



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Kartlegging av smerter til kreftpasienter

Pain assessment to cancer patients

May Helen Havdal og Cecilie R. Hansen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Molde, 07.05.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Smertelindring til kreftpasienter

Tittel på engelsk: Pain management to cancer patients

Forfatter(e): May Helen Havdal og Cecilie R. Hansen

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Jeanette V. Unhjem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 07.05.2010

Antall ord: 10 662

Sammendrag

Smerter er en subjektiv opplevelse. Kreftpasienter er ofte preget av varierende og plutselig akutte smerter. Sykepleiere må ha de nødvendige kunnskaper som kan sikre pasientene god pleie og smertelindring. Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan anvende smertekartleggingsverktøy for å bidra til smertelindring for kreftpasienter i sykehus. Det ble tatt utgangspunkt i Goodmans seks av syv ulike steg, og litteraturstudiet består av 13 vitenskapelige artikler og teori som belyser kunnskap om vårt tema. Resultatene viser at sykepleierens utdanning har betydning for forståelsen av pasientens formidling av smerter. Det er viktig at pasienten føler nyttigheten av å utføre et verktøy og at det ikke blir en belastning å fullføre. Kreftpasienters formidling av smerter avhenger av språk, kultur og åndelig aspekter. Kartlegging av smerter er viktig, da sykepleieren kan danne seg et bilde av smertens karakter, intensitet og årsak og hun kan anvende ulike kartleggingsverktøy i symptomregistrering, i papirformat eller elektronisk. Forfatterne konkluderer med at kartlegging og kartleggingsverktøy er nyttig i palliativ pleie. Sykepleier kan dermed bidra til smertelindring hos kreftpasienter som er innlagt i sykehus. Vi ser behovet for mer forskning på dette området for at sykepleieren kan ta i bruk egnede verktøy, som tar utgangspunkt i pasientenes subjektive opplevelse av smerter.

Nøkkelord: Kreft, smerter, smertekontroll, kartlegging, palliativ pleie

Summary

Pain is a subjective experience. Cancer patients are often characterized by various and sudden acute pain. Nurses must have the necessary skills that can ensure good patient care and pain relief. The purpose of literature study was to examine how nurses use pain mapping tools to help relieve pain for cancer patients in the hospital. It was based on Goodman's seven different steps and literature program consists of 13 scientific articles and theories that illuminate our knowledge of the subject. The results show that nurse education is important for understanding the patient's communication of pain. It is important that the patient feels the usefulness of carrying out a tool and that there will be a burden to finish. Cancer patients' communication of pain depends on the language, culture and spiritual aspects. Survey of pain is important because the nurse can form an image of pain character, intensity and cause and she can use different mapping tools in symptom registration in paper format or electronically. The authors conclude that the surveying and mapping tools are useful in palliative care. Nurses can thus contribute to pain in cancer patients who are admitted to hospital. We see the need for more research in this area the nurse can use the appropriate tools that are based on patients' subjective experience of pain.

Keywords: Cancer, pain, pain management, assessment, palliative care

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Kreft smerter	4
2.2 Palliativ sykepleie.....	5
2.3 Formidling av smerter	6
2.4 Kartleggingsverktøy	7
3.0 Metode	9
3.1 Steg 1- Spesifisere forskningsproblemet	9
3.2 Steg 2- Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.3 Steg 3- Formulere en plan for litteratursøkingen	9
3.4 Steg 4- Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte artikler samles inn.....	10
3.5 Steg 5- Kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler	13
3.6 Steg 6- Analyse av resultater	13
4.0 Resultater	14
4.1 Smerteforekomst	14
4.1.1 Palliativ sykepleie	14
4.2 Formidling av smerter.....	15
4.3 Anvendelse av kartleggingsverktøy	16
4.3.1 Validitet og reliabilitet.....	18
4.3.2 Kartlegging av åndelige smerter	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1 Smerteforekomst	24
5.2.2 Formidling av smerter.....	25
5.2.3 Kartleggingsverktøy.....	27
6.0 Konklusjon	31

Vedlegg:

Vedlegg I: Oversiktstabell for inkluderte artikler

1.0 Innledning

Kreft er en av vår tids store folkesykdommer med over 23 000 nye årlige tilfeller i Norge. Dette antallet er antatt å stige til anslagsvis 28 000 i 2020. Økningen i kreftforekomst kan særlig relateres til høyere gjennomsnittlig levealder og det faktum at risikoen for å utvikle kreft tiltar med økende alder (Helsedirektoratet 2006). Stadig flere overlever imidlertid kreftsykdom, og ca halvparten av kreftpasientene lever fremdeles fem år etter diagnose. 5 års overlevelse har økt jevnt de siste 10-årene, for 30 år siden var tilsvarende tall vel 30 %. Det lever for tiden over 166 000 mennesker i Norge som har, eller har hatt, kreft. Økningen i kreftforekomst byr på store utfordringer for samfunnet som helhet, ikke minst når det gjelder kapasitet, kvalitet og organiseringen av helsetjenestene som tilbys (Helsedirektoratet 2006).

Palliasjon innebærer flere målsettinger, som kurativ behandling, livsforlengende behandling, symptomforebyggende behandling og symptomlindrende behandling. I vår litteraturstudie har vi lagt vekt på symptomforebyggende og symptomlindrende behandling. Målet med symptomforebyggende behandling er å forebygge eller utsette symptomer som med stor sannsynlighet kommer raskt uten behandling. Målet kan også være å utsette utviklingen av sykdommen for en tid. Målet med palliativ symptomlindrende behandling er å lindre plagsomme symptomer. Behandlingen er rettet mot en eller flere symptomer (Kaasa 2008).

Kreftpasienter er ofte preget av varierende og plutselig akutte smerter. Dette krever at sykepleieren har kunnskaper som kan sikre pasienten best mulig pleie (Kaasa 2008).

I løpet av våre praksisstudier har vi fått inntrykk av at kreftpasienter har et sammensatt sykdomsbilde, der det er store utfordringer i forhold til symptombehandling og der smerter er det mest fremtredende symptomet. Vi har følt på hvilke ansvar sykepleieren har i det å observere symptomer. Litteraturstudiet er basert på et ønske om å lære mer om sykepleiers rolle i smertelindringen hos kreftpasienter i den palliative fase. Vi vil undersøke hva sykepleier gjør i forhold til kartleggingen av smertene og hvilke verktøy som blir anvendt. På forhånd trodde vi det var forskning på ulike typer verktøy. Noen verktøy ville være mer foretrukket og ha en bedre validitet og reliabilitet. Vi hadde forventninger om at pasienter ville ha ulike måter å formidle smerter på. Det som inspirerte oss i dette arbeidet var å undersøke sykepleierens rolle i arbeidet mot å kartlegge pasientens smerter, og forstå

samarbeidet mellom pasient og sykepleier i palliativ pleie. Disse tankene utviklet seg til et tema, en hensikt og flere problemstillinger vi ønsket å undersøke i denne litteraturstudien.

Hensikten var å belyse hvordan sykepleier kan anvende smertekartleggingsverktøy for å bidra til smertelindring for kreftpasienter i sykehus.

Problemstillinger:

- 1) Hvordan uttrykker og formidler kreftpasienter smerter?
- 2) Hvor egnet er verktøyene til smertekartlegging?

2.0 Teoribakgrunn

I teoribakgrunnen beskriver vi kunnskap om vårt tema. Før vi som sykepleiere kan kartlegge er det viktig å ha kunnskaper om kreftsmarter, forskjellige måter pasienter formidler smerter på, ulike kartleggingsverktøy og sykepleiers rolle i kartleggingen av symptomer hos kreftpasienter i sykehus som mottar palliativ pleie.

2.1 Kreftsmarter

Smerter i livets slutfase vil ofte dominere over pasientens andre sykdomssymptomer. Og smerter vil fremstå for pasienten som et symbol på at døden er nær. Det kan være forskjellige årsaker til smerte. Smerteforløpets lengde og intensitet samt forskjellige smertekvaliteter varierer, avhengig av primærtumors plassering og spredning. Tumor kan trykke på vitale organer eller nerver. Vokser tumor inn i nervene gir det ofte voldsomme smerter. Metastaser kan også gi smerter, som ofte er smertefullt når kreften metastaserer til knoklene. Forskjellig behandling av kreft kan forårsake smerter. Det kan da dreie seg om smerter etter operasjon, strålebehandling og kjemoterapi. Også sårsmarter etter kirurgi (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991). Smerter hos kreftpasienter ses ofte i forbindelse med et langtkommet sykdomsforløp. Hva som påvirker smerten mest er vanskelig å si, men det er ingen tvil om at ulike faktorer som påvirker allmenntilstanden har mye å si for pasientens smerteopplevelse. Det kan være faktorer som: munntørrhet, kvalme, obstipasjon, nedsatt matlyst, isolasjon/ensomhet, nedsatt allmenntilstand, irriterende stimuli, eksistensielle utfordringer, håpet, velvære og økonomi. Konstant fysisk smerte vil gi naturlige psykiske reaksjoner, som angst og depresjon. Når disse smertene eksisterer over lengre tid, kan det føre til dårlig søvn og ernæring samt mangelfull sosiale kontakter. Pasienten kan føle seg isolert og ensom (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991). Kroppen produserer selv stoffer som øker smerten og stoffer som selv reduserer smerten. Balansen mellom stoffene er med på å bestemme graden av smerter en person kjenner. Lokalt i det vevet som er skadet blir det dannet kjemiske stoffer som irriterer smertereseptorene. Kalium og histamin er eksempler på slike stoffer. De stoffene som hemmer smerteimpulser, for eksempel opioider og serotonin, fungerer som transmittersubstanser (Almaas 1992).

Når en sykepleier skal kartlegge pasientens smerter er det også viktig å ta hensyn til de psykososiale elementene så vel som de patofysiologiske elementene. Mennesker har forskjellig smerteterskel og kreftpasienters smerteproblem er ofte komplekst og det kan

være flere smertekvaliteter og smertelokalisasjoner til stede (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991).

2.2 Palliativ sykepleie

Palliativ pleie er en helhetlig ivaretagelse av kreftpasienter. Kreftpasienter har ofte plagsomme symptomer og vil kunne trenge ett eller flere sykehusopphold, hvor de vil trenge kompetansen til et palliativt team. Et palliativt team består av tverrfaglig sammensatt personale, inkludert ressurspersoner med spesielt ansvar for palliasjon. De mest sentrale yrkesgruppene i teamet er lege og sykepleier, men også sosionom, fysioterapeut, og prest. Palliativt team skal ivareta pasienten. Dette innebærer blant annet en kartlegging av pasientens symptomer og plager, den generelle symptomlindringen, informasjon, pårørende, terminal pleie, sorgarbeid og oppfølging av etterlatte, dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene (Kaasa 2008).

I følge Verdens helseorganisasjon(2010)er definisjon på palliasjon:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life- threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Sykepleieren spiller en viktig rolle i den palliative pleien. Hun har et stort ansvar i forhold til å kartlegge anamnesen, dokumentere og observere pasienten. Sykepleiers oppgave vil være å lindre smerten best mulig ved sykepleietiltak. Dessuten vil sykepleierens oppgaver på forskjellige nivå være å avdekke og identifisere behov og problemer og observere pasientens tilstand før og etter behandling. Dette skal føre til at sykepleieren iverksetter sykepleietiltak, men også til at hun skaper kontakt med ressurspersoner. Kvaliteten på pleien som sykepleieren yter til sine pasienter, er utelukkende bestemt delvis av hennes faglige kunnskaper om smerte og ikke minst hennes evner til å samtale, lytte, forstå, akseptere og vise medmenneskelighet (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991). Målet for sykepleien er å hjelpe pasienten til en akseptabel livskvalitet til tross for sykdommen og at pasient og pårørende får den hjelpen de trenger for best mulig å mestre den situasjonen de er kommet i. For å bedre kreftpasientenes livssituasjon kan sykepleieren hjelpe pasienten med å kontrollere ubehagelige symptomer som smerte, kvalme, appetittløshet og tretthet. Sykepleieren kan være med på å skape et godt miljø for pasienten og hans nærmeste, der hans rett til informasjon og medbestemmelse og hans rett til å

reagere som han gjør, blir respektert (Almaas 1992). Som i all annen behandling er det viktig at sykepleieren informerer pasienten om den behandlingen han får. Den erfaringen som sykepleiere har innen smertebehandling må gis videre og fortelle pasienten at det er gode muligheter for å lindre smertene (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991).

2.3 Formidling av smerter

Pasienten må få anledning til å beskrive smerteopplevelsen med egne ord. Denne samtalen bør være en del av den systematiske kartleggingen av pasientens smerter. Smerter er subjektive og pasientens uttrykk er et mål for hans egen lidelse. Det er viktig at sykepleier lytter til pasientens egne erfaringer når hun skal kartlegge smertene. Hvor sterk smerten er, kan nesten være umulig å forklare med ord slik at et annet menneske kan forstå det. Det som måtte være uutholdelige smerter for en pasient, trenger ikke være uutholdelig for et annet menneske. For å få en nøyaktig beskrivelse av pasientens smerter må pasienten si noe om hvordan smertene føles, for at sykepleieren skal kunne skape et overblikk over pasientens smerter i døgnet. Lokalisasjon er en vesentlig opplysning i forbindelse med valg av behandling. At pasienten verbalt beskriver sine smerter vil også åpne muligheten for at han kan forholde seg til den følelsesmessige opplevelsen som er knyttet til smerten (Kaasa 2008).

