



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4BACH

Brita Vigre og Kaia Aa Thingstadberget

Veileder: Toril Merete Nysæter

Smertelindring i palliativ fase

Pain relief in palliative care

Antall ord: 11 267

BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv
Brage:

JA

NEI

SAMMENDRAG

Tittel: Smertelindring i palliativ fase/Pain relief in palliative care

Avdeling: Høgskolen i Hedmark

Utdanning: Bachelor i sykepleie

Kandidatnummer: 19 og 48

Veileder: Toril Merete Nysæter

Antall ord/sider: 11 267/48

Nøkkelord: Brystkreft, palliativ fase, fysiske smerter, lindrende behandling, smertelindring

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven

Introduksjon: Oppgaven tar for seg fysisk smertelindring til brystkreftpasienten i den palliative fase på lindrende enhet og hvordan sykepleier kan bidra til at pasienten mestrer å leve med kreftsykdommen.

Hensikt: Vi ønsker å få belyst viktigheten av gode kunnskaper i palliativ fase med hovedfokus på tilstrekkelig fysisk smertelindring.

Metode: Litteraturstudie. Oppgaven bygger på kunnskap fra pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning kombinert med egne erfaringer fra praksis.

Resultat: Funn viser at mestring og håp henger sammen med smertelindring i hverdagen med kreftsykdom. Kommunikasjon er det viktigste i et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. De mest brukte kartleggingsverktøyene innen lindrende behandling er ESAS og VAS. De fleste kreftpasienter i palliativ fase blir smertelindret oftest med Paracetamol, NSAIDs og opioider. Observasjon, evaluering og dokumentasjon er veldig viktig i forhold til videre behandling av kreftpasienten.

Konklusjon: Sykepleierens oppgaver i smertelindringen til kreftpasienter er blant annet god samhandling med pasient, kartlegging av smerter å lindre symptomer og plager.

Håp

Jeg prøver

å se

det store

i det lille

en liten spire

et lite liv

et lite lys

jeg prøver

å finne

en glede

tross smerte

en liten stjerne

et lite håp

litt tro

Målfrid J. Frahm Jensen

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING.....	6
1.1 Begrunnelse av valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	6
1.4 Etske avveininger	7
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2.0 METODE.....	9
2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	9
2.2 Litteraturstudie som metode	9
2.3 Presentasjon av forskningsartikler.....	10
2.4 Kildekritikk	12
2.5 Etisk vurdering	12
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	14
3.1 Pasientfokus.....	14
3.1.1 Brystkreft.....	14
3.1.2 Årsak	14
3.1.3 Utvikling.....	14
3.1.4 Diagnostisering.....	14
3.1.5 Behandling.....	15
3.1.6 Metastaser.....	15
3.2 Smerter	15
3.2.1 Smerteopplevelsen.....	15
3.2.2 Smertetyper	16
3.2.3 Kreft- og metastasesmerter.....	17
3.3 Lindrende enhet på sykehjem.....	17
3.3.1 Lindrende behandling i palliativ fase	18
3.3.2 Det spesielle med å være kreftpasient i palliativ fase.....	18
3.3.3 Mestring av sykdom	19
3.4 Sykepleiefokus	19

3.4.1	Sykepleiefunksjon	19
3.4.2	Observasjon, evaluering og rapportering	20
3.4.3	Joyce Travelbees sykepleieteori	20
3.4.4	Samtale og samhandling.....	22
3.4.5	Kartleggingsverktøy	23
3.4.6	Smertekartlegging	23
3.4.7	Smertelindring	24
3.4.8	Medikamentell behandling	25
3.4.9	Smertetrappen.....	26
3.4.10	Bivirkninger ved bruk av opioider	26
4.0	EMPIRISKE FUNN	28
4.1	Mestring av kreftsykdom.....	28
4.2	Samhandling og samtale med kreftpasient	29
4.3	Kartlegging av fysiske kreftmerter	32
4.4	Smertelindring med medikamentell behandling.....	33
4.5	Observasjon, evaluering og rapportering av kreftpasienten	36
5.0	KONKLUSJON	38
6.0	BIBLIOGRAFI	40
	Vedlegg 1	45
	Vedlegg 2	47
	Vedlegg 3	48

1.0 INNLEDNING

I Norge blir det årlig oppdaget omkring 26 000 nye tilfeller av kreft (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011). Nye krefttilfeller er i stadig økning og risikoen for nye tilfeller av kreft vokser betydelig ved økende alder. I Norge skyldes omkring 20 % av alle dødsfall en kreftsykdom (Bertelsen et al., 2011). I 2011 var det 3094 kvinner og 28 menn som fikk diagnostisert brystkreft, og det var 605 kvinner og 7 menn som døde som følge av brystkreften (Kreftregisteret, 2011).

1.1 Begrunnelse av valg av tema

Som statistikken over viser er det flere kvinner enn menn som får diagnosen brystkreft og vi har ut ifra dette valgt å finne mer ut av kvinner som får brystkreft som trenger smertelindring i palliativ fase. I følge Samhandlingsreformen (2008-2009) legges stadig mer av ansvaret for pasientene over til kommunene. Vi har valgt lindrende enhet på sykehjem som arena, siden vi har erfaring og stor interesse for dette etter praksis på sykehjem. Brystkreftpasienter er en stor pasientgruppe som vi kommer til å møte mange steder i løpet av karrieren, og vi mener at sykepleier trenger mer kunnskap om smertelindring til brystkreftpasienter. Vi har møtt flere brystkreftpasienter gjennom våre tre år som sykepleierstudenter og de fleste av disse pasientene har vært i palliativ fase. Vår erfaring som sykepleiestudenter er at flere sykepleiere har hatt mindre eller liten kunnskap om smertelindring, og dette har vi ikke funnet teori eller forskning som kan underbygge. Faglige sykepleie grunner for at vi velger å skrive om dette temaet er at i følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere så har sykepleier ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig død. Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre fysiske smerter hos brystkreftpasienter i palliativ fase for at pasienten skal kunne mestre å leve med kreftsykdom?

1.3 Avgrensing av oppgaven

I følge Dalland (2012) er avgrensing av problemstilling at perspektivet snevres inn, og at en del sider ved problemet må få en mer perifer plass. Dersom vi ønsker å gå i dybden på et problem og virkelig forstå mer av det, må vi klargjøre hva vi er villige til å gi avkall på, og begrunne hvorfor (Dalland, 2012)

Vi avgrensner oppgaven til å omhandle kvinner i 60 års alder med brystkreft som har metastaser til skjelettet. Vi presenterer hva brystkreft er da dette er betydningsfullt for sykepleier å ha kunnskap om i bunn når sykepleier skal lindre kreftsmarter som forårsakes av selve sykdommen. Vi går inn på temaer som vi mener er vesentlig for å oppnå god nok smertelindring. Vi mener allikevel at det vi skriver i stor grad også kan overføres til andre typer kreft med uhelbredelig prognose. Vi vet det finnes flere aspekter som psykiske, sosiale og åndelige, men vi har valgt å ha kun ha fokus på fysiske smerter. Vi velger å bruke kartleggingsskjema som ESAS og VAS, da ESAS tar en helhetsvurdering av pasientens smerter, mens VAS tar en vurdering av pasientens smerte der og da. Vi har valgt å skrive om ESAS og VAS i oppgaven og legger ved skjemaene som vedlegg 2 og 3. Det er disse kartleggingsverktøyene som blir mer anvendt enn andre i følge litteratur og forskning. Vi skriver mest om ESAS da vi ikke har funnet forskning om VAS som var relevant i forhold til våres oppgave. Vi er klar over at ikke-medikamentell behandling ofte er like viktig som medikamentell behandling, men har valgt og kun å ha fokus på medikamentell behandling for å snevre inn oppgaven. På bakgrunn av oppgavens ordbegrensing har vi valgt og ikke å nevne pårørende til kreftpasienten. Vi kjenner til viktigheten av å ha pårørende tilgjengelig, men har ikke valgt å gå noe dypere inn på dette. I oppgaven har vi har valgt å ta med om mestring av sykdom for at problemstillingen skal inneholde et mål. Mestring av sykdom er en viktig faktor i forbindelse med lindring av smerte da dette vil bidra til å oppnå en tilfredsstillende smertelindring. Tyngden på oppgaven vil ligge på å lindre smertelindring.

1.4 Etiske avveininger

I oppgaven nevner vi våre egne erfaringer, og i de tilfellene er pasientene anonymisert for å ivareta vår taushetsplikt (Dalland, 2012).

1.5 Oppgavens disposisjon

I innledningen vil vi forklare valg av tema og hvorfor det er et viktig tema. Vi vil ha med hvorfor dette temaet er relevant for sykepleier. Vi har presentert problemstillingen, avgrenset og presisert oppgaven. I metoddelen kommer vi inn på hvordan vi har løst litteraturstudien. Vi har lagt frem hvilke databaser og søkeord vi har brukt for å finne forskningsartikler. Vi har valgt å presentere forskningsartiklene i metoddelen, hvor vi gir en kort beskrivelse av de for å bedre fremstillingen for leser. I teoridelen vil vi presentere teori som er relevant for å svare på problemstilling. Vi har delt inn i pasient- og sykepleiefokus for at det skal bli mer oversiktlig. I teoridelen starter vi med å presentere Joyce Travelbees sykepleieteori som vi har valgt å benytte oss av, på grunn av at det kommer frem flere viktige momenter som vi tar for

oss i oppgaven. Vi vil gjøre rede for hva smerter og kreftmerter er, og vi kommer inn på vesentlige begreper som brystkreft, metastaser, smerter, palliativ behandling og dette forklarer vi videre hva innebærer. I drøftingsdelen drøftes funn fra litteratur, forskning og egne erfaringer. Vi drøfter det vi mener er vesentlig for å oppnå god smertelindring av kreftmerter med metastaser til skjelettet som er i palliativ fase. I konklusjonen vil vi gi svar på eller stille nye spørsmål til problemstillingen og konkluderer med det vi fant gjennom litteraturstudien.

2.0 METODE

I følge Dalland (2012) er metode en fremgangsmåte og et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. Metoden sier altså noe om hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012).

I følge skolens retningslinjer skal oppgaven baseres på litteraturstudie. Hva dette innebærer kommer vi tilbake til senere i oppgaven.

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Litteratursøk har som hensikt å gi et innblikk i valgt fremgangsmåte for å finne teorier som er tilpasser problemstillingen som undersøkes (Dalland, 2012).

Teoribøker vi har anvendt mest er "Kreftsykepleie" av Reitan & Schjølberg (2010), "Kreftsykdommer" av Kåresen & Wist (2012), "Palliasjon" av Kaasa (2008), "Metode og oppgaveskriving" av Dalland (2012) og "Mellommenneskelige forhold" av Travelbee (2001).

Forskning har vi funnet i blant annet tidsskriftet Vård i Norden, og ved hjelp av databaser som Oria, Cinahl, Svemed og Sykepleien Forskning.

Vi brukte søkeord som; kreft, smertelindring, palliativ fase, cancer, breastcancer, pain relief, pain control, palliativ care, morfin, opioider, ESAS, kommunikasjon, communication og fysiske smerter.

