



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 56

Antall ord: 8995

*We must all die.*

*But I can save him from days of torture, that is what I  
feel is my great and ever privilege.*

*Pain is a more terrible lord of mankind than even death  
himself.*

Albert Schweitzer (1875- 1965)

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn og hensikt**

Lungekreft er den nest hyppigste kreftformen for menn og tredje hyppigste hos kvinner i Norge, og det blir rapportert mye smerter hos disse kreftpasienter. Forskning viser at mange ikke blir smertelindret nok. Som sykepleier er en den som tilbringer mest tid med pasientene, og en har derfor en viktig oppgave med å karlegge og smertelindre disse pasientene godt nok. Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan en som sykepleier kan bidra til bedre smertelindring hos pasienter med langtkommen lungekreft.

### **Metode**

Metoden som er brukt i oppgaven er en litteraturstudie. Det baseres på allerede eksisterende faglitteratur, forskningsartikler og teorier som belyser et tema. For å best mulig besvare problemstillingen gransker en kritisk område og sammenligner den brukte litteraturen.

### **Resultat**

Sykepleiere har generelt sett for dårlig kompetanse innen område smertelindring. Å smertelindre kan være en vanskelig oppgave, spesielt hvis en ikke kommuniserer bra med pasienten. Å øke kunnskapsnivået og bedre kommunikasjonen vil føre til bedre kartlegging av pasientens smerter. Dette vil videre føre til bedre livskvalitet og styrket håp hos pasienter med langtkommen lungekreft. Som sykepleier må en holde seg oppdatert på bruken av de mest vanlige metodene og kunne bruke smertetrappen aktivt.

## **Abstract**

### **Background and purpose**

Lung cancer is the 2nd leading form of cancer in men and the 3rd leading form of cancer in women in Norway, and it's being reported a lot of pain in these patients.

Studies show that a lot of them do not get enough pain relief.

A nurse typically spends the most time with these patients, and it's very important to assess and give them the right amount of pain relief.

The purpose for the assignment was to find out how a nurse can assist in finding better pain-management in patient with longterm lung cancer.

## **Method**

The method used for this task is a study of literature.

It is based on existing literature, research-articles and theories that illustrates a theme.

To answer the problem in the best way possible, investigating the critical area and comparing the used literature.

## **Result**

Nurses in general do not have the expertise when it comes to pain relief. To manage pain can be a hard task, especially if you don't communicate with the patient. Learning more about pain relief and communicating better will ultimately help with better pain management. This will further bring better quality of life and a stronger hope for patients with longterm lung cancer. As nurses we have to keep up-to-date with use of the most common methods and use of the pain scale actively.

## Innhold

1.0 Innledning .....	1
1.1 Tema .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.3 Hensikt .....	1
1.4 Problemstilling .....	2
1.5 Avgrensing og presisering av problemstilling .....	2
1.6 Oppgavens oppbygging .....	2
2.0 Teoridel .....	3
2.1 Hva er kreft.....	3
2.2 Lungekreft .....	3
2.3 Smerte .....	4
2.3.1 Fysiske smerter .....	5
2.3.2 Psykiske smerter .....	5
2.3.3 Kreftsmerter.....	6
2.3.4 Kartlegging av smerte .....	6
2.3.5 Medikamentell smertebehandling til kreftpasienten.....	7
2.3.6 Sykepleierens ansvar i smertebehandlingen.....	8
2.4 Kunnskap .....	9
2.5 Kommunikasjon og informasjon .....	9
2.6 Livskvalitet.....	10
2.7 Sykepleiefaglig perspektiv .....	10
3.0 Metode .....	12
3.1 Hva er metode .....	12
3.2 Litteraturstudie som metode.....	12
3.3 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie som metode .....	12
3.4 Litteratursøk og valg av litteratur .....	13
3.5 Kildekritikk .....	13
3.6 Etske vurderinger.....	14
3.7 Presentasjon av forskningsartikler.....	14
5.0 Drøfting.....	19
5.1 Kunnskap .....	19
5.2 Betydningen av kommunikasjon og gode relasjoner.....	22
5.3 Betydningen av begrepet håp. ....	26

6.0 Avslutning .....	28
Kilder .....	I

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Tema**

Smertelindring til pasienter med lungekreft.

### **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg har valgt å skrive om dette temaet ut i fra min praksisperiode på onkologiavdelingen i Australia. De fleste som var på denne avdelingen, hadde kreft med spredning og det var stort fokus på smertelindring, da metastaser til andre organer ofte er smertefullt. Jeg har ikke tidligere vært på en kreftavdeling, men har vært på avdelinger som har stort fokus på smertelindring. Dette viser at smertelindring er et tema som går igjen verden rundt, og i Valberg, Bjordal & Rustøen (2010) nevnes det at det er et tema som opptar klinikere og forskere. Min opplevelse ut i fra forskningsartikler og praksis er at både sykepleiere og pasienter har for lite kunnskap om smertelindring, og pasienter har ofte mer smerter enn nødvendig. Det som gjorde inntrykk på meg var hvor hjelpeløse og sårbare pasientene var når smertene inntraff. Årsaken til at jeg valgte lungekreft som tema er at den krefttypen er en av de mest utbredte sykdommene, og som sykepleier har en et ansvar i forhold til nok kunnskap, informasjon og veiledning til pasienten.

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med dette temaet er at forekomsten av smerter hos kreftpasienter er høy. 60- 80 % med langtkommen kreft har rapportert at de har hatt smerter (Valeberg et al. 2010). Dette på tross av mangeårig oppmerksomhet fra klinikere og forskere. Det finnes utallige artikler hvor konklusjonene er at pasienter ikke blir nok smertelindret, og ofte skyldes dette sykepleiernes manglende kunnskap og informasjon. På bakgrunn av dette vil jeg vise at det finnes håp for at kreftpasienter kan være smertefrie og at de kan oppleve best mulig livskvalitet selv med langtkommen lungekreft.

## **1.4 Problemstilling**

Lungekreft og smertelindring: Hvordan kan sykepleier bidra til best mulig smertelindring hos pasienter med langtkommen lungekreft?

