



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Smertelindring til pasientar med kreft i palliativ fase

Pain relief for patients with cancer in palliative phase

Guro Austreim

Kandidatnummer: 311

Bachelor i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet

Ole Tormod Kleiven

12.06.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Samandrag

Bakgrunn: Kreft er ein utbreidd sjukdom, som i 2018 ramma 34 190 nye menneske. Smerter er det mest frykta symptomet hos pasientar med kreft i palliativ fase. Ved langtkomen kreftsjukdom viser det at 70- 80% har behandlingkrevjande smerter. Smerter er også eit av dei symptoma som kan vere vanskelegast å behandle.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til å lindre smerter hos pasientar med kreft i palliativ fase?

Metode: I denne oppgåva er det brukt litteraturstudie som metode. Forsking vart funne gjennom strategisk søk i ulike databasar. Det er brukt teori og relevante forskingsartiklar til det aktuelle tema, og for å svare oppgåva si problemstilling.

Funn: Fleire sjukepleiarar manglar kunnskap om smertelindring. Kartlegging og god kommunikasjon er verktøy som kan hjelpe til god smertelindring hos pasientar med kreft i palliativ fase.

Konklusjon: Å lindre smerte hos pasientar med kreft i palliativ fase, informasjon, omsorg, samt å hjelpe dei til å meistre sin situasjon, er ei av oppgåvene til sjukepleiarar. Dette kan vere utfordrande og det krev at sjukepleiarar har eit breitt kunnskapsnivå. Sjukepleiarar må opparbeide ein god relasjon med pasientane for at samarbeidet mellom sjukepleiar og pasient kan hjelpe til god smertelindring.

Nøkkelord: Smertelindring, kreft, palliativ fase, sjukepleie

Abstract

Background: Cancer is a widespread disease, and in 2018 about 34 190 new persons were diagnosed with it. Pains are the most feared symptom for patients with cancer in palliative phase. In advanced cancer about 70-80 percent of the patients have treatment required pains. Pains are also one of the symptoms that can be the most difficult to treat.

Aim: how can a nurse help to relief pain for patients with cancer in palliative phase?

Methods: in this thesis, literature studies are used as method. Science was found through strategic searches in different databases. It has been used theory and relevant science articles for the theme and to answer the issue of the thesis.

Findings: Nurses do not have enough knowledge about pain relief. Good communication is a tool which can be helpful to achieve good pain relief for patients with cancer in a palliative phase.

Conclusions: Pain relief for patients with cancer in a palliative phase, care, information, and helping patients to master a situation is a nurses' big job. This can be a challenge, and it takes a wide knowledge. To get a great cooperation between a patient and a nurse, as well as helping the patient to get pain relief, the nurse will have to build a trustful relation with the patients.

Keyword: Pain relief, cancer, palliative care, nursing

Innhald

1	Innleiing.....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2	Problemstilling og avgrensing.....	2
1.3	Omgrep.....	2
1.4	Hensikt av oppgåva.....	3
1.5	Oppbygging av oppgåva	3
2	Metode.....	3
2.1	Kva er metode?	3
2.2	Litteraturstudie	4
2.3	PICO.....	4
2.4	Val av litteratur.....	5
2.4.1	Søk etter forskingslitteratur.....	5
2.4.2	Val av anna litteratur	5
2.5	Kjeldekritikk.....	5
3	Teori	6
3.1	Smerter ved kreftsjukdom.....	6
3.2	Smertelindring.....	7
3.2.1	Smertekartlegging	7
3.2.2	Medikamentell smertelindring	8
3.2.3	Ikkje medikamentell smertelindring	8
3.3	Palliasjon	9
3.4	Sjuepleie	9
4	Restultat og funn.....	11
4.1	Presentasjon av forskning.....	11
5	Drøfting	13
5.1	Sjuepleiar si rolle i smertelindring	13
5.2	Kommunikasjon og informasjon.....	14
5.3	Smertekartlegging	15
5.4	Barrierar mot smertebehandling.....	16
6	Avslutning.....	18
7	Litteraturliste.....	19

1 Innleiing

I 2018 blei det diagnostisert 34 190 nye krefttilfeller her i Noreg, av dei var 18 321 menn og 15 869 kvinner. Dette er nesten 2% fleire enn året før. Aukinga er forventet, både fordi vi vert eldre og fordi vi vert fleire menneske i Noreg. I dagens samfunn er kreft ein sjukdom som rammar mange, anten om dei har ein kreftsjukdom sjølv eller for pårørande og kjende (Kreftregisteret, 2020).

For pasientar med kreft er smerter den mest frykta plaga og dette førekjem hos 40-50% av pasientane. Ved langtkomen kreftsjukdom seier 70-80 prosent at dei har behandlingkrevjande smerter. (Lorentsen & Grov, 2016, s. 407). Det å beskrive smerte i eit tidsforløp, kartlegging av smerter og smertebehandling er ein viktig del av sjukepleiaren si oppgåve. Pasienten sine fysiske, psykiske, eksistensielle og sosiale smerter er ein viktig del av sjukepleiaren sitt ansvar gjennom kartlegging og behandling av smerter for pasientane. Fleire pasientar seier dei ikkje får den smertelindringa som dei treng, i tillegg til dårleg oppfølging (Lorentsen & Grov, 2016, s.412).

Ein sjukepleiar har ein viktig funksjon i smertebehandling og eit stort ansvar for å lindre pasienten sine smerter. Sjukepleiaren sitt ansvar for å dekke pasienten sine grunnleggande behov for velvære omfattar datainnsamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering av pasienten sin smerte, administrering av medikamentelle og ikkje medikamentelle smertelindrande tiltak, i tillegg kjem evaluering av tiltaka sin effekt (Danielsen, Berntzen, Almås, 2016, s. 382).

1.1 Bakgrunn for val av tema

I min praksis har eg erfart pasientar med store smerter, samt redsel for smerter grunna deira kreftsjukdom. Det har i nokre tilfeller vore vanskeleg å smertestille pasientane tilstrekkeleg. Eg har også sett korleis samanhengen mellom psykisk, fysisk, sosial og eksistensiell smerte har påverka smerteopplevinga. Som ferdig utdanna sjukepleiar har eg eit ansvar for at smertebehandlinga til mine pasientar er tilstrekkeleg.

1.2 Problemstilling og avgrensing

Korleis kan sjukepleiar bidra til å lindre smerter hos pasientar med kreft i palliativ fase?

Eg vil avgrense oppgåva til å omhandle vaksne personar over 18 år med kreft. Eg har ikkje valt ein spesiell kreftdiagnose, men vil generelt omtale pasientar med kreft i palliativ fase. Eg vil kun vektlegge lindring av smerter. Medikamentell smertelindring kan ofte føre med seg biverknadar. Dette vil eg berre nemne i samanheng med medikamentell behandling og dei utfordringane dette kan føre med seg. Det vert i oppgåva teke utgangspunkt i gruppa pasientar i palliativ fase som er innlagt på sjukehus. Oppgåva vil ikkje gå omhandle pasientar som er heime eller oppheld seg på andre institusjonar.

