at pasienter som ønsker det skal kunne bo hjemme. Samtidig er de palliative teamene også tilgjengelig for undervisning og veiledning for helsepersonell, slik at helsepersonell i kommunehelsetjenesten skal kunne øke fagkompetansen sin innen palliativ omsorg (Norås, 2017, s. 307). På bakgrunn av det jeg har lest om samhandlingsreformen, tenker jeg at samhandlingsreformen er med på å understreke hvorfor det er så viktig med faglig oppdatering innen hjemmebasert omsorg, da den viser til økt fokus på kommunale helsetjenester og tilrettelegging for avansert behandling i hjemmet, fremfor på sykehus (Birkeland & Flovik, 2018, s. 19).

Når det kommer til smertelindring i hjemmet, er det ikke bare kompetansen til helsepersonell som er viktig. Kompetansen til pårørende har vist seg å være like så viktig (Mehta et al., 2011). Virginia Henderson viser også til at pasientens nærmeste bør inkluderes i behandlingen, dersom de kan bidra til å ivareta pasientenes grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016). For å kunne legge til rette for palliasjon i hjemmet, er de fleste pasienter avhengig av at det er en omsorgsperson tilstede (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186). Studien til Mehta et al. (2011) viser til at pårørende har ulik evne til å vurdere pasientenes smerte og iverksette smertelindrende intervensjoner, noe som i flere tilfeller medførte at smertelindringen ikke ble optimal (Mehta et al., 2011). Dette kan sees i sammenheng med manglende kunnskap og ferdigheter til å vurdere pasientens smerter. Sett ut fra at det er pasientens omsorgsperson som er sammen med pasienten det meste av døgnet, vil kvaliteten på den smertelindringen som gis til hjemmeboende kreftpasienter være avhengig av pårørende sin kunnskap om smertelindring. Det er derfor viktig at helsepersonell er tilgjengelig for veiledning og informasjon, slik at pårørende kan tilegne seg nødvendig kunnskap og ferdigheter innen smertelindring. Dette kan en finne støtte for hos Birkeland & Flovik (2018), som viser til at omsorgspersoner vil ha behov for veiledning og opplæring fra hjemmesykepleien for å føle seg trygg og kompetent i sin rolle som omsorgsgiver. En god dialog mellom helsepersonell og pårørende kan derfor sees på som sentralt for kvaliteten på smertelindringen som gis til hjemmeboende kreftpasienter (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186).

### 5.3. Hvordan kan ESAS bidra til bedre smertelindring?

Ettersom opplevelse av symptomer alltid er subjektive, vil bruk av et selvrapporterende kartleggingsverktøy være sentralt for at pasientens subjektive opplevelse skal komme fram. Palliative kreftpasienter opplever ofte mange symptomer, og det er derfor spesielt

viktig med systematisk og rutinemessig kartlegging av symptomer hos denne pasientgruppen. Kontinuerlig bruk av ESAS, som er et kartleggingsverktøy utarbeidet for kreftpasienter, er med på å sikre et bedre bilde av pasientenes smerter og smerteutvikling over tid (Kongsgaard, 2017; Sæteren, 2017). Dette kan en finne støtte for i studien til Ihler & Sæteren (2019), som også viser til viktigheten av rutinemessig bruk av ESAS for at skjemaet skal fungere som sin hensikt. Selv om studien til Ihler & Sæteren (2019) støtter viktigheten av rutinemessig bruk av ESAS, viser den samtidig til at dette ikke nødvendigvis blir utført i praksis. Dette kan sees i sammenheng med for lite oppmerksomhet rundt bruk av ESAS, manglende opplæring i skjemaet og dårlig tid på arbeidsplassen (Ihler & Sæteren, 2019). Man kan også finne støtte for dette i studien til Molnes (2014), som viser til at kun tre av ti sykepleiere i studien bruker kartleggingsverktøyet ESAS. Da jeg var i praksis på en palliativ kreftavdeling, opplevde jeg derimot at det var stort fokus rundt bruk av ESAS med kroppskart, og at skjemaet ble brukt rutinemessig. Her ble skjemaet fylt ut ved innleggelse, slik at sykepleierne hadde et utgangspunkt for behandlingen. Skjemaet ble også fylt ut på dag 2, 3, 5 og 7 etter innleggelse, og ved store endringer i pasientens symptomopplevelse. Selv om dette er erfaringer fra sykehuspraksis, anser jeg disse erfaringene som sentrale også innenfor hjemmebasert omsorg. Samhandlingsreformen av 2012 viser til økt fokus på kommunale helsetjenester og tilrettelegging for avansert behandling i hjemmet, noe som også innebærer en økning i antallet palliative kreftpasienter som mottar behandling i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18). For at kommunen skal være i stand til å innfri bestemmelsene i samhandlingsreformen, er det viktig med optimal smertekartlegging også i hjemmet. Nettopp med bakgrunn i dette, anser jeg at mine erfaringer fra en palliativ kreftavdeling har overføringsverdi også til hjemmebasert omsorg.