## **1.5 Avgrensing og presisering av problemstilling**

Jeg har valgt å avgrense min oppgave til pasienter med langtkommen lungekreft på sykehus. Dette vil si i stadi 3 og 4. Fordi mindre enn 10 % av lungekreftpasienter er under 45 år (Lewensohn & Sörenson 2004), vil jeg fokusere på pasienter fra 55 år og oppover. Fordi fysiske og psykiske smerter angår hverandre har jeg valgt å fokusere på disse formene for smerte, men utelukker sosiale og eksistensielle smerter. På grunn av begrensinger i oppgaven velger jeg å avgrense meg til medikamentell smertelindring i forhold til fysiske smerter og hvordan pasientens psykiske smerter kan lindres gjennom mellommenneskelige relasjoner. Jeg utelukker strålebehandling, kjemoterapi, akupunktur og andre ikke- medikamentelle behandlingsformer selv om disse er viktig i kampen mot smertelindring.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler. Innledning, teoridel, metodedel, drøftedel og avslutning. I innledningene blir det presentert hva oppgaven handler om og i teoridelen blir det beskrevet hva kreft, lungekreft, smerter, type smerter, kartlegging av smerter, medikamentell smertebehandling, sykepleierens ansvar, kunnskap, kommunikasjon og livskvalitet er. Det blir også presentert sykepleierfaglig perspektiv her. Videre følger metodedelen hvor metode, framgangsmåte og litteratur blir presentert. I drøftedelen blir forskningslitteraturen belyst og tolket opp mot teorien. Avslutningen gir en oppsummering av resultatene.



## 2.0 Teoridel

### 2.1 Hva er kreft

Kreft er en felles betegnelse på over hundre forskjellige kreftsykdommer og kan oppstå i de fleste vev. Kreft oppstår når celledelingen oppstår ukontrollert. Ved kontrollert celledeling dannes det nye celler etter hvert som celler dør eller blir skadet. Dette skjer ved at kreftcellene dobler sitt DNA og deler seg. Ved ukontrollert celledeling har det skjedd en feil som gjør at cellene ikke gjør oppgaven som de friske cellene ville gjort. Ved denne ukontrollerte celledeling hopper kreftcellene seg opp i organene og en ukontrollert vekst setter i gang. Når denne veksten starter dannes en svulst, også kalt tumor. Ved spredning av kreft trenger tumoren seg gjennom vevet og ødelegger det. Spredning til andre deler av kroppen er da et faktum (Kristjansen, 2001)

### 2.2 Lungekreft

Ved lungekreft oppstår svulstene primært i lungene. Lungekreft er den krefttypen som tar flest menneskeliv i verden, og er den nest hyppigste krefttypen hos menn og tredje hyppigste hos kvinner i Norge. Det finnes flere typer lungekreft, men de to hovedtypene små- celledet (SCLC) og ikke- småcellet (NSCLC) utgjør mer enn 90 % av tilfellene. Ikke- småcellet lungekreft utgjør ca 70- 80 % og er derfor den vanligste formen. (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise 2009). Små- celledet lungekreft er den mest aggressive av de to, og cellene deler seg raskt. Ofte ligger denne svulsten sentralt i lungene, og den har ofte vokst slik at operasjon blir umulig. Denne lungekrefttypen deles inn i begrenset eller utbredt sykdom etter hvor stor svulsten er og om den har spredd seg til andre organer (Lewensohn & Sörenson, 2004). Ikke små- celledet lungekreft er som nevnt den hyppigste formen for lungekreft, og deles inn i tre undergrupper: plateepitelkarsinom, adenokarsinom og storcellet karsinom (Jacobesen et al. 2009)

Lungekreft blir grovt delt inn i 4 stadier: Stadiet 1, 2, 3 og 4. På grunn av avgrensingen i oppgaven kommer det ikke til å bli beskrevet noe om stadiet 1 eller 2. Stadiet 3 blir delt inn i 3A og 3B før stadiet 4 inntreffer. Ved stadiet 3A vokser tumoren inn i en eller flere av følgende strukturer: thoraxveggen, diafragma, mediastinale, pleura og parietale pericardium. Ved stadiet 3B og stadiet 4 har tumoren vokst inn i en eller flere av følgende: mediastanium, hjerte, store kar, trachea, esophagus, virvellegemer og carina. Ved stadiet 4 har det også oppstått fjernmetastaser, som regel til hjernen og leveren (Lewensohn & Sörenson, 2004, Jacobsen et al. 2009 & Bremnes, 2000). Ved stadiet 3 og 4 er det fokus på den lindrende behandlingen.

I 90 % av tilfellene er røyking årsaken til lungekreft. Røykeslutt vil derfor redusere risikoen betraktelig (Lewensohn & Sörenson 2004, Jacobsen et al. 2009).

Ca 95 % av alle pasienter med lungekreft dør av denne sykdommen og mange får lindrende behandling etter hvert som kreften utvikler seg. Dersom kreften ikke har spredd seg er det mulig å operere, men kun 25- 30 % er operable. Dette på grunn av tumorens plassering, fjernmetastaser, innvekst i naborganene eller pasientens allmenntilstand (Jacobsen et al. 2009). Som et resultat av dette har lungekreftpasienter relativt dårlige prognoser (Lewensohn & Sörenson 2004).

## 2.3 Smerte

Det finnes mange definisjoner på smerte og her nevnes to som passer til min pasientgruppe: The International Association for the Study of Pain (ISAP) sin definisjon:

*"Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. Pain is always subjective"* (Granborg & Henriksen, 2000, Berntzen, Danielsen & Almås, 2010)

Marco McCaffery definerer smerte slik:

*"Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does"* (Gamborg & Henriksen, 2000).

Felles for disse to definisjonene er at begge sier at smerter er en subjektiv opplevelse. Smerter er en personlig erfaring, og en føler seg ofte ensom i kampen mot smerter nettopp fordi ingen andre kan føle smerten som pågår (Gamborg & Henriksen, 2000, Bentzen et al. 2010).

De sensoriske nervene har forskjellige oppgaver, og reagerer på forskjellige ting. Smerter blir også oppfattet ulikt etter om det er akutte eller kroniske smerter. Smerteførende fiber er tynne og har ikke alltid myelinlag. Smerteimpulser blir ledet fra forskjellige kroppsdelene til hjernen via nervebaner og blir tilslutt bearbeidet og tolket i hjernen (Berntzen et al. 2010).