1.3 Omgrep

Kreft: Kroppen vår består av milliardar av celler. Dei fleste cellene formeirar seg ved deling. Ved kreft har det oppstått ein feil i cella sitt arvestoff som gjer at celler delar seg ukontrollert, og ikkje utfører oppgåver som friske celler ville gjort. Det skjer ei opphoping av kreftceller i organet der veksten startar, cellene vert deretter omdanna til ein kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2016, s.399).

Smerter: Smerte er eit samansett fenomen, som kan innehalde fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale og eksistensielle/andelege behov (Palliasjon i kreftomsorgen, 2019). Danielsen et al (2016, s.383) definerer smerte som «Smerte er ein ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving som følgje av faktisk eller potensiell vevsøydelegging» (Danielsen et al. 2016, s.383). Smerteoppleving er subjektivt og lite tilgjengeleg for andre sin kontroll. Berre den personen som sjølv kjenner på smerta kan vite korleis det kjennest, kor intens den er, og kor lenge den varer (Danielsen et al., 2016, s. 383).

Kommunikasjon: Definerast som ein prosess der eit budskap som inneheld informasjon, vert overført eller formidla, og har blitt beskrive som ein gjensidig prosess, der meldingar vert sendt og motteke, anten verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2018, s.14). I møte med menneske som treng hjelp, har sjukepleiar eit særleg ansvar for å legge til rette for god kommunikasjon (Fjørtoft, 2016, s. 179).

Analgetika: Synonym for smertelindrande midlar (Ræder, 2020).

1.4 Hensikt av oppgåva

Hensikta med denne bacheloroppgåva er at eg gjennom å bruke ulike studiar, vil drøfte sjukepleiar si rolle i smertebehandling. For ein sjukepleiar vert det stilt store krav om kunnskap og kompetanse om palliativ omsorg. Det vert også stilt store krav til sjukepleiarar sin kompetanse og kunnskap i forbinding med sjukepleie til den palliative pasient. Dette førekjem då pasientar ofte har mange plagsame symptom som kan verke inn på kvarandre. Sjukepleiar må altså kunne tolke pasienten sine symptom og behandling. Symptom hos pasientar i denne fasen kan vere samansett, og i tillegg kan dei endre seg fort (Lorentsen & Grov, 2016, s.427).

1.5 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva er delt inn i 6 kapittel; innleiing, metode, teori, resultat, drøfting og til slutt konklusjon. Innleiinga opnar oppgåva og fortel kva oppgåva skal handle om. Metodedelen presenterer metode, litteraturstudie, PICO, val av litteratur samt kjeldekritikk. Teoridelen presenterer smerter hos kreftpasientar, smertekartlegging, medikamentell smertelindring, ikkje-medikamentell smertelindring, palliasjon og sjukepleie. I resultatdelen vert dei fem forskingsartiklane presenterte. I drøftinga vert forskingsartiklar tolka og belyst opp mot teori for å kunne svare på oppgåva si problemstilling. I oppgåva sin konklusjonsdel vert det presentert ei avsluttande oppsummering frå oppgåva.

2 Metode

2.1 Kva er metode?

Metode er den systematiske framgangsmåten ein nyttar for å samle informasjon og kunnskap for å kunne belyse ei problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Ein metode fortel oss korleis ein bør gå til verks for å få fram eller etterprøve kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer ordet metode slik «Ein metode er ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem, og kome fram til ny kunnskap». Grunnen til at ein vel ein spesifikk metode er for at ein meiner at akkurat denne metoden eignar seg for å kunne belyse problemstillinga ein har stilt seg (Dalland, 2017, s.51). Metode hjelp oss til å samle inn informasjon (data) som ein treng i undersøkinga (Dalland, 2017, s. 52).

Kvantitativ metode brukar data som er målbare einheiter, tal, harde og objektive data, som vil seie eksakt faktakunnskap. Tala gir moglegheit for nøyaktige reikneoperasjonar som kan brukast til statistiske reikningar, ofte formidlast desse i form av tabellar. Kvantitative datainnsamlingar er funksjonelt når ei vil ha svar på «kor mykje..?», «Kor ofte..?» eller «meir effektivt enn».

Kvalitativ metode vert brukt ved humanvitskaplege og forståande kunnskapstradisjon. Målet ved desse studiane er å få kunnskap om menneskelege eigenskapar, som til dømes opplevingar, meiningar, tankar, forventningar, haldninga og å få fram nyansar. Det er hensiktsmessig å nytte kvalitativ metode når ein ynskjer svar på «kva betyr?», «Kva skjer?» og «korleis opplev?».

2.2 Litteraturstudie

Litteraturstudie vert brukt som metode for å belyse oppgåva si problemstilling. Litteraturstudie er ei systematisk kunnskapsoversikt som har som mål å identifisere, vurdere, velje og organisere forskning av høg kvalitet som er relevant for den valte problemstillinga. Ei slik studie byggjer på litteratur som allereie eksisterer. Det første trinnet ved systematisk oversikt er eit kritisk og grundig litteratursøk etter relevante artiklar (Halvorsen, 2003, s. 174-177). Hensikta med ei litteraturstudie er å gi lesaren ei oppdatert og god forståing av kunnskapen på det området som problemstillinga etterspør, og korleis ein har kome fram til kunnskapen (Thidemann, 2015, s.80).

Litteratursøk omhandlar å finne fram til den litteraturen som vil få fram problemstillinga på beste måte. Litteratur er kunnskapen oppgåva tek utgangspunkt i, som problemstillinga skal drøftast i forhold til. Faglegheita og truverdigheita til oppgåva avheng av at kjeldegrunnlaget er beskrive og grunngeve på ein god måte (Dalland, 2012, s.68).

2.3 PICO

I oppgåva er det brukt PICO-skjema som hjelpemiddel for å finne relevante søkeord til søkeprosessen. PICO-skjema er eit hjelpemiddel som gjer problemstillinga tydeleg og presis, slik at ein oppnår struktur i utvalet for litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016). Søkeorda som blei valt ut er: Kreft, cancer, smerter, smertelindring, pain, pain management, palliasjon, palliativ lindring, palliative care, hospital, nurse, opiat. Det er nytta engelske søkeord for å finne internasjonal forskning og fleire resultat som er relevante for mi oppgåve.

2.4 Val av litteratur

2.4.1 Søk etter forskningslitteratur

Ved søk etter forskningslitteratur er det teke i bruk ulike databasar frå HVL, til dømes frå PubMed, CINAHL og SveMed+. Artiklane er vitskapeleg fagfelleverdert og publiserte frå 2005-2020. Søkeorda som er brukte for å finne ulike studiar er: Kreft, smertelindring, palliative care, cancer, palliativ lindring, hospital, nurse, pain management, opiat. Ved alle søka som vart gjort kom det maks 55 resultat. Det blei gjort ein gjennomgang av alle overskrifter og valt ut dei som hadde den mest relevante tittelen. Frå dei utvalte blei abstraktet lest nøye gjennom og dei artiklane som passa best til problemstillinga blei plukka ut. Vedlagt ligg ein tabell som viser søk og funn av all forskningslitteratur.