Sykdomsatferd har både kognitive og emosjonelle komponenter og er bestemt bl.a. av personlighet og tidligere erfaringer, av oppfatninger og holdninger blant familie og av kulturelle forhold. I vår kultur oppfattes kreft synonymt med død og smerter, men kan i andre kulturer oppfattes på andre måter. Ved å formidle faktorer som forverrer eller lindrer smerter, kan sykepleieren danne seg et overblikk over hvilken innflytelse smerten har på pasientens liv og hverdag og pasienten kan utnytte sine ressurser. Han kan også bli bevisstgjort på smertens innflytelse på hans egen livskvalitet (Kaasa 2008). Formidling av smerter er ikke alltid i form av verbal kommunikasjon. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal. Nonverbale signaler sier gjerne noe om relasjonen. Ofte er de nonverbale signalene flertydige og vanskelige å fortolke. Observasjon av pasientens ansiktsuttrykk er et viktig hjelpemiddel for å få informasjon om følelser og reaksjoner som vi ellers ikke ville få tak i (Eide og Eide 2007). Det er også relevant å finne ut hvordan pasienter spiser, drikker, sover, om han klarer å gå, bevege seg og sitte. Å observere respirasjon og puls er også viktig, da smerter og noen typer smertebehandlinger kan påvirke respirasjonen og sirkulasjonen. Det også sentralt å kartlegge pasientens sinnsstemning, evne til konsentrasjon og eventuelle aktivitetsnivå/uro (Knutstad og Kamp Nielsen 2006).

2.4 Kartleggingsverktøy

Smertesmerter kan ikke måles med objektive måleinstrumenter. Smerteopplevelsen er høyst subjektiv, den er utilgjengelig for andres kontroll. Bare den som kjenner smerten kan vite hvordan den føles, hvor intens den er, og hvor lenge den varer. En person kan beskrive smerten for andre, men beskrivelsen er oftest ufullstendig, fordi smerteopplevelsen rommer mer smerte enn det som kan uttrykkes med ord. Hvis beskrivelsen av smertene dessuten ikke blir oppfattet som pålitelig, forsterker dette følelsen av ensomhet, hjelpeløshet og følelsen av å være forlatt av andre. Det at en ikke blir trodd kan være verre enn selve smerten (Almaas 1992). I følge Kaasa (2008) er smerter et subjektivt fenomen, noe som oppleves av pasienten. For å kartlegge et godt resultat bør man starte med en målrettet, åpen samtale, supplert med at pasienten selv fyller ut et spørreskjema og et smertekart. Pasienten må få anledning til å beskrive smerteopplevelsen med egne ord. Dersom pasienten har et komplekst smertebilde, bør man kartlegge en av smertekomponentene om gangen. Målet med kartleggingen er å danne seg et bilde av smertens karakter, intensitet og årsak. Da kan man komme frem til riktig smertetype som skal lede frem til nødvendige tiltak som bør igangsettes.

De mest sentrale symptomer bør registreres systematisk på en enkel måte. Det er utviklet en rekke forskjellige metoder basert på spørreskjemaer, intervjuer eller observasjoner for å kartlegge subjektive symptomer innen palliasjon. I følge Kaasa (2008) viser flere studier at den symptomlindrende behandlingen bedres ved en systematisk symptomregistrering. Relevante opplysninger å innhente i en kartleggingsprosess er smertehistorien, opplysninger om sosial status, psykiske problemer og eventuelle livskriser. Smertebeskrivelse og smertene skal beskrives nøye. Kartleggingen bør si noe om tidsaspekt, lokalisasjon, kvalitet, intensitet, forverring, lindring, behandling og utvikling (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991).

I følge Kaasa (2008) kan man klassifisere smertetilstander på forskjellige måter langs forskjellige akser. Det finnes ulike kartleggingsverktøy som blir brukt. De mest brukte er: Visuell analog skala (VAS), Numeric Rating Scale (NRS), Edmonton symptom assessment scale (ESAS), McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory og Memorial Pain assessment card. Numeric Rating Scale er den enkleste måten å gjøre systematisk registrering på. Pasienten bruker denne for å evaluere smerteintensiteten. McGill Pain Questionnaire er et svært omstendelig verktøy. Det inneholder 78 adjektiver som fylles inn og skal beskrive 20 smertekategorier. Dessuten inneholder det spørsmål om smertens

karakter, smertens intensitet og effekt av medisiner og hvordan smerten virker inn på en rekke daglige funksjoner og aktiviteter. Brukes sjelden i klinisk praksis på grunn av lengden på spørreskjemaet. Brief Pain Inventory er et verktøy som består av et skjema som evaluerer fire hovedkomponenter som er viktig i en smerteanamnese/diagnostikk: smertehistorie, intensitet, lokalisasjon, og kvalitet. I tillegg inneholder det spørsmål om hvorvidt smerten påvirker fysisk aktivitet, emosjonelle forhold, søvn og generelt velvære. Inneholder kroppskart. Memorial Pain assessment Card er utviklet primært til å måle smerte i klinisk kontrollerte studier. Det består av tre visuelle analoge skalaer som målet smerteintensitet, effekt av smertelindrende medisiner og stemningsleie (psykisk tilstand). I tillegg inneholder det åtte ord som beskriver smertens intensitet som rangeres fra ”ingen smerter” til ”uutholdelig smerter”. Egner seg godt til klinisk oppfølging (Kaasa 2008). ESAS er et skjema som gir en pekepinn om hvilke plager pasienten sliter mest med, smerter for eksempel. Hvis det gjøres som en fast rutine daglig eller to ganger per uke, kan en få en indikasjon på om behandlingen hjelper (Rustøen og Stubhaug 2006). De siste årene har flere grupper arbeidet med å utvikle elektroniske verktøy for symptomregistrering. Det arbeides også med ”kunstig intelligens” i utviklingen av neste generasjon IT- baserte symptomregistreringsverktøy.

Man har ikke kommet fram til et klart avgrenset klassifikasjonssystem, og grunnen til det, henger sammen med problemets kompleksitet og mangel på initiativ for å oppnå internasjonal konsensus. Dette betyr at man ikke har et felles språk når man skal kommunisere mellom klinikere (Kaasa 2008).

3.0 Metode

Metodedelen i litteraturstudiet er tilpasset Godmanns seks av syv steg, der vi har identifisert og analysert flere ledd i forskningsprosessen (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

3.1 Steg 1- Spesifisere forskningsproblemet

Formålet med denne litteraturstudien var å finne ut hvordan pasienter uttrykker og formidler smerter samt hvor egnet verktøyene er til kartlegging av kreftsmarter, og hvordan de blir anvendt av sykepleiere.

3.2 Steg 2- Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi ønsket å finne ut noe om kreftpasienter med alder 18 år og eldre, som mottok palliativ pleie. Vi ville ikke fokusere på aldersgrupper under 18 år, da det hadde blitt et større omfang av oppgaven. Gjennom forskningsartiklene ønsket vi å finne konkrete kartleggingsmetoder som anvendes i lindringen av smerter hos kreftpasienter.

Artiklene måtte inneholde søkeordene; *cancer, pain, pain management, assessment, palliative care* og *nurse*. Artiklene skulle være på norsk, svensk, dansk og engelsk. Vi valgte å inkludere pasienter som var innlagt på sykehus og eventuelt de pasientene som var under behandling, knyttet til sykehus. Vi valgte å ekskludere artikler som var eldre enn 10 år samt artikler som omhandlet kreftpasienter som mottok palliativ pleie utenfor sykehus.

3.3 Steg 3- Formulere en plan for litteratursøkingen

Vi tok i bruk nøkkelord fra hensikten vår og utarbeidet en søkestrategi ved hjelp av PICO skjema som hjelpemiddel (Nortvedt et al. 2007). Følgende databaser som ble brukt var: SweMed, Ovid (British Nursing Index, helsebiblioteket journals Ovid), og ProQuest. Alle databasene hadde forskningsartikler som omhandlet helse og sykepleie. Swemed ble brukt for å finne flere søkeord, og målet var å finne synonymer og engelske ord som vi kunne bruke i våre søk. Det ble også foretatt prøvesøk i databasene Medline og Norart, men fant ingen relevante funn og vi utelukket disse databasene av den grunn. Det ble foretatt flere manuelle søk som tok utgangspunkt i referanser av inkluderte artikler. Vi leste også i tidsskrift som ”Journal of pain and symptom management”, ”Journal of pain” og ”Journal of palliativ Nursing” for å se etter forskning. I følge Høgskolens retningslinjer for vår oppgave, skulle alle inkluderte forskningsartikler være refereevurderte. For å undersøke dette, søkte vi opp hjemmesiden til tidsskriftene, som kunne bekrefte at artiklene var

refereevurderte. Den manuelle søkingen og dens fremgangsmåte er beskrevet i steg 4. Noen artikler skrev vi ut i fulltekst og andre ble bestilt til Høgskolesenteret i Kristiansund. Litteratur som ble bruk i oppgaven var pensumbøker, fagbøker, og litteratur fra biblioteket på Høgskolen.

Med utgangspunkt i hensikten med studien søkte vi ordene, *kreft, pasient, sykepleie, sykepleier, smerte, kartlegging, palliativ pleie og sykehus*. Disse søkeordene gikk igjen i de fleste søkene og vi brukte ulike søkekombinasjoner flere ganger for å få andre resultater. Senere tok vi i bruk andre søkeord da vi hadde blitt mer kjent med bakgrunnsteorien. Disse var *dokumentasjon, observasjon, registrering, behandling, onkologi og smertehåndtering*. Etter hvert ønsket vi å søke mer konkret. Vi søkte på de ulike smertekomponentene; *smerteintensitet, smertekvalitet og smertedimensjon*. Vi valgte å oversette disse til engelske søkeord da databasene og artiklene var på engelsk. Etter flere søk endret vi søkekombinasjonene. Vi inkluderte alle hovedsøkeordene *cancer, patient, nurse, pain, assessment, palliative care og hospital* for å avgrense til vår hensikt. Vi brukte søkeordene *pain assessment og assessment tool* for å finne ut hvilke kartleggingsverktøy som sykepleiere bruker. *Hospital og documentation* brukte vi for å undersøke hvordan det blir dokumentert i sykehus. Ordene *pain management og patient* brukte vi når vi ville finne ut hvordan pasienter formidlet smertene. Vi ønsket å finne ut hvilke smertekomponenter som blir vektlagt av sykepleier i kartleggingen og hvordan hun anvendte kartleggingsverktøyene. Vi brukte søkeordene *pain intensity, pain quality og pain dimension*. Etter å ha skrevet ferdig bakgrunnsteorien, ønsket vi å finne artikler om et spesielt spørreskjema som vi visste ble tatt i bruk. Da søkte vi med søkeordet *McGill Pain Questionnaire*. For hver database vi brukte, leste vi tittelen på artikkelen, og deretter abstraktet. Under søkeprosessen dokumenterte vi hvor mange abstrakt vi leste og hvor mange artikler vi leste i fulltekst. Dette gjorde vi for å skape oversikt. De artiklene som var i fulltekst og som vi vurderte som relevante, printet vi ut. De artiklene som ikke var i fulltekst, bestilte vi fra Bibsys.

3.4 Steg 4- Litteratursøkingen gjennomføres og inkluderte artikler samles inn

Søkeord, Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
14.01.10 (Documentation or observation or	Ovid – British Nursing Index (1994 – 2010)	10	5	1	0

registration) and (pain\$ or pain management) and nurse\$ and relief and treatment					
14.01.10 Assessment and Cancer: pain and Nurse\$	Ovid – British Nursing Index (1994 – 2010)	6	5	4	3
15.01.10 (Assessment or Research Methods or Research survey) and (cancer\$ or lungcancer or neoplasm or pulmonary) and hospital and palliative care and patient	Ovid – British Nursing Index (1994 – 2010)	7	2	2	1
20.02.10 Pain dimension\$	Ovid – British Nursing Index (1994 – 2010)	2	2	2	0
20.02.10 Pain quality	Ovid – British Nursing Index (1994 2010)	5	3	1	0
20.02.10 Pain Intensity	Ovid – British Nursing Index (1994 – 2010)	73	4	2	1
20.02.10 Nurse\$ and pain relief and assessment and palliative care	Ovid – British Nursing Index (1994 – 2010)	263	29	13	0
20.02.10 McGill Pain Questionnaire	Ovid – British Nursing Index (1994 – 2010)	19	11	2	1
20.01.10	ProQuest	29	2	2	0

Nurse* or Palliative care or assessment or pain*					
20.02.10 (Cancer* or lungcancer), and nurse and (pain* or pain survey or pain assessment) and palliative care	ProQuest	37	8	2	1
Manuelt søk*					7
Totalt					13

I tabellen viser vi hvilke søkeord og hvilke søkekombinasjoner vi har brukt i litteraturstudiet. Vi markerte and og or med hensikt i å få en oversiktelig søkekombinasjon. For oversikt over inkluderte artikler, se vedlegg. Som tabellen illustrerer har vi mange relevante artikler som vi har inkludert gjennom manuelle søk. Det finnes mange gode tidsskrift som er aktuelle, og som vi derfor har benyttet oss av. Dette har vært en effektiv og god måte for oss til å finne aktuell forskning.