Det finnes ulike typer smerter og to av dem er fysiske og psykiske smerter. Disse to går ofte under ett fordi de påvirker hverandre i stor grad. Likevel er det viktig å skille dem teoretisk i forhold til smertebehandling (Gamborg & Henriksen 2000).

### **2.3.1 Fysiske smerter**

Er en sensorisk opplevelse som forteller kroppen at "fare er på ferde". Hjernen oppfatter hvor på kroppen smerten oppstår og hvilke smertetype som oppleves. Når smertene oppstår, registreres det i smertereseptorene, også kalt nociseptorene (Gamborg & Henriksen 2000, Berntzen et al. 2010, Brusset 2003). Nociseptiv smerte er det vi vanligvis forbinder med smerte. Da kjenner en ubehag ved skade på eller inni kroppen. Ved spredning av kreft trenger tumoren seg inn i kroppens vev og dette fører til nociseptiv smerte (Gamborg & Henriksen, 2000, Berntzen et al. 2010).

### **2.3.2 Psykiske smerter**

Er når noe utenfra påvirker opplevelsen. Det er ikke unaturlig at en pasient som har mye bekymringer, angst, søvnmangel, depresjon, eller føler seg utrygg opplever mer smerte enn hvis disse behovene hadde blitt dekket. Når en pasient føler seg ivaretatt og forstått opplever de ofte at smertene blir mindre. Smerter kan også ha forbindelse med pasientens tidligere opplevelse av smerter, og kan reduseres eller forsterkes i forhold til dette (Mathisen, 2005). Når en har en sykdom som lungekreft kan en føle tap av kontroll og dette fører ofte med seg angst som igjen fører til forsterket smerte (Gamborg & Henriksen 2000). De psykiske

smertene blir ofte glemte fordi en er opptatt av å lindre den fysiske smerten og en kan ikke alltid se på en pasient om han opplever psykiske smerter. En måte å vurdere dette på er å ta seg god tid til pasienten og be dem om å beskrive seg selv som person. Hvordan ser de på seg selv? Hva har vært viktig for dem tidligere, hva er viktig for dem, hva synes de er vanskelig og hva gjør dem lykkelig. Når en foretar en slik vurdering må en ta seg god tid slik at en får mest mulig ut av samtalen. Disse spørsmålene kan ha innvirkning på videre behandling (Fisher, 2002).

### **2.3.3 Kreftsmarter**

Smerte er mest utbredt hos pasienter med langtkommen kreft. Ofte er problemet størst ved spredning til skjelettet som følge av lungekreft, men det kan også oppstå smerter ved innvekst i nervevev. Det finnes flere typer smerter og det er viktig å vite i behandlingen mot kreftsmarter. Akutte smerter er som et varselsignal om at noe er galt, mens kroniske smerter er konstante smerter. Selv om en har kroniske smerter kan en likevel oppleve akutte episoder (Lorentzen & Grov 2010). Det finnes også en type smerte som kalles gjennombruddssmerte. Det er smerter som kommer i tillegg til den kroniske smerten, og kan utløses ved bevegelse eller den kan oppstå spontant.

Ca 70 % av kreftsmarter er tumorrelaterte og smertene kan oppstå eller endre mønster ettersom tumoren vokser eller sprer seg. Når en tumor vokser oppstår det en kaller for nociseptive smerter. Da blir smertereseptorene stimulert av smertefremmende stoffer, høy temperatur eller kraftig trykk. Når tumoren vokser blir organene utsatt for trykk og smerte vil da opptre (Lorentzen & Grov, 2010)

### **2.3.4 Kartlegging av smerte**

Ved kartlegging av smerter må en danne seg et bilde av smertens karakter, intensitet og årsak. På den måten blir det enklere å komme fram til type smerte, om den er nociseptiv, nevrogen eller av en annen karakter (Kaasa, 2008). Ved å ha disse kunnskapene kan en sette i gang

nødvendige tiltak for å behandle smerten. Når en kartlegger smerten må en kartlegge både fysiske og psykiske årsaker til smerten, og få en oversikt over pasientens ressurser. Som nevnt tidligere er smerte en subjektiv opplevelse, og det sammen med en god samtale- og kommunikasjonsteknikk er nødvendig og forså for å oppnå gode resultater (Kaasa, 2008). I arbeidet med kartleggingen kan en bruke forskjellige typer smerteskalaer for at den medikamentelle behandlingen blir bedre. De mest brukte er VAS- skalaen og ESAS-skjemaet (Lorentzen & Grov, 2010) VAS- skalaen (visuell analog skala) er en linje uten nummer hvor pasienten kan plassere sin smerte fritt på linjen fra det ene ytterpunktet til det andre (Berntzen et al. 2010). ESAS- skjemaet vurderer flere symptomer samtidig. Disse er smerte i ro, i bevegelse, slapphet, kvalme, tungpust, munntørrehet, matlyst, angst/ uro, trist/ deprimert og en oppsummert score gjennom dagen. Alle disse symptomene kan føre til økt smerte dersom en ikke er nøye med å følge opp skalaen (Lorentzen & Grov, 2010).

### 2.3.5 Medikamentell smertebehandling til kreftpasienten

#### **WHO's smertetrapp:**

##### **Trinn 1:** Paracetamol/ NSAIDS

Paracetamol og NSAIDS kan anvendes ved svake smerter, og blir ofte gitt som grunndose fire ganger daglig. Ved bruk av disse preparatene må en være obs på ventrikelblødninger (Gamborg og Henriksen, 2000).

##### **Trinn 2:** Peroral opioid, paracetamol, NSAIDS, evt. Sekundære analgetika.

Ved moderate smerter kan en ta i bruk svake opioider som Tramadol eller kodein kombinert med paracetamol og NSAIDS. Ofte begynner man likevel rett på en av de sterkere opioidene. Morfin er førstevalget både som hurtigvirkende og depottabletter (Gamborg og Henriksen, 2000).

##### **Trinn 3:** Opioidrotasjon, fentanylplaster, evt. Sekundære analgetika, epidural/ spinal.

I noen tilfeller kan det være vanskelig eller umulig å svelge tabletter, og løsningen da er plaster. Det finnes forskjellige typer plaster som inneholder opioidet fentanyl som gir god

effekt gjennom 2- 3 døgn. Fordelen med dette plasteret er at det blir mindre bivirkninger som for eksempel obstipasjon og en slipper å glemme eller bevisst hoppe over en dose (Gamborg & Henriksen, 2000).