Selv om studien til Ihler & Sæteren (2019) viser til varierende bruk av ESAS i praksis, opplever sykepleierne i studien likevel kartleggingsverktøyet som nyttig, da det gir et øyeblikksbilde av pasientens subjektive symptomopplevelse, fanger opp flere symptomer og kan følge pasientens symptomutvikling over tid. Mange pasienter snakker ikke om hvordan de har det, og sykepleierne erfarer at bruk av dette skjemaet er en fin inngangsport for samtale med pasientene, der de kan gi uttrykk for sine symptomer. I tillegg opplever sykepleierne at de fanger opp mer med bruk av ESAS, enn hvis de bare spør pasienten om hvordan vedkommende har det (Ihler & Sæteren, 2019). Men for at kartleggingsskjemaet skal fungere som sin hensikt, er det helt sentralt at pasientenes svar følges opp i etterkant. Dersom pasienten angir å ha smerter, bør en ytterligere kartlegging utføres og smertelindrende tiltak iverksettes. Trinn 3 i smertetrappen viser til morfin som førstevalg ved behandling av kreftrelaterte smerter, og viser til at 85-90% av kreftpasienter oppnår tilfredsstillende smertelindring ved bruk av morfin (Lorentsen & Grov, 2016, s. 413). Funnene i studien til Molnes (2014) kan forøvrig tyde på at ikke alle kreftpasienter får tilfredsstillende smertelindring i hjemmet. Sykepleierne i studien er redde for å gi for mye smertestillende medikamenter og vegrer seg for å benytte morfin som smertelindring til pasientene. Ved endring av administrasjonsform fra tabletter, foretrakk sykepleierne bruk av smerteplaster fremfor subkutane injeksjoner eller bruk av smertepumpe (Molnes, 2014). En mulig forklaring på dette kan være ressursmangel på arbeidsplassen og for lav bemanning. Ved administrering av morfinpreparater, kreves det dobbeltkontroll av to sykepleiere (Bielecki & Børdahl, 2008, s. 84), noe som kan være vanskelig å imøtekomme i en travel arbeidshverdag med lav bemanning. Lav bemanning, som studien til Molnes (2014) viser til, gjør det også vanskelig for sykepleierne å følge opp/observere medikamentets effekt, virkning og mulige bivirkninger etter medikamentet er gitt.



På den andre siden ser vi at pasientene i studien til Gibbins et al. (2014) ikke foretrekker bruk av selvrappporterende kartleggingsverktøy. Deltakerne i studien var mer opptatt av hvordan smertene påvirket dagliglivet deres, i form av om de var i stand til å utføre hverdagslige aktiviteter og ivareta sosiale forhold, enn hvordan smertene plasserte seg på en numerisk skala. Hvis deltakerne var i stand til å utføre oppgaver som husarbeid, hobbyer og ivareta sine sosiale behov, hadde det liten betydning for deltakerne hvor smertene plasserte seg på en numerisk skala. En annen mulig forklaring til at noen pasienter ikke foretrekker bruk av ESAS, kan være at pasientene ser på kartleggingsverktøyet som en ekstra belastning, noe en kan finne støtte for i studien til Molnes (2014).