Manuelt søk*

Gjennom nettstedet www.kvasir.no, og søkeordet smertekartlegging, fant vi 1 oppgave skrevet av en medisinstudent, Trude Mortensen. Der tok vi i bruk referansene til oppgaven. ”Smertere registrering hos kreftpasienter”. Oppgaven hadde et relevant tema, der referansene så interessant ut. Vi gjorde et avansert søk i Bibsys, der vi søkte opp tidsskriftet artikkel sto i. Tidsskriftet ”Journal of Pain and Symptom Management.” Vol. 23 No.23 March 2002. Underveis i det manuelle søket, leste vi også flere abstrakt i tidsskriftet, og fant flere relevante artikler, som vi ville se nærmere på. Vi fant til sammen 5 artikler som vi valgte å inkludere i denne utgaven. I samme tidsskrift, men ulik utgave, 2002; 24:517-525 inkluderte vi 1 artikkel. I Tidsskriftet *Den norske legeforening* inkluderte vi 1 artikkel.

3.5 Steg 5- Kvalitetsvurdering og utvalgelse av artikler

I søkeprosessen har vi lest 31 artikler, men etter grundig gjennomgang av alle artiklene, ble flere artikler ekskludert da de ikke ga tilfredsstillende svar på hensikt og problemstillinger. Vi satt igjen med 16 artikler som skulle kvalitetsvurderes. Disse artiklene delte vi mellom oss for å effektivisere arbeidet. Under kvalitetsvurderingen ble 3 artikler ekskludert da de hadde lav kvalitet. Det ble tatt i bruk 2 ulike sjekklister fra Kunnskapssenteret (2008). Den første sjekklisten som ble tatt i bruk var en type sjekklister som inneholdt flere spørsmål samt underspørsmål som var til hjelp for å svare på de ulike punktene. Disse sjekklisterne vurderte artiklene ut i fra hvor mange ja, nei eller uklart det var. Vi brukte sjekklister for vurdering av randomisert kontrollerte studier (RCT), kohortstudier, prevalensstudier og kvalitative studier. Siden disse sjekklisterne ikke hadde noen graderingssystem valgte vi å ta i bruk sjekklister for kritisk vurdering fra Kunnskapssenteret (2008), som kunne etter samlet kvalitetsvurdering gi oss svar på om artikkelen var av høy, middels eller lav kvalitet. Høy kvalitet kunne brukes hvis alle eller nesten alle kriteriene fra sjekklisten var oppfylt. Middels kvalitet kunne brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke var oppfylt eller hvis kriteriene ikke var tilfredstilt beskrevet. Og lav kvalitet kunne brukes hvis få eller ingen kriterier var oppfylt eller ikke var tilfredstilt beskrevet. 7 artikler var vurdert til høy kvalitet og 6 var middels kvalitet. Til sammen hadde vi 13 artikler som var kvalitetsvurdert.

3.6 Steg 6- Analyse av resultater

For å analysere resultatene i artiklene trengte vi å skape oversikt over materialet. Artiklene ble delt i to bunker, fordi vi tidlig i prosessen hadde fått inntrykk av at artiklene besto hovedsakelig av enten kartleggingsverktøy eller smerteforekomst blant kreftpasienter. Vi skrev sammendrag av resultatene og deretter ble det viktigste innholdet redusert for å kunne se likheter, ulikheter eller noe som gikk igjen flere ganger. Vi registrerte at temaene som gikk igjen flest ganger var *smerteforekomst*, *formidling av smerter* og *anvendelse av kartleggingsverktøy*. Det var flere funn som kunne presenteres under flere av temaene. Under temaet *anvendelse av kartleggingsverktøy*, hadde vi mange funn som vi valgte å kategorisere med undertitler; *validitet og reliabilitet* og *kartlegging av åndelige smerter*. Under temaet *smerteforekomst*, presenterte vi *palliativ sykepleie* som et undertema.

4.0 Resultater

I resultatdelen har vi presentert våre funn som er basert på forskning, da vår hensikt med litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan anvende smertekartleggingsverktøy for å bidra til smertelindring for kreftpasienter i sykehus. Under hver overskrift er det presentert flere studier av forskjellige forfattere.

4.1 Smerteforekomst

I studien til Holtan, Kongsgaard og Ohnstad (2005) ble det gjort en undersøkelse for å kartlegge smerter hos inneliggende kreftpasienter i norske sykehus. Til tross for bedre kunnskaper om lindrende behandling hos kreftpasienter har 2 av 3 pasienter smerter i løpet av sykdomsforløpet. Spørreskjemaet Brief Pain Inventory ble brukt som er basert på VAS skalaen, med en validert norsk oversettelse. Hovedfunnene ble presentert i gjennomsnittscore. De 309 pasientene som deltok kom fra 13 ulike sykehus i Norge. I tillegg til spørsmål vedrørende diagnose, behandling, gjennombruddssmerter og nevropatiske smerter, hadde 51 % av pasientene smerter når de var innlagt i sykehus. 102 pasienter svarte at de hadde gjennombruddssmerter, dette tilsvarer 1 av 3 pasienter. De fleste pasienter som anga gjennombruddssmerter, hadde mellom 1 og 5 episoder hver dag. Mens enkelte pasienter hadde 6 episoder eller flere på en dag. Pasienter med gjennombruddssmerter scoret signifikant høyere på alle smertescorer samt dårligere på variabler som daglig aktivitet, humør, søvn, evne til å gå etc. 36 % av pasientene svarte at de hadde merket endret hudsensibilitet i området for smerte. Det ble funnet en statistisk korrelasjon mellom svarene for endret hudsensibilitet, og andre smertedeskriptorer som er typisk for nevropatisk smerte (brennende, sviende og klemmende smerte). Pasienter med antatt nevropatisk smerte scoret signifikant dårligere på alle smertescorer samt på scorer vedrørende humør, evne til å gå, evne til å arbeide (Holtan, Kongsgaard og Ohnstad 2005).

4.1.1 Palliativ sykepleie

I studien til Modonesi et al. (2005) var hensikten å se hvilke utfall palliativ pleie hadde på pasientenes symptomkontroll. ESAS ble brukt til å måle symptomintensiteten når kreftpasienter ble innlagt i sykehus og de ville evaluere variasjonene av symptomregistrering de 7 første dagene etter innleggelse. Smerte var representert hos 67 % av kreftpasientene som ble innlagt i sykehus. Under oppholdet ble smerteintensiteten signifikant redusert og var ved dag 7 redusert betraktelig i forhold til dag 1. En reduksjon i symptomintensitet ble observert i de første få dagene ved innleggelsen. Smerter (67 %) og

utmattelse (88 %) var de to symptomene som var mest rapportert under innleggelsen. I følge studien til Jack et al. (2006) hadde pasientene god effekt av palliativ sykepleie. Det ble undersøkt om palliativt team hadde en større effekt på pasientens rapportering av smerter, sammenlignet med standard pleie. Data ble samlet inn av et verktøy som var spesielt utviklet til å måle effekten av palliativ pleie på sykehus. Kartleggingen tok sted dag 1, dag 4 og dag 7. I begynnelsen av kartleggingen av smerter, var det ingen statistisk signifikant forskjell på gruppene. På den andre og tredje kartleggingen var det en forskjell mellom gruppene, der resultatene viste at pasienter som mottok palliativ pleie hadde bedre kontroll på smertene.

4.2 Formidling av smerter

I den norske studien til Holtan og Kongsgaard (2009), ville de forstå pasienters smerteopplevelse gjennom deres beskrivelser av smerter. Hensikten var å undersøke typiske smertebeskrivelser brukt av norske kreftpasienter, mulige relasjoner mellom smertebeskrivelser, smerteintensitet og kvaliteten på smertene. Et spørreskjema basert på Brief Pain Inventory ble brukt. I tillegg ble det brukt et skjema med informasjon vedrørende smertebeskrivelser og endringer i hudens sensibilitet, for å se om det var sammenheng mellom pasientens smertebeskrivelser og smertemekanismer. I følge studien til Holtan og Kongsgaard (2009) viste resultatene at det ikke er mulig å si noe om forskjellige smertemekanismer basert på smertebeskrivelser. Det var noen beskrivelser som gikk igjen under nociceptive, neuropatiske og viscerale. Selv om verbale beskrivelser gir verdifull informasjon med hensyn til smerteopplevelsen, er det ikke mulig å si noe om forskjellene på smertemekanismene basert på bare beskrivelser av smertene fra pasienten. 97 % av pasientene klarte å beskrive smertene ved å bruke minst en av beskrivelsene i spørreskjemaet. *Verke*, var det ordet pasientene brukt flest ganger til å beskrive smertene. Beskrivelsen *gjennomtrengende* var signifikant relatert til høyere smerteintensitet hos de fleste pasientene. *”Jagende”* var også signifikant høyere assosiert med smerteintensitet men i mindre grad enn gjennomtrengende. De fant ingen potensielle relasjoner i smertebeskrivelser. Funnene foreslår at norske pasienter har varierende bruk av smertebeskrivelse og at ordet *”å verke”* blir mest brukt. I følge studien til Hovi og Lauri (1999) ble det brukt en finsk versjon av verktøyet McGill Pain Questionnaire til å beskrive smerter. VAS ble også brukt til å måle smerteintensiteten. Pasientene brukte nesten alle ordene på listen til å beskrive de mest intense smertene. *Smertefull* var det mest brukte ordet av pasientene ved høy smerteintensitet. Videre brukte de ordene *ømme smerter*,

smarter i bølger, strålende smerter, uavbrutte smerter, dype smerter, gjennomtrengende smerter, skrekkelige smerter, uutholdelige smerter og plagsomme smerter. Ved høy smerteintensitet brukte sykepleierne ordet *intensitet* mest til å beskrive smertene hos pasienten. Videre i studien til Hovi og Lauri (1999) beskrev de smertene som *pulserende, strålende, uavbrutt, at pasienten ble uvel av smertene, øm, smertene kom glimtvis* og *at de var plagsomme*. I studien til Mystakidou et al. (2002) rapporterte majoriteten av pasientene ingen spesiell type smerte og heller ikke en spesiell plass på kroppen, når de skulle beskrive smertene. Når pasientene skulle beskrive sine smerter brukte de ordene: *snikende, sviende, skarp, snørende, trykkende, verkende, tung* og *spent*. Det kommer frem i studien at greske pasienter brukte færre ord både før og etter palliativ behandling til å beskrive smerter og de rangerte meste av smertene på en lavere intensitet, etter at de mottok palliativ behandling. Forfatterne i artikkelen forklarer dette med at greske pasienter er forskjellig fra amerikanske og britiske pasienter i bruken av beskrivelser og oppfattelsen av smerte, som kan være kulturelt betinget.

I studien til Hovi og Lauri (1999) viser resultatene at det var uenighet mellom sykepleiere og pasientene om lokaliseringen av smertene. Videre i studien kommer det fram at sykepleiere undervurderer pasientens smerter. Pasienten og sykepleieren hadde ulik oppfatning på smertene når smertene var verst og når de var på grensen til å være tolererbar. I begge tilfellene hadde sykepleieren en oppfatning av at pasienten hadde mindre smerter, enn det pasienten oppga på VAS skalaen. I følge resultatene til Hovi og Lauri (1999) kom det fram at sykepleiernes kunnskaper om smertestillende viser hvilke observasjoner de gjør på smerteintensiteten hos pasienten. Sykepleiere med dårlig kunnskap om smertestillende, har lettere for å undervurdere smertene pasientene gir uttrykk for.

4.3 Anvendelse av kartleggingsverktøy

I studien til Wilkie et al. (2003) ble det brukt et elektronisk verktøy (PAINReport) for å kartlegge smerter hos kreftpasienter. PAINReport var basert på McGill Pain Questionnaire. Programmet involverte registrering, kroppsregistrering samt spørsmål om smertebeskrivelse, smerteintensitet og tidligere smerteopplevelser. Palliasjon og faktorer som har forverret smertene, var også en del av verktøyet. Intensiteten på smertene ble målt av Numeric Rating Scale (NRS). Resultatene i studien viste at pasientene som deltok i studien fullførte verktøyet på under 18 min og de ga svar på alle seksjonene. De pasientene

som ikke hadde datakunnskaper, klarte å fullføre på 15-16 min. Videre i denne studien var det noen pasienter som uttalte seg om at de ikke følte noen personlig kontakt og de syntes det var enklere å snakke med doktoren. En pasient følte det var mer komfortabelt å snakke med en doktor, men at de ikke alltid hadde tid. 86 % av deltagerne indikerte at PAINReport var en god måte å fortelle klinikere om deres smerte. Deltagerne likte å bruke programmet og de mente det skulle vært mer tilgjengelig for alle pasienter med kreft. Hver gang smertene forandret seg kunne klinikerne få ny informasjon, der de kan gå inn å justere tiltakene som var beskrevet for å lette smertene. Hoveddelen av de som kommenterte om bruken av dataverktøyet befridde dem til å beskrive smertene bedre. En pasient uttalte seg om: ”jeg likte denne metoden bedre da det ble enklere å beskrive smertene mine”. Andre sa ”det var en god ide for pasienter å la de få uttrykke sine smerter uten å bruke andre sin tid”. Det var ikke noe press eller tidstvang. Noen deltakere satte pris på det ikke dømmende aspektet av det. Og fordelene ved å bruke all den tiden de trengte til å beskrive smerteopplevelsen. En pasient uttalte seg om at dette var en bedre måte å kommunisere med legen på. En pasient sa at han satte pris på dette fordi det var en fin måte å forklare ting på, fordi han syntes det var vanskelig å forklare ting. Verktøyet var en gjennomførbar metode for at mennesker skulle selvrapportere smerter, spesielt de med kreftsmarter.