**Trinn 4:** Subkutan infusjon, intravenøs infusjon.

Ved denne type smertelindring kombinerer en flere typer smertestillende da morfin alene ikke gir et godt resultat. En kombinerer ofte med for eksempel diazepam. Når en gir smertestillende på denne måten er det viktig med hyppig dosejusteringer basert på pasientens behov (Gamborg & Henriksen, 2000).

Selv om dette er WHO's anbefalinger er det likevel viktig å huske at også smertebehandlingen må være individuell (Lorentzen & Grov, 2010).

### 2.3.6 Sykepleierens ansvar i smertebehandlingen

Sykepleiere er forpliktet av helsepersonelloven som sier at *”sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleierfunksjonen i helsetjenesten. Sykepleierfunksjonen består av helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleiertiltak overfor syke pasienter eller pasienter som har behov for pleie og omsorg”* (Molven, 2006). Sykepleieren er selv ansvarlig og pliktet til å holde seg faglig oppdatert på ny kunnskap slik at pasienten får best mulig smertelindring (Molven, 2006).

Sykepleieren er den som har nærmest kontakt med pasienten av helsepersonell, og fungerer ofte som mellommann mellom lege og pasient. Hun er ansvarlig for å vurdere pasientens smerte for så å videreformidle dette til legen. En sykepleier må aldri være redd for å påvirke legen når det kommer til medikamenthåndtering fordi det er sykepleieren som ser pasientens behov for smertelindring. Her er det viktig å ha god vurderingsevne og god kunnskap (McCaffery & Beebe, 2001)

## 2.4 Kunnskap

Som sykepleier er det en selvfølge å ha god kunnskap om det en driver med. I dette tilfellet skal de ha god kunnskap om sykdommen, smertelindring og selve pasienten. For å få god og økt kunnskap må en sykepleier kunne oppdatere seg på ny forskning og etterprøvd kunnskap, for så å sette den nye kunnskapen ut i praksis for best mulig pleie til pasientene. God sykepleie er ikke bare å ha god kunnskap, men de må vise at de har empati ovenfor pasientene slik at de kan utøve god sykepleie. Mye av den nye sykepleierforskningen som blir gjort er relevant i forhold til praksisen, og derfor er det viktig at sykepleierne holder seg oppdatert på dette til enhver tid slik at de sitter med god kunnskap innen deres felt (Kirkevold & Nortvedt, 2005).

## 2.5 Kommunikasjon og informasjon

*”Kommunikasjon kan betraktes som en prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser. Men en deler ikke noe meningsfylt med andre før en er relativt sikker på at det en meddeler, vil bli motatt- at det ikke blir ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort.”*

( Travelbee, 2001)

Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske- til- menneske- forhold. Det blir kommunisert mellom sykepleier og pasient til enhver tid, enten det er bevisst eller ubevisst. Et eksempel er hvis en pasient sier han ikke har smerter, men vrir og vrenger seg, da kan sykepleieren ut fra hans kroppsspråk forstå at han har smerter. Dette er en form for kommunikasjon. Kommunikasjon er viktig i et menneske- til- menneske- forhold. Det kan brukes både til å komme nærmere hverandre eller støtte fra seg, og såre hverandre. I sykepleier- pasientsituasjon er det viktig at både sykepleieren og pasienten kommer hverandre nærmere på en profesjonell måte for å oppnå best mulig pleie (Travelbee, 2001).

I en sykepleiesituasjon skal en overføre viktig informasjon til pasienten som skal oppfattes og forstås. Tilgangen til informasjon fra pasienten sin side er avgjørende for at hans behov blir best mulig ivaretatt. Sykepleieren sitter med kunnskapen og er pliktet til å informere om tilstanden til pasienten til enhver tid på en måte slik at pasienten oppfatter og forstår informasjonen han har fått. Informasjonen er også viktig slik at pasienten kan være med å

bestemme i forhold til egen pleie (Larsson, Palm & Hasselbalch, 2008). God kommunikasjon fører til bedre informasjon, og dette igjen fører til et bedre menneske- til- menneske- forhold. (Larsson et al. 2008, Travelbee 2001, Birgegård & Glimelius, 1998).

## 2.6 Livskvalitet

WHO definerer livskvalitet slik: *”Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av”* (Rustøen, 2001).

WHO sin definisjon er delt inn i forskjellige underområder, hvor det fysiske og psykiske området belyser temaet om hvordan en sykepleier kan bedre en pasient sin situasjon (Rustøen, 2001). Det finnes forskjellige måter å prøve og kartlegge pasienters livskvalitet på. En måte som er brukt mye for kreftrammede personer er European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Dette skjemaet blir brukt både nasjonalt og internasjonalt og blir knyttet opp mot den spesielle kreftdiagnosen. Spørreskjemaet dekker et fysisk område, et rolleområde, et kognitivt område, et følelsesmessig område, et sosialt område og globale livskvalitetsspørsmål (Rustøen, 2001). I tillegg består skjemaet av 33 symptomskalaer knyttet til tretthet, kvalme, brekninger og smerter. (Rustøen 2001). Når det ikke lenger er mulig å kurere sykdommen er det viktig å fokusere på hva pasienten har eller kan få av ressurser som kan brukes til å bedre livskvaliteten (Rustøen, 2001).

## 2.7 Sykepleiefaglig perspektiv

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Hun definerer sykepleie som *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening med disse”* (Travelbee, 2001).

Denne synes jeg passer godt til oppgavens tema fordi det handler om sykepleierens hjelp til personer med sykdom og lidelse. Spesielt er smerte et sentralt tema i oppgaven og Travelbee (2001) sier at psykiske smerte har innvirkning på fysisk smerte og omvendt. Det kan ikke kategoriseres som enten eller fordi smerten angår hele mennesket (Travelbee, 2001). I denne



oppgaven er kommunikasjon et sentralt tema i forhold til god smertelindring, og Travelbee (2001) sier at kommunikasjon er en prosess som gjør det mulig å etablere et menneske- til- menneske- forhold med pasienten. Det vil si erfaringer mellom mennesket som er sykepleie, og det syke mennesket som har behov for sykepleierens tjenester. På denne måten blir enkeltpersonens behov ivaretatt. Og det er en viktig del for å skape god tillit mellom sykepleier og pasient, slik at pasienten får dekket sine behov (Travelbee, 2001).