#### 5.4. Har pasientens barrierer betydning for smertelindringen?

Alle pasientene i studien til Mehta et al. (2011) brukte minst et eller flere smertestillende medikamenter. På den ene siden ser vi at farmakologisk behandling var den hyppigste umiddelbare responsen blant pårørende i studien, når de registrerte at pasientene hadde smerter. Flere av pårørende oppfatter smertestillende medikamenter som den eneste effektive intervensjonen som raskt reduserer smerte hos pasientene (Mehta et al., 2011). Dette kan en finne støtte for hos sykepleierne i studien til Seyedfatemi et al. (2014), som viser til at det blir gitt opioider når pasientene lider av sterke smerter. I tillegg uttaler sykepleierne i studien at det er rutine å gi injeksjoner med opioider hver fjerde time, selv om pasientene ikke føler smerte akkurat da. Til tross for at studien til Seyedfatemi et al. (2014) er fra Iran, ser jeg flere likhetstrekk med Norge, da jeg selv har erfart, innen både spesialist- og kommunehelsetjenesten, at det blir gitt opioider regelmessig til palliative pasienter, både for å forebygge utbrudd av nye smerter og for å lindre pasientens nåværende smerter.

På den andre siden, foretrakk noen pårørende å begynne med ikke-medikamentelle intervensjoner som distraksjon, massasje, tilstedeværelse og varme- eller kuldebehandling. Enkelte pårørende foretrakk å begynne med ikke-medikamentelle tiltak, da de følte at smertene ikke var nok framtreddende for farmakologisk behandling. Samtidig uttrykte pårørende frykt for mulige medikamentelle bivirkninger (Mehta et al., 2011). Dette kan en også finne støtte for hos Boström et al. (2004). Pasientene i studien til Boström et al. (2004) uttrykte frykt for bivirkninger, spesielt ved bruk av morfinpreparater. Dette med bakgrunn i tidligere erfaringer pasientene hadde, som bivirkninger i form av obstipasjon, kvalme, oppkast, svimmelhet, utmattelse og tørr munn. En annen mulig forklaring kan være frykt for avhengighet, noe pasientene i studien til Boström et al. (2004) også uttrykte redsel for. Dette kan en finne støtte for hos Valeberg et al. (2010), hvor hele 62% av deltakerne i studien uttrykte frykt for avhengighet ved inntak av smertestillende medikamenter. At en så stor prosentandel av deltakerne gir uttrykk for frykt for avhengighet, indikerer at pasienter ikke har fått god nok informasjon om medikamentenes hensikt, eller ikke har forstått kroppens mekanisme ved avhengighet. Ved fysisk avhengighet, hvor kroppen har behov for smertestillende medikamenter grunnet smerte, vil ikke kroppen utvikle abstinenser på samme måte som ved psykisk avhengighet (Valeberg et al., 2010).

Selv om både studien til Mehta et al. (2011) og Seyedfatemi et al. (2014) viser til hyppig bruk av smertestillende medikamenter og opioider, tar studien til Valeberg et al. (2010) for seg kreftpasienters barrierer mot bruk av smertestillende medikamenter. Her kommer det blant annet fram at en stor prosentandel av studiens deltakere oppgir frykt for medikamentelle bivirkninger i form av dødsighet, forvirring og obstipasjon. I tillegg til frykt for avhengighet, oppgir hele 47% av deltakerne at de frykter at smertestillende

medikamenter skal overskygge for nye smerter og endringer i helsetilstanden deres (Valeberg et al., 2010). En mulig forklaring på dette kan være frykt for å ikke oppdage sykdomsprogresjon i tide, da endrede eller nye smerter i 75% av tilfellene er tumorrelaterte, noe som innebærer at smertene er relatert til tumorprogresjon eller metastaser (Kongsgaard, 2017, s. 181).