I studien til Caraceni et al. (2004) tok de utgangspunkt i en anbefaling, der pasientene skulle kartlegge smertene 3 ganger daglig for optimal smertekontroll. 106 inneliggende kreftpasienter deltok. Kartleggingen skulle foregå 3 ganger daglig, fem dager i uken, over en 5 måneders periode. Skjemaene ble deretter håndtert av en spesialsykepleier. Smerteintensiteten ble betraktet som hovedverdien i hele oppfølgingsperioden og målt ved hjelp av verktøyet numeric rating scale (NRS). Faktorer som spilte inn på om pasientene kunne kartlegge smertene opptil tre ganger i døgnet, var fysisk og psykisk helse og kognitiv status. Studien til Caraceni et al. (2004) anbefaler på grunn av lav svarrespons fra pasientene, at sykepleiere kartlegger smertene hos kreftpasienter, da det kan oppleves som stress og belastende for pasientene å kartlegge smertene selv.

I studien til Baba et al. (2007) ville de undersøke hvordan oppfattelsen og anvendelsen av ESAS var hos kreftpasienter og helsepersonell. 11 av 21 personell mente at ESAS var en god eller veldig god måte å samle inn informasjon om pasientens symptomer. 17 av 24 pasienter mente at ESAS var lett å fylle ut og at det ikke var noen spørsmål som manglet.

11 av 21 av personale mente at ESAS hadde hjulpet dem med å samle inn informasjon om pasientenes symptomer. Sykepleierne mente at det var et godt instrument da pasienten selv kunne kartlegge sine symptomer og at det hjalp sykepleieren å få et godt innblikk i pasientens symptomer og kunne da hjelpe han ut i fra det. De betraktet ESAS som et like godt instrument til klinisk bruk og til palliativt bruk.

Ut i fra pasientenes vurdering av ESAS, var stort sett alle pasientene positiv til ESAS spørreskjema. 71 % mente det var lett å fylle ut. 3 pasienter foreslo en kortere skala, da de mente 0-9 (NRS) var for mye å velge i. 17 pasienter mente det ikke manglet noen spørsmål, 3 visste ikke. 1 pasient foreslo at nedsatt sensibilitet skulle vært med og en foreslo at et spørsmål om familien bekymringer skulle vært med.

Studien til Modonesi et al. (2005) bekrefter at ESAS er et gyldig og pålitelig instrument som er laget for å måle intensiteten av ni forskjellige symptomer til palliative pleiepasienter. Den tillater helsepersonell til å utføre en rask tolkning og kartlegging av intensiteten av disse symptomene. Også i pilotstudien til Watanabe et al. (2006) ble ESAS foretrukket av 22 av 74 sykepleiere. Forskerne i studien ville undersøke hvordan oppfattelsen og anvendelsen av ESAS var blant kreftpasienter og helsepersonell. 21 sykepleiere mente at ESAS hjalp personale når de utførte sykepleie til pasientene og 17 sykepleiere mente at pasientene hadde fordel av verktøyet. De fleste av sykepleierne mente at ESAS tok lite tid og krefter å gjennomføre. Lavere utdannede sykepleiere hadde en dårlig oppfattelse av ESAS. Den hyppigste kommentaren fra sykepleierne var at pasientene hadde vanskeligheter med å forstå uttrykkene ”tretthet” og ”søvnighet”. De mente også tid og krefter med å besvare ESAS kommer an på pasientens fysiske status. Litt mindre enn halvparten av sykepleierne var enig i at ESAS ikke var en byrde for pasienten å fullføre. Skriftlige kommentarer fra sykepleierne foreslo at pasientenes fysiske status hadde innvirkning på denne faktoren. De fleste sykepleierne mente at ESAS ikke var belastende å administrere og tok gjennomsnittlig bare 6,7 minutt å gjennomføre.

4.3.1 Validitet og reliabilitet

I studien til Hagen et al. (2007) deltok kreftpasienter og to ekspertpanel for å samle tilfredsstillende valide bevis for at kartleggingsverktøyet *Alberta breakthrough pain assessment tool*, kunne brukes til kartlegging av gjennombruddsmerter. De involverte to ekspertpanel som la frem sin vurdering om verktøyets gyldighet. De utførte et intervju med pasienter som opplevde kreftrelaterte gjennombruddsmerter, der pasientene skulle tenke

høyt mens de fylte ut skjemaet. Et av hovedfunnene var at flere pasienter hadde vanskeligheter med å forstå innholdet i kartleggingsverktøyet, ekspertpanelet tok dette i betraktning og kom med like kommentarer og samme anbefalinger til endringer. I denne studien ble det observert stor enighet mellom ekspertpanelene på de fleste punkter. De fant ut at noen av spørsmålene skulle vært spurt på en annen måte og klarert. Ikke alle pasienter forsto hva gjennombruddssmerter var. Forskerne i studien til Hagen et al. (2007) anbefaler at verktøyet fortsetter å være designet for forskning, fremfor et kartleggingsverktøy i klinisk bruk.

I studien til Mystakidou et al. (2002) ble den greske utgaven av spørreskjemaet McGill Pain Questionnaire brukt for å se om den var reliabel og valid. Etter at 114 pasienter deltok og gjennomførte spørreskjemaet, kom det frem at pasientene ikke hadde noen vanskeligheter med å forstå spørsmålene i skjemaet. Resultatene viste at den greske McGill Pain Questionnaire er en reproducerbar og gyldig måling for å evaluere kvaliteten på smerter hos kreftpasienter som mottar palliativ pleie. Studien viste at kjønn, sosial- og økonomisk status, forskjellig språk og kultur har en innvirkning på gyldigheten til kartleggingsverktøyet. I studien til Klepstad et al. (2002) har de oversatt et kartleggingsverktøy til norsk. De brukte kartleggingsverktøyet Brief Pain Inventory Questionnaire (BPI). Hensikten var å oversette og undersøke gyldigheten av Brief Pain Inventory Questionnaire (BPI). Språkoversettere og kreftpasienter deltok i studien. Språkoversetterne rangerte oversettelsesprosessen som relativt enkel, men en ulempe med BPI er en manglende prosedyre for håndtering av tapte svar. Det var et stort frafall i studien og det var mange av spørsmålene som ikke ble besvart. En konsekvens av det, var at de ikke hadde nok data som kunne si noe om gyldigheten til BPI og dens evne til å dekke forandringer i smertens alvorlighet eller forstyrrelse i forhold til funksjon. I følge studien til Klepstad et al. (2002) sees det i flere studier at mange pasienter har problemer med å svare på alle spørsmålene og at de leverer spørreskjemaene der ett eller flere spørsmål mangler svar. I følge forskerne i studien kan grunnen til lav respons være at spørreskjemaene er for tidkrevende eller at pasientene er helt utslitt på slutten av undersøkelsen, der det oftest er manglende svar. Det kan også ha noe med kognitiv status å gjøre, eller at de ikke forstår spørsmålene.

4.3.2 Kartlegging av åndelige smerter

I studien til Tamura et al. (2005) ville de undersøke potensielle fordeler av et åndelig kartleggingsverktøy som skulle brukes til å kartlegge smerter til kreftpasienter. Pasienter tilhørte den palliative pleien i Japan. Pasientene ble intervjuet av sykepleiere for å teste nyttiligheten av kartleggingsverktøyet eller om verktøyet var en byrde for pasientene. Kartleggingsverktøyet besto av 20 spørsmål som sykepleiere brukte i et intervju med pasienten. På slutten av intervjuet og en uke etter intervjuet ble pasientene spurt om verktøyet var en psykisk belastning eller om det hjalp de til å forstå deres psykiske tilstand. Hovedbekymringene til pasientene var at de var triste for at de var avhengig av andres hjelp. Pasientene rapporterte at kartleggingsverktøyet ikke var belastende og mer enn halvparten følte at det var nyttig. Sykepleierne rapporterte også at dette var et nyttig verktøy og at det gjorde det lettere å snakke med pasientene om deres åndelige smerter.

5.0 Diskusjon

Diskusjonene er delt i to. Her blir studiens fremgangsmåte og funn diskutert.

5.1 Metodediskusjon

I metodedelen har vi tatt utgangspunkt i Goodmans 6 av 7 steg (Willmann, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vi valgte å utelukke det siste steget. Dette ga oss en enklere forståelse og oversikt over metoden vår, men vi innser at det hadde vært en fordel å inkludere det siste steget i arbeidet. Vi hadde vanskelig for å tolke det siste steget, Språket i Goodmans syv ulike steg var svensk, og var vanskelig å oversette ordrett til norsk. Titlene har ikke blitt oversatt, men tolket ut i fra forståelsen vår. Ved å ta *utgangspunkt* i Goodmans steg, har vi dermed ikke stilt krav om at titlene trenger å innholde eller tolkes på helt likt grunnlag.

Databasene som ble benyttet i studien var SweMed, Ovid og ProQuest. Vi forsøkte også å søke i databasene Medline og Norart, men vi ønsket å bruke databaser vi var kjent med fra tidligere. Swemed var en nyttig database til å hente søkeord, synonymer og ord på andre språk. Databasene som ble brukt i studien ble valgt med bakgrunn i den opplæring vi hadde fra undervisning. Databasen Ovid har derfor vært et naturlig valg, og har blitt brukt mest, da den var enkel å forstå. Søkeordene vi kom frem til, satte vi deretter inn i PICO skjemaet (Nordtvedt et al. 2007). Vi satte stor pris på å bruke PICO skjemaet under oppstarten av søkingen. PICO skjemaet var positivt å bruke når man er i oppstarten av et søk, men vi erfarte å bli opphengt i oppsettet på skjemaet etter hvert, og valgte senere å søke uten.

Utfordringene underveis i metoden har vært å søke med de riktige ordene, utarbeidelse av søkestrategi, og analyse av funn. Avgrensning av forskningsproblem og utarbeidelsen av søkeord tok utgangspunkt i studiens inklusjonskriterier, hensikt og PICO skjema. Disse hjelpemidlene har vært hensiktsmessig for å utarbeide en strukturert metode. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene har avgrenset søkene og dermed preget funnene. Konsekvensene av å ha disse kriteriene, kan ha ført til at vi har måttet forkastet artikler som kunne bidratt med interessante funn, men også hjulpet oss i å holde fokuset inn på hensikten med studien. Bakgrunnsteorien i studien vår har vært nyttig, som hjelp i å forstå hva resultatene sa og gjorde det enklere å se likheter, ulikheter i tolkningen av artiklene, resultatene ble mer interessante og forståelig for forskerne. Vi fikk mange resultater da vi startet søket. Dette skapte mye arbeid, og var tidkrevende. Mange artikler tilfredstilte ikke alle

inklusionskriteriene som var valgt på forhånd. Flere artikler viste seg også å være oversiktsartikler. Det var noen ganger utfordrende å klargjøre om artiklene var oversiktsartikler eller ikke. Selv om vi underveis i søkeprosessen fikk flere funn som inneholdt inklusionskriteriene, viste det seg at de ikke ga svar som var relevante i forhold til hensikten vår. Det ble derfor mye prøving og feiling. Søkeordene som ble valgt, har gjentatte ganger blitt endret på. Søkekombinasjonene har også variert mange ganger. Resultatet av disse endringene og variasjonene i søkingen, har utviklet seg parallelt med den økte kunnskapen forskerne har innhentet underveis. På forhånd hadde forskerne dannet seg tanker om hvilke funn som ville fremtre, men var bevisste på at det var basert på lite kunnskaper og erfaring. Forskerne hadde ingen tidligere erfaringer med anvendelse av kartleggingsverktøy, som gjorde søkeprosessen lang. Søkeordene og søkekombinasjonene har variert mye. Gjennom den nye kunnskapen, diskusjonene og ny forståelse for temaet, ønsket vi å søke med færre søkeord og ord som gikk mer konkret på det vi ønsket å undersøke. Dette resulterte i flere interessante funn.