Lindrende sykepleie er i følge Travelbee (2001) et ord som kan ha flere betydninger. Generelt sett beskrives lidelse som fysisk og/ eller psykisk smerte, mens mer spesifikt blir det beskrevet som opplevelsen av plager, tap, nød eller skade. Lidelse er en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde. Lidelse kan gå fra å være en forbigående smerte til en ekstrem og varig smerte fylt med angst og kval. Dette kan føre til "ikke- bry seg" stadiet og ende opp som apatisk likegyldighet (Travelbee, 2001).

I Winther og Madsen (2006) blir lindrende sykepleie beskrevet som en aktivitet forbundet med uhelbredelig sykdom, lidelse og død. Og i den vitenskapelige litteraturen blir ofte lindrende sykepleie sammenlignet med palliativ pleie. Lindrende sykepleie blir sett på som det motsatte av behandlende sykepleie og den kurative behandlingen er avsluttet fordi sykdommen ikke lenger lar seg kurere (Winther og Madsen 2006). Lindrende behandling er individuelt og må tilpasses hver enkelt pasient og den konkrete situasjonen en er i. Noen definerende kjennetegn på lindrende sykepleie er engasjement, forståelse, omsorg, trøste, respekt, medmenneskelighet og tillit.

Travelbee sier at i arbeidet med pasienter med langtkommen lungekreft og smertelindring er det viktig at pasientene fortsatt har et håp. Håp gjør at mennesker er i stand til å mestre vanskelige situasjoner, tap, tragedier og lidelser. Selv om en er syk er håpet ofte en faktor som gir den syke energi til å overvinne hindringer selv om sykdommen ikke kan kureres (Travelbee, 2001). En sier at håp er en fornemmelse av det mulige, og den som håper kan håpe på noe mer behagelig, meningsfylt eller å føle mer glede. Selv om en er uhelbredelig syk kan en håpe på bedre dager med mindre smerter, bedre humør eller bare det å være til. Uten håp ser en ingen utsikter til forandringer eller forbedringer i livet, og heller ikke løsninger på problemene eller veier ut av vanskelighetene. (Travelbee, 2001).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode

Aubert i Dalland sier: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder* (Dalland, 2007).

Når en skal undersøke noe, er metode vårt redskap. Den hjelper oss å samle inn den type informasjon vi trenger til undersøkelsen. Når vi velger en metode er dette på bakgrunn av at en mener den vil gi oss gode opplysninger og data slik at en kan få belyst spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven skal gjennomføres som et litteraturstudie.

*”Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller et problemområde”* (Dalland, 2007).

For å gjennomføre et litteraturstudie må det finnes tilstrekkelig med litteratur og forskning for å belyse problemstillingen. En bør være kritisk til hva en finner av litteratur, og gjøre nøye analyse slik at en får svar på problemstillingen gjennom litteraturen (Forsberg & Wengström, 2008). En kan både bruke kvalitativ og kvantitativ forskning i søkingen, men kvalitativ forskning vil belyse oppgavens tema bedre, da en får en mer individuell oppfattelse av problemet fra hvert individ (Forsberg & Wengström, 2008).

### 3.3 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie som metode

Fordelen ved litteraturstudie er at en får relevante og pålitelige artikler dersom en bruker de rette søkeordene, samtidig kan en også få for mange treff og arbeidet med å sortere og velge ut de beste artiklene kan bli vanskelig (Forsberg & Wengström, 2008) Derfor er det viktig at en bruker god tid slik at en får de artiklene som er relevante for oppgaven. Å henvise

skikkelig til forfatteren er viktig slik at en ikke tar æren fra forfatterene av artikkelen. Dette kalles god etikk når en gjør litteraturstudie (Dalland, 2007).

### **3.4 Litteratursøk og valg av litteratur**

I arbeidet med litteratursøking har jeg brukt bibliotekets databaser. Her har det også vært mulig å jobbe hjemmefra via Bibsys, derfor har jeg også benyttet meg av dette. Jeg har vært innom databaser som SveMed, Vård I Norden, PubMed, CHINAL og Cochane. Jeg har også vært innom Sykepleien.no De artiklene jeg tilsutt endte opp med fant jeg på PubMed, CHINAL og Sykepleien.no.

Søkeordene jeg har brukt er: Cancer, lung cancer, pain, pain management, nursing, palliative care, kreftsmarter, smerter, smertebehandling, communication and pain and lung cancer, cancer, and quality of life. Cancer and knowledge and nurses.

### **3.5 Kildekritikk**

Kildekritikk er metodene som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr at en må vurdere og karakterisere kildene som blir benyttet. Ved å være kritisk viser en at en er kritisk til materialet som blir brukt i oppgaven. Hensikten med kildekritikk er å gi leserene del i de refleksjonene som er gjort i forhold til relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. I den sammenheng er det nødvendig å kunne gjøre rede for tilgangen på litteraturen en har funnet (Dalland, 2007). Det finnes to sider ved kildekritikk. Den første handler om hvordan en på best mulig måte kan finne litteraturen som best kan svare på problemstillingen, og den andre handler om å gjøre rede for litteraturen en har funnet (Dalland, 2007)

I arbeidet med denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteratur fra nyere tid.

En bør ikke bruke litteratur som er eldre enn 10 år, da det stadig skjer endringer i forskningen. Alle artiklene som er brukt her er fra 2002 og oppover, men jeg har valgt å bruke noen bøker fra 1998 da jeg synes de har relevant informasjon som ikke har forandret seg.

### 3.6 Etiske vurderinger

Når en bruker litteraturstudie som metode er det viktig å sjekke at artiklene har gjennomgått etisk godkjenning. Av og til vil en finne i artikkelen om den er godkjent av den etiske komite, men dette vil ikke alltid stå. I min oppgave med å finne artikler har jeg vært innom CHINAL og PubMed, som er anbefalte databaser. På grunnlag av dette ser jeg på det som en god etisk vurdering.

Å henvise riktig både i oppgaven og i kildehenvisningene er viktig slik at det kommer fram at forfatteren har skrevet den utvalgte teksten, og ikke jeg (Slettebø, 2005).