2.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie som metode innebærer at vi systematisk gjennomgår litteraturen rundt en valgt problemstilling, og at vi videre kritisk gjennomgår kunnskap fra skriftlige kilder og sammenfatte dette med en diskusjon (Dalland, 2012).

I vår oppgave har vi litteraturstudie som metode, da dette er skolens retningslinjer for oppgaven. Dette innebærer at oppgaven baseres på sykepleieteori, retningslinjer, lovverk, fagartikler, forskningsartikler og faglitteratur. Oppgaven har i tillegg integrert 400 sider selvvalgt litteratur i oppgaven, og den selvvalgte litteratur merkes med stjernetegn i litteraturlisten.

Kvantitativ metode er å gi data som er av målbare enheter. Disse tallene kan gi oss for eksempel gjennomsnittet i befolkningen som har brystkreft, eller i hvor stor prosent av befolkningen som overlever brystkreft (Dalland, 2012).

Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke er tallfestet eller målbare (Dalland, 2012). Vi har hovedsakelig brukt kvalitativ forskning, da vi synes at dette belyser vårt valg av tema.

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Retningslinjene på bacheloroppgaven fra skolen krever at vi må anvende minst fire forskningsartikler, hvorav to må være engelskspråklige. Her vil vi kort presentere forskningsartiklene vi har funnet. Mer detaljert skjema følger med som vedlegg 1.

Navn på studien: ”Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det”

Forfatter: Kvåle (2006).

Metode: Kvalitativ metode der resultatene i artikkelen er kommet frem gjennom intervju av 20 kreftpasienter inneliggende ved en kreftavdeling.

Innhold: Hensikten med studien var å finne ut hva kreftpasientene mente var viktig for opplevelsen av god omsorg. Resultatene av studien viser at det som ses på som nødvendig for opplevelsen av god omsorg er at sykepleieren ser pasienten som et enkeltmenneske og et individ, og ikke bare som pasient.

Navn på studien: ”Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling”.

Forfatter: Taraldsen, Bjordal & Rustøen (2010).

Metode: Kvantitativ metode der studien er en beskrivende tverrsnittsundersøkelse med 217 polikliniske kreftpasienter. Disse pasientene har smerter og/eller bruker smertestillende medikamenter, hvor barriere mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av et såkalt barriereskjema.

Innhold: Ulike faktorer hos helsepersonell, pasienten selv eller i rammefaktorene kan forklare mangelfull smertelindring hos kreftpasienter. Hos pasientene kan barrierer for optimal smertebehandling være tilbakeholdenhet med å rapportere smerte og å følge anbefalte smerteregimer. Dette kan forklares med feiloppfatninger, misforståelser eller manglende kunnskap om smerte og smertebehandling. De spørsmålene som reflekterer de høyeste

barrierene for smertebehandling er spørsmål om avhengighet, toleranse, overvåke symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som døsighe

Navn på studien: "A cancer pain primer"

Forfatter: Reeves (2008).

Metode: Kvalitativ metode.

Innhold: I denne artikkelen trekkes det frem viktigheten av å kartlegge pasientens smerter. Kartleggingen bør være det første steget i behandlingen av kreftrelaterte smerter. En mangel på slik kartlegging kan føre til utilstrekkelig smertelindring. Forfatteren mener at en slik kartlegging bør inneholde en beskrivelse av smertenens beliggenhet, kvalitet, intensitet, varighet, lindrende og skjerpene forhold og hvilken effekt smerten har på pasientens liv. Sykepleieren skal dokumentere pasientenes egne ord og beskrivelser om smertene som oppstår.

Navn på studien: "Cancer-related pain in palliative care: patients perceptions of pain management"

Forfatter: Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund (2004).

Metode: Kvantitativ metode der 30 pasienter var strategisk utvalgt for intervju, utforsking av smerte og smertelindring relatert til kreften var hovedoppgaven.

Innhold: Smerter er fortsatt et stort problem for mange pasienter med kreft. Påvirkningen av smerter hos pasienter som opplever kreftrelatert smerte er fremdeles utforsket. Pasientene beskrev 10 forskjellige oppfatninger av smerte og smerteadministrasjon oppsummert i disse tre kategoriene; kommunikasjon, planlegging og tillit. Pasientene uttrykte et behov for en åpen og ærlig dialog med pleierne om alle problemene i forhold til smerte.

Navn på studien: "Use of modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patients and staff experiences"

Forfatter: Baba, Fransson & Lindh (2007).

Metode: Kvantitativ metode der ESAS skjema ble delt ut til 28 pasienter med uhelbredelig kreft, og spørsmålsskjema til personalet angående bruk av ESAS ble delt ut. Intervju ble utført for å finne ut om pasientenes meninger om ESAS.

Innhold: Hensikten var å evaluere gjennomførbarheten av et modifisert ESAS-skjema for overvåking av symptomer ved onkologisk og palliativ omsorg. 11 av 21 av de ansatte svarte at

bruk av ESAS skjema var veldig god for å samle inn informasjon om pasientens symptomer. 17 av 24 pasienter som deltok i undersøkelsen svarte at ESAS skjemaet var enkelt å fylle ut.

Navn på studien: ”Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)”

Forfatter: Myhra & Grov (2010).

Metode: Kvantitativ metode der et strukturert spørreskjema ble utarbeidet og sendt til 134 sykepleiere ved 18 sykehjemsavdelinger i 18 kommuner. Deskriptiv statistikk ble anvendt for å analysere data.

Innhold: Sykepleiere ved palliative enheter på sykehjem bruker ESAS med det grafiske skjemaet i større grad sammenlignet med sykepleiere ved avdelinger som har få palliative sengeplasser.

2.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann, dette innebærer at man må vurdere å karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2012).

Det finnes en del pensum fra bachelorutdanningen i sykepleie, samt pensum for videreutdanningen i kreft som vi har anvendt i vår oppgave. Pensumlitteraturen er skrevet av anerkjente forfattere og er anbefalt som litteratur fra skolen sin side. Vi vurderer litteraturen som relevant og oppdatert.

I forhold til vurderingen av forskningsartiklene synes vi det var utfordrende da de fleste relevante artiklene var engelskspråklige. Vi anser forfatterne som troverdige, da de fleste har professorgrad eller er utdannet innen sykepleiefag. Vi har lagt vekt på å finne nyere sykepleie forskning senest fra 2004.

Den selvvalgte litteraturen fant vi ved skolens bibliotek. Vi vurderer også den selvvalgte litteraturen som relevant, da de fleste av bøkene vi brukte blir anvendt på videreutdanningen for kreftsykepleie.

2.5 Etisk vurdering

Dalland (2012) mener at forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning og gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater (Dalland, 2012).

Vi har valgt å basere oppgaven vår på aktuell litteratur og noen egne erfaringer. Vi refererer til våre kilder i tråd med APA-standard og følger de etiske retningslinjer i forhold til personvern.

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet har vi valgt å dele inn i to fokus; pasientfokus og sykepleiefokus. Det blir mer oversiktlig med å fokusere på pasientfokus først, deretter sykepleiefokus. I pasientfokuset skriver vi generelt om brystkreft, smerter, kreftpasientens smerteopplevelse og mestring av sykdommen. I sykepleiefokuset skriver vi om Joyce Travelbees sykepleieteori, sykepleiens funksjon, kommunikasjon, smertekartlegging, smertelindring, medikamentell behandling, bivirkninger, observasjon, evaluering og dokumentasjon.

3.1 Pasientfokus

3.1.1 Brystkreft

Brystkreft, også kalt cancer mammae er den mest hyppigste kreftformen hos kvinner i Norge. I 2009 rammet den 2745 kvinner og 15 menn. Risikoen for brystkreft stiger med alderen, men det forekommer også under 30 års alder (Kåresen & Wist, 2012).

3.1.2 Årsak

Årsaken til brystkreft er sterkt relatert til den tid kvinnen eksponeres for østrogen. Å bli gravid i ung alder (20-25 år) reduserer risikoen for brystkreft, det samme gjør også flere graviditeter før fylte 30 år (Wist, 2010). Det er ulike teorier om hvordan kreft fremkommer, og hva som er bakgrunnen for den ulikheten man observerer. Intertumorforandringen kan forklares ved at ulike subtyper oppstår i samme celletypen men der genetiske og epigenetiske forandringene som initierer kreftprosessen, er ulike (Kåresen & Wist, 2012).

3.1.3 Utvikling

Det er flere faser i utviklingen av kvinnebrystet. En hvilefase fra fosterliv til menstruasjonen starter i 11-15 års alder, og en fase med utvikling av gangsystemet og kjertelendestykker som varer fra 15-25 års alderen. Og en fase med vekslende hormonstimulering som følger med menstruasjon og med graviditet som strekker seg fra 15-55 års alderen, og en periode med nedbygging av ganger og kjertelendestykker fra 35-55 års alderen (Kåresen & Wist, 2012).

3.1.4 Diagnostisering

Vanligvis oppdager de fleste kvinner symptomer på brystkreft selv. Det kan enten være en kul i brystet, inndragning av brystvorten, et område med cellulittforandringer, væske fra brystvorten eller andre endringer i brystet. Andre kvinner kan oppdage brystkreft ved mammografiscreening (Kvåle, 2002). Mammografi blir brukt som screeningundersøkelse for å finne brystkrefttilfeller i tidlig stadium (Wist, 2010).

3.1.5 Behandling

Behandlingen av tidlig brystkreft består av kirurgi og adjuvant behandling (tilleggsbehandling) som er endokrin-, cytostatika-, immun- og strålebehandling, og prognosen for alle disse stadiene er fem års overlevelse. Overlevelse etter fjernmetastasing er to og et halvt år til fire år (Wist, 2010).

3.1.6 Metastaser

Brystkreft metastaserer ofte til skjelettet (Kvåle, 2002). Metastaser til skjelettet kan gi store smerter, og derfor er det nødvendig med god behandling og kartlegging av smerter. Metastasingen skjer trinnvis, og først skjer det invadering til svulstcellen, endotelets basalmembran. Deretter løsner den fra primærtumor og fester seg til endotelcelle som invaderer et distalt organ gjennom basalmembranen. Videre migrerer den innover i organet, den prolifererer og danner metastase, og det oppstår nydannelse av kar i metastasen (Kåresen & Wist, 2012).

3.2 Smerter

I følge Bjørgo (2010) er smerte en sammensatt opplevelse av blant annet sanse-, kognitiv- og emosjonelle reaksjoner. Aktivering av det sensoriske nervesystemet, og i noen grad også det autonome nervesystemet, er den nevrofysiologiske basis for somatisk smerte. Vevsskade eller trussel om dette, nocisepsjon, er alltid stimulus ved akutt smerte og i mindre grad ved kroniske smerter. I andre tilfeller oppstår det kroniske smerter uten påviselige pågående vevsødeleggelse. Smerte er altså et symptom og ikke en sykdom (Bjørgo, 2010).

Det perifere- og det sentrale nervesystemet reagerer på smertestimuli med individuell styrke, og dermed blir smerteopplevelsen veldig forskjellig fra person til person. I det perifere nervesystemet er det nerver som er spesialisert til å lede smerteinformasjon fra perifert vev til sentralnervesystemet, som er hjernen og ryggmargen. Nociseptorer (smertereseptorer) ligger for eksempel i fettvev og de som avgjør hvor mye vi føler i et kroppsområde eller et vev. Dette avhenger delvis av tettheten av smert reseptorer (Tønnsesen, 1998 & Bjørgo, 2010).