Søkestrategien vår er preget av manuelle søk, der vi tilsammen har inkludert 7 artikler i studien. Vi ser klare fordeler av å ha tatt i bruk manuelle søk. Alle tidsskriftene har vært refereevurderte og inneholdt mange av inklusionskriteriene. Tema som kreft, palliativ pleie, symptomregistrering, har gått igjen i alle og har derfor vært spennende og utforske. Forfatterne ser ikke noen ulemper ved manuelle søk, men ser behovet for å ha klare inklusionskriterier, når man leser gjennom tidsskriftene. Tidsbruk på å lese tidsskriftene var ikke større enn ved å søke på databaser med avanserte søkeord. I inklusionskriteriene var et av kriteriene at artiklene ikke skulle vært eldre enn ti år. Forskning skal være oppdatert og det er derfor lite hensiktsmessig å inkludere eldre funn, da disse ikke lengre trenger å si noe om dagens aktuelle tema. Et unntak er allikevel gjort, da vi har valgt å ta med en artikkel fra 1999. Grunnen til dette, er at artikkelen tar opp et viktig funn. Dette er et funn vi mener er viktig å sette søkelys på og som vi kommer tilbake til. Vi har forsøkt å finne artikler som har like funn av nyere dato, men har så langt ikke funnet noen. Vi har også funnet reviewartikler som har funn som bekrefter at funnet er aktuelt.

De fleste artikler har vært på engelsk. Dette har bidratt til at analysen av artiklene har vært vanskelig. Vi har ikke stilt med de beste engelskkunnskapene som det i noen studier har vært krav til. Dette kan ha bidratt til at flere gode artikler har blitt ekskludert, da det har manglet forståelse for innhold. Vi ser ulempen i dette. Underveis i søkingen, har mange

artikler fordelsmessig stått i fulltekst. Det har vært tidsinnsparende, da det tar 3-4 dager å få artikler man bestiller.

For å kunne kvalitetsbedømme artiklene våre, tok vi i bruk sjekklister som vi hentet ut fra kunnskapssenterets sine nettsider (kunnskapssenteret 2008). Sjekklisene måtte være tilpasset ulike forskningsdesign i artiklene. Den ene sjekklisen hadde under hvert enkelt spørsmål, tips som skulle være til hjelp i kvalitetsbedømmingen. Det andre skjemaet ga direkte spørsmål. Vi vurderte sjekklisen som stilte de direkte spørsmålene som overflatisk, men vi ønsket å ta det med for å sikre oss at artiklene ble riktig dømt. Vi så fordelene av å bruke begge to for å få en omfattende kvalitetsvurdering. Skjemaene hjalp oss til å vurdere om resultatene var til å stole på, hva de fortalte og om de kunne vært til hjelp i praksis. Flere av artiklene oppfylte ikke alle kriteriene, men vi valgte å inkludere flere artikler med middels kvalitet, da de hadde en overvekt av gode kriterier. De artiklene med høy kvalitet hadde en klar og god formulert problemstilling, der utvalget var inkludert på en tilfredsstillende måte. Svarprosenten var høy nok og datasamlingen var standardisert. Resultatene var ikke tilfeldige og de kunne overføres til praksis. Det var flere grunner til at noen av artiklene fikk middels kvalitet. Noen oppfylte ikke kriteriene på punktene som omhandlet etiske forhold. Det kunne også være at svarprosenten hos noen ikke var høy nok. Vi hadde ingen artikler med lav kvalitet som er positivt for validiteten på resultatdelen vår. Resultatet av kvalitetsvurderingen ble 13 artikler. Funnene i artiklene ble deretter analysert og kategorisert. Analysen har vært et av stegene i metoddelen som vi har beskrevet kort og konsist. Vi hadde med fordel ønsket en lengre og mer beskrivende analyse, men analysen vår er et resultat av hvordan vi jobbet med funnene, og denne prosessen gikk raskt.

5.2 Resultatdiskusjon

Her diskuterer vi resultatene som ble presentert tidligere, i lys av teori og opp mot hensikten i vår litteraturstudie. Våre erfaringer fra praksis har også blitt løftet frem.

5.2.1 Smerteforekomst

I dag lever kreftpasienter lengre, og dette fører til at symptomkompleksiteten øker. Symptomene kan være så plagsomme at de vil kunne trenge ett eller flere sykehusopphold. Dette stiller større krav til en detaljert forståelse og kunnskap om sykdommens natur, og kreftpasienter vil derfor kunne trenge den kompetansen et palliativt team tilbyr (Kaasa 2008). Smerter i livets slutfase vil ofte dominere over pasientens andre sykdomssymptomer (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991). I studien til Modonesi et al. (2005) var smerter representert hos 67 % av pasientene som ble innlagt i sykehus. Under oppholdet ble smerteintensiteten signifikant redusert, og var ved dag 7 redusert betraktelig i forhold til dag 1. En reduksjon i symptomintensitet ble observert i de første få dagene ved innleggelsen. Kreftpasienter har behov for et sykehusopphold når symptomene er plagsomme, og de ikke lengre klarer å lindre eller behandle symptomene på egen hånd. Sykehusopphold er gunstig for kreftpasienter. Palliativt team er en tverrfaglig sammensatt gruppe som fokuserer på lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer (Kaasa 2008). I studien til Jack et al. (2006) undersøkte de om palliative team hadde en større effekt på pasientens rapportering av smerter, sammenlignet med standard pleie. Der resultatene viste at pasienter som mottok palliativ pleie hadde bedre kontroll på smertene enn de pasientene som mottok standard pleie. I følge Kaasa (2008) vil kreftpasienter kunne trenge kompetansen til et palliativt team. Det hadde vært interessant og sett flere studier som kan bekrefter dette. Smerter varierer i løpet av et døgn. I studien til Holtan, Kongsgaard og Ohnstad (2005) ble det gjort en undersøkelse for å kartlegge smerter hos inneliggende kreftpasienter i norske sykehus. Til tross for bedre kunnskaper om lindrende behandling hos kreftpasienter har to av tre smerter i løpet av sykdomsforløpet. 51 % av pasientene hadde smerter når de var innlagt i sykehus. 102 pasienter svarte at de hadde gjennombruddsmerter, dette tilsvarer 1 av 3 pasienter. De fleste pasienter som anga gjennombruddsmerter, hadde mellom 1 og 5 episoder hver dag. Mens enkelte pasienter hadde 6 episoder eller flere på en dag. I følge studien til Mortensen (2003) er oppfølging av smerter trolig bedre i kreftavdelinger da onkologer og annet helsepersonell er mer oppmerksomme på smerter som problem for pasienten, og de har mer kunnskap om smertebehandling. Det vil være nyttig med

rutinemessig smertere registrering når pasienter med kjent kreftsykdom legges inn på sykehus.

5.2.2 Formidling av smerter

Det finnes ulike måter man kan beskrive smertene på basert på pasientens opplevelse av sin smerte. Smerter er også basert på mange faktorer, som for eksempel sosial status; utdannelse, arbeidsforhold, familieliv, seksualliv, økonomi, tidligere sykehusopphold, sykdommer og operasjoner samt medisinforgbruk (Almaas 2002). De mest sentrale symptomer bør registreres systematisk, på en enkel måte. I studien til Holtan og Kongsgaard (2009) brukte de Brief Pain Inventory til å identifisere typiske smertebeskrivelser, og om det var noe sammenheng mellom disse. 271 pasienter av 432 brukte ordet ”verkende” mest. Ordet ”gjennomtrengende” var signifikant relatert til høyere smerteintensitet. De fant ingen signifikant sammenheng mellom beskrivelsene av smertene. I studien til Hovie et al. (1999) brukte pasienter flere ord til å beskrive smertene jo høyere smerteintensiteten er. Noe som ikke var tilfelle i studien til Mystakidou et al. (2002), der pasientene både før og etter behandling av symptomene hadde få beskrivelser av smertene. Ut ifra sine funn om smertebeskrivelser konkluderte de med at smertebeskrivelser er kulturelt betinget, da greske pasienter brukte færre ord både før og etter den palliative behandlingen som er ulikt andre utenlandske studier. Dette forklarte de med at gresk kultur har mindre ordbeskrivelser relatert til smerter, enn det engelsk og amerikansk kultur har. I den norske studien til Holtan og Kongsgaard (2009) kommer det fram at det var ingen signifikante forskjeller relatert til kjønn og alder når de skulle oppgi smertescore. Men pasientene brukte flere ord til å beskrive smertene når smerteintensiteten var høy, noe som man kan ta som utgangspunkt når man lindrer pasientens smerter. Betyr det at de pasientene som bruker færre ord, har automatisk lavere smerteintensitet. Ut i fra den forskningen som vi har funnet får vi inntrykk av at smertebeskrivelsen er forskjellig når det kommer til kultur, miljø og bruken av ord for å beskrive smertene. I studien til Mystakidou et al.(2002) sier de lite om hva som skiller greske pasienter fra amerikanske og britiske pasienter, bortsett fra kultur og språk. Men vi mener at det da er det viktig å utarbeide et internasjonalt kartleggingsverktøy, som blir oversatt til mange språk. Dette er noe som vi kommer tilbake til under kapittelet om kartleggingsverktøy.

Det er viktig at sykepleier lytter til pasientens egne erfaringer når hun skal kartlegge smertene. Hvor sterk smerten er, kan nesten være umulig å forklare med ord slik at et annet menneske kan forstå det. Sykdomsatferd har både kognitive og emosjonelle

komponenter, og er bestemt bl.a. av personlighet og tidligere erfaringer, av oppfatninger og holdninger blant familie og av kulturelle forhold (Kaasa 2008). I studien til Hovi og Lauri (1999) viser resultatene at sykepleiere undervurderer pasientens smerter. Pasienten og sykepleieren hadde ulik oppfatning av smertene når smertene var verst, og når de var på grensen til å være tolererbar. I begge tilfellene hadde sykepleieren en oppfatning av at pasienten hadde mindre smerter, enn det pasienten oppga på VAS skalaen.

Også på lokaliseringen av smertene, var det ulike oppfatninger. Resultatene sa blant annet at nivået av kunnskap om smertestillende er avgjørende på hvilke observasjoner de gjør på smerteintensitet hos pasienter. Sykepleiere med dårlig kunnskap om smertestillende har lettere for å undervurdere smertene pasientene gir uttrykk for. Sykepleiere som er spesialisert og som har lengre utdanning har en mer lik oppfatning av smertene hos pasienten og i kartlegging av pasientens smerter enn sykepleiere med kortere utdanning (Hovi og Lauri 1999). Sykepleierens tolkning av andres smerter er preget av ens egen skjønn og erfaring. På samme måte som pasientens reaksjon er avhengig av hans tidligere erfaringer (Almaas 2002). Nonverbale signalene er ofte flertydige og vanskelige å tolke. Observasjon av pasientens ansiktsuttrykk er et viktig hjelpemiddel for å få informasjon om følelser og reaksjoner (Eide og Eide 2007). Våre erfaringer fra praksis er ulik. Vi har opplevd sykepleiere som ikke tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av smerter, men at smertelindringen er basert på sykepleiernes kunnskap og erfaringer fra tidligere pasienter. Det som måtte være utholdelige smerter for en pasient, trenger ikke være utholdelig for et annet menneske (Kaasa 2008). I våre praksisstudier har vi observert at administrering av smertelindrende ikke har vært i samsvar med pasientens behov. Vi tror det kan ha sammenheng med for lite kunnskap og erfaring med smerter. Dette er uheldig for pasienten, da han ikke har blitt tatt på alvor og kanskje han ikke får den smertelindringen som han har behov for. Dette viser hvor viktig det er med kartlegging og kunnskaper innenfor smerter og smertelindring. Vi synes det er lite fokus på dette i sykepleierutdanningen. Våre opplevelser fra praksis var at sykepleiere var opptatt av pasientens opplevelse av smertene og det ble gitt grundig beskrivelse til lege, der sykepleiers egne observasjoner ble tatt med. Kroppsspråket var en viktig faktor som sykepleieren brukte i kartlegging av pasienten. Vi fikk inntrykk av at de ikke ”sparte” på smertestillende medikamenter og frykt for rusavhengighet var ikke et tema, siden pasientene hadde kort forventet levetid. Det var pasientens smerteopplevelse som stod i fokus og de jobbet mot et mål om at pasienten skulle være best mulig smertelindret i den siste fasen av livet.