### 3.7 Presentasjon av forskningsartikler

I denne oppgaven presenteres forskjellige forskningartikler for å belyse temaet. Alle artiklene har et fokus på både lungekreft og fysisk og psykiske smerter.

#### **Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling (Valeberg et al. 2010)**

Denne artikkelen er en beskrivende tverrsnittundersøkelse som skal prøve å finne ut om barrierer for smertebehandling påvirker pasienters smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon. Studien er gjort på forskjellige poliklinikker ved Oslo universitetssykehus i perioden 2004- 2005, og alle pasientene er over 18 år. Pasientene fikk et spørreskjema som de skulle sende inn, en norsk versjon av Barriers Questionnaire- II (BQ- !II) som inneholdt 27 spørsmål om pasientenes holdninger og forståelse i forhold til kreftrelaterte smerter og smertebehandling. Svarprosenten lå på 65 % som er akkurat på grensa til at en kan bruke dette som en studie. Funnene som kommer frem i artikkelen er at kreftpasienter rapporterer en del barrierer for smertebehandling og bør kanskje få en mer individualisert informasjon om smertebehandling.

#### **Learning Pain Assessment and Management: A Goal of the End- of- Life Nursing Education Consortium (Sherman, Matzo, Paice, McLaughlin & Virani, 2004).**

I denne studien vises det at 1/3 av pasienter som behandles av kreft, opplever smerter. Og ved å behandle disse smertene vil livskvaliteten øke for disse pasientene. Alle pasienter har krav på god smertebehandling, og det er sykepleierne sitt ansvar å vurdere å behandle disse smertene. I artikkelen nevnes det også hvilke typer smertebehandlinger en kan bruke, både av medikamentelle og ikke- medikamentelle metoder og smertelindring de siste timene før døden inntreffer. Sykepleiere må bedre sin kunnskap innen smertelindring og medikamentbruk slik at pasientene får god nok kvalitet på sin pleie.

### **Caring for the Dying Patient With Lung Cancer\* (Silvestri, Sherman, Williams, Leong, Flume & Turrisi, 2002)**

Lungekreft er ofte assosiert med ukomfortable symptomer, og i denne artikkelen vil de legge frem forskjellige behandlingsmåter i arbeidet med lungekreftpasienter. Disse behandlingsmåtene inneholder blant annet strålebehandling, kjemoterapi, medisiner og nerveblokkere. De vil også prøve å forklare hvordan en kan bruke disse teknikkene fra diagnosen blir stilt til siste fase av livet for å opprettholde best mulig livskvalitet. Samtidig vil de prøve å unngå for mye bivirkninger når pasienten er i siste fase av livet. 75 % av pasienter med langtkommen kreft rapporterer smerter, og 16 % kunne rapportere og ha smerter før de skulle intervjues. Ved å bruke metodene i artikkelen vil en kunne lindre nesten alle pasienter i forhold fysisk smerte.

### **<<Lindrende sykepleje>> - en begrebsafklaring (Winther & Madsen, 2006).**

Denne artikkelen presenterer hva begrepet lindrende sykepleie er. Fortsatt er dette begrepet et uklart og umodent sykepleiefaglig begrep. Det kommer frem forskjellige teorier om dette og en er heller ikke helt enig i hva som ligger i dette begrepet. Noen mener det er identifiserende med palliativ pleie, mens andre mener at lindrende sykepleie også er knyttet til den akutte og kroniske pleie på lik linje med palliativ pleie. Samtidig er det enighet om at lindrende sykepleie er en individuell handling i den enkeltes situasjon. Lindrende sykepleie er en nødvendighet og selvfølgelig uansett om den gis i den kurative eller palliative fasen.

**Nurse Coaching to Explore and Modify Patient Attitudinal Barriers Interfering With Effective Cancer Pain Management (Fahey, Rao, Douglas, Thomas, Elliot & Miaskowski, 2008).**

I denne artikkelen blir det presenter et coachingprogram for både sykepleiere og pasienter i forhold til smertelindring. Fortsatt er smerte et problem til tross for flere behandlingsmuligheter. Pasientene blir intervjuet over telefon og blir undervist i smertebehandling slik at de bedre kan aktivt delta i deres egen smertebehandling. De fleste pasienter er redde for hvilke bivirkninger som kan oppstå og at de må være ”snille” pasienter som ikke skal være til bry. Det er for lite kunnskap og kompetanse blant sykepleiere også, og derfor har de også deltatt i coachingen. Ved god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, og regelmessig coaching vil en oppnå bedre smertelindring. Og for sykepleierne er det viktig å spørre pasienten, ikke bare fortelle.

**Effectiveness of a Clinical Intervention to Eliminate Barriers to Pain and Fatigue Management i Oncology (Borneman et al. 2011)**

Smerte og tretthet forekommer ofte hos kreftpasienter, og i denne artikkelen blir det presentert hvordan smerte og tretthet har innvirkning på livskvalitet samt hvordan den kliniske intervensjonen ”Passport to Comfort” kan ha effekt på redusering av barrierer i forhold til smerte og tretthet. Både pasienter, helsepersonell og systemet var med denne intervensjonen. Inndelingen ble gjennomført i grupper på tre; Gruppe en ble vurdert i forhold til smerte og tretthet i vanlig pleie. I gruppe to ble deltakerne tilbudt intervensjonen. Dette inkluderte strukturert pasientundervisning og endringer utført av forskningsteamet. Og i gruppe tre hadde intervensjonen blitt formidlet innenfor institusjonene slik at den kunne bli vedvarende for framtidig pleie. Pasienter med diagnosene bryst, colon, lungekreft og prostatakraft var med i studien, og de som ble med i intervensjonen fikk bedre oppfølging i forhold til smerte og tretthet, og derav også bedre livskvalitet. Studien viser dermed at kvalitet på pleie i palliativ pleie er viktig for å opprettholde så god livskvalitet som mulig.