3.2.1 Smerteopplevelsen

Rustøen & Stubhaug (2006) sier dette om smerteopplevelsen: «*Smerte er det den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det*» (s. 202). Det er klar forskjell på hvordan mennesker opplever smerter, selv ved

lik diagnose og omfang og alle mennesker har ulik smerteterskel (Nordtvedt & Nesse, 1997). Det perifere og sentrale nervesystemet reagerer forskjellig på smertestimuli, derfor vil smerteopplevelsen også være forskjellig fra menneske til menneske (Almås, Valand, Bilicz & Berntzen, 2001).

3.2.2 Smertetyper

Smerte er et subjektivt fenomen, og hos pasienter med kreft kan det forekomme smerter av mange forskjellige typer som; nociseptisk-, nevropatisk-, visceral-, referert- og psykogen smerte (Bjørgero, 2010).

Nociseptisk smerte er en normal fysiologisk funksjon som søker og verne om kroppens integritet. I tillegg til dette varsler den om det foregår en patologisk prosess eller reparasjoner som vi må forholde oss til. Nociseptive smerter responderer som regel godt på ikke-opioide og opioide analgetika (Bjørgero, 2010). Smerten vil kjennes murrende fra ledd eller bein og har smertetopper som er intense (Kaasa & Borchgrevink, 2008).

Nevropatisk smerte kan oppstå både i det perifere- og sentralnervesystemet, og nerver kan bli skadet av en svulst eller antitumorbehandling. De patologisk-anatomiske forandringene fører til abnorm funksjon i nerver, og dette kan gi opphav til smerter. Hos en del pasienter blir nevropatiske smerter de mest fremtredende på et langt kommet stadie av kreftsykdom. Ikke-opioide analgetika har ofte liten eller ingen effekt på nevropatiske smerter. Ofte opplever pasienten også at sterke opioider svikter ovenfor slike smerter. Adjuvante analgetika som antidepressiva, antiepileptika og glukokortikoider kan gi god og vedvarende smertelindring (Bjørgero, 2010).

Visceral smerte er smerte som oppstår i vev med glatte hinner, som pleura og peritoneum, og kan både være akutte og kroniske. Smerteledningen skjer både via det sympatiske nervesystemet, nerver og sensoriske, somatiske nerver. Analgetika kombinert med en faktor som relakserer glatt muskulatur, bør forsøkes (Bjørgero, 2010).

Referert smerte er smerte som oppleves i et annet kroppsområde enn der den smertegivende prosessen befinner seg. Behandlingen rettes mot det patologiske fokus (Bjørgero, 2010).

Psykogen smerte forekommer ved psykiske faktorer som for eksempel sterkt emosjonelt stress, kan gi reell smerte i form av for eksempel myalgier eller hodesmerter. Underliggende psykiske problemer kan forverre smertene og i alle slike tilfeller må behandlingen rettes mot den psykiske grunnlidelsen (Bjørø, 2010).

3.2.3 Kreft- og metastasesmerter

Kreftsmarter er en komplisert opplevelse med minst fem forskjellige dimensjoner som er fysisk-, psykisk-, sosial-, eksistensiell- og åndelig smerte (Reitan og Schjøberg, 2012). I ca 70 % av tilfellene er kreftutløste smerter direkte forårsaket av grunnsykdommen. Hos de andre skyldes smertene sekundære følgetilstander. Metastaser, bløtdelssvulster, innvekst eller kompresjon av nerver, svulstpåvirkning av hulorganer og viscerale organer og smerter etter antitumorbehandling kan være grunn til at kreftsmertene oppstår (Bjørø, 2010).

Kreftsmarter blir klassifisert som enten akutte eller kroniske. En pasient med kroniske smerter kan også få akutte smerter (Bjørø, 2010). Akutte smerter er plutselig, alvorlig smerte. Smertene avtar når årsaken leges og smertenes varighet er kort. Et eksempel på akutte smerter kan være postoperative (McCaffery & Beebe, 2001). Kroniske smerter er langvarige og de vedvarer vanligvis tre måneder eller mer. Et eksempel på kroniske smerter er giktsmerter (McCaffery et al., 2001).

Hos kreftpasienter er minst 50 % av alle smerter forårsaket av skjelettmetastaser. Brystkreft er en av de kreftsykdommene som også er mest utbredt til skjelettet (Almås et. al., 2001). Den svulsten som oftest gir et smerteproblem er metastaser til skjelettet. Metastaser deles inn i osteolytiske og osteosklerotiske. Mye tyder på at osteolytiske lesjoner med stor osteoklastaktivitet oftere forårsaker smerter. Osteoklasthemmere som bisfonater kan gi redusert smerte. Metastasesmerter er ofte murrende og verkende, og øker i intensitet ved bevegelse og belastning. Siden det er store variasjoner i smerteintensiteten gjennom døgnet, skal slike pasienter gis både langtidsvirkende- og hurtigvirkende analgetika (Bjørø, 2010).

3.3 Lindrende enhet på sykehjem

Definisjonen på lindrende enhet på sykehjem er ifølge Sosial- og helsedirektoratet slik: ”Med lindrende enheter på sykehjem menes enheter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personell for å kunne drive mer avansert lindrende behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling” (2007, s. 20).

I følge Samhandlingsreformen (2008-2009) omfatter lindrende behandling tjenester som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter i palliativ fase. Målet med den lindrende behandlingen, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten. Dette vil kreve at det er ett faglig kompetent personell tilstede som blant annet vil inneholde spesialsykepleiere, prest og fysioterapeut. De lindrende enhetene skal både være et tilbud til eldre og yngre pasienter, men de fleste av pasientene har uhelbredelig kreftsykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

3.3.1 Lindrende behandling i palliativ fase

Hos en pasient som mottar beskjeden om at sykdommen er uhelbredelig, vil den palliative fase gjelde fra der. Den palliative fasen er avgrenset til pasienter med en antatt forventet levetid på mindre enn 9-12 måneder. Dette er en prosess som vil pågå helt fra erkjennelsen av en uhelbredelig sykdom, og helt til den avsluttes med døden (Iversen, 2012). I denne fasen er målet og best mulig lindre plager, samt å gi en behandling som ikke unødvendig forlenger sykdommen med lidelse (Haugen, Jordhøy & Hjermsstad, 2008).

Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på palliasjon lyder slik:

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 pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Sitert i Helsedirektoratet, 2013, s. 10).

Hos pasienter med en antatt forventet kort levetid vil det bli mange nye utfordringer knyttet til behandling, pleie og omsorg. Et hovedfokus som er vesentlig bør være livskvalitet, og hvordan vi kan bedre og tilrettelegge situasjonen best mulig (Kaasa, 2008).

3.3.2 Det spesielle med å være kreftpasient i palliativ fase

Pasienter med kreft vil ha store belastninger med både bivirkninger av medikamenter, men også selve smerten som sykdommen gir. Stein Kaasa sier dette om det å få en kreftdiagnose: «Det å få en kreftdiagnose er en belastning i seg selv, og belastningen blir enda større hvis man får beskjed om at sykdommen ikke er kurerbar» (2008, s. 38). Det er veldig individuelt hvordan sykdommen utarter seg. En del pasienter vil leve kortere, mens andre pasienter vil leve lenger og ha behov for behandling over flere år (Iversen, 2012).

Av kreftpasientene i palliativ fase vil 70 % til 80 % lide i de siste dager eller måneder av intense smerter før de dør av sin sykdom (Husebø, 2005). I palliativ fase vil mange måtte kjempe seg gjennom utfordrende og ubehagelige plager som sykdommen gir. Dette vil blant annet handle om kvalme og brekninger, depresjon og angst, smerter, dårlig appetitt, og obstipasjon. Disse plagene vil mer eller mindre være en stor påkjenning for pasienten (Kaasa, 2008)

3.3.3 Mestring av sykdom

Vifladt & Hopen har en definisjon på mestring og den lyder som følger;

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med å endre (2004, s. 61).

Ut i fra denne definisjonen sier den noe om det vi vil oppnå i møtet med pasienten med kreftsykdom. Kreftpasienten går igjennom en utfordrende prosess når en får vite at en har uhelbredelig kreft (Karoliussen, 2000). Evnen til mestring vil bli utfordret når pasienter får en alvorlig og livstruende kreftsykdom, og dette vil gjøre at mange opplever å komme i en psykologisk krise (Reitan, 2010). Når en pasient vil oppnå et mål, innebærer dette ofte et håp. Håp om noe man tror, eller ønsker å oppnå i fremtiden. Motivasjon vil bli styrket av realistiske mål og når pasienten når mål som er satt, vil dette øke følelsen av mestring og mening (Eide & Eide, 2008).

Det finnes to mestringsstrategier som gjør at man kan takle krav og utfordringer bedre, problemfokuseret- og emosjonsfokuseret mestring. Ved problemfokuseret mestring prøver man å forandre en stressfull situasjon eller å løse et problem. Denne mestringsstrategien velges først og fremst der en mener at noe kan endres, i en selv eller i selve situasjonen. Ved emosjonsfokuseret mestring er meningen å gjøre noe med sin personlige opplevelse av situasjonen. Emosjonsfokuseret mestring vil ikke være rettet mot å forandre på problemet direkte, men å endre opplevelsen av situasjonen (Kalfoss, 2001).

3.4 Sykepleiefokus

3.4.1 Sykepleiefunksjon

Sykepleieren har en viktig rolle for å smertelindre fysiske smerter hos brystkreftpasienter med metastaser til skjelettet, da det er sykepleieren som tilbringer mye tid sammen med pasienten, og kan vurdere pasientens smerter og virkning av smertelindringen hele tiden. Kartlegging og registrering av de smertene som oppstår hos pasientene er viktig for at videre arbeid med pasienten slik at det blir gitt riktige smertelindring. Sykepleierens oppgaver ved behandling av smerter er å kartlegge smerter, delta i en tverrfaglig avgjørelse om hvilke medikamenter som bør gis, administrere medikamentell smertebehandling, observere og rapportere bivirkninger, kontinuerlig vurdere smertelindringen og sette inn supplerende tiltak for å redusere opplevelsen av smerter (Kvåle, 2002).

3.4.2 Observasjon, evaluering og rapportering

Grunnleggende sykepleie går ut på å observere pasienten og dette gjøres ved å bruke sanser for å innhente data om pasientens tilstand. Slike ferdigheter som det her kalles også et klinisk blikk og det er knyttet til sanser som syn, hørsel, lukt og berøring. Sykepleieren skal observere gjennom teoretiske og praktiske erfaringer (Kristoffersen & Breievne, 2005).

Evaluering har som hensikt i lindrende behandling å bedømme effekten av smertelindringen som er prøvd. Det deles inn i to typer evaluering, formativ og summativ. Formativ foregår kontinuerlig, mens summativ evaluering gjøres når sykepleieren har planlagt tiltak og forventer mål (Kristoffersen et al., 2005).