5.2.3 Kartleggingsverktøy

Smerter er et vanlig problem hos kreftpasienter. Smerter vil ofte dominere over andre sykdomssymptomer. Ved at sykepleieren anvender kartleggingsverktøy, gir hun pasienten muligheten til å si noe om hvordan smerten føles, når på døgnet smertene er verst, hvor på kroppen smertene er plassert og intensiteten (Christophersen, Gammeltoft og Pedersen 1991). Funnene i artiklene vi har inkludert i studien, bekrefter at ulike verktøy blir brukt i klinisk- og palliativ pleie. Man har ikke kommet frem til et klart avgrenset verktøy. Dette på grunn av blant annet problemets kompleksitet. Klinikere har ikke felles språk er et av argumentene mot et felles internasjonalt kartleggingsverktøy (Kaasa 2008). For at et verktøy skal være egnet til bruk internasjonalt, er det vesentlig at alle pasienter med ulik språkbakgrunn, forstår verktøyets innhold. I studien til Mystakidou et al. (2002) ble den greske utgaven av McGill Pain Questionnaire testet på greske kreftpasienter. Deltagerne i studien hadde ingen vanskeligheter med å forstå spørsmålene i skjemaet og forskerne konkluderte med at den greske utgaven var reproducerbar og en gyldig måling for å evaluere kvaliteten på smerter hos kreftpasienter som mottok palliativ pleie. Funnet sier noe om at pasienter forsto spørsmålene og kunne derfor gjennomføre verktøyet. McGill Pain Questionnaire har tidligere blitt kritisert for å være et omstendelig verktøy, som er lite brukt i praksis (Kaasa 2008). Studier viser allikevel at verktøyet er fremdeles i bruk hos palliative pasienter. Flere steder ser vi at kartleggingsverktøyene blir oversatt til andre språk og testet i andre land. Fordelen ved at de forsker på ulike lands respons på verktøyet, er at de kan si noe om hvordan ulike kulturer oppfatter verktøyet og kunne si hvor egnet det er. Studien til Mystakidou et al. (2002) mente kjønn, sosial og økonomisk status, språk og kultur har en innvirkning på gyldigheten til kartleggingsverktøyet. Det er derfor viktig at den blir oversatt til flere språk. Kultur kan ha innvirkning på hvordan de uttrykker smerteatferd. Forskning bekrefter at smerter er individuelt, men også variabelt mellom kulturer. Alle kulturer har ulike måter å utrykke følelser på, noe som gjenspeiler seg i studien til Mystakidou et al. (2002). Videre i studien til Mystakidou et al. (2002) brukte greske pasienter færre ord til å beskrive smerter enn det engelske og amerikanske kreftpasienter gjorde. De forklarte forskjellen med at greske kultur har mindre ord i ”smertevokabularet”. I vår kultur oppfattes kreft synonymt med død og smerter, men kan i andre kulturer oppfattes på andre måter (Kaasa 2008). I studien til Tamura et al. (2005) undersøkte de potensielle fordeler av å bruke et åndelig kartleggingsverktøy på japanske kreftpasienter som mottok palliativ pleie. Pasientene rapporterte at de ikke følte at kartleggingsverktøyet var belastende og mer enn halvparten følte at det var nyttig verktøy.

Sykepleierne rapporterte også at dette var et nyttig verktøy og det gjorde det lettere å snakke med pasientene om deres åndelige smerter. Studien til Tamura et al. (2005) presenterer funn utført i en annen kultur, hvor religion har stor betydning. Pasientene kan ha større utbytte av å kartlegge sine smerteopplevelser med hensyn til åndelige aspekt, enn det andre kulturer kan ha. Vi har ikke andre funn som går på åndelige og religiøse aspekt ved kartlegging. Dette kan være et resultat av at religion ikke regnes som et viktig element i kartlegging av smerter. Dette stiller ikke bare krav til sykepleierens kunnskaper innenfor smerter, men at hun forstår at kultur og religion har betydning for hvordan pasienten uttrykker og formidler smerter. Kartleggingsverktøyet skal gi mulighet til å få et annet perspektiv på hvordan pasientene har det, hvilke tanker de har om livet og for å sette ord på sin åndelige smerte.

I utførelsen av verktøyene er sykepleieren avhengig av at pasienten forstår og kan fullføre spørsmålene som blir stilt. Dette sier ikke bare noe om hvor egnet verktøyet er til senere bruk, men hvor viktig det er at pasienten fullfører, for at sykepleieren skal ha nok informasjon om smertene hos pasienten. Sykepleieren er avhengig av disse opplysningene for å gjøre riktig tiltak. ESAS er et verktøy som brukes gjentatte ganger i smertekartlegging av kreftpasienter. Verktøyet skal gi en pekepinn på hvilke plager pasienten sliter mest med, smerter for eksempel. Hvis det gjøres som en fast rutine daglig eller to ganger per uke, kan en få en indikasjon på om behandlingen hjelper (Rustøen og Stubhaug 2006). Studiene til Baba et al. (2007), Modonesi et al. (2005) og Watanabe et al. (2006) presenterer funn som indikerer at ESAS er et anvendbart verktøy. En del helsepersonell er fornøyde. De så fordelene av å bruke verktøyet i utførelsen av sykepleie til pasientene, det var en god eller veldig god måte å innhente informasjon på og at de fikk et godt innblikk i pasientenes symptomer, da pasientene selv fylte ut skjemaet. Pasienter var også fornøyde med verktøyet, men det viste seg i noen tilfeller å være for langt og at pasientens fysiske status var innvirkende.

Selv om man i flere av studiene ser funn som viser at sykepleiere og pasienter er fornøyde med verktøyene, skal man ikke overse de tallene og de funnene som kan fortelle oss noe om hvorfor verktøyene ikke er like velegnet. I studien til Baba et al. (2007) forslo tre pasienter en kortere skala. I studien til Watanabe et al. (2006) hadde noen pasienter vanskelig med å forstå noen ord. Sykepleierne mente at tid og krefter med å besvare ESAS kommer an på pasientens fysiske status og noen mente ESAS var en byrde for pasientens å fullføre. Noen pasienter mente den var for lang. Det samme ser vi i studien til Klepstad et

al. (2002). Der tok de i bruk verktøyet Brief Pain Inventory på kreftpasienter med smerter. Det viste seg at pasientene hadde vanskeligheter med å fullføre, da verktøyet enten var for tidkrevende, pasientene var for utslitte på slutten av undersøkelsen, det var manglende forståelse for spørsmålene, som kunne komme av at den kognitive statusen var dårlig. I og med at det er manglende respons på spørsmålene, blir det også stilt spørsmålstegn ved gyldigheten på verktøyet. Det ble også stilt spørsmålstegn ved BPI er passende for så alvorlig syke (Klepstad et al. 2002). I studien til Mortensen (2003) forutsatte deltakelse av BPI hjelp av helsepersonell, og at pasientene måtte være våken og klar. I studien til Hagen et al. (2007) ble det utviklet et verktøy som skulle kartlegge gjennombruddsmerter hos kreftpasienter. I denne studien kom forskerne frem til at noen av spørsmålene skulle vært stilt annerledes og klarert, da pasientene ikke forsto alle spørsmålene. Ordene *byrde*, *dårlig forståelse for spørsmålene*, *nedsatt kognitiv status* går igjen i de fleste studier av kartleggingsverktøyene. *Tidkrevende* og *omfattende* er andre nøkkelord som er nevnt i forbindelse med utførelsen. Vår erfaring fra praksis, er at de fleste kreftpasienter som mottar palliativ pleie blir fort slitne. De orker ikke alltid å fullføre. Dette basert på smerter og andre symptomer som preger allmenntilstanden deres. Ser vi tilbake til bakgrunnsteorien, bekrefter den at pasienters smerter har innvirkning på aktivitetsnivå, søvn og spisevaner (Kaasa 2008). Hvordan pasienten opplever smertene, har betydning for hvordan sykepleieren kan basere seg på at pasienten egenrapportering av smerter. I følge studien til Mortensen (2003) er en av utfordringene med smertere registrering å anvende målemetoder som er enkle slik at påkjenningen for pasienten blir minst mulig. Et enklere skjema kan være å foretrekke da kreftpasienter kan ha mange former for plager. Lengde på verktøyene kan virke belastende på pasientene (Mortensen 2003). I følge Kaasa (2008) har McGill Pain Questionnaire fått den samme kritikken, da den er for tidkrevende og dermed lite brukt i praksis. Både ESAS, Brief Pain Inventory og McGill Pain Questionnaire er standardiserte måleinstrumenter som er utviklet for å måle den multidimensjonelle smerten. Disse verktøyene er svært omstendelige. McGill Pain Questionnaire inneholder 78 adjektiver som fylles inn og skal beskrive 20 smertekategorier. Dessuten inneholder det spørsmål om smertens karakter, smertens intensitet og effekt av medisiner og hvordan smerten virker inn på en rekke daglige funksjoner og aktiviteter. Det inneholder også et kroppskart, hvor pasienten kan beskrive hvor på kroppen smertene er plassert. Man kan derfor ha forståelse for at pasienter som er preget av mye symptomer, ikke har krefter til fullføre skjemaene. I dag har man ved de fleste sykehus gått over til, eller er i ferd med å gå over til elektroniske pasientjournaler. Dette betyr også at registreringen av smerte og

andre subjektive symptomer må innpasses i den elektroniske journalen. Moderne informasjonsmuligheter gir nye muligheter. Man kan skreddersy symptomregistreringen til den enkelte pasient. Spørsmålene vil være dynamiske og ikke statiske som det er i papirformat (Kaasa 2008). I Studien til Wilkie et al. (2003) var målet å evaluere bruken av en ny data- versjon (PAINReport) for kartlegging av smerter. Ved å kutte ned tiden på kartleggingen vil man kunne bidra til at det oppstår mindre feil, forutinntatte holdninger og overflødighet. Dette vil forbedre dokumenteringen. Pasientene fullførte registreringen på under 18 min, og de aller fleste av pasientene var fornøyde. Vi ser klare fordeler av å bruke elektroniske kartleggingsverktøy, der smertene kan registreres dynamisk og sykepleieren dermed kan følge variasjoner av smerter og unngå at pasienten får gjennombruddssmerter. Selv om elektroniske informasjonsmuligheter er positivt og i tråd med utviklingen, må ikke dette stille for store krav til den syke pasienten (Kaasa 2008). Ulempen med elektroniske verktøy er at sykepleieren kan miste den mellommenneskelige kontakten med pasienten, som er så viktig å ha for å skape trygghet.

6.0 Konklusjon

Studier viser at kreftpasienter som er innlagt i sykehus, har mye smerter, og dermed er behovet for symptomkontroll viktig. Kartlegging av smerter er en viktig del i palliativ sykepleie og det stilles store krav til sykepleiers kunnskaper om smerter og smertelindring. Kreftpasienter formidler smerter ulikt. Smerteatferd uttrykkes verbalt og non-verbalt, og avhenger av språk, kultur og åndelige aspekter. Disse er vel så viktige aspekter som når sykepleieren kartlegger smerteintensiteten.

I en studie viste det seg at sykepleiers utdanning har betydning for forståelsen av pasientenes formidling av smerter. Pasientenes rapportering av smerteintensitet og lokalisering var ulik sykepleieres rapporteringer. Sykepleierne rapporterte lavere smerteintensitet, enn hva pasientene gjorde. Gjennom kartlegging av smerter, er det viktig at pasienten føler nyttigheten av å utføre et verktøy og at det ikke blir en belastning å fullføre. Det er viktig at pasienten forstår spørsmålene som blir stilt og at verktøyene tar utgangspunkt i kulturens måte å uttrykke følelser og smerter på. I et multidimensjonelt verktøy bør man spørre om pasientens åndelige og spirituelle følelser og tanker, da flere kulturer tenker på kreft synonymt med døden. Sykepleiere kan anvende kartleggingsverktøy ved å intervjuer pasienten eller la pasienten få fylle ut eget skjema. Sykepleieren kan velge å bruke kartleggingsverktøy i papirformat eller elektronisk. De siste årene har flere grupper arbeidet med å utvikle elektroniske verktøy for symptomregistrering og i en studie hvor det elektroniske verktøyet PAINReport ble testet ut, ble det godt mottatt av pasientene. Vi tror at elektroniske kartleggingsverktøy vil bli mer anvendt i fremtiden, for en mer dynamisk registrering. Vi håper at dette ikke vil erstatte den mellommenneskelige kontakten med sykepleiere og pasient. Flere studier bekrefter at kartleggingsverktøy er egnet for klinisk bruk og ESAS er et av verktøyene som sykepleiere og pasienter er godt fornøyd med. Vi ser i flere studier at verktøyene er for belastende for pasientene. Kreftpasienter i palliativ fase er ofte preget av mye smerter og mangler krefter til å fullføre skjemaene. Det er derfor blitt stilt spørsmålsteget på hvor gyldig verktøyene er.

Forfatterne konkluderer med at kartlegging og kartleggingsverktøy er nyttig i palliativ pleie. Sykepleier kan dermed bidra til smertelindring hos kreftpasienter som er innlagt i sykehus. Vi ser behovet for mer forskning på dette området, for at sykepleieren kan ta i bruk egnede verktøy som tar utgangspunkt i pasientenes subjektive opplevelse av smerter, samt fysisk og psykisk helse.