2.4.2 Val av anna litteratur

Det blei i litteratursøket lest gjennom aktuell pensumlitteratur, der det blei funne teori om smerter, kreft, smertebehandling, palliasjon, sjukepleie og kommunikasjon. Tidlegare bacheloroppgåver som omhandla det same som denne oppgåva blei også lest gjennom for å fine relevante referansar, samt å få oversikt om korleis struktur andre har brukt i si oppgåve. Det er nytta nettressursar som helsebiblioteket, kreftforeninga og folkehelseinstituttet. Andre nettstadar som sykepleien.no er også brukt for innsamling av relevant data. I tillegg er det brukt retningslinjer, artiklar og statistikk frå internett, samt delar frå Noreg sitt lovverk

2.5 Kjeldekritikk

Ved kjeldekritikk finst det to sider. Den eine handlar om assistanse til å finne fram til den litteraturen som kan belyse den valde problemstillinga på ein best mogleg måte. Den andre handlar om å gjere greie for den brukte litteraturen oppgåva. Kjeldekritikk skal vise at ein er i stand til å halde seg kritisk for utvalet av kjeldemateriale, og med det som eit mål å syne lesaren kva litteratur ein har hat til rådighet under arbeidet med oppgåva, og kva kriteriar som ein har nytta ved val av litteratur (Dalland, 2012).

Artiklane er gjort i nyare år frå 2010-2020, med unntak av ein artikkel som er frå 2005. Når ein søker artiklar frå nyare tid, kan eldre, gode artiklar som også kunne vore med på å svare på problemstillinga, bli oversett.

Det er plukka ut 5 forskingsartiklar som er brukt for å belyse oppgåva si problemstilling. Fire av artiklane er skriva på norsk, medan ein av dei står på engelsk, denne artikkelen er utført og skriven i Iran. Når studien er utført i eit anna land kan også dette medføre at studien er gjort i ein anna kontekst enn i Noreg. Dette kan medføre feiltolkning av artikkelen. Artikkelen er valt ut til å vere med i

studia for å kunne samanlikne Noreg og andre land si gjennomføring og syn på palliativ behandling. Artikkelen som er skriven på engelsk kan ha blitt tolka og oversett feil då det ikkje er skriven på mitt hovudmål.

Artiklane som er brukt er funne i databasar som anbefalt frå HVL, til dømes PubMed og SveMed+. Designet i artiklane har fulgt IMRaD-strukturen. Om ein artikkel er bygd frå IMRaD-strukturen er dette ein vitenskapleg artikkel (Thidemann, 2016, s.30). Dette inneber at forskingsartiklane er publisert, dei har ein introduksjon, ein metodedel, resultat av funn, samt ein diskusjon av det som er blitt lagt fram (Dalland, 2013). Eg har grunna dette sjekka at artiklane har nytta seg av ei slik standardisering.

3 Teori

I denne delen av oppgåva vert teori som er aktuelt for oppgåva si problemstilling bli presentert.

3.1 Smerter ved kreftsjukdom

Smerter er den mest frykta kreftrelaterte plaga. Ved langtkomen sjukdom oppgir 70-80 prosent at dei har behandlingkrevjande smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402). Fenomenet opplevast forskjellig og kan kome av kreftsjukdomen sjølv, behandling, eller av tankar som angår sjukdomen (Grasdal, 2019). Smerteproblematikken er størst ved kreftformer som spreiar seg til skjelettet, til dømes brystkreft, prostatakreft og lungekreft. Begrepet kreftsmerter kan gje eit inntrykk av pasientar med kreft berre har ein type smerter, dette er ikkje tilfelle. Pasientar har ofte fleire typar smerter samstundes, og dette kan krevje ulike behandlingar eller behandlingkombinasjonar (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

Pasientar med kreft kan ha både akutte smerter og kroniske smerter på same tid. Ofte artar debutsmerter seg som akutte smerter, og desse smertene kan då fungere som eit varselsignal om at noko er gale. Behandling som operasjon eller stråling kan fjerne årsaka, men smertene kan kome tilbake, til dømes ved metastasar eller residivering av kreftsjukdomen (Kaasa & Borchegrevink, 2008, s. 278). Pasientar med uhelbredeleg kreftsjukdom har ofte kroniske smerter med akutte episodar (Kaasa & Borchegrevink, 2008, s. 278). Ei spesiell form for akutt smerte er gjennombrotsmerter. Dette er smertetoppar som kjem som eit tillegg til den kroniske smerta. Dette kan utløysast ved bevegelsar eller det kan oppstå spontant. Smertene startar kjapt og når ein topp etter få minutt. Smertetypane kan vere vanskeleg å behandle medikamentelt (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

Kronisk smerte ved kreft skuldast biverknad etter behandling, ein gradvis progresjon av sjukdommen eller ein kombinasjon av desse årsakene. Ved rett behandling kan kroniske smerter lindrast godt.

Likevel er det viktig å vite at i enkelte tilfelle kan det vere vanskeleg eller umogleg å oppnå ei fullstendig smertelindring (Kaasa & Borchgrevink, 2008, s. 277).

Hos pasientar med kreft er nesten alltid progresjon av grunnlidinga årsaka for smerter. Det er viktig å ha kunnskap om sjukdommen sin natur, korleis metastase- og vekstmønster er, samt kva smertetypar som oppstår, avhengig av kor kreftsvulsten er held til. Ein bør, dersom det er mogleg, behandle årsaka til smerta, og det er viktig å kartlegge kreftsjukdommen si utbreiing så godt som mogleg. I nokre tilfelle har det ikkje noko hensikt å behandle sjølve kreftsjukdommen på grunn av liten effekt, biverknadar eller andre forhold (Kaasa & Borchgrevink, 2008, 278).

3.2 Smertelindring

Smerter kan lindrast på to måtar. Anten kan ein bruke ulike medikament, analgetika, som påverkar overføring og oppfatninga av smerteimpulsar, dette kallast symptomretta behandling. Ein annan måte å lindre smerter er å behandle sjølve sjukdommen med cellegift, hormon- eller strålebehandling, dette kallast tumorretta behandling. Det oppnåast ofte best og lengst varande effekt av å kombinere desse behandlingsprinsippa (Kongsgaard et al., 2005, s. 22).

3.2.1 Smertekartlegging

Kartlegging og vurdering av smerter er ein viktig del av sjukepleiaroppgåvene, og dette er avgjerande for å kunne gi pasienten tilfredsstillande smertelindring. Ein treng informasjon om smerta sin lokalisasjon, kvalitet, varigheit, intensitet og variasjon, samt kva den fører til av nedsett funksjon for å kunne kartleggje. Smertekartlegging vil også vere med på å bevisstgjere pasienten, slik at han eller ho kan finne ut kva for årsak som gir ei lindrande effekt, og kva som forsterkar smertene (Danielsen et al., 2015, s. 388).

Ei grundig og nøyaktig kartlegging av pasienten sine smerter dannar grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere ei systematisk og individuell smertebehandling. Det kan brukast fleire hjelpemiddel til dette, alt frå omfattande spørjeskjema med skalaer der pasienten beskriv smertene, til enkle skalaer der pasienten sjølv graderer smerta han eller ho opplev (Danielsen et al., 2015, s. 390).