Når vi henter inn opplysninger om pasienten er det via primærkilde som er pasienten selv. Sekundærkilden vil være pårørende eller tidligere journalpapirer. Sykepleiedokumentasjon er definert som en selvstendig del av pasientjournalen, og dette er det vi sykepleiere har ansvar for. Dokumentasjonen skal bidra til pasientens sikkerhet og å sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleie og behandling. Det som står i journalen til pasienten fungerer som et juridisk dokument og synliggjør et faglig ansvar. Et eksempel på dette kan være smerter til en brystkreftpasient med metastaser til skjelettet. Det er beskrevet sammen med mål, ressurser og tiltak som er dokumentert og evaluert, og da vil det tydelig vise hva som er passende tiltak, og hva som fungerer for akkurat denne pasienten eller hva som ikke fungerer (Skaug & Andersen, 2005).

3.4.3 Joyce Travelbees sykepleieteori

I boken Mellommenneskelige forhold i sykepleie (2001) beskriver Travelbee sin egen teori som hun har erfart gjennom praksis, og med dette viser hva hun legger vekt på i møte med

pasienter. Travelbee skriver om flere begreper i sin teori, men vi har valgt å støtte oss til de av dem vi mener passer best til vår tematikk i oppgaven. For å få en litt bedre oversikt og klarhet i begrepene, har vi valgt å beskrive menneske - til- menneske - forhold, lidelse og håp kort hver for seg.

Travelbee sin definisjon og tenkning om sykepleie omhandler dette; «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, hvis nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (2001, s. 29). Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie dreier seg om en eller flere opplevelser, eller erfaringer som blir delt mellom sykepleieren og den som er syk. Det som er et vesentlig kjennetegn på dette er at sykepleiebehovene blir ivaretatt. Både sykepleier og den som er syk vil i dette forholdet være viktig og meningsfylt for hverandre. For at sykepleieren skal kunne møte pasientens behov, må også sykepleieren ta hensyn til sine egne behov. Dette er en gjensidig prosess hvor både sykepleieren og pasienten må se på hverandre som mennesker, samt bak sykepleierens autoritære forhold og bak diagnoser til pasienten. Det er her sykepleieren skal jobbe for å tilfredsstille viktige behov for den syke (Travelbee, 2001).

Lidelse er et ord med flere meningsnyanser, men det brukes for å beskrive menneskets opplevelse av psykisk og/eller fysisk smerte (Travelbee, 2001). Alle mennesker vil fra tid til annen avvike fra en god helsetilstand, og de vil enten direkte eller indirekte bli rammet av en lidelse i løpet av sitt liv. Sykepleierens funksjon er å hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse når dette inntreffer livet. For at sykepleieren skal kunne gjøre en god jobb, må hun være omtenksum og gi god omsorg selv om sykdommen kanskje ikke kan helbredes. Uten denne innsikten i den sykes situasjon vil ikke sykepleieren kunne gi god omsorg, og derfor vil det bli ikke bli meningsfylt hjelp til pasienten. Det vil være viktig for sykepleieren som er den profesjonelle hjelperen, og være åpen om samtale om døden og høre om eventuelle tanker pasienten måtte ha rundt dette. For at pasienten skal kunne føle trygghet og aksept vil rett kunnskap om smerter, lidelse og døden være viktige momenter for sykepleieren å kunne noe om. Dette for å betrygge pasienten og virke støttende i den vanskelige situasjonen. Sykepleieren må gå frem på en varsom måte for å bli kjent med pasientens syn på egen sykdom, slik at hun kan hjelpe pasienten med å finne mening i sin lidelse der og da (Travelbee, 2001).

Mennesker som er midt oppe i en alvorlig situasjon eller sykdom, vil kunne finne motiverende faktorer i lidelsen med håp (Travelbee, 2001). Hun hevder at håp kan gi den syke pasienten energi og ekstra krefter til å overvinne sykdom. Travelbee definerer håp slik; «Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (2001, s. 117). Mennesker som har et håp baseres på at de beholder troen på at noe kommer dem til unnsetning når de vil trenge hjelp en gang i livet. Hos den uhelbredelige syke pasienten i palliativ fase kan håp være aktuelt også, men mest av alt vil det basere seg på ønsker om å bli frisk. Dette vil være urealistisk siden den syke innerst inne vet at det ikke er noen annen utvei enn døden. Ved at man kan se problemet i øynene på tross av redsel for utfallet i egen sykdom, vil det å beholde håpet gi bedre utholdenhet og mot i den vanskelige fasen pasienten er inne i (Travelbee, 2001).

3.4.4 Samtale og samhandling

God samhandling og kommunikasjon med kreftpasienter er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie. Kommunikasjon er et godt redskap ved informasjonsoverføring, men det viktigste er det å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Reitan, 2010). Samtalen vektlegger tre forskjellige deler som er en begynnelse, midtdel og avslutning (Eide & Eide, 2007).

Hovedfunksjonen til åpningsdelen er å etablere relasjonen, skape kontakt og trygghet, klargjøre rammene om samtalen og forberede prosessen ved å identifisere problemer og/eller nå samtalens mål. Midtdelen har som oppgave å få frem pasientens perspektiv og opplevelse, identifisere problemene, utforske disse og styrke relasjoner. Avslutningen skal være å ta initiativ til å avrunde, sammenfatte innholdet, justere oppsummeringen og bekrefte nye avtaler (Eide & Eide, 2007).

Sykepleiere skal kommunisere profesjonelt og det er da viktig å rette seg etter det pasienten mener er sentralt, og har behov for å snakke om. Sykepleieren må se hva som kan være sentralt, for det kan være til hjelp for den andre å kjenne igjen det som er betydningsfullt for seg selv. Opplevelsen av å bli sett er grunnleggende for å skape relasjon, tillitt og trygghet. God relasjon mellom pasient og sykepleier har mye å si for behandlingsresultatet. Et viktig prinsipp i møte med pasient er å være åpen og lyttende, vise empati og kommunisere tilbake på en åpen, direkte og faglig begrunnet måte (Eide & Eide, 2007).

Det oppstår ofte fortvilelse over egen situasjon når livet går mot slutten. Pasienten kan lette på vonde følelser gjennom gråt og sykepleieren kan med berøring formidle nærhet, ro, trygghet, omsorg, trøst og empati, noe som kan være svært beroligende for pasienten. Det å bli tatt på og berørt fysisk av et annet menneske kan bety mye for personens selvoppfattelse, og bidra til økt opplevelse av velvære. Sykepleier må samtidig være bevisst på at ikke alle liker denne form for kommunikasjon. En kan selv tenke seg hvordan en ville blitt møtt og forstått (Kristoffersen et al., 2005).

3.4.5 Kartleggingsverktøy

Det er flere redskap som blir brukt for å få en forståelse for pasientens kreftmerter. Vi velger å ta for oss kartleggingsverktøyene Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) og Visuell Analog Skala (VAS). Disse kartleggingsverktøyene har vi har funnet mest pensum om, og har mest erfaring med disse fra praksis.

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) blir brukt da subjektive symptomer er sentralt i den lindrende diagnostikk, og i oppfølgingen av behandlingen. ESAS kan benyttes for alle pasienter med langkommet sykdom, men det er spesielt utviklet for bruk i lindrende behandling. I Norge blir det anbefalt å bruke ESAS regelmessig og systematisk til alle kreftpasienter i lindrende behandling. Skjemaet består av åtte av de vanligste symptomene palliative kreftpasienter opplever som er smerte i ro, smerte ved bevegelse, slapphet, kvalme, tung pust, munntørrhet, appetittløshet, angst/uro, trist/deprimert. De inneholder også spørsmål om hvordan alt tatt i betraktning er, og hvordan pasienten har det i dag? For hvert symptom blir det benyttet en skala fra 0-10, pasienten skal her angi symptomintensitet ved å sette ring rundt det tallet på skalaen som best samsvarer med hvordan de opplever intensiteten (Kaasa & Loge, 2008).

VAS (Visuell analog skala) er en smerteskala på en linje med nummer 0-10, der null er ingen smerte og ti er verst tenkelig smerte. Ved bruk av denne skalaen er det snakk om å bruke ord i stedet for tall. Ordene her er også plassert på ytterpunktene og flere steder på linjen mellom ytterpunktene. Sykepleier har mest utbytte av VAS skala når hun ser endringer (Almås et al., 2001).

3.4.6 Smertekartlegging

Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har ofte flere symptomer samtidig. Smerte er et av de symptomene som fremkommer hyppigst, og er et symptom som kan behandles på flere måter.

Det bør foretas en systematisk smertekartlegging ved uttalte smerter. Sykepleier må danne seg et bilde av smertens karakter, intensitet og årsak. Ut ifra denne kunnskapen kommer man som regel frem til smertetype og sykepleier vil da kunne lede til nødvendige tiltak som igangsettes for å behandle smerten (Kaasa & Loge, 2008).

Smertelokalisasjonen kan alene, eller sammen med smertetypen bestemme hvilket organ eller hvilke vevsstrukturer som er grunnen til smertene. Smertetypen vil som regel være avgjørende for valget av behandlingsmetoden. Smerteintensiteten sier noe om hvor vondt har pasienten fra en skala fra 0 til 10. Dette kan redskapet VAS hjelpe med å finne ut av (Bjørø, 2010). Tidsaspektet gir opplysninger til sykepleier som er viktig for optimaliseringen av doser og beregning av doseintervaller. Kortere virketid ved ellers stabil effekt kan tyde på raskere nedbryting av legemiddelet og krever en oppjustering av dosen eller kortere doseintervaller. Spørsmål vi kan stille pasienten kan være; når begynte smerten, varierer smerter i løpet av døgnet og hvor lang tid etter inntak av legemidler kommer effekten og hvor lenge varer den? (Bjørø, 2010). Andre faktorer som kan ha en betydning for smerter; er om det er fysisk eller psykisk smerte? Har pasienten selv en metode som reduserer smerten? Er det noen emosjonelle, sosiale eller eksistensielle forhold som innvirker på smerteopplevelsen? I tilfeller der det ikke dreier seg om fysisk smerte kan en ta i bruk psykolog, psykiater, prest, sosionom og så videre for å bidra til at disse typer smerter får en mindre plass i pasientens bevissthet (Bjørø, 2010). Andre undersøkelser som er spesielt ved nevropatisk smerte kan en grundig undersøkelse hos nevrolog være påkrevd. Røntgenundersøkelse, ultralyd, skjelettscintigrafi, CT og MR kan gi viktige opplysninger for smertediagnose og behandling (Bjørø, 2010).

3.4.7 Smertelindring

Noen pasienter er mer følsomme for smerte enn hva andre pasienter er. Forskjellig grad av smertefølsomhet for forskjellige typer smerte kan også ha innvirkning på hvordan pasienter opplever smerten selv. Ikke alle pasienter responderer likt på smertebehandling, og dette vil være en utfordring for sykepleier (Kaasa & Loge, 2008). Hos de fleste pasienter med uhelbredelig kreft er smerter det alvorligste symptomet, og derfor er smertelindring det viktigste for å unngå slike symptomer. Målet for behandlingen hos pasienter med kort forventet levetid er på best mulig måte å påvirke vevsskaden, smertehemmingen, smerteopplevelsen og konsekvensene. Medikamentellbehandling i fellesskap med antitumorbehandling utgjør til sammen 95 % av behandlingen til kreftpasienter med smerter (Bjørø, 2010).