### 5.5. Kan ikke-medikamentelle tiltak som kommunikasjon og relasjon virke smertelindrende?

Pasienter med kreft er ofte i en sårbar og stressende situasjon, og gode og omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og helsepersonell er derfor viktig (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Finset (2016) viser til smertelindrende tiltak i form av en støttende og tillitsfull relasjon mellom pasient og helsepersonell, anerkjennelse av pasientens følelser og tilstrekkelig informasjonsgiving om smerte. Vi ser også at studien til Seyedfatemi et al. (2014) viser til viktigheten av en støttende adferd og holdning fra sykepleiere, og at nettopp det kan bidra til å redusere pasientens smerte. En av sykepleierne i studien til Seyedfatemi et al. (2014) mener dette er en så essensiell og viktig egenskap hos sykepleiere, at hun uttalte at hun ikke fortjener å arbeide i omsorgsyirket, dersom hun ikke var i stand til å støtte pasientene og deres følelser.

Virginia Henderson viser til kommunikasjon, og det å få mulighet til å gi uttrykk for sine følelser som et grunnleggende behov vi mennesker har (Kirkevold, 1998, s. 103). Men er det virkelig slik at kommunikasjon og en støttende adferd kan bidra til å redusere pasientens opplevelse av smerte? Smerte er et sammensatt fenomen, som påvirkes av både fysiske-, psykiske-, sosiale- og åndelige påkjenninger (Helsedirektoratet, 2015, s. 62). Psykisk smerte er en normal reaksjon på livskrise og emosjonelt stress, noe som diagnosen kreft og palliativ behandling kan fremkalle. Det er derfor viktig å være klar over at behandling av pasienters psykiske smerte er like viktig som den fysiske smertebehandlingen (Lorentsen & Grov, 2016, s. 403). Forskning viser til at smerter ikke bare lindres ved bruk av smertestillende medikamenter, men at kommunikasjon fra helsepersonell også kan virke inn på pasienters opplevelse av smerte. Dette kan en finne støtte for hos Seyedfatemi et al. (2014), som viser til at samtale med pasienter før det gis opioider, reduserer pasientenes behov for smertestillende medikamenter etter samtalen. En mulig forklaring på dette kan være at gjennom samtale får pasienten mulighet til å snakke om sin sykdom og gi uttrykk for sine følelser rundt det å være døende, noe som kan bidra til å redusere pasientens psykiske påkjenninger. Vi ser også at studien til Boström et al. (2004) viser til viktigheten av en åpen og ærlig dialog mellom pasient og helsepersonell. Alle pasientene som deltok i studien til Boström et al. (2004), beskriver viktigheten av kommunikasjon rundt sine smerterelaterte problemer. De viser til viktigheten av inkludering og det å føle seg sett og verdsatt som pasient. Ved tilstrekkelig kommunikasjon, tillit og støtte fra helseapparatet, fikk pasientene en bedre forståelse av sine smerter og økt vilje til å delta i smertebehandlingen (Boström et al., 2004). Dette støtter også studien til Seyedfatemi et al. (2014), som viser til at en støttende adferd og holdning fra sykepleiere bidrar til at pasienter i større grad godtar den palliative behandlingsplanen. Jeg tenker at dette, som Boström et al. (2004) og Seyedfatemi et al. (2014) viser til, sier noe om hvor viktig det er at pasienter føler seg inkludert, og at de opplever at deres meninger og innspill blir verdsatt. Dette gir også en av pasientene i studien til Boström et al. (2004) uttrykk for, og mener at pasienters innspill og tidligere erfaringer kan være til stor hjelp når det kommer til smertelindrende behandling.