I palliativ fase er kartlegging av pasienten sine plager, og evaluering av effekten av eventuell behandling, ein viktig del av omsorga. Nokre gongar kan ein klare seg med observasjonar og enkle spørsmål. Det er kome einigheit om at den beste hjelpa i smertekartlegging hos palliative pasientar med kreft er Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Hjort, 2008).

3.2.2 Medikamentell smertelindring

Verdens helseorganisasjon(WHO) utvikla eit enkelt behandlingsprinsipp som dei har kalla «smertetrappa» (Kongsgaard et al, 2005, s. 22). Denne består oprinnelig av tre trinn, men i Noreg operer ein med 4 eller 5 trinn (Lorentsen & Grov, 2016, s.413).

Trinn 1 vil seie ikkje opioider, ved svake til middels sterke smerter nyttar ein paracetamol eller NSAID-preparat. Slike smerter kan blant anna skuldast metastaser til skjelett bindevev og musklar. (Lorentsen & Grov, 2016, s.413).

Trinn 2 er som trinn 1, saman med eit svakt opioid. Tramadol og kodein er dei vanlegaste stoffa i gruppa svake opioider. I Noreg er kombinasjonspreparat med kodein og paracetamol mykje brukt. Smertelindring på trinn 2 har likevel lav effekt ved kreftrelaterte smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s.413).

Trinn 3 er også som trinn 1, men med ei sterkt opioid. Morfin er ofte førstevallet av opioid saman med paracetamol. For å finne den optimale perorale opiatdosen med minst mogleg biverknadar startar ein med ein lav til moderat dose, ein evaluerer effekten ofte, og avhengig av dette justerer ein dosen opp til ein meir effektiv dose (Lorentsen & Grov, 2016, s. 413).

Trinn 4 er trinn 1 saman med sterkt opioid som vert gitt subkutan eller intravenøst. Nokre pasientar kan ikkje ta medikamenta oralt, eller får ikkje tilfredsstillande smertelindring av høge opiatdosar peroralt. For desse er subkutan behandling eit godt alternativ. Ved nokre tilfeller er det lettare med intravenøs infusjon, til dømes dersom pasienten har innlagt eit Hickman-kateter. Det vil då vere eit alternativ for subkutan infusjon (Lorentsen & Grov, 2016, s. 414).

Trinn 5 er trinn 1 saman med sterkt opioid som vert gitt epiduralt eller spinalt. Enkelte pasientar med kreft har så sterke smerter at dei treng smertebehandling gjennom eit epidural- eller intraspinalkateter. Kateteret vert brukt både ved behovs dosar(bolus), samt ved kontinuerleg infusjon (Lorentsen & Grov, 2016, s. 414)

3.2.3 Ikkje medikamentell smertelindring

Nokre pasientar er redde for opiatavhengigheit ved smertelindring eit problem. Dette er noko sjukepleiarar i kreftomsorga må kjenne til (Nyblin & Utne, 2018). Ei lang rekkje ikkje-medikamentelle metodar er teke i bruk for behandling av smerte, nokre av desse er i tillegg utan tydeleg kunnskapsbasert grunnlag (Nilsen, 2013). I nokre situasjonar kan smerte lindrast utan bruk av legemiddel(Nilsen, 2013). Dei vanlegaste metodane for ikkje-medikamentell behandling er

vibrasjonar, massasje, varme og kulde, musikk, akupunktur, avleiing og sensorisk stimulering (Danielsen et al, 2016, ss. 391-392).

Hjernen klarer ikkje å konsentrere seg fullt ut om fleire ting samstundes. Sterke impulsar konkurrerer om plassen, og sjølv sterkt ubehag kan minske dersom noko fangar merksemda. Til dømes kan eit hyggeleg besøk få pasienten til å engasjere seg og få det betre. Med ein gong besøket går vil pasienten kunne kjenne på smertene igjen (Danielsen et al., 2017, s. 293). Avslapping er også eit element som kan hjelpe til med å lindre smertetilstander. Pusteteknikkar er ein utbreidd metode, som kan få pasientar til å slappe meir av (Danielsen, 2017, s.394).

Musikk og humor kan også vere gode verktøy for ein sjukepleiar som lindrande tiltak. Det krevst då at ein sjukepleiar har erfaring og kunnskap for å kunne vurdere korleis medikamentelle og ikkje-medikamentelle tiltak kan supplere og tilpasse pasienten sitt individuelle behov (Danielsen, 2017, s. 394).

3.3 Palliasjon

Når ein pasient ikkje lenger har nytte av heilbredande behandling, endrar målet for behandlinga og sjukepleia seg til livsforlenging, symptomlindring og best mogleg livskvalitet. (Lorentsen & Grov, 2016, s.423). Cicley Saunders etablerte moderne palliasjon. (Palliasjon i kreftomsorgen, 2019). Begrepet palliasjon vert brukt for å beskrive denne kompleksiteten. Palliasjon sitt hovudfokus er nettopp lindring og best mogleg livskvalitet for pasientar og deira pårørande i løpet av ein livstrugande sjukdom. Sentralt i palliasjon er grunnsjukdom, ulike behandlingsmetodar, systematisk symptomkartlegging og lindring og samarbeid på tvers av profesjonelle nivå i helsetenesta (Palliasjon i kreftomsorgen, 2019). European Association for Palliative Care (EAPC) og World Health Organization (WHO) definerer palliasjon slik : «Aktiv pleie og omsorg for pasientar med inkurabel sjukdom og kort forventet levetid. Lindring av pasienten sine fysiske smerter og andre plagsame symptom står sentralt, saman med tiltak retta mot psykiske, sosiale og andeleg/eksistensielle problem. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mogleg livskvalitet for pasienten og dei pårørande. Palliativ behandling og omsorg verken framskundar døden eller forlenger sjølve dødsprosessen, men ser på døden som ein del av livet» (Lorentsen & Grov, 2016, ss. 423-424).

3.4 Sjukepleie

Sjukepleiar har ansvar for å kartlegge smerter, administrere medikament og ivareta pasienten sine grunnleggande behov (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Virginia Henderson definerte sjukepleiaren sine oppgåver og ansvar slik:

«Sjuepleiaren sin særeigne funksjon er å hjelpe personen, sjuk eller frisk, i utføringa av dei gjeremål som bidreg til god helse eller heilbreiding (eller til ein fredfull død), noko ho ville gjort utan hjelp om ho hadde hatt tilstrekkelege krefter, kunnskap og vilje, og å gjere dette på ein slik måte at personen gjenvinn uavhengigheit så fort som mogleg». Henderson sin teori beskriv sjuepleiaren sitt hovudansvar som det å hjelpe. Hjelp til å utføre mål som fører til at ein oppnår god helse eller heilbreiding og hjelpe til å få ein fredeleg død. (Kirkevold, 2003, s. 101).