3.4.8 Medikamentell behandling

Mange kreftpasienter får utilstrekkelig smertebehandling både på grunn av redsel for opioider hos pasienten og mangelfulle kunnskap hos behandleren (Bjørgero, 2010). Morfin er det som blir mest brukt, og det som bør være grunnlaget for all opioidebehandling i smertebehandlingen hos kreftpasienter. Når ikke-opioide analgetika alene ikke gir tilfredsstillende smertelindring, skal det raskt bli skiftet til sterkere opioider som morfin. Ketobemidon, fentanyl, oksykodon, metadon og petidin blir også brukt i behandlingen av kreftmerter (Bjørgero, 2010).

Morfin er referanselegemiddelet. Det finnes både til peroral bruk som tabletter, mikstur og langtidsvirkende «slow release» tabletter, som suppositorier og til injeksjon som virker smertelindrende ved sterke smerter (Bjørgero, 2010). Ved ustabile smertetilstander hvor pasienten ikke kan ta tabletter bør morfin gis subkutan (Kaasa, 2012).

Ketobemidon er litt svakere enn morfin, og finnes i hurtigvirkende tablett eller til injeksjon. Det egner seg best til behandling av akutte smerter eller akutt forverring (Bjørgero, 2010).

Fentanyl er et fettløselig opioide som kan penetrere intakt hud, noe som utnyttes ved fentanyl smerteplaster, fentanyltablett på munnpinne og buprenorfin-smerteplaster. Det bør kun gis ved stabile smertetilstander (Bjørgero, 2010; Kaasa 2012).

Oksykodon finnes både som hurtigvirkende og langtidsvirkende tabletter. Det er ett alternativ på lik linje med de nevnte perorale opioider, og det gis ved gjennombruddssmerte og dosetitrering (Bjørgero, 2010; Kaasa, 2012).

Metadon er ekvipotent med morfin, og har vesentlig høyere biologisk tilgjengelighet. Dette medikamentet har blitt lite brukt på grunn av risiko for akkumulasjon og overdosering ved feil administrering (Bjørgero, 2010).

Petidin har ingen analgetiske fordeler fremfor morfin, og blir lite brukt i behandlingen av kroniske kreftmerter (Bjørgero, 2010).

3.4.9 Smertetrappen

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet retningslinjer ved smertebehandling til kreftpasienten i palliativ fase. I disse retningslinjene står det om smertetrappen, og den har fire trinn. Man begynner på trinn en, og etter hvert som pasienten opplever mer smerte går man opp ett trinn (Bjørgero, 2010). På alle trinnene i smertetrappen kan det bli nødvendig å benytte seg av tilleggsmedikamenter da dette vil forsterke den analgetiske effekten (Almås et al., 2001).

Trinn en står for behandling med ikke-opioide analgetika. Denne gruppen omfatter ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID-preparater) og paracetamol.

Trinn to representerer behandling med kombinasjonspreparater som består av et ikke-opioid analgetikum i et fast forhold til et svakt opioid. Det vanligste svake opioidet er kodein.

Trinn tre viser til behandling med sterke opioider der det vanligste er morfin.

Trinn fire viser til transdermal og invasiv behandling og gjelder i hovedsak to pasientgrupper. Den ene av de som av ulike årsaker ikke kan behandles peroralt, og den andre gruppen er pasienter der store perorale opioidedoser ikke kontrollerer smertesituasjonen, eller der hvor behandling gir uakseptable bivirkninger (Bjørgero, 2012).



(www.cancer.dk)

3.4.10 Bivirkninger ved bruk av opioider

De mest vanligste opioidebivirkningene er kvalme, brekninger, sedasjon, svimmelhet og hallusinasjoner. Disse kan også skyldes cerebral påvirkning. Bivirkningene er doseavhengige og jamført administrasjon av et ikke-opioid analgetikum gjør i en rekke tilfeller at opioidedosen kan senkes, og bivirkningene reduseres. Man skal gi pasienten et laksantiapreparat sammen med oppstart av sterke opioider på grunn av at obstipasjon viser liten toleranseutvikling (Bjørgero, 2010).

Kvalme og brekninger er en vanlig bivirkning og ca 50 % av pasientene som blir behandlet med opioider blir forbigående kvalme. Før man setter i gang behandlingen bør man så langt det er mulig iverksette nødvendige diagnostiske tiltak for å få en oversikt over årsaker til symptomene. Man bør sette i gang hvert tiltak i serie for å få utført en evaluering av hva som er mest effektivt (Bjørgero, 2010; Kaasa, 2012).

Obstipasjon er en veldig vanlig og langvarig bivirkning ved opioidebehandling, og skal alltid forebygges. Når behandlingen med opioider oppstartes, begynner også opstipasjonprofilaksen. Mange kan til tross for avføringsmiddel bli obstipert på grunn av dehydrering og inaktivitet (Bjørgero, 2010; Kaasa, 2012).

Sedasjon som er forårsaket av opioidebehandlingen er ofte forbigående. Hvis det ikke er forbigående bør dosen reduseres og alternativ smertebehandling vurderes (Bjørgero, 2010). Hallusinasjoner og forvirringstilstander som bivirkning er ofte et problem, særlig for de eldre kreftpasientene. Dette fører ofte til at opioidedosen må reduseres eller at en må bytte til et annet behandlingsalternativ (Bjørgero, 2010).

Respirasjonsdepresjon kan opptre i begynnelsen hos enkelte opiodenaive eller hos pasienter med sterkt redusert almenntilstand. Rask toleranseutvikling og smertenes stimulering av respirasjonssenteret gjør at respirasjonsdepresjon ikke utgjør noe problem (Bjørgero, 2010).

4.0 EMPIRISKE FUNN

Gjennom denne drøftningsdelen skal vi anvende teori, forskning og egne erfaringer som er beskrevet i teoridelen for å synliggjøre sykepleierens funksjon i smertelindring til kreftpasienter. Vi vil drøfteproblemstillingen vår som er: «Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre fysiske smerter hos brystkreftpasienter i palliativ fase for at pasienten skal kunne mestre å leve med kreftsykdom?». I følge Dalland (2012) er drøfting å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider (Dalland, 2012).

Vi har strukturert drøftingen med pasientfokus først som er; pasientens mestring av kreftsykdom, samhandling og samtale. Deretter kommer sykepleiefokus som er; sykepleiers funksjon, Joyce Travelbees sykepleieteori, kartlegging og medikamentell behandling.

4.1 Mestring av kreftsykdom

Pasientene må stå i situasjoner som før var mye enklere å fullføre. For hva vil det si å miste noe man er vant til, og som er viktig for en? Det er her mestring blir en utfordring for pasienten, og det er viktig at sykepleieren er med på hele prosessen, slik at det blir lagt til rette for at pasienten holder på ressursene sine, og ved det er det lettere å mestre noe i hverdagen. Pasientene vil ikke klare å prestere likt som før sykdommen inntraff, men det pasienten klarer selv, skal pasienten fortsette å gjøre. Dette er ikke for at sykepleieren skal være vanskelig ovenfor pasienten, men til syvende og sist vil det gi seg som en belønning for strevet pasienten gjør, og det vil oppstå en mestringsfølelse. Det er ikke alltid det går fremover i denne mestringsprosessen. Noen ganger vil pasienten måtte ta noen steg tilbake, og dette kan føre til en følelse av bitterhet og tap av krefter. Noen ganger må pasienten innse at han ikke kan sikte like høyt med forventinger som han har gjort før. Sykepleieren må derfor bidra med å justere mål, og bearbeide tap i prosessen for å gjøre mestring om til en god oppnåelse igjen. For at sykepleiere og annet helsepersonell skal kunne hjelpe pasienten med mestring, vil det være vesentlig å forstå pasientens situasjon. Vedkommende vil da få støtte til å takle følelser som bestemmer innholdet og møte den konkrete mestringen hver dag (Vifladt & Hopen, 2004).

Sykepleier vil hjelpe pasienten med det som må gjøres for å føle at de mestrer hverdagen med en uheldelig kreftsykdom. Dette vil sykepleier gjøre ved at hun hele tiden er til stede for å kunne hjelpe pasientene med å takle det som skjer i livet deres. Mestring går mye ut på å kunne se ressursene til pasienten der og da. Pasientene i palliativ fase må takle en hverdag

som er annerledes enn et liv uten sykdom. Noen endringer vil skje drastisk, mens andre endringer vil være mer moderate og skje over tid med tilvenning (Vifladt & Hopen, 2004).

Kreftpasienter er de som i det lengste håper på og bli kurert, og håp er noe som er tilstede hos de fleste kreftpasienter. En trussel for håpet kan være symptomet smerte som blir utløst av sykdommen, men kreftpasienter har et større håp enn andre mennesker. Smerte er ofte et dårlig tegn på at kreftsykdommen utvikler seg, og kreftpasientene kan få en omdefinering på hva som er viktig i livet når pasienten er i palliativ fase med alvorlig uhelbredelig sykdom (Utne, 2010).

På den ene siden er håp betinget med goder, men når håpet ikke forekommer vil det på den andre side oppstå håpløshet. Pasienten vil gjentagende ganger miste motivasjonen, og få mindre forventninger i forhold til å oppnå mestring av sykdommen. Pasienter vil trenge å ha håp i en mestringsprosess. Uten håp vil det være vanskelig for sykepleier å hjelpe pasienten til å se andre løsninger på problemene eller andre muligheter i den vanskelige tiden. Travelbee (2001) ser på håp som en motiverende faktor som gjør mennesker i stand til å takle vanskelige situasjoner, og mestre vonde opplevelser. Den motiverende faktor er trolig den impulsen av håp som gir pasienten krefter til å gjøre krevende oppgaver, eller i stand til å overvinne vanskeligheter. Som Målfrid. J. Frahm Jensen (2003) skriver i diktet om håp må man prøve å finne en glede i livet og ha et lite håp, tross smerten sykdom medfører.

4.2 Samhandling og samtale med kreftpasient

Kvåle (2006) sier noe om hva som kjennetegner den omsorgsfulle sykepleieren og hva pasienter opplever som viktig for god omsorg. Resultatene av studien til Kvåle (2006) viser at det som ses på som nødvendig for opplevelsen av god omsorg, er at sykepleieren ser pasienten som et enkeltmenneske og et individ, ikke bare som en kreftpasient. Dette er noe vi ser på som veldig viktig, det å se pasienten som et individ, snakke med pasienten som et individ og ta hånd om pasienten som et individ. Pasientene i studien ble bedt om å utdype hva sykepleierne sa eller gjorde som ga de opplevelsen av god omsorg. Det ble gruppert i følgende tema; *de bryr seg om meg, de tar seg tid til å snakke, de gir informasjon og forklarer, de er smilende og glade og har humor*. Sykepleieren håndterte omsorgen både som en relasjon og som praktisk handling (Kvåle, 2006).