På den andre siden bidrar ikke kommunikasjon bare til å redusere pasientenes psykiske opplevelse av smerte. Det kan også bidra til å redusere den fysiske opplevelsen av smerte, ved at pasienter gjennom samtale gir uttrykk for sine symptomer og plager. Sykepleiere i studien til Ihler & Sæteren (2019) erfarer at selvrapporteringsverktøyet ESAS er en god inngangsport for samtale med pasienter om vedkommendes symptomer. Ettersom ESAS ikke dekker alle mulige symptomer, bør skjemaet suppleres med samtale for å fange opp eventuelle andre symptomer som pasienten også opplever. Sykepleierne i studien opplever at de fanger opp flere symptomer ved bruk av dette selvrapporteringsverktøyet, enn hvis de bare spør pasienten om hvordan vedkommende har det (Ihler & Sæteren, 2019). Dette danner grunnlaget for et bedre symptom-bilde rundt pasientens smerter, noe som er en forutsetning for å kunne oppnå god smertelindring.

## 6. Konklusjon

Det er flere sentrale punkter som er belyst i denne litteraturstudien, når det kommer til å sikre god smertelindring til pasienter med kreft i palliativ fase som bor hjemme. Pasienters barrierer mot bruk av smertelindrende medikamenter, kunnskapsgrunnlaget hos sykepleier og pårørende og bruk av kartleggingsverktøyet ESAS er av betydning når det kommer til smertelindring til pasienter med kreft i palliativ fase som bor hjemme. Kartleggingsverktøyet ESAS og kroppskart er gode hjelpemidler, når det kommer til kartlegging av smerte hos kreftpasienter. Bruk av slike kartleggingsverktøy er med på å danne et godt bilde av pasientens smerter og smerteutvikling over tid, noe som er en forutsetning for å kunne utarbeide en plan for optimal smertebehandling. Likevel ser vi at noen pasienter ikke foretrekker bruk av slike skjema, da de ser på det som en ekstra belastning.

Litteraturstudien viser til at pårørende sin kunnskap om smerter og smertelindring er like så viktig som sykepleier sitt kunnskapsgrunnlag, når det kommer til smertebehandling i hjemmet, nettopp fordi det er pårørende som er sammen med pasienten mesteparten av døgnet. Det er derfor helt sentralt at pårørende får tilstrekkelig med veiledning og informasjon fra hjemmesykepleien gjennom kontinuerlig dialog, for at smertebehandlingen i hjemmet skal bli mest mulig optimal. Det er også viktig at sykepleiere i hjemmebasert omsorg har oppdatert kunnskap om smertelindring. Sykepleierne i en av studiene uttrykker et ønske om faglig oppdatering, noe som er vanskelig å imøtekomme med lav bemanning og ressursmangel på arbeidsplassen. Sapekatt520aom følge av vanskeligheter for å tilegne seg oppdatert kunnskap innen smertelindring, vil det kunne være utfordrende for helsepersonell i hjemmebasert omsorg å innfri § 4 i Helsepersonelloven, som omhandler faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Videre viser litteraturstudien til viktigheten av kommunikasjon og relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier, og at pasientens følelse av å bli inkludert og verdsatt i behandlingen bidrar til å øke pasientens engasjement og vilje til å delta i den palliative behandlingsplanen. Kommunikasjon er også viktig for å kunne snakke om pasienters barrierer mot smertebehandling. Flere pasienter opplever blant annet frykt for avhengighet, toleranseutvikling og mulige medikamentelle bivirkninger. Slike barrierer hos pasienten kan bidra til å begrense pasientens vilje til å delta i smertebehandlingen, og det vil derfor være helt sentralt at sykepleier snakker med pasient om disse barrierene, og blant annet forklarer kroppens mekanismer rundt avhengighet, slik at pasientens barrierer ikke setter en stoppe for å kunne oppnå optimal smertelindring.