**Cancer- related pain in palliativ care: patient’s perceptions of pain management (Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2004).**

Denne artikkelen presenterer hvordan pasienter med kreftrelaterte smerter oppfatter smertebehandlingen. Dette er et tema det er lite forsket på, men desto viktigere å ha oppmerksomhet på. Pasientene ble intervjuet over telefon med åpne spørsmål. Pasientene beskrev sine oppfattelser av smertebehandling innenfor tre kategorier: Kommunikasjon, planlegging og tillit. I forhold til kommunikasjon uttrykte pasientene at det var viktig for dem å ha en åpen og ærlig dialog mellom dem og helsepersonellet når det kom til pasientrelaterte problemer. Det var også viktig for dem at personellet ble bedre i verbal kommunikasjon og få en bedre evne til å oppfatte pasientens non- verbale kroppsspråk. I forhold til planlegging fant en ut at planlegging før den palliative fasen inntrådte ville vært en fordel. Informasjon og planlegging angående analgetika hadde en positiv effekt på pasientene da de fikk bedre smertelindring. I forhold til tillit var det viktig for pasienten å føle tillit til helsepersonellet for å selv bli mer deltakende i sitt eget program. De følte da trygghet og smertebehandlingen ble bedre.

### **Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes in patients with cancer (Jacobsen, Møldrup, Christrup, Sjøgren & Hansen, 2010)**

Her blir det presentert en teoretisk modell relatert til psykologiske aspekter ved opplevelsen av smerte og smerterelatert oppførsel blant kreftpasienter. 33 pasienter responderte på the Brief Pain Inventory Pain scale, den danske formen for Barrieres Questionare II (DBQ- II), the Hospital Anxiety And Depression scale (HADS), den danske versjonen av Patient Percieved Involment in Care Scale og den danske formen for Medication Adherence Report Scale. En kom fram til at affektive barrierer var den største grunnen til rapporter smerte, og at det gjennom andre studier er vist at affektive barrierer er viktig å få kontroll over slik at pasienter kan oppnå god livskvalitet selv i vanskelige situasjoner. Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell var en viktig faktor for å unngå psykiske smerter og barrierene i forhold til smertelindring.

### **Is there a need for an interactive teaching tool on pain management in cancer? (Sugden, Dunbar & Allen, 2003)**

I denne artikkelen ville forfatteren framprovosere informasjon om hvorfor smertebehandling er et problematisk område for både pasienter og helsepersonell til tross for gode og mange

ressurser. Det ble gjennomført både telefonintervju og interne intervju. Forfatteren fant ut at pasienter ikke får god nok smertelindring, men også at smertelindring ikke bare er et spørsmål om tilgjengelige redskap. En må også konfronteres med frykten og misoppfattelsene av smertelindring både blant helsepersonell og pasienter. Forfatteren fant også at sykepleier ikke har nok kunnskap om smertelindring og at pasienter og sykepleiere har forskjellig oppfattelse av pasientens smerte.

**How is sleep quality affected by the psychological and symptom distress of advanced cancer patients? (Mystakidou, Parpa, Tsilika, Gennatas, Galanos & Vlahos, 2009).**

I denne artikkelen ville en finne hvordan smerter og psykiske plager har innvirkning på søvnkvalitet. 82 pasienter deltok i undersøkelsen og den ble gjennomført ved bruk av Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Quality of Life Instruments, Greek Depression Inventory og Beck Hoplessness Scale. Funnene en kom fram til var at pasienter med mye smerter, og psykiske plager hadde dårligere søvnkvalitet som igjen førte til dårligere livskvalitet og økt håpløshet.



## 5.0 Drøfting

### 5.1 Kunnskap

I studien til Valeberg et al. (2010) kommer det fram at pasienter ikke blir smertelindret nok til tross for mangeårig forskning verden over. Selv om helsepersonell i dag har tilgang til nok ressurser for å smertelindre opptil 90 % av kreftpasienter, opplever likevel 60- 80 % med langtkommen lungekreft moderate til sterke smerter. Så hvorfor klarer en ikke å smertelindre pasientene godt nok? Studien nevner flere grunner til dette, og sykepleierens kunnskap i forhold til medikamenter er et av problemene. Valeberg et al. (2010) sier at sykepleiere er redde for virkning og bivirkning og at en ikke vet hvordan en skal håndtere eventuelle bivirkninger som for eksempel respirasjonsdepresjon. På bakgrunn av dette har pasienter større barriere enn nødvendig i forhold til å be om smertelindrende medikamenter. Sykepleierens oppgave er å finne løsninger på hvordan pasientene kan få redusert smertene, samt å redusere feiloppfatninger og misforståelser om medikamentenes bivirkninger (Valeberg et al. 2010).

Sykepleiere er pliktet gjennom lovverket til å holde seg oppdatert på ny kunnskap for at pasientene skal få best mulig pleie. Og de er selv ansvarlige for at de til enhver tid er oppdatert (Molven, 2006). Sykepleieren må være i stand til å bruke forskningslitteratur og kunne se problemet fra pasientens perspektiv. Ved å tilegne seg denne kunnskapen vil en unngå tilfeldige og vilkårlige handlinger (Berntzen et al. 2010). Smertelindringen fungerer ikke alltid selv om sykepleieren har kunnskap om dette temaet, og det er desto viktigere at sykepleieren bruker vitenskapelige årsaksforklaringer slik at det kan øke sykepleierens forståelse for pasientens smerteopplevelse (Berntzen et al. 2010).

I Fahey et al. (2008) sin studie er det også gjort funn som sier at barrierer mot smertebehandling blant pasienter er stor. Men her har både sykepleiere og pasienter gjennomgått et coachingprogram for å finne ut om slike intervensjoner er nyttige i forhold til bedre smertelindring fra sykepleiere og barrierer hos pasientene. Coachingprogrammet gikk ut på at pasientene skulle fortelle sine opplevelser av smertebehandlingen de fikk gjennom intervjuer slik at helsepersonellet kunne lage en bedre, individualisert plan for hver enkel

bruker. Resultatet er klart, de som var med i dette coachingprogrammet fikk bedre oppfølging og en bør vurdere slike intervensjoner regelmessig i arbeidet med kreftpasienter. Disse pasientene ble også bedre smertelindret (Fahey et al. 2010). For lite kunnskap og kompetanse på dette område er i likhet med Valeberg et al. (2010), hovedgrunnen til dette problemet til tross for at en er pålagt av norsk lov å være faglig oppdatert (Fahey et al. 2008 & Molven 2006).