Vi har erfart gjennom praksis at det oppstår dårlig kommunikasjon om sykepleieren har dårlig evne til å kommunisere, og hvis sykepleieren ikke helt vet hvor samtalen skal gå. En nødvendighet for å kunne møte pasienter og pårørende på en profesjonell måte er at sykepleieren har kunnskap om fag, kunnskap om kommunikasjon, evne til etisk refleksjon, et bevisst menneskesyn, empati, mål med informasjonssamtalen og en plan for hva en vil oppnå (Eide & Eide, 2007).

Vi mener at kommunikasjon er det viktigste i et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, da sykepleieren tilbringer mye tid sammen med pasienten i forbindelse med stell og pleie. I disse situasjonene er det veldig viktig å oppnå god samhandling og samtale med pasienten. Sykepleier må være oppmerksom på både den verbale- og non-verbale kommunikasjonen (Reitan, 2010).

Travelbee (2001) ser på kommunikasjon som en gjensidig prosess som sykepleieren bruker for å søke og for å gi informasjon, og som den syke bruker for å få hjelp. Hun hevder også at kvaliteten på kommunikasjonen kan ha stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjonen. Det Travelbee (2001) mener med dette er at kommunikasjonen kan brukes til både å gjøre forholdet mellom sykepleier og den syke nært, men på den andre side kan den også føre dem fra hverandre. Vi har erfart at det er svært viktig at sykepleier er veldig oppmerksom på hvordan hun ordlegger seg, og at hun er oppmerksom på kroppsspråket da sårbarhet hos kreftpasienter ofte kan oppstå. Travelbee (2001) sier at dersom sykepleieren ikke er interessert i pasienten, vil dette uansett skinne igjennom om den verbale kommunikasjonen er der. Om pasienten oppfatter sykepleieren som ikke-troverdig vil dette sannsynligvis ha en veldig negativ innvirkning på tillitsforholdet mellom de to.

Verbal kommunikasjon foregår ved tale eller tekst (Reitan, 2010). Non-verbal kommunikasjon omfatter kroppsspråk, kroppsholdninger, ansiktsuttrykk, stemmeføring og kremting (Reitan, 2010). Sykepleier bør være klar over den verbale- og non-verbale kommunikasjonen. Det kan i noen kommunikasjonssituasjoner være vanskelig for sykepleier å se hele situasjonsbildet, og dårlige kroppsholdninger kan oppstå. Ut i fra dette er det viktig å reflektere over egen kroppsholdning i møte med pasienter.

I studien til Kvåle (2006) viser det seg at pasientene satte pris på at sykepleiere kunne kommunisere med pasientene samtidig mens de utførte praktiske prosedyrer og handlinger.

De forventet da at sykepleierne mestret de praktiske prosedyrene, og handlingene på en god måte samt at de var trygge på prosedyren de utførte. Pasientene sa at de følte trygghet da sykepleierne ga informasjon som en automatisk handling under utførelsen av prosedyren. Studien fant også ut at sykepleier gjennom sine holdninger og handlinger har veldig stor makt i møte med pasienten om deres opplevelse av situasjonen som kreftpasient i sin helhet (Kvåle 2006).

Vi ser også viktigheten med å informere og undervise pasienten for å få en god relasjon mellom sykepleier og pasient, da tillit blir bygd på kunnskap. Vi har i praksis sett pasienter som er redde for å få smertestillende medikamenter, de ofte er redde for å bli avhengige, og redd for å få mange bivirkninger. Dette viser at sykepleier har en veldig stor rolle i forhold til å informere om smertelindring, og for at pasienten ikke skal vær redd for å motta medikamentell smertelindring (Reitan, 2010).

Informasjon som sykepleieren formidler til pasienter må bli fortalt på en måte som gjør at håpet bidrar til innsikt, og forståelse av livet med kreft. Informasjon må bli gitt til pasienten på riktig tid slik at det ikke virker skremmende. Med dette hindrer sykepleier at håpet blir fratatt pasienten sammen med kontrollen over eget liv (Reitan, 2010). Undervisning og veiledning er et selvstendig ansvar som sykepleier har i forhold til det første møte med kreftpasienter. Kreftpasienter har ulikt behov for ny kunnskap og læring når det gjelder behandlingsopplegget, konsekvenser av behandlingen, mestring av behandlingsrelaterte bivirkninger og endring av livsstil. Gjennom tilrettelagt undervisning og veiledning utført av sykepleier kan kreftpasienten delta aktivt i helsefremmende tiltak for å få styrket sin mestringsfølelse (Reitan, 2010). Det har mye å si hvordan informasjonen blir gitt, og dette kan ha stor betydning for pasientens evne til mestring (Kvåle, 2002).

Som snart ferdig utdannede sykepleiere ser vi viktigheten med å ta seg tid til pasienten for å opprettholde en god dialog og skape tillit. Pasientene i studien til Boström et al., (2003) uttrykte et behov for å ha en åpen og ærlig dialog med sykepleier om alle problemene som oppsto i forhold til smerte. Når pasientene hadde skapt tillit til sykepleier beskrev de en forbedret mulighet, og vilje til å delta i smertebehandlingen (Boström et al., 2003).

4.3 Kartlegging av fysiske kreftsmarter

Kartlegging er en del av sykepleierens ansvar i forhold til smertelindring av kreftpasienter, og det vil være helt avgjørende med god kartlegging for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. I praksis har vi sett at kartlegging har vært mangelfull eller lite utfyllende. Vi mener at det er viktig med kartlegging, da det viser sykepleier tydelig hvilke smerter pasienten har, hvor smertene er, hvilken smerteintensitet de har og virkning av medikamenter. I artikkelen ”A cancer pain primer” skriver Reeves (2008) om viktigheten av å kartlegge pasientenes smerte. Kartleggingen bør være det første sykepleieren gjør i det første steget i kreftrelaterte smerter. Om kartleggingen ikke blir gjennomført kan det føre til utilstrekkelig smertelindring. Reeves mener at en slik kartlegging skal inneholde en beskrivelse av smertenens beliggenhet, kvalitet, intensitet, varighet, og hvilken effekt smertene har på pasienten. Studien viser at sykepleieren skal dokumentere pasientenes egen beskrivelse om hvordan smertene oppstår (Reeves, 2008).

Det er viktig for sykepleier å kartlegge symptomer, evaluere smertelindringen og rapportere hva som fungerte samt hva som ikke bidro til smertelindring. Det er heller ikke alle pasienter som sier ifra om smertene, da de ikke vil være til bry for sykepleiere. Vi mener at det er sykepleiers oppgave å lese kroppsspråket til pasienten for å finne ut hvordan pasienten virkelig har det. Dette kan vi gjennomføre med bruk av det «kliniske blikket» (Kristoffersen, 2005).

Vi har erfaring med bruk av ESAS skjema, og vi synes at det gir et godt overblikk over pasientens smerteopplevelse der og da. I studien av Baba et al. (2007) konkluderer de med at pasientene følte at ESAS skjemaet inneholdt relevante symptomer, og at spørsmålene var enkle å svare på å fylle inn i skjemaet. Personalet så på ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy for å innhente informasjon om pasienter, og deres symptomer. De syntes at ESAS var et gunstig verktøy til å bruke som daglig kartleggingsrutine på samme måte som å overvåke symptomene i lindrende behandling (Baba et al., 2007).

I det nasjonale handlingsprogrammet for lindrende behandling anbefales det å bruke den norske versjonen av ESAS (Kaasa, 2012). I sykehjemspraksis har vi brukt ESAS skjemaet på lindrende enhet, og fått gode tilbakemeldinger av pasienter som har tatt dette i bruk. Pasientene syntes også at det ga et helhetlig bilde av smertene deres. I følge Myhra & Grov (2010) brukes kartleggingsverktøyet ESAS i større grad på palliativ enhet på sykehjem enn ved avdelinger med få senger til pasienter i palliativ fase. Forskjellene på de ulike avdelingene

gjaldt arbeidet med bruk av ESAS. De palliative enhetene har i større grad skriftlige rutiner for bruk av ESAS, og de ansatte har fått mer opplæring av hvordan ESAS blir brukt enn ved avdelinger med få senger til pasienter i palliativ fase (Myhra & Grov, 2010).

ESAS ble utviklet som et verktøy for kartlegging av symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase. Skjemaet består av symptomregistrering, og et grafisk skjema hvor man krysser av skåringer for hvert av symptomene over tid. ESAS kartlegger ni symptomer som pasientene skal krysse av for (Myhra & Grov, 2010). Dette skjemaet er på den ene siden veldig enkelt å anvende for de fleste kreftpasienter, men på den annen side er det ikke alle som klarer å anvende dette skjemaet på grunn av at den fysiske tilstanden er for dårlig. Vi mener at det er viktig å bruke ESAS selv om pasienten er for dårlig til å utfylle det selv. Sykepleier kan bistå pasienten med utfylling av skjemaet. Observasjoner sykepleier må utføre i tillegg til symptomregistreringen er å se om pasienten har smerter, uro, kvalme, tungpust og munntørrehet. Dette er observasjoner sykepleiere utøver ved hjelp av sanser, som også blir omtalt som det kliniske blikk (Kristoffersen, 2005).

Ved bruk av VAS må ikke smerteskåren bli på over tre. Om skåren blir på over tre bør påfyll av smertestillende medikamenter bli utført av sykepleier. Etter påfyll av smertestillende bør det etter en stund bli tatt en ny smertevurdering for å kunne se effekten av det pasienten har inntatt av smertestillende. Ved bruk av VAS kan det være lettere for sykepleier å bli mer bevisst på ansvaret hun har for å lindre smertene til pasienten (Almås et al., 2001).

4.4 Smertelindring med medikamentell behandling

Medikamentell behandling og antitumorbehandling representerer i fellesskap behandlingen hos mer en 95 % av alle pasienter med kreftmerter (Bjørge, 2010). I den totale vurderingen av kreftpasienter kan pasientene også ha smerter som er uavhengige av sykdommen (Kaasa, 2008).

I første trinn på smertetrappen omhandler det svake smerter, og det vil bli brukt et svakt analgetikum og her vil Paracetamol være førstevalget. Det er helt bivirkningsfritt så lenge døgndosen til pasienten ikke overskrider 4 gram. De non-steroide antiinflammatoriske stoffene (NSAID) kan være en god tilføyelse. Når disse preparatene blir tatt i bruk, er det viktig for sykepleier å være oppmerksom på risikoen for ventrikkelblødning, og ikke minst hvis

pasienten har trombocytopeni som er mangel på blodceller som kan forekomme etter kjemoterapi (Ankersen et al., 2000).

I andre trinn på smertetrappen er det tiltagende smerter av moderat styrke, og da kan det anvendes svake opioider som Tramadol eller Kodein. Disse blir ofte kombinert med Paracetamol eller et av de andre legemidlene på første trinn. I mange tilfeller går behandlingen direkte til et av de sterke opioider, og da er Morfin førstevalget både som hurtigvirkende, og som depotpreparat. Alternativt til dette er medikamenter som Ketobemidon, Oxydodon og Metadon. Siden kreftpasienter reagerer forskjellig på opioider, og får forskjellige antall bivirkninger er det ingen maksimaldose for opioider (Ankersen et al., 2000).