Ein profesjonell sjuepleiar har som oppgåve å etablere eit «menneske-til-menneske forhold». Dette inneber at både sjuepleiar og den sjuke oppfattar og held seg til kvarandre som unike menneskelege individ. Dette forholdet krev at omgrepa «sjuepleiar» og «pasient» må overskridast før ein kan nå inn til kvarandre som individ (Travelbee, 2001, s. 172). «Menneske-til-menneske-forholdet» i sjuepleiarsituasjonen er verkemiddelet som gjer til at det er mogleg å nå målet, nemleg å hjelpe eit individ til å førebyggje eller meistre sjukdom og liding, samt finne ei mening i desse forholda. Dette forholdet byggjer seg opp dag for dag der sjuepleiaren samhandlar med pasienten. Ein viktig grunntanke i menneske-til-menneske-forholdet etablerast etter at sjuepleiaren og pasienten har gått gjennom fire fasar. Første fase er det innleiande møtet, neste er framvekst av identitet, så kjem empati og til slutt sympati og medkjensle. Desse fasane kulminerer i gjensidig forståing og kontakt og i etablering av eit menneske-til-menneske-forhold.

Grunnlaget for all sjuepleie skal vere respekt for det enkelte menneske sitt liv og verdigheit. Sjuepleie skal bygge på barmhjertelegeheit, omsorg og respekt for menneskerettane (NSF, 2019). For å beskrive sjuepleiarar og anna helsepersonell sin profesjonsetikk og forplikingar er det utvikla ulike lover og etiske retningslinjer. I helsepersonellova §4 står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå helsepersonellet sine kvalifikasjonar, arbeidet sin karakter og situasjon elles (lovdata, 2019). Også Norsk sjuepleiarforbund (NSF) har utviklar ulike yrkesetiske retningslinjer for sjuepleiarar. Deira punkt nr. 2.10 står det at sjuepleiaren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre liding (NSF, 2019).

4 Resultat og funn

I denne delen av oppgåva vert dei aktuelle forskingsartiklane presentert med namn på artikkel, forfattarar, publiseringsårstal, samt kvar dei er publisert. Formål, hensikt, metode og resultat vert også presentert.

4.1 Presentasjon av forskning

Artikkel 1

Kreftpasienters barriere mot smertelindring, Valeberg, B., Bjordal, K, Rustøen T., (2010). Sykepleien Forskning

Formål og hensikt: Beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerter og smertebehandling, samt undersøke om barrierer for smertebehandling har verknad på smerteintensitet og smerten sin påverknad på funksjon.

Metode: Dette er ein tverrsnittsundersøking som blei gjort med kreftpasientar på poliklinikk som har smerter eller brukar smertestillande.

Resultat: Spørsmål som reflekterer dei høgaste barrierane for smertebehandling omhandlar avhengigheit, toleranse, monitore symptom i forhold til eigen helsetilstand, nye smerter og redsel for biverknadar.

Artikkel 2

Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptom hos kreftpasienter, Ihler E. M., Sæteren B, (2019). Sykepleien Forskning.

Formål og hensikt: Studien har som mål å utforske sjukepleiaren sine erfaringar med bruk av ESAS for å kartlegge symptom hos sjukehuspasientar med kreft i palliativ fase.

Metode: Artikkelen er gjennomført med kvalitative djupneintervju med seks sjukepleiarar frå to onkologiske sengepostar frå eit sjukehus i Helse Sør-Øst.

Resultat: Artikkelen viser at sjukepleiarane ser på ESAS som eit nyttig kartleggingsverktøy som gir eit bilete av pasienten sine subjektive symptomoppleving. Dette er ein inngangsport for samtale med pasientane om deira symptom, noko som kan bidra til å betre symptomlindring og livskvalitet. Artikkelen viser også at ESAS vert brukt i varierende grad, noko som er med å påverke korvidt skjemaet bidreg til å systematisere symtpomkartlegginga.

Artikkel 3

Palliative pasientar får betre lindring med tidleg symptomvurdering og tiltak, Vigstad, S., Clacy, A., Broderstad, A. N., (2018). Sykepleien.no.

Formål og hensikt: Studien ynskjer å kartlegge korleis palliative keftpasientar rapporterer symptom ved førstegongs innlegging ved palliativ einheit. Korvidt kvinnelege og mannlege kreftpasientar oppgir forskjellig symptombilete, samt korleis pasientar si symptomoppleving forandrar seg i løpet av første opphald ved ein palliativ einheit.

Metode: Studien er ein retrospektiv, kvantitativ studie som har brukt anonymiserte data frå kvalitetsdatabasen ved palliativ einheit ved UNN Harstad.

Resultat: Studien viste at det var eit større symptombyrde hos kvinner enn hos menn, dette med unntak av pustebesvær. Det kom også fram at det var ein betydeleg reduksjon av symptom ved utskriving.

Artikkel 4

Iranian nurses' perceptions og palliative care for patients with cancer pain, Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh, M., Tahmasebi, M. (2014). International Journal of Palliative Nursing.

Formål og hensikt: Denne studien ynskte å undersøke iranske sjukepleiarar si oppfatning av palliativ omsorg for pasientar med kreft.

Metode: Det er ein kvalitativ studie, der det er blitt gjennomført semi-strukturerte intervju av 15 sjukepleiarar frå tre ulike sjukehus i Iran.

Resultat: Resultata kom under to hovudkategoriar, nemleg å lindre fysisk smerte og psykisk smerte. For å lindre fysisk smerte kom viktigheita av kommunikasjon og medikamentell behandling fram. Av den psykiske smerta vart det vektlagt støtte frå andre, samt å fjerne stressmoment.

Artikkel 5

Smerter hos kreftpasientar innlagt i sjukehus. Holtan, A., Kongsgaard, U. E., Ohnstad, H. O. (2005). Tidsskriftet.

Formål og hensikt: Med denne artikkelen var det ynskt å kartleggje smerter hos kreftpasientar som var innlagt på norske sjukehus, samt påvise eventuelle hindringar for betre smertebehandling.

Metode: Studien blei gjennomført som ein eindags prevalensstudie hos inneliggande kreftpasientar på sjukehus i Helseregion Sør. 13 sjukehus med 309 pasientar vart inkludert i studia.

Resultat: 40% av pasientane brukte analgetika, 51% hadde smerter mens dei var innlagt. 70 pasientar rapporterte uthaldelege smerter, der 27 av desse brukte opioid. 104 av pasientane rapporterte symptom som nevropatisk smerte, mens 7 av desse brukte relevant koanalgetika mot desse smertene. Det var 102 pasientar som rapporterte gjennombrøtssmerter. Det kom fram at pasientar

med gjennombrøtssmerter og med nevropatisk smerte hadde signifikant meir smerter og skåra dårlegare på dagleg aktivitet, evne til å utføre arbeid, samt søvnkvalitet.

5 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte dei ulike funna frå dei utvalde forskingsartiklane mot litteraturen frå teoridelen og eiga erfaring, for å kunne lyse oppgåva si problemstilling.