Det kommer fram i begge artiklene at hovedårsaken til barrierer mot smerter er at pasientene har for lite kunnskap om smertestillende medikamenter. De er ofte redd for bivirkninger, avhengighet og toleranse for medikamenter slik at de venter til det er helt nødvendig med å ta smertelindrende medikamenter. Men kan en forvente at pasienter skal sitte med kunnskapen når ikke sykepleieren har nok kunnskap? Sykepleieren er ansvarlig for at pasienten får nok informasjon om virkning, bivirkning og riktig bruk av medikamentene (Fahey et al. 2008, Valeberg et al. 2010 & Berntzen et al. 2010).

En god sykepleier har opparbeidet seg de nødvendige kunnskapene om smertelindring og bør videreformidle den på en forståelig og individuell måte for hver enkelt pasient (Hunt, 2002).

Ved smertelindring må en ta forbehold om bivirkninger, og det er lurt at sykepleiere setter i gang forebyggende arbeid mot eventuelle bivirkninger. Lungekreftpasienter er stort sett under konstant behandling av opioider og en av bivirkningene kan være obstipasjon. Derfor er det viktig at sykepleieren setter i gang forebyggende tiltak som å gi Duphalac fire ganger daglig for å unngå obstipasjon. Hun kan også tilrettelegge for bevegelse da dette kan ha god effekt (Berntzen et al. 2010).

I studien Sherman et al. (2004) nevnes det at dårlig behandling av fysisk smerte vil føre til økt psykisk smerte. Dette vil igjen føre til at pasienten blir mer nedbrutt enn nødvendig og mange vil oppleve dårligere livskvalitet. Sykepleiere må forstå at hver pasient trenger et individuelt program for å oppnå best mulig smertelindring (Sherman et al. 2004). I vurderingen av smertene kan det være lurt å bruke VAS- skala eller ESAS- skjema for å kartlegge smertene, og det er viktig at en bruker god tid slik at vurderingen blir best mulig. Sykepleierne må ha

kunnskap om hvordan hver enkelt smerteskala fungerer slik at de kan få en best mulig vurdering av smertene og pasientene blir bedre lindret (Sherman et al. 2004). Ikke alle pasienter forteller om smertene sine, men kan ha et kroppsspråk som forteller mer enn ord. Derfor må sykepleieren bruke godt tid på sine pasienter for å bli kjent med dem og oppfatte signaler om smerter tidlig.

Når sykepleiere arbeider med lungekreftpasienter må hun ha opparbeidet seg prinsippene om smertelindring. WHO's smerteskala er et godt verktøy for å oppnå god smertelindring, men en må også huske på at denne smertetrappen bare er medikamentelle metoder og tar ikke for seg problemer ved psykiske smerter (Sherman et al. 2004). Raphael et al. (2010) tror ikke WHO's smertetrapp alene er nok i smertebehandlingen, og det er derfor foreslått at en kombinerer forskjellige metoder for å oppnå best mulig resultat.

I følge Gamborg & Henriksen (2000) er opplevelsen av smerter er ofte forbundet med hvordan en er som person og hvilke erfaringer en har fra tidligere. Dette kan påvirke smerteopplevelsen positivt eller negativt. Noen har opplevd mye smerte tidligere og det dette kan forsterke smerteopplevelsen, mens andre har vokst opp en holdning om å være heroisk og tapper og klarer derfor å holde ut lenger med smerter. Mennesker har en evne til å tilpasse seg nye situasjoner, og aksepterer ofte at ved sykdom hører også smerte til (Gamborg & Henriksen, 2000). Dette kommer også frem i artikkelen til Fahey et al. (2008). Pasienter rapporterer at de tror de kan tåle smerten og har akseptert at det er en del av sykdommen. I Lorentsen & Grov (2010) sier en at sykepleieren er ansvarlig for å kartlegge pasientens fysiske og psykiske behov. Kartleggingen skjer ved observasjoner og samtaler slik at sykepleieren får et inntrykk av smertene og en mulighet til å evaluere behandlingen (Lorentsen & Grov, 2010).

I Jacobsen et al. (2010) har en gjort funn som viser at pasienter med psykiske smerter også har mer fysiske smerter. Årsaken til dette er at pasienter har barrierer mot smertebehandling på grunn av sykepleierens dårlige kunnskaper og kommunikasjon om smertebehandling. Ved psykiske smerter kom en fram til at disse pasientene hadde dårligere livskvalitet, men at ved intervensjoner innen dette temaet ville en kunne forbedre pasientens livskvalitet. Mer oppmerksomhet rundt dette temaet vil være anbefalt i framtiden (Jacobsen et al. 2010).

Sykepleierne har et stort ansvar når det gjelder smertelindring til lungekreftpasienter. Disse pasientene har spredning til andre deler av kroppen, og kan oppleve smerte ofte som følge av spredningen (Bremnes, 2000, Berntzen et al. 2010). Sykepleieren er hjørnesteinen i behandlingen da det er hun som tilbringer mest tid sammen med pasienten. Hennes rolle er å sette i verk smertelindrende tiltak med og for pasienten, å påvise behov for endrede eller ytterlige tiltak samt sette disse tiltakene i verk og å vurdere virkningen på pasienten (McCaffery & Beebe, 2001). Å smertelindre pasienter krever god planlegging og en må prøve seg fram for å oppnå best mulig resultat. Det er lurt å være optimistisk, men ikke lov en pasient at han kan bli smertefri med det samme. Første steg en kan starte med er at pasienten er smertefri om natten (Birgegård & Glimelius, 1998)

I artikkelen "Caring for the Dying Patient With Lung Cancer\*" (Silvestri et al. 2002) blir det lagt fram forskjellige metoder for å smertelindre lungekreftpasienter. I stadiet 3 og 4 har en spredning til andre deler av kroppen og tumoren kan trykke på vev. Dette er svært smertefullt for pasientene, og det er viktig at sykepleieren har en god plan for denne gruppen. Den medikamentelle behandlingen går som nevnt tidligere ut i fra WHO's smertetrapp, men denne modellen er generell og den tar kun for seg medikamentell behandling. Samtidig kan denne modellen være et godt verktøy for den generelle smertelindringen og en kan oppnå at opptil 88 % av pasientene er smertelindret (Silvestri et al. 2002). Med en så høy prosent, hvorfor har fortsatt 60- 80 % med langtkommen