I tredje trinn på smertetrappen handler det om når tablettinntaket blir vanskelig, eller umulig å gjennomføre da vil transdermal administrasjon med plaster være den beste grunnbehandling. Smerteplasteret Durogesic, inneholder opioidet Fentanyl, og gir en helt konstant effekt i 2-3 døgn. Andre muligheter sykepleier kan ta i bruk i trinn tre er å skifte opioider, som kan være et bytte fra Morfin til Metadon. Epidural- og spinaladministrasjon blir brukt i utvalgte tilfeller som for eksempel med sterke nevrogene smerter, og fordelene er at opioidet som blir brukt kan kombineres med et lokalanalgetikum (Ankersen et al., 2000).

Fjerde trinn i smertetrappen blir ofte brukt til behandling av pasienter i sluttfasen av livet. Morfin er her det mest brukte opioidet. Dosene skal være tilstrekkelig høye for å oppnå tilfredsstillende smertelindring, selv om det er på bekostning av en våken og klar bevissthetstilstand (Ankersen et al., 2000).

Mange sykepleiere som jobber med kreftpasienter og morfinpreparater assosierer morfin med en hurtig død, og aktiv dødshjelp (Ankersen et al., 2000). Dette underbygger det vi har opplevd i praksis, hvor sykepleierne kviet seg for å gi morfin og de var redd for at morfidosen i seg selv skulle bidra til død. Sykepleier bør ha kunnskap om morfins egenskaper som smertelindring i forhold til at det hjelper pasienten fra visse plager i palliativ fase. Dette gjør at sykepleier ikke trenger å ha fokus på sin egen redsel om bivirkninger, men se utfallet av god smertelindring til pasienten (Ankersen et al., 2000).

Sykepleier bør ha kunnskap om faktorer som kan forsterke smerten gjennom angst, utrygghet, bekymringer, ensomhet, skyldfølelse, søvnmangel, konflikter, depresjon, motstridende informasjon og utilstrekkelig pleie (Ankersen et al., 2000).

I fra egne praksiserfaringer er det opioidet morfin som har blitt mest brukt i smertelindring av kreftpasienter. I følge Hoskin (2008) er det morfin som blir mest anvendt for kreftpasienter i palliativ fase etter at opptrapping til sterkere analgetikum blir påkrevd. Han hevder også at det er avgjørende at man analyserer kreftpasientens smerter. Sykepleier må skille somatiske smerter fra de andre elementene og identifisere de fysiske årsakene til smertene (Hoskin, 2008). Det viser seg at mange pasienter er redde for bivirkninger som morfin bringer med seg. Forstoppelse er en av de bivirkningene kreftpasientene er mest redde for (Hoskin, 2008). Laxantia er et helt obligatorisk legemiddel som blir brukt som supplement til opioidebehandlingen, og dette legemiddelet bør anvendes profylaktisk fra starten av. Lactulose og Laxoberal dråper er eksempel på laxantia som ofte blir brukt (Ankersen et al., 2000). Frykten for bivirkninger av morfin kan føre til at både pasienten, og sykepleieren som skal smertelindre pasienten velger bort morfin på grunn av den potensielle effekten medikamentet kan ha på kreftsmertene (Hoskin, 2008).

Vi har flere ganger i praksis møtt pasienter som er redd for å få opioidbehandling av kraftige smerter. Mange pasienter vi har møtt sier at de ikke har vondt, men på kroppsspråket kunne vi se at dette ikke stemte overens med non-verbale kommunikasjonen. Hvorfor er det sånn er jo et spørsmål vi kan stille oss selv - vil ikke pasienten være til bry på grunn av sykepleieren uttrykker at hun ikke har tid? Vi fant en studie der de forsket på akkurat dette. Hvorfor har pasienter barrierer mot smertebehandling? I følge Taraldsen (2010) har kreftpasienter barrierer mot smertebehandling. Det er av stor betydning å skille mellom psykisk og fysisk avhengighet av smertestillende medikamenter. En bivirkning pasientene ga uttrykk for at de var redde for å få var døsigthet. Nærmere 50 % av de som deltok i undersøkelsen svarte at de var over middels enig i at det å bruke smertestillende kan gjør at man ikke oppdager nye smerter. Pasientene vet ikke hva som skjer i kroppen, og smertestillende medikamenter kan skjule forandringer i helsetilstanden. Sykepleierens oppgave vil være å arbeide med å finne løsninger som kan reduserer pasientenes smerter, og redusere feiloppfatninger, misforståelser og manglende kunnskap om smerter og smertelindring (Taraldsen et al., 2010).

4.5 Observasjon, evaluering og rapportering av kreftpasienten

Kreftpasienter har smerter som en felles fysisk plage og sykepleier har en sentral rolle i å observere smertene, evaluere smertebehandlingen og rapportere virkninger og bivirkninger. Det er sykepleier som tilbringer mest tid sammen med pasienten, og det er da sykepleier kan kartlegge og observere pasienten slik at pasientene får en stabil smertebehandling (Kvåle, 2002).

Tidligere i praksis har vi sett at observasjoner og tiltak over tid som har hatt positive innvirkninger på smertene, og gjennom dette har det gitt pasienten økt livskvalitet og tilfredsstillende smertelindring. Vi har i praksis sett at evaluering og rapportering ofte blir gitt muntlig, noe som øker sjansen for at verdifull og viktig informasjon om smerteproblematikk hos pasienter forsvinner (Almås et al, 2010).

Vi mener at observasjonsevnen til sykepleieren er svært nyttig, da det i noen tilfeller hender at pasienten er veldig forsiktig når det kommer til å uttrykke sine behov. Om pasienten gruer seg til å si noe om sine smerter og plager, så er det sykepleierens oppgave å forsøke å observere pasienten og fange opp uttrykk som tyder på smerte. Hensikten med å observere pasientens smerte og plager er å opprettholde god smertebehandling og velvære (Skaug & Andersen, 2005). Å observere pasienten vil si å bruke sansene sine for å innhente data om pasientens tilstand. Med dette er det ikke bare nok å bruke synet, men også hørsel, lukt og berøring (Skaug & Andersen, 2005).

Det er viktig at sykepleieren innhenter data ved å bruke sanser i det kliniske blikk, i dette tilfellet hvor fysisk smerte er i hovedfokus vil syn og berøring være vesentlig for å følge med på pasientens tilstand. Like viktig som intakte sanser for å gjøre gode observasjoner, er også sykepleierens observasjonsevne avhengig av årvåkenhet og varhet i kliniske situasjoner (Skaug & Andersen, 2005). For å kunne se observasjoner som en helhet er det viktig å ha et godt pasientfokus ved at sykepleieren er bevisst på pasientens personlighet og væremåte. Det er på grunn av at smerten utfall er av en stor individuell grad, og pasienter opplever smerte forskjellig. Det er viktig at sykepleieren er tilstede for å kunne oppfatte ulike smerter, og for å kunne vise en oppriktig interesse for pasienten som person (Skaug & Andersen, 2005). Det som blir observert er viktig og har stor betydning for pasienten med tanke på videre behandling og pleie. Dette er av forståelse at det vil hjelpe til i situasjoner hvor man kan se en

sammenheng ved hjelp av sanser. Det som gir mening, er det som blir registrert og sett (Skaug & Andersen, 2005).

Skaug & Andersen (2005) sier at evaluering er en systematisk granskingsprosess som innebærer å samle inn data som har som hensikt å bedømme kvaliteten til noe i forhold til bestemte mål eller kriterier. Evaluering gir dermed et grunnlag for forandring og utvikling. Når sykepleier evaluerer, bedømmer hun effekten av den sykepleien som er gitt (Skaug & Andersen, 2005).

Smertebehandlingen skal alltid evalueres og nye tiltak settes i verk dersom målet ikke nås. Pasientens smerteopplevelse, behandlingen som gis og effekten av denne skal dokumenteres i pasientens journal (Almås et al., 2010). En sykepleier som utfører helsehjelp, har en plikt og rett til å dokumentere handlingen i pasientjournalen. Journalføringen er den skriftlige dokumentasjonen på det som sykepleier har vurdert, planlagt eller gitt i de situasjoner der det er behov for helsehjelp (Moen et al., 2008).

I følge helsepersonelloven § 40 skal det som står skrevet i pasientjournalen skal være etterrettelig og forsvarlig og i samsvar med god yrkesetikk. I journalen skal det inneholde faktiske forhold og hendelser, opplysninger fra pasienten og andre, i tillegg til helsepersonellens egne vurderinger som vil si bedømmelser av observasjoner, funn, opplysninger og så videre (Moen et al., 2008).

Vi mener at det er svært viktig at sykepleier og lege har en god kommunikasjon seg i mellom, og at de er klar over hvilke oppgaver de har. Sykepleieren kan for eksempel ofte vente på at legen skal forandre doseringen om pasienten ikke blir tilfredsstillende smertelindret. Legen skal gi beskjed til sykepleier om at pasienten kan få andre legemidler eller kortere intervaller mellom dosene. Vi mener at dette er noe sykepleier bør ta tak i med en gang, da pasientene ikke skal ha det smertefullt på grunn av dårlig planlegging og kommunikasjon mellom lege og sykepleier. Vi ser stor viktighet med å observere pasienten og smertene, evaluere de smertestillende medikamentene pasienten står på og til slutt å rapportere virkning, bivirkning og andre faktorer som er viktig for at andre sykepleiere som skal smertelindre pasienten (Almås et al., 2010).

5.0 KONKLUSJON

I denne litteraturstudien har vi funnet litteratur og forskning som viser at mestring og håp har en stor innvirkning på hvordan utfallet av smertelindringen blir. Samtidig tror vi at sykepleierens evne til å hjelpe pasienten med å mestre å leve med kreftsykdom er en svært viktig faktor for å bevare håpet. Kommunikasjon er det viktigste i et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Samtalen er viktig for at pasienten skal kunne få uttrykt sine behov for smertelindring, og bekymringer i den palliative fase. Alle funn viser at informasjon og undervisning er helt grunnleggende for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. Det er gjennom observasjon at sykepleier etter bruk av kartleggingsverktøy oppretter nye tiltak, eller forandrer på gjeldende tiltak om smertebehandlingen til kreftpasienten. Sykepleier skal alltid evaluere de tiltakene som er gjennomført for å se hva som fungerte, og hva som eventuelt må endres på. Rapportering er veldig viktig for å opprettholde kvaliteten på smertelindringen slik at behandlingen skal være tilfredsstillende gjennom hele behandlingen.

Gjennom den palliative fasen får kreftpasienter mange tøffe perioder, og desto viktigere blir det da med en heldekkende kartlegging av smerter for å oppnå god smertelindring.

Kartlegging er første prioritet som sykepleier bør gjennomføre i smertebehandling hos palliative kreftpasienter. ESAS og VAS er enkle kartleggingsverktøy som ikke er vanskelige å forstå, og de er enkle å utfylle både for sykepleier og pasient. Mange sykepleiere som jobber med pasienter som trenger morfin, assosierer dette som en hurtig død og som en aktiv dødshjelp. Vil dette gå utover kvaliteten på smertelindringen til pasienten? Er det på grunn av for liten kunnskap hos sykepleiere at pasienter ikke blir tilfredsstillende smertelindret?

Det å ivareta kreftpasientens behov for smertelindring i den palliative fasen, er og blir et sykepleieansvar. Både gjennom arbeidet med denne oppgaven og i praksis har vi sett at dette kan være en utfordring, og at sykepleiere ofte ikke vet hvordan de skal møte disse pasientene med sterke smerter på bakgrunn av manglende kunnskaper og egen usikkerhet. Vi spør oss hvorfor utdanningen vår ikke gir oss bedre kunnskaper innen smertelindring. Dette vil føre til at vi vil føle oss tryggere på å møte de syke pasienter med en uheldelig sykdom, som også trenger sterke smertestillende medikamenter for å få en tilfredsstillende smertelindring. Vi tror at sykepleieren må få en økt forståelse for viktigheten med kartlegging av smerter på ett tidlig stadium, og samtidig bli mer bevisst på dette området. Sykepleieren må våge å stå i vanskelige situasjoner med pasienten, og dette vil gjøre at det er lettere og avdekke ulike metoder for kartlegging, og iverksette riktige tiltak for pasientene. Dette er vesentlig for å

kunne ivareta kreftpasientens smertelindring i den palliative fasen, og vi mener at dette må få et økt fokus i fremtidig sykepleierutdanning.

6.0 BIBLIOGRAFI

Selvvalgt litteratur merket med *

*Almås, H., Valand, E., Bilicz, J.A. & Berntzen, H. (2001). *Klinisk sykepleie - sykepleie til pasienter med smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 65-115. Antall sider totalt: 50).

*Almås, H., Valand, E., Bilicz, J.A. & Berntzen, H. (2001). Sykepleie til pasienter med smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 96. Antall sider totalt: 1).

*Ankersen, L., Busch, C., Esbensen, A.B., Gamborg, H., Henriksen, H. & Høj, B. ... Specht, L. (2000). *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme*. København: Nyt Nordisk Forlag. (s. 186-202, 366. Antall sider totalt: 17).

*Baba, K., Fransson, P. & Lindh, J. (2007). Use of amodified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences. *International journal of palliative nursing*, 13(12), 610-616. (s. 610-616. Antall sider totalt: 6).

*Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 355-379. Antall sider totalt: 24).

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011). Svulster. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 124-127. Antall sider totalt: 4).

*Bjørø, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I: Reitan, A.M. & Schjøberg, T.K. *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe. (s. 194-213. Antall sider totalt: 19).

*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. (s. 410-419. Antall sider totalt: 9).

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 96, s. 102, s. 104, s. 112, s. 166. Antall sider totalt: 5).

Eide, H. & Eide, T.(2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 219-242. Antall sider totalt: 23).

*Haugen, D. F., Jordhøy, M. S. & Hjermstad, M. J. (2008). Organisering av palliative tilbud. I: Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 197-211. Antall sider totalt: 14).

Helse- og omsorgsdepartementet.(2008). *Samhandlingsreformen* .(St.meld. nr 47, 2008-2009). Oslo: Departementet. (s. 1. Antall sider totalt: 1).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 40. (1999). Lokalisert på:
http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2. (s. 1.
Antall sider totalt: 1).

*Husebø, S. (2005). *Sykdom, sorg & kjærlighet – hva kan vi lære av barn?* Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon. (s. 45-48. Antall sider totalt: 4).

*Iversen, G, S. (2009). Hva er lindrende behandling? *Tidsskrift for kreftsykepleiere*, 28(2), 10-13. (s. 10-13. Antall sider totalt: 3).

*Jensen, M.J.F. (2003). *Livets bølger*. Sandnes: Commentum Forlag. (s. 52. Antall sider totalt: 1).

*Kaasa, S. (2008). Palliative medisiner – en introduksjon. I: Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 31-44. Antall sider totalt: 13).

*Kaasa, S. & Borchgrevink, P.C. (2008). Hva er smerte? – et klinisk perspektiv. I: Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 276-278. Antall sider totalt: 2).

*Kaasa, S. & Loge, J. H. (2008). Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring. I: Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 75-87. Antall sider totalt: 12).

*Karoliussen, M. (2000). Aldring og mestring. I: Karoliussen, M. & Smebye, K.L. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 167. Antall sider totalt: 1).

*Kalfoss, M.H. (2001). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H. (Red.). *Klinisk sykepleie bind.1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 58. Antall sider totalt: 1).

*Kreftregisteret. (2011). Tilfeller pr diagnose og år. Lokalisert på: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>. (Antall sider totalt: 1).

*Kreftregisteret.(2011). Kreftdødsfall i Norge fordelt på primær lokalisasjon og kjønn. Lokalisert på: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>. (Antall sider totalt: 1).

*Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 157-205. Antall sider totalt: 48).

*Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 233-234, s. 247-278. Antall sider totalt: 33).

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26 (79), 15-19. (s. 15-19- Antall sider totalt: 4).

*Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til pasienter med kreft*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (s. 34-35. Antall sider totalt: 2).

*Kåresen, R. & Wist, E. (Red.). (2012). Svulster i mamma. I: Kåresen, K. & Wist, E. (Red.). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 55, s. 316-318. Antall sider totalt: 3).

*McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smerter – lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademiske. (s. 58-68. Antall sider totalt: 10).

*Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring – dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe AS. (s. 37-42. Antall sider totalt: 5).

*Myhra, B.C. & Grov, E.K. (2010). Sykepleiers bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Sykepleien forskning*, 5(3), 210-218. (s. 210-218. Antall sider totalt: 8).

*Nordtvedt, F. & Nesse, J.O. (1997). *Smertelindring - utfordring og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (s. 13-24, s. 37-65. Antall sider totalt: 39).

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. (Rev. Utg.). Lokalisert på: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf. (s. 8-9. Antall sider totalt: 2).

*Reitan, A.M. (2010). Kommunikasjon. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS. (s. 102-119. Antall sider totalt: 17).

*Reitan, A.M. (2010). Krise og mestring. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS. (s. 72-90. Antall sider totalt: 18).

*Reeves, K. (2008). A cancer pain primer. *MEDSURG Nursing*, 17(6), 413-419. (s. 413-419. Antall sider totalt: 6).

Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2006). Smerter. I: Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe. (s. 137-160. Antall sider totalt: 23).

Schjølberg, T.K. (2008). Sykepleie til pasienter med kreft. I: Knustad, U. (Red.). *Sykepleieboken 3 – Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS. (s. 109. Antall sider totalt: 1).

Skaug, E-A. & Andersen, I.D. (2005). Beslutningsprosesser i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 213-214. Antall sider totalt: 2).

*Sosial- og helsedirektoratet (2007). Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter IS 1521. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. (s. 20-22. Antall sider totalt: 2).

*Taraldsen, V.B., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien forskning*, 5(4), 266-276. (s. 266-276. Antall sider totalt: 10).

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 29-39, s. 98-125, s.177-186. Antall sider totalt: 46).

*Tønnesen, T.I. (1998). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelaterede smerter. I: Kaasa, S. *palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (s. 329-347. Antall sider totalt: 18).

Utne, I. (2010). Pasienters opplevelser og reaksjoner på kreft. I: Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS. (s. 247-249. Antall sider totalt: 3).

*Vifladdt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. (s. 58-62. Antall sider totalt: 5).

*Wist, E. (2010). Brystkreft. I: Reitan, A.M. & Schjøllberg, T.K. *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS. (s. 431-438. Antall sider totalt: 7).

Antall sider selvvalgt litteratur totalt: 456

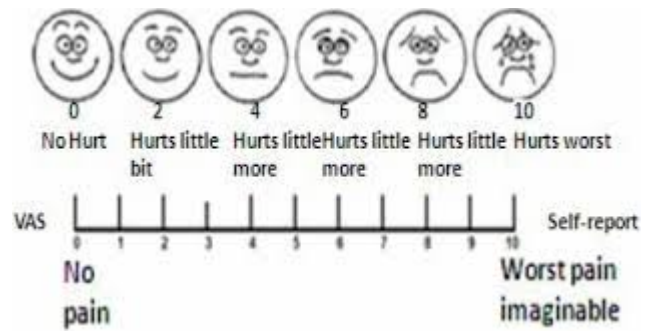
Vedlegg 1

Dato	Søkeord	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Relevans
9/1-14	"pain control" AND cancer	Oria	Etter 2011 Fagfelleverderte artikler	1061	0	1	0	Ikke relevant for våres oppgave.
10/1-14	"cancer-related" AND pain AND palliative care	Oria	Etter 2000 Fagfelleverderte artikler	2282	2	1	"cancer-related pain in palliative care: patients perceptions of pain management" Bostöm et.al, 2003	Høy relevans, da artikkelen handler om kommunikasjonen og samarbeid sammen med sykepleier i forhold til smertelindring. Dette er veldig relevant for våres problemstilling da kommunikasjonen er utrolig viktig for å oppnå tilfredsstillende smertelindring.
10/1-14	"cancer pain primer"	Oria	Etter 2005 Fagfelleverderte artikler	1966	2	1	"A cancer pain primer" Reeves, 2008	Høy relevans da artikkelen trekkes viktigheten av å kartlegge pasientens kreftsmarter frem. Dette er veldig viktig i forhold til våres problemstilling.
12/2-14	modified esas AND cancer AND experiences	Oria	Etter 2005 Fagfelleverderte artikler	50	3	2	"Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences" (Baba, Fransson & Lindh, 2007)	Veldig relevant da artikkelen omhandler både pasienters og sykeleierens syn på ESAS. De onkluderer med at ESAS er lett å anvende og at det burde være et kartleggingsverktøy for daglig rutine

12/ 2- 14	Palliative care AND analgesia AND cancer	Cinahl	Etter 2005 Fulltext	76	4	1	0	Ikke relevant for vår oppgave
12/ 2- 14	Palliative care AND pain management AND cancer	Cinahl	Etter 2005 Fulltext	416	4	1	0	Ikke relevant for vår oppgave
12/ 2- 14	Cancer AND palliative care	Svemed +	Etter 2005 Les online	95	2	1	0	Ikke relevant for vår oppgave
14/ 2- 14	Cancer treatment AND patients experiences	Svemed +	Etter 2005 Les online	13	1	0	0	Ikke relevant for vår oppgave
14/ 2- 14	Kreft, smertebehand ling	Sykeplei en forskning		3	2	1	”Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling” (Taraldsen, Bjordal & Rustøen, 2010).	Veldig relevant for vår oppgave da artikkelen omhandler kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. Det viser seg i studien at kreftpasienter har barrierer mot avhengighet, toleranse, nye smerter og redsel for bivirkninger som dødsighet.
14/ 2- 14	ESAS	Sykeplei en forskning		2	1	1	”Sykepleiers bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)” (Myhra & Grov, 2010).	Veldig relevant for vår oppgave da det viser at ESAS blir anvendt i større grad på lindrende enhet på sykehjem enn på en vanlig sykehjemsavdeling med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Vedlegg 2

Visuell analog skala (VAS).



Vedlegg 3

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

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

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen døsigheit (Døsigheit=å føle seg søvrig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsigheit
--------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ikke kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
----------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Best tenkelig velvære (velvære=hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
-------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Ingen _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Annet problem (f.eks. forstoppelse)

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

Pasient

Pårørende

Helsepersonell

Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

8/12-2010