Litteraturliste

- Almaas, Hallbjørg. 1999. *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baba, Kerstin, Per Fransson og Jack Lindh. 2007. Sverige. Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences. *Journal of Palliative Nursing*. Vol 13. No 12.
- Caraceni, Augusto, Anna Galbiati, Cinzia Brunelli, Giovanna Gorni, Cinzia Martini, Ernesto Zecca og Franco De Conno. 2004. Italia. Cancer patient compliance in the self-administration of a pain assessment tool. *Journal of pain and symptom management*. 2004; 27: 417-424.
- Christophersen, Birgitte, Martina Gammeltoft og Ingeborg Pedersen; Illustrasjoner: Erik Leenders. 1991. *Den smertepåvirkede patient. Temabog*. 1. utg.4.opplag. Munksgaard, København.
- Eide, Hilde, Tom Eide; Illustrasjoner: Eivind Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jack, Barbara, V. Hillier, A. Williams og J. Oldham.2006. England. Improving cancer patient's pain: the impact of the hospital specialist palliative care team. *European Journal of Cancer Care*. Vol 15, 476-480.
- Hagen, Neal A., Carla Stiles, Cheryl Nikolaichuk, Patricia Biondo, Linda E. Carlson, Kim Fisher og Robin Fainsinger.2008.Canada. The Alberta breakthrough pain assessment tool for cancer patients: A validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews. *Journal of pain and symptom management*. Vol 35, No.2
- Holtan, Anders og Ulf E. Kongsgaard. 2009. Norge. The Use of Pain Descriptors in Cancer Patients. *Journal and Pain and Symptom Management*. Vol.38, No 2.
- Holtan, Anders, Ulf E. Kongsgaard og Hege Oma Ohnstad.2005. Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for den norske legeförening*. 2005; 125:416-8
- Hovi, S. L. og S. Lauri.1999. Finland. Patients and nurses assessment of cancer pain. *European Journal of cancer pain*. Vol 8, 213.219.
- Kaasa, Stein. 2008. *Palliasjon*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Klepstad, Pål, John Håvard Loge, Petter C. Borchgrevink, Tito R. Mendoza, Charles S.Cleeland og Stein Kaasa.2002. Norge. The Norwegian Brief Pain Inventory Questionnaire: Translation and Validation in Cancer Pain Patients. *Journal of pain and symptom management*.2002; 24:517-525.
- Modonesi, Caterina, Emanuela Scarpi, Marco Maltoni, Stefania Derni, Laura Fabbri, Francesca Martini, Elisabeta Sansoni og Dino Amadori.2005. Italia. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the Edmonton

- symptom assessment system. *Journal of pain and symptom management*. 2005;30: 367-373.
- Mortensen, Trude. 2003. *Smerteregistrering hos kreftpasienter*. Universitetet i Tromsø.
- Mystakidou, Kyriaki, Efi Parpa, Eleni Tsilika, Ourania Kalidopoulou, Stavroula Georgaki, Antonis Galanos og Lambros Vlahos. 2002. Hellas. Greek McGill Pain Questionnaire: Validioation and Utility in Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol 24, No 4.
- Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Rustøen, Tone og Audun Stubhaug. *Smerter*. Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen (red.) 2006. *Sykepleieboken 2. Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2006. *Tema: Kreft: Fagnytt*
http://www.helsedirektoratet.no/kreft/fagnytt/kreft_som_nasjonal_utfordring_46120 (Lest 12. 01. 2010)
- Tamura, Keiko, Kaori Ichihara, Eiko Maetaki, Keiko Takayama, Kumi Tanisawa og Masayuki Ikenaga. 2006. Japan. Development of a spiritual pain assessment sheet for terminal cancer patients: Targeting terminal cancer patients admitted to palliative care units in Japan. *Palliative and supportive care*. 2006. Vol 4, 179-188.
- Verdens helseorganisasjon (WHO). 2010. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (Lest 16.02.10)
- Watanabe, Sharon, Sandra McKinnon, Karen Macmillian og John Hanson. 2006. Palliative care nurses` perceptions of the Edmonton symptom assessment scale: a pilot study. Canada. *Journal of palliative nursing*. Vol. 12, No 3.
- Willman, Ania, Peder Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verkasamhet*. 2. utgave. Sverige: Studentlitteratur.
- Wilkie, Diana J., M.Kay M. Judge, Donna L. Berry, Jean Dell, Shipping Zong, Rudy Gillespie. 2003. USA. Usability of a Computerized PAINReportit in the General Public with Pain and People with Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*

Forfattere År Land Tidsskrift Søkehistorikk	Tittel	Hensikt	Metode /Instrument	Deltagere /Frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Diana J. Wilkie, M.Kay M. Judge, Donna L. Berry, Jean Dell, Shipping Zong, Rudy Gilespe. 2003 USA <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> Manuelt søk	Usability of a Computerized PAINReport in the General Public with Pain and People with Cancer Pain.	Undersøke gjennomførbarheten av PAINReport, og måle hvor lang tid det tar å gjennomføre testen, og se hvor tilfredsstillende den er i gjennomføringen, brukt av mennesker som erfarer smerter.	Det blir brukt et softwareprogramm med touchscreen og utgaven av McGill Pain Questionnaire. Som er den første datautgaven av MPQ.	3 grupper. Til sammen 213 pasienter deltok. 16 frafall. Pasientene var over 18 år, kunne snakke og lese engelsk, være i fysisk stand til å holde i en penn og ha et tilfredsstillende syn. 40% av deltagerne hadde i nærmeste tid brukt data, 60% hadde ingen databruk siste tiden.	PAINReport er en gjennomførbar metode for pasienter i å måle egne smerter. Pasientene fullførte verktøyet på under 18 min, svarte på alle spørsmål og hadde en høy skår på tilfredshet med verktøyets spørsmål.	Høy kvalitet
K. Baba P. Fransson J. Lindh 2007 Sverige <i>Journal of palliative nursing</i> 2.Søk i Ovid	Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experience	Evaluerer gjennomførbarheten av en justert Edmonton symptom kartleggings skala for kontroll av symptomer I palliative pleie.	Kvantitativ studie. ESAS ble utlevert daglig til 28 pasienter med langkommet kreft. Det ble brukt et spørreskjema for å avdekke helsepersonellens meninger om ESAS som ble utlevert på slutten av studie. Et strukturert intervju ble brukt for å avdekke pasienters meninger om ESAS. Instrument som ble brukt var en justert versjon av	42 pasienter ble invitert til å delta i studien, men kun 28 pasienter valgte å delta. Av de 28 var 4 pasienter som falt fra. Pasientene: var over 18 år og alle snakket svensk og hadde mottatt palliative pleie i mer enn 4 dager. Helsepersonell: 7 fysioterapeuter og 15 sykepleiere.	11 av de 21 helsepersonell som deltok vurderte ESAS som god eller veldig god måte å samle inn informasjon om pasientens symptomer. Helsepersonellet betraktet ESAS som et like godt instrument til klinisk bruk og til palliativ bruk. 17 av de 24 pasientene som deltok i intervjuet følte at ESAS- skjemaet inneholdt relevante symptomer og at skjemaet var enkelt å fylle ut.	

<p>S.Watanabe S.McKinnon K.Macmillian J. Hanson 2006 Canada <i>Journal of palliative nursing</i></p> <p>2.søk i Ovid</p>	<p>Palliative care nurses` perceptions of the Edmonton symptom assessment scale: a pilot study</p>	<p>Evaluerer på pilot nivå, palliative kreftsykepleieres oppfattelse av ESAS gjennomførbarhet og brukbarhet.</p>	<p>ESAS. Kvantitativ Prevalensstudie. Det var 74 sykepleiere som deltok. Alle sykepleiere som jobber innenfor Edmonton palliativ pleieprogram var forespurt til å rangere 5 påstander (fra 1-5) om fordeler og gjennomførbarheten av ESAS.</p>	<p>Av 74 sykepleiere som var ansatt i programmet valgte 48 å delta i studien.</p>	<p>Oppfattelsen av ESAS var foretrukket blant 22 sykepleiere. 21 trodde ESAS hjalp helsepersonell i pleien av pasientene. Og 17 sykepleiere trodde pasientene hadde utbytte av instrumentet. Flertallet av sykepleierne konkluderte med at ESAS tok liten tid og var rask og gjennomføre. Sykepleiere med lavere utdanning hadde en dårligere oppfatning av ESAS.</p>	<p>Middels kvalitet</p>
<p>P. Klepstad J.H. Loge P.C. Borchgrevink T.R. Mendoza C. S. Cleeland S. Kaasa 2002 Norge <i>Journal of pain and symptom management</i></p> <p>Manuelt søk</p>	<p>The Norwegian brief pain invention questionnaire: Translation and validation in cancer pain patients</p>	<p>1. Identifisere utfordringer ved å oversette kartleggingsverktøyet til norsk. 2. å kartlegge fullføringen av datainnsamlingen til kreftpasienter med smerter. 3. og godkjenne validiteten til den norske utgaven av BPI (brain pain inventory) med respekt sammensetningens validitet, kriterienes validitet og den interne overensstemmelsen.</p>	<p>Kvantitativ Prevalensstudie. Det første de gjorde var å oversette ordene av den originale amerikanske BPI til norsk. Den ble oversatt av to nordmenn som snakker flytende engelsk. Oversetterne møttes for å lage en felles pilot versjon. Kvaliteten av oversettelsen ble vurdert av to andre nordmenn som snakket flytende engelsk.</p>	<p>300 pasienter ble inkludert i studie og alle hadde en kreftsykdom og tilhørte universitetssykehuset i Trondheim. Alle var over 18 år. Alle hadde en regelmessig plan for bruk av morfin. 17 av 300 pasienter deltok ikke studien. Det var flere grunner til frafall. Blant annet 3 pasienter ville ikke delta i studien, 11 pasienter var ikke i stand til å gi informert samtykke og 3 pasienter var ikke i stand til å lese norsk.</p>	<p>Oversetterne mente at oversettelsesprosessen var relativt enkel. Det kom fram at det var en ulempe med BPI (Brief pain inventory), det var en manglende prosedyre for håndtering for tapte svar. Det var stort frafall og det var mange som ikke svarte på alle spørsmålene i studien. Det ses i flere studier at mange pasienter har problemer med å svare på alle spørsmålene og at de leverer spørreskjemaet der ett eller flere spørsmål mangler svar. Grunnen til det kan være at spørreskjemaet kan være for tidkrevende og at så alvorlig syke er hel utslitt på</p>	<p>Høy kvalitet</p>

					slutten av skjemaet, der det ofte mangler svar. Forskerne i studien stiller derfor spørsmålsteget ved om BPI er passende for så alvorlig syke pasienter.	
A. Caraceni, A. Galbiati, C. Brunelli, G. Gorni, C. Martini, E. Zecca.F. De Conno 2004 Italia <i>Journal of pain and symptom management</i> Manuelt søk	Cancer patient compliance in the self-administration of a pain assessment tool	Hensikten med studien var å vurdere inneliggende pasienter med kroniske kreftmerter, der inneliggende pasienter får palliative konsultasjoner, og pasienten selv ved hjelp av et skjema skal kartlegge sin smerteintensitet av daglige smerter.	Kvantitativ Prevalensstudie. Smertekartlegging verktøyet ble delt ut av sykepleiere for 5 dager i uken over en 5 måneders periode. Første møte ble kartleggingsverktøyet vist og forklart for pasientene. De skulle fylle ut skjemaet 3 ganger pr dag. De forklarte også hensikten med skjemaet. Hver morgen i ukedagene fikk pasientene utdelt sitt skjema og skjemaet for dagen før ble innsamlet. På fredag fikk de utdelt skjema til helgen og disse ble samlet inn på mandags morgen.	Av 174 pasienter så var det 106 som ble inkludert i studien. Alle var over 18 år og måtte oppfylle ulike inklusjonskriterier. 68 ble ekskludert på grunn av at de ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Inklusjonskriteriene var at pasientene måtte være eldre enn 18 år, smerter relatert til kreft, i stand til å forstå det italienske språket og ha normal kognitiv funksjon. Pasienter som ble fulgt opp av konsultasjonstjenesten for mindre enn 24 timer og pasienter som var i de 3 første postoperative dagene og pasienter med akutte smerter ble ekskludert.	Smerteintensitet ble betraktet som den hovedverdien i hele oppfølgingsperioden. I oppfølgingsperioden var smertene tilsynelatende bra kontrollert. 25 pasienter leverte utfyllende skjema 100 % av oppfølgingsperioden, mens bare 14 pasienter leverte blanke skjema hver dag. Grunnen til at de ikke leverte eller leverte lite utfyllende var: at det var noen som ikke følte seg i fysisk bra form, psykologiske grunner som depresjon, utmattelse, fravær av smerte, forstod ikke innholdet. Også grunner som at skjemaer som ikke ble samlet inn eller mistet.	Middels kvalitet
C. Modonesi, E. Scarpi, M. Maltoni, S. Derni, L. Fabbri, F. Martini, E. Sansoni, D. Amadori	Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the Edmonton	Hensikten var å vurdere effekten av palliativ pleie på pasienters symptomer, ved å bruke Edmonton symptom assessment	Kvantitativ Prevalensstudie. ESAS's spørreskjema ble fylt ut av pasientene selv eller de fikk hjelp av sykepleierne, daglig de	314 pasienter ble spurt. Av 314 pasienter var 152 pasienter som ikke fullførte studien. Det var flere grunner til frafallet, blant annet tidlig død eller	En reduksjon i symptomintensitet ble observert i de første dagene av innleggelsen. Statistisk sett var det signifikant nedgang i	Middels kvalitet