5.1 Sjukepleiar si rolle i smertelindring

Sjukepleiar skal ifølgje NSF sine yrkesetiske retningslinjer utføre omsorgsfull hjelp og lindre lidning (NSF, 2019). Dette underbygger Vigstad et al. (2010) i sin artikkel, der det kjem fram at godt utført sjukepleie inneber merksemd på, og kunnskap om pasienten sine symptom. Frå litteratur som er brukt i denne artikkelen, kan ein sjå at sjukepleiaren har ei viktig rolle i smertelindringa til pasientar med kreft i palliativ fase. Dette blir underbygd av Nortvedt et al. (2016) som presiserer at sjukepleiar har ansvar for å kartlegge smerter, administrere medikament og ivareta pasienten sine grunnleggande behov. I min praksis har eg erfart sjukepleiarar som har brukt god tid med pasientane, og derfor har hatt moglegheit til å vere med på evaluering og vurdering av behandling.

I følgje helsepersonellova §4 skal helsepersonell utføre arbeidet sitt i samsvar med fagleg forsvarlegheit (lovdata, 2019). For at ein sjukepleiar skal jobbe kunnskapsbasert må vedkommande ha kunnskap om, og kunne ta i bruk forskingslitteratur. Ved å ta i bruk denne litteraturen kan det redusere vilkårleg og tilfeldig praksis, samt at ein lettare kan argumentere for handlingar ein gjer (Danielsen et al. 2016, s. 382). Dette er i samsvar med Travelbee (2001), som argumenterer for at ein ikkje oppnår ein god relasjon med ein pasient dersom ein ikkje har nok kunnskap om pasienten. Det er viktig å forstå dei ulike fysiske smertetypane, samt omfanget av total smerte. Her er fysisk, sosial, åndeleg og eksistensiell smerte med på å påverke kvarandre, dei fører til ei komplisert oppleving av smerte for pasienten. Det er, i følgje Travelbee (2001), vesentleg for ein sjukepleiar å ha kunnskap om dette for å kunne hjelpe pasientane med å lindre smerter.

5.2 Kommunikasjon og informasjon

Vigstad et al. (2018) seier at systematisk bruk av ESAS, samt rask iverksetting av behandlingstiltak gir ein reduksjon i alle kartlagde symptom. Likevel understrekar dei at eit ESAS-skjema ikkje kan erstatte den «gode samtalen», men kan brukast som eit nyttig hjelpemiddel for målretta smertebehandling. I den «gode samtalen» skal ein sjukepleiar vere i stand til å sette andre i fokus og sjå mennesket som gøymer seg under merkelappen «pasient» (Travelbee, 2001, s.140). Sjukepleiar må forsøke å forstå korleis sjukdomserfaringa framstår for det aktuelle individet som gjennomgår den aktuelle erfaringa. For å gjere dette må ein få informasjon om dette frå kvar einskild pasient (Travelbee, 2001, s. 141).

Livskvalitet er subjektivt, og kan berre kartleggast ved å kommunisere med pasienten. Derfor er det i følge Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorga (2019) spesielt viktig at sjukepleiar har god kunnskap om korleis møte pasient i palliativ fase. Dette blir støtta av Travelbee (2001) sin teori om viktigheita av kommunikasjon. Kommunikasjon er sjukepleiaren si viktigaste reiskap i møte med pasienten. For at sjukepleiaren skal klare å bidra med hjelpa som den enkelte pasient har behov for, er det naudsynt å etablere eit menneske-til-menneske forhold. Med utgangspunkt i dette forholdet kan pasient og sjukepleiar forholde seg til kvarandre som unike individ (Travelbee, 2001, s. 135-146).

Smerteforskning har gitt auka kunnskap og forståing av smertefenomenet (Danielsen et al, 2016, s.282). Seyedfatemi (2014) understrekar i si studie at ikkje berre medikamentell smertelindring er nok for å lindre smerter hos pasientar med kreft. Ein må også snakke med pasientar og gje dei god informasjon. Sjukepleiarane i den iranske studien seier at ein ved å snakke med pasientane, og gje tilstrekkeleg informasjon om legemiddel, effekt og biverknad kan få pasientane til å ville snakke om sine indre følelsar, og med dette minske smertene (Seyedfatemi et al., 2014). Dette blir underbygd av Heyn(2018) som i si studie seier at kunnskap gir trygghet, og sjukepleiarar som har teoretisk kunnskap og erfaringskompetanse er truverdige. Dette samsvarer også med den Nasjonale handlingsplanen med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorga (Nasjonalbiblioteket, 2015), der naudsyntheita av open kommunikasjon og informasjon vert nemnt som eit viktig element.

Vidare samsvarer også argumenta til Seyedfatemi et al. (2014) med studien til Ihler (2018) der sjukepleiarar som deltok også meinte at god kommunikasjon er viktig for å nå fram til pasientane og for å få dei til å dele si oppleving av symptom. I studia kjem fram at ESAS- skjema opnar opp for den «gode samtalen». Sjølv ESAS-skjemaet dekkjer ikkje alle symptom, men samtalen som kjem ved utfylling av skjema kan opne opp for at sjukepleiar kan gå i djupna på karakteren av smerter og korleis dette påverkar pasienten (Ihler et al. 2018). Frå erfaringar i praksis har eg vore vitne til at pasientar opnar seg meir når dei svarar på ESAS. Fleire pasientar har vore usikre på spørsmåla. Ein

kan då opne for å forklare meir om kva ein vil kome fram til med spørsmåla. Dette gjer det igjen mogleg å jobbe vidare med spørsmålet, og gå meir i djupna på korleis pasienten vert påverka av smerter, og dermed kva tiltak ein kan sette i gang.

5.3 Smertekartlegging

Ifølge Danielsen et al. (2016, s. 362) er det i palliativ fase ei rekkje symptom som må vurderast kvar dag. Ein føresetnad for at symptomlindring skal vere effektiv er systematisk kartlegging, med bruk av standardiserte kartleggingsverktøy. Studiar seier helsepersonell har ein tendens til å undervurdere pasientar sine symptom, noko som gjer at ei systematisk kartlegging er desto viktigare (Ihler et al. 2018).

Travelbee (2001) underbygger dette, og framhevar at behova til pasienten må identifiserast for at dei skal kunne ivaretakast. Dette gjerast gjennom observasjon og samtale. Travelbee uttrykkjer også at den profesjonelle sjukepleiaren observerer pasienten sine symptom og slik underbyggjer pasienten si smerteoppleving. For å effektivisere sjukdomslindringa, viser Vigstad et al. (2019) i si forskning til at det er hensiktsmessig å kartlegge pasienten sine plager tidleg. Kartlegging kan bidra til å beskrive eit smerteforløp, samt vurdere dei ulike tiltaka som vert sett i verk. På den andre sida meiner Vigstad et al. (2019) at det er lite samanheng frå sjukepleiarane si oppleving av pasienten sine symptom samanlikna med pasienten sitt eige symptombilete. Likevel kan sjukepleiaren sin kunnskap om pasienten sitt symptombilete forbeholdt ved hjelp av ESAS (Vigstad et al. 2019).