# Referanseliste

- Bielecki, T., & Børdahl, B. (2008). *Legemiddelhåndtering* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 410–419. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x>
- Brenne, A.-T., & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg., s. 161–171). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., Bd. 1, s. 381–427). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2009, 4. mars). Retningslinjer for smertelindring – 2009. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer-for-smertelindring-2009/>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg., s. 372–386). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine; London*, 28(1), 71–78. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
- Helsedirektoratet. (2015, 26. mars). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 14 (e-79585), 1–16. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 181–197). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kreftregisteret. (2020, 3. februar). Nøkkeltall om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bd. 3, s. 17–80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., Bd. 2, s. 397–436). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mehta, A., Cohen, S. R., Ezer, H., Carnevale, F. A., & Ducharme, F. (2011). Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*, *38*(1), E37–E45. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E37-E45>
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, *4*(2), 142–155.
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004, 20. oktober). Standard for palliasjon. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/2c8308a05f054c8bad2cd72174549536/standardforpalliasjon.pdf>
- Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 303–327). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-12-20-104)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ribu, L. (2017). Livskvalitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 50–66). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Mardani Hamooleh, M., & Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. *International Journal of Palliative Nursing*, *20*(2), 69–74.
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter - sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 224–250). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. *5*(4), 266–277.

# Vedlegg

## Vedlegg 1:

ESAS-skjema<sup>1</sup>:



### Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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

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

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

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

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

Fyll ut av (sett et kryss):

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

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

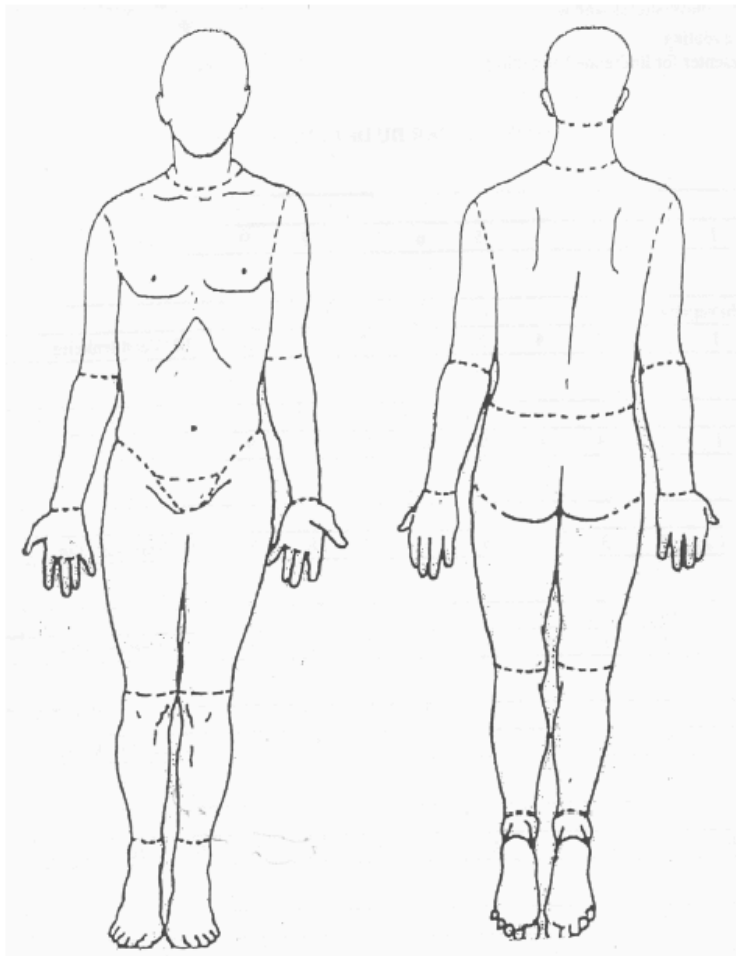
<sup>1</sup> Oslo Universitetssykehus (2019). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-symptom-assessment-system-esas>

## Vedlegg 2:

Kroppskart for smertereregistrering<sup>2</sup>:



### SMERTEREGISTRERING



Smertens karakter:

1. Konstant

2. Ujevn

3. Utløst av bevegelse

A. Verkende	G. Brennende
B. Pulserende	H. Utstrålende
C. Stikkende	I. Sviende
D. Skjærende	J. Ilende
E. Rivende	K. Annet
F. Trykkende	

<sup>2</sup> Oslo Universitetssykehus (2019). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-symptom-assessment-system-esas>