<p>2005 Italia <i>Journal of pain and symptom management</i></p> <p>Manuelt søk</p>	<p>symptom assessment system</p>	<p>system (ESAS) for å registrere smerteintensiteten på den tiden de er innlagt og variasjoner som er registrert de første 7 dagene av sykehusinnleggelsen.</p>	<p>første 7 dagene av sykehusinnleggelsen og deretter en gang i uken. I spørreskjemaet ble numerical rating scale (NRS) som ble benyttet. Skjemaet ble brukt til å evaluere følgende 9 punkter: smerte, utmattelse, kvalme, depresjon, angst, dødsighet, anoreksi, velbehag og dyspné. Høy score på symptomer indikerer høyere intensitet.</p>	<p>terminal fase, svikt i kognitiv funksjon og andre ukjente årsaker. Det var 71 kvinner og 91 var menn. Gjennomsnittsalderen var 67 år.</p>	<p>intensitet for alle symptomene mellom dag 1 og dag 7. smerte og utmattelse var mest rapportert. Den andre hensikten med studien var å evaluere utbredelsen av symptomer ved innleggelsen. Forskerne i studien observerte også at jo verre symptomene var, jo bedre var innflytelsen på symptomkontrollen og desto bedre reduksjon av ubehag og fortvilelse. ESAS er et gyldig og pålitelig instrument som er laget for å måle intensiteten av 9 forskjellige symptomer til palliative pleiepasienter. Den tillater personellet til å utføre en rask tolkning og kartlegging av intensiteten av disse symptomene.</p>	
<p>K. Tamura, K. Ichihara, E. Maetaki, K. Takayama, K. Tanisawa, M. Ikenaga 2005 Japan <i>Palliative and supportive care</i></p> <p>2.søk i ProQuest</p>	<p>Development of a spiritual pain assessment sheet for terminal cancer patients: Targeting terminal cancer patients admitted to palliative care units in Japan</p>	<p>Hensikten var å undersøke potensielle fordeler av et kartleggingsverktøy som skal benyttes til åndelig smerte, i praksis.</p>	<p>Kvalitativ studie. Pasienter som tilhørte palliative pleie i Japan ble intervjuet med dette kartleggingsverktøyet. Nyttigheten og om dette var en byrde for pasientene ble også undersøkt. Det var sykepleiere med mer enn 10 års erfaring som stilte spørsmålene til pasientene. Det ble stilt</p>	<p>10 pasienter deltok. 5 kvinner og 5 menn. Gjennomsnittsalderen var 64.9 år. Deltakerne var japanesere med kreft og måtte være i stand til å holde en samtale for om lag 30 minutter og være i stand til å delta i studien.</p>	<p>Hovedbekymringen til pasientene var at de var lei seg for at de var avhengig av andre og at de skapte problemer for andre. Og de stilte spørsmålstegn ved hvorfor dette skjedde med dem. Alle pasientene følte smerte ved dimensjonen av forhold og autonomi. Men halvparten følte at denne smerten bare var midlertidig. Pasientene rapporterte at de</p>	<p>Høy kvalitet</p>

			20 spørsmål. På slutten av intervjuet og 1 uke etter intervjuet ble de spurt om dette var en psykisk belastning for de og om det var til hjelp for å forstå deres psykiske tilstand.		ikke følte at kartleggingen var belastende og mer enn halvparten følte at det var nyttig. Sykepleierne rapporterte også at dette var et nyttig verktøy og gjorde det lettere å snakke med pasientene om deres åndelige smerte.	
N.A. Hagen, C. Stiles, C. Nikolaichuk, P. Biondo, L.E. Carlson, K. Fisher, R. Fainsinger 2007 Canada <i>Journal of pain and symptom management</i> Manuelt søk	The Alberta breakthrough pain assessment tool for cancer patients: A validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews	Disse forskerne har utviklet et kartleggingsverktøy. Målet med studien var å samle tilfredsstillende og bygge valide bevis for dette instrumentet, via en Delphi- prosess ved å involvere et ekspert panel sin vurdering men også ”høyt tenkende” intervju med pasienter som opplever kreftrelaterte smerter.	Kvantitativ Prevalensstudie. Kartleggingsverktøyet bestod av 17 spørsmål, et spørsmål med to deler og totalt 18 evaluerbare punkter. Spørsmålene inkluderte gjennombruddsmerter så vel som frekvens, alvorlighet, lokalisasjon, kvalitet, forutsigbarhet og tilfredsstillelse med medisiner av gjennombruddsmerter. Delphi- prosessen ble brukt for å samle eksperters meninger og bestemme nivået av samtykke til verktøyets punkter. To eksperter panel ble brukt, et nasjonalt og et internasjonalt. ”høyt tenkende” intervjuer” der pasientene fikk instruksjoner om å tenke høyt mens de svarte	9 pasienter ble rekruttert, 5 kvinner og 4 menn, alle over 18 år og hadde smerter relatert til kreft eller dens behandling. Hensikten med intervjuet var at pasientene skulle tenke høyt mens de svarte på spørsmålene. Data fra en pasient ble ekskludert da han forsøkte å karakterisere flere gjennombrudd smerter, når verktøyet i realiteten var ment for å beskrive en distinkt gjennombrudd smerte episode om gangen.	I denne studien ble det observert høy nivå av enighet mellom begge ekspertpanelene på de fleste punkter. ”høyt tenkende” prosedyren har blitt identifisert som en viktig del av gyldighets prosessen for utviklingen av instrumentet. Denne teknikken ble brukt for å se om pasientene forstod spørsmålene på den måten som forskerne mente. De fant ut at noen av spørsmålene skulle vært formulert på en annen måte og blitt klarert. Ikke alle pasientene forstod hva gjennombruddsmerter var. På dette tidspunktet anbefaler de at Alberta- verktøyet fortsetter å være designet for forskning, framfor et kartleggingsverktøy.	Høy kvalitet

			på spørsmålene. Det ble også stilt standardiserte spørsmål om verktøyet og hvordan det var å svare på spørsmålene.			
A. Holtan, U.E. Kongsgaard. 2009. Norge <i>Journal and Pain and Symptom Management.</i> 6.søk i Ovid	The Use of Pain Descriptors in Cancer Patients.	Identifisere typiske smerte beskrivelser brukt av norske kreftpasienter og den mulige sammenhengen mellom disse verbale beskrivelsene; smerteintensitet, og kvaliteten av smertene.	En kvantitativ en dags prevalens- studie med målgruppen sykehuspasienter i Norge. Et spørreskjema basert på Brief Pain Inventory ble brukt og i tillegg et informasjonskriv om smerte- beskrivelser og forandringer i hudens sensibilitet var inkludert.	453 pasienter med kreftrelaterte smerter deltok i studien.	97 % av pasientene klarte å beskrive smertene med en av de 12 beskrivelsene. 271 pasienter brukte beskrivelsen ”Verkende” mest. Av de 271 pasientene, var det 201 av de som rapporterte hudsensibilitet i område hvor smerten var. Beskrivelsen ”gjennomtrengende” og tallet av beskrivelser brukt av hver pasient var signifikant relatert til store smerter. Typiske neuropatiske smerter var signifikant korrelert funn sammen med endring i hudens sensibilitet. Selv om verbale beskrivelser gir verdifull informasjon med hensyn til smerteopplevelsen, er det ikke mulig å si forskjellen på smertemekanismene basert på bare beskrivelser av smertene.	Høy kvalitet.
S.L. Hovi, S. Lauri 1999 Finland <i>European Journal of cancer pain</i>	Patients and nurses assessment of cancer pain	Undersøke hospitaliserte kreftpasienters og sykepleieres kartlegging av smertene hos kreftpasientene, og	Kvantitativ studie. Det ble utført strukturerte intervjuer og et spørreskjema. Smerteintensiteten ble målt med en visuell analog skala (VAS) og	51 kreftpasienter, 23 kreftsykepleiere, og 28 sykepleiere fra et helsesenter deltok i studien. Inklusjonskriteriene var at pasientene måtte være 18	Det er statistisk signifikant forskjell mellom pasienter og sykepleieres kartlegging av smerteintensiteten. Sykepleieres kartlegging av smerteintensiteten er lavere enn pasientens kartlegging av	Middels kvalitet

2.søk i Ovid		<p>sammenligne dem. 4 spørsmål var aktuell i artikkelen.</p> <p>Hvordan kreftpasienter og deres sykepleiere kartlegger intensiteten av pasientens smerter ved å bruke VAS?</p> <p>Hvordan kreftpasienter og deres sykepleiere beskriver pasientens smerter ved å bruke et ferdig spørreskjema?</p> <p>Hvordan kreftpasienter og deres sykepleiere kartlegger forskjellig i beskrivelsen av smerter?</p> <p>Er sykepleieres kunnskap om smertemedikamenter med på å forklare kartleggingen og beskrivelsene av pasientens smerter?</p>	den ferdige versjonen av McGill Smerte spørreskjema.	år eller eldre med diagnosen kreft. De måtte være i fysisk og mental stand til å svare på spørreskjema, og vært innlagt minst en uke på sykehus.	<p>smerten. Sykepleierne identifiserte 40 ord i det ferdige spørreskjemaet. De mest brukte beskrivelsene pasientene brukte på smertene var, pinefull, øm, bølge-lignende, strålende.</p> <p>Sykepleierne brukte ordet intensitet mest. Sykepleieres kunnskap om smertemedikamenter generelt og morfin spesielt var klart assosiert med forskjellige observasjoner og bedømming av intensiteten av smertene.</p> <p>Sykepleiere med lite kunnskap undervurderer pasientenes opplevelse av smerter.</p>	
<p>K. Mystakidou, E. Parpa, E. Tsilika, O. Kalidopoulou, S. Georgaki, A. Galanos, L. Vlahos. 2002.</p> <p>Hellas</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management.</i></p> <p>8.søk i Ovid</p>	Greek McGill Pain Questionnaire: Validioation and Utility in Cancer Patients.	Kartlegge gyldigheten, reliabiliteten, og validiteten til McGill Pain Questionnaire på en utvalgt gruppe av greske kreftpasienter som mottar palliative behandling.	Kvantitativ studie. Den G. MGQ ble administrert som et selvrporterings måleinstrument. Pasientene ble anbefalt å velge ett ord fra hver subklasse som reflekterte smertene best. Spørreskjemaet ble administrert i to	180 pasienter deltok. Kriteriene var at måtte være minst 18 år, ha en bekreftelse på malignitet, i stand til å kommunisere effektivt med studiens personale med hensyn til smertene. Adekvat kommunikasjon og samarbeid med pårørende, informert samtykke fra pasient. Eksklusjonskriteria	Resultatene bekrefter at den greske MPQ er en reliabel og en valid måling for å evaluere kvaliteten på kreftsmerter hos kreftpasienter som mottar palliativ pleie.	Høy kvalitet

			forskjellige perioder: før den palliative behandlingen og så en uke etter behandling.	var enten en forhistorie med stoffmisbruk eller en psykisk sykdom.		
B. Jack V. Hillier A. Williams J. Oldham 2006 England <i>European Journal of Cancer Care</i> 3.søk i Ovid	Improving cancer patient's pain: the impact of the hospital specialist palliative care team	Hensikten med studien var å evaluere effekten av sykehusets spesialiserte palliative team på kreftpasienters smerte.	Kvantitativ, Randomisert kontrollert studie. Innsamling av data ble gjort med et selvrporteringsverktøy som var spesielt laget for å måle effektiviteten av et sykehusbasert palliativt team.	Deltagere var delt i to grupper, hvor den ene bestod av pasienter som mottok palliativ behandling. Den andre gruppen mottok standard behandling. 58 menn, og 42 kvinner deltok. 124 var rekruttert til studien, for å sikre at de hvertfall hadde 100 deltakere. Målet var at hver gruppe skulle bestå av 50 deltakere. 24 deltakere ble ekskludert, pga dødsfall, og andre pga. kognitiv svikt.	Resultatene viste at pasienter som mottok palliativ pleie hadde bedre kontroll på smertene. Det ble gjort en kartleggig på dag 1, dag 4 og dag 7. I starten av kartleggingen av smerter var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Ved kartleggingsdag 1 var det 34 palliative pleiepasienter indikerte en score på 3(smerter dominerer dagliglivet), Sammenlignet med 27 i kontrollgruppen. Ved kartleggingsdag 3 var det bare 3 palliative pleiepasienter som indikerte en score på 3, sammenlignet med 15 pasienter i kontrollgruppen. Videre var det 31 palliative pleiepasienter som indikerte en score på 1 (smerter tilstede ,men påvirker ikke dagliglivet), sammenlignet med 4 pasienter i kontrollgruppen.	Høy kvalitet
A. Holtan, U. E. Kongsgaard, H. O. Ohnstad.	Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus.	Ønsker å kartlegge kreftsmertor hos inneliggende pasienter	Ble gjennomført en kvantitativ en dags prevalensstudie.	13 sykehus og 309 pasienter ble inkludert. 127 pasienter ble av ulike årsaker ikke	51 % svarte at de hadde smerter når de var i sykehus. Det var relativt få som	Middels kvalitet

<p>2005 Norge <i>Tidsskrift for den norske legeforening</i></p> <p>Manuelt søk</p>		<p>ved norske sykehus samt påvise eventuelle hindringer for en bedret smertebehandling.</p>	<p>Spørreskjemaet Brief Pain Inventory ble brukt, i tillegg til spørsmål vedrørende diagnose, gjennombruddssmerter og nevropatiske smerter.</p>	<p>med i studien. 40 % brukte ikke analgetika, samtidig hadde 51 % smerter mens de var hospitalisert. Gjennomsnittsalderen var 59 år.</p>	<p>angav smerte på de øvre nivåene av den visuelle analoge skalaen. Det var ingen signifikante forskjeller i smerteskåre relatert til kjønn, alder, diagnose, eller behandlingssted.</p>	
--	--	---	---	---	--	--