Symptom- og smerteoppleving er subjektivt, derfor vert sjølvrapporteringsverktøy anbefala, for at pasienten sjølv skal kunne beskrive si eiga symptomoppleving (Ihler et al., 2018). I Noreg vert Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) anbefala som standard kartleggingsskjema for palliativ behandling både i kommune- og spesialisthelsetenesta (Helse Bergen, 2019). Dette vart underbygd av sjukepleiarar som deltok i studien til Ihler et al. (2019). Desse gav uttrykk for å oppleve ESAS som eit nyttig verktøy, då skjemaet gir eit bilete av korleis pasienten sin symptomoppleving er akkurat her og no. Symptom vert fanga opp, samtidig som symptom og effekt av tiltak som vert sett i gang og kan følgast over tid (Ihler et al., 2018). Det blei likevel i ei anna norsk spørjeundersøking blant intensivsjukepleiarar, avdekka at det berre var 10% som oftast nytta seg av ei smerteskala i vurderingane sine. 67% sa at dei sjeldan eller aldri vurderte ein pasient sine smerter etter ein skala (Danielsen et al., 2017).

Lorentzen et al. (2017) hevdar at det er viktig å avklare pasienten sine eventuelle tidlegare erfaringar og tankar om smerte, då det kan påverke smerteopplevinga. Om pasienten opplev å bli truidd når han

gir uttrykk for smertene sine, vil det vere større sjanse for at pasienten kjenner seg trygg og får tillit til helsevesenet. Dette kan også gi som resultat at pasienten i større grad følgjer den føreskrivne legemiddelbehandlinga (Lorentzen & Grov, 2017, ss. 409-410). I min praksis har eg erfart at å ha ein samtale om kva pasienten tenker om smerter har gjort til at ein skapar ein betre relasjon og meir tillit. Dette gjer til at pasienten kjenner seg trygg på meg i sjukepleiarrolla, og at eg vil hjelpe pasienten til å minske eller fjerne smertene.

WHO si smertetrapp har originalt 3 trinn, men i Noreg brukar ein smertetrappa med 5 trinn i smertelindring (Lorentsen & Grov, 2016, s.413). Ved å følgje WHO sine prinsipp for bruk av analgetika vil omkring 80% av smertetilstandar som kjem frå kreftsjukdom kunne kontrollerast. Desse prinsippa inneber fast dosering etter klokka, å gi analgetika oralt, samt å følgje smertetrappa (Borchgrevink et al., 2004). Trass i dette kjem det fram i Holtan et al. (2005) si studie at kunnskap om prinsipp i smertetrappa ser ut til å være mangelfull. Her er nevropatisk smerte og gjennombrotsmerter dei mest kompliserte symptoma, og gjer at opplevinga av smerter vert enda verre. I praksis startar ein ofte rett på trinn tre i smertebehandlinga hos kreftpasientar. Dette er fordi paracetamol, NSAID-preparat og andre svake opiat har liten effekt på kreftrelaterte smerter. I trinn tre anbefalast paracetamol saman med opiat. På ei anna side kjem det fram i Holtan et al. (2005) sin studie, at smertetrappa i praksis ikkje vert brukt slik som anbefalt. Pasientane i studien hadde fortsatt smerter trass i at dei var på trinn 3. Det kjem i tillegg fram at pasientar fekk ein kombinasjon av medikament som ikkje er anbefala. Mange pasientar var på trinn 3, men brukte fortsatt paracetamol og NSAID-preparat saman med opiat. Det er dermed viktig at auka kunnskap hos helsepersonell om førekomst og behandling av kreftrelatert smerte, samt gjennomføring av systematisk smertere registrering hos den enkelte pasient (Holtan, 2005).

5.4 Barrierar mot smertebehandling

Virginia Henderson argumenterer for at sjukepleiar skal hjelpe til med å utføre mål som fører til at ein oppnår god helse eller helbreding, og hjelpe til å få ein fredeleg død (Kirkevold, 2003, s. 101). I studien til Valeberg et al. (2010) visast det til at mange pasientar som deltok i studien var redd for at bruk av smertestillande skal føre til avhengigheit, og hadde barrierer mot smertelindring. Dette kan gjere det vanskeleg for sjukepleiarar å nå måla som Henderson har sett for ein sjukepleiar (Kirkevold, 2003, s. 1010). Pasientar sine barrierer kan indikere at pasientane ikkje har fått god nok informasjon, eller ikkje har forstått mekanismane ved avhengigheit (Valeberg et al. 2010). Også Nyblin et al. (2018) argumenterer for at redsel for opiatavhengigheit er den største grunnen for underrapportering av

smertes hos pasientar med kreft. Dei legg vekt på at sjukepleiarar må ha tilstrekkeleg kunnskap om smertelindringa og kunne vise haldningar som gjer denne type frykt mindre dramatiserande. Sjølv om fleire meiner sjukepleiarar må ha god kunnskap om smertelindring, finn Nyblin et al. (2018) i sin studie at fleire sjukepleiarar fortsatt har mangelfull kunnskap om temaet (Nyblin & Utne, 2018).

Lite informasjon kan vere grunna i kommunikasjonen mellom pasient og sjukepleiar. Nokre pasientar ynskjer å snakke opent om sin sjukdomssituasjon, medan andre kan fortrenge sanninga og ikkje ynskjer å fortelje (Heyn, 2018, s. 199). I min praksis fekk eg erfare å følgje sjukepleiarkontakten min i møte med palliative pasientar. Sjukepleiaren hadde i utgangspunktet ein god kjemi med pasienten og pårørande. Dette resulterte i at dei samarbeidde godt og at pasienten var tilstrekkeleg smertelindra under opphaldet.

Holtan et al. (2005) argumenterer for at pasientane av ulike årsaker ikkje tek initiativ sjølv for å snakke om smertene sine. Haldningar om at kreft alltid medfører smerter, at det er «sånn det skal vere», misforståingar om at det er lite å gjere for å lindre smertene, fordommar relatert til avhengigheit av analgetika og at det er andre plagar som er verre, er moglege årsaker til dette (Holtan et al., 2005). Det hevdast likevel at dei aller fleste kan få tilfredsstillande smertelindring dersom ein følgjer anbefalte retningslinjer for smertebehandling. Både helsepersonell, pasienten sjølv og systemet eller rammefaktorarar kan saman eller kvar for seg vere grunn for mangelfull smertelindring. For helsepersonell kan det vere mangel på kunnskap om bruk av medikament. Rammefaktorar kan derimot vere ein årsak fordi det kan førekome mangelfull kontinuitet i behandlinga. Hos pasientane kan sentrale hindringar vere at dei underrapporterer smerter, eller at dei unngår å følgje anbefalt smerteregime. Sistnemnte kan også i følgje Valeberg et al. (2010) forklarast med feiloppfatningar, misforståingar og manglande kunnskap om smerte og smertebehandling (Valeberg et al., 2010).

Danielsen et al (2016) argumenterer for fleire ulike metodar for ikkje-medikamentell smertelindring vert teke i bruk, der dei vanlegaste er massasje, vibrasjonar og akupunktur. Vidare meiner Danielsen et al. (2016) at hjernen ikkje kan konsentrere seg om fleire ting på ein og same gang, og derfor kan ulike ikkje- medikamentelle behandlingar verke smertelindrande. På den andre side argumenterer Nilsen (2019) med at ei lang rekkje ikkje-medikamentelle metodar er teke i bruk for behandling av smerte, sjølv om nokre av desse i fleire tilfeller er utan tydeleg kunnskapsbasert grunnlag.

Eg har i min praksis erfart å møte pasientar som har ynskt seg ikkje-medikamentell behandling før dei startar med opioid. Dei har til dømes høyrte på musikk, sett på TV eller ringt ein person dei er glad i når dei har starta å kjenne på smerter. Pasientane har rapportert at dei kjenner på lette frå smertene, men mange har likevel ynskt opioitar seinare. Heyn (2018) forklarar dette som at nokre

pasientar på enden av palliativ fase ikkje ynskjer å diskutere lindring, då dei vil ha størst fokus på å vere med familie og deira nære.

6 Avslutning

Denne oppgåva hadde som mål å finne metodar ein sjukepleiar kan bruke for å lindre smerter hos pasientar med kreft i palliativ fase. Smerter er ein samansett oppleving og vil variere stort frå person til person. Forsking viser at utilstrekkeleg smertelindring hos pasientar er eit problem, noko som gjeld både i Noreg og i utlandet. Ein føresetnad for at ein pasient som er alvorleg sjuk av kreft skal oppnå god smertelindring er blant anna at sjukepleiarar har naudsynt kompetanse.

Ein anna faktor i oppgåva er at god relasjon mellom sjukepleiar og pasient er viktig heilt frå det første møtet. Det kjem også fram i oppgåva at kommunikasjon er eit viktig verktøy for sjukepleiarar for å trygge pasientar. Dette for å oppnå tilfredsstillande smertelindring.

Å arbeide med denne oppgåva har gitt meg nyttig informasjon og kunnskap om korleis eg som sjukepleiar kan gi god smertelindring hos kreftpasientar i palliativ fase. Smerteoppleving påverkast av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorar, og det er derfor viktig at ein sjukepleiar kan ivareta den medikamentelle, samt den ikkje-medikamentelle smertebehandlinga. Etter å ha arbeidd med oppgåva er eg blitt meir sikker på meg sjølv og korleis eg som sjukepleiar kan møte pasientar med respekt og audmjukheit.

7 Litteraturliste

Bertelsen, B. Hornslien, K. Thorsesen, L. (2016). Svulster. Ørn, S. Grandsmo, E.B. (Red.) *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 123-143) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. Almås, I. H., Stabberud D-G. & Grønseth R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A-K. (2016) *Hjemmesykepleie* (3.utg) Bergen: Fagbokforlaget

Grasdal, A. (25.11.2019). Hva er kreft? Henta frå: <https://kreftforeningen.no>

Grov, E. K., Wiig, H. S. (2018) Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase. Heyn, L. H. (Red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (1.utg., s. 196-225). Oslo: Gyldendal Akademisk

Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (4.Utg). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Helse Bergen (2019, 07.mai) ESAS Symptomregistrering. Henta frå: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/esas-symptomregistrering>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/249198.cms>

Helsedirektoratet (2019) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Henta frå:
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20e2%80%93%20nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20e2%80%93%20nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64) Henta frå:
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Heyn, L. G. (2018) Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? Heyn L. G. (Red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg., s. 13-29). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hjort, P- F. (2008). Pleie og omsorg ved livets slutt. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A- H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg., s.447- 454) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Holtan, A., Kongsgaard, U. E., Ohnstad, H. E. (2005) Smerter hos kreftpasienter innlagt på sykehus. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 125(4), 416- 8.
<https://tidsskriftet.no/2005/02/originalartikkel/smerter-hos-kreftpasienter-innlagt-i-sykehus>

Ihler, E. & Sætren, B. (2018, 21.12) Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*. 14 (70585).
DOI:10.4220/Sykepleienf.2019.79585

Jakobsen, E. (2020, 15.04). Nøkkeltall om kreft. *Kreftregisteret*. Henta frå
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg., s. 402-410). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier analyse og evaluering* (2.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kongsgaar, U., Kaasa, S., Dale, O., Ottesen, S., Nordøy, T., Hessling, S. E., Hofacker, S. V., Bruland, Ø. S., Lyngstadaas, A. Kunnskapssenteret/FHI (2005). *Lindring av smerter hos kreftpasienter* (0509).

Henta frå: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0509_palliativ_nettsversjon.pdf

Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. Stubberud, D. G., Grønseth, R., Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk

Morland, E. (2016, 19.08). Palliasjonens mor. *SYKEPLEIEN*. Henta frå

<https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>

Nilsen, K. B. (2018, 12.november) Bedre kunnskap om smertebehandling. Henta frå:

<https://tidsskriftet.no/2013/11/leder/bedre-kunnskap-om-smertebehandling>

Norsk sykepleierforbund (2019) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>

Nortvedt, P., Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. . Stubberud, D. G., Grønseth, R., Almås, H. (red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5.utgave, s. 17-37) Oslo: Gyldendal Akademisk

Nyblin, U. Ø., Utne, I. (30.11.2018) Kreftsykepleiere har gode kunnskaper om smertelindring. Henta

frå: <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2018/11/kreftsykepleiere-har-gode-kunnskaper-om-smertelindring>

Ræder, J. (02.03.2020). Smertestillende midler. Henta frå: https://sml.snl.no/smertestillende_midler

Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh., m., Tahmasebi., M. (2014) Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. *International Journal of Palliative Nursing*.

<http://web.b.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=ac609d6c-4fda-48e8-a444-d5e141443c7b%40pdc-v-sessmgr05>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaaen for sykepleierstudenter*. (1.utg) Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Valeberg, B. T., Bjordal, K & Rustøen, T (2010) Smertebehandling hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning* 5(4):(266-276) DOI: [10.4220/sykepleienf.2010.0141](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0141)

Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A.R. (2019). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien Forskning*, 13(74591)(e-74591).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>

Vedlegg 1

Database	Dato for søk	Årstal for publisering	Søkeord	Tal treff	Valt artikkel
Google Scholar	01.05.2020	2010-2020	Kreft, smertebehandling, opioid, barrierer, kreftpasienter	55	Nr.1 Kreftpasienters barriere mot smertelindring
SveMed+	22.04.2020	2010-2020	Palliative care, nurse, cancer	13	Nr.1 Sjuepleieres erfaring med bruk av ESAS til å kartlegge symptom hos palliative pasienter
SveMed+	22.04.2020	2010-2020	Palliativ lindring	3	Nr.1 Palliative pasientar får betre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak
CINHAL	23.04.2020	2010-2020	Hospital, Palliative, pain management, cancer, nurse	34	Nr. 4 Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain
SveMed+	24.04.2020	2005-2020	Palliative, pain, cancer	19	Nr.13 Smerter hos kreftpasienter innlagt på sykehus



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Ole Tormod Kleiven		

Deltaker

Navn:	Guro Austreim
Kandidatnr.:	311
HVL-id:	573476@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	23		
Antall ord *:	6596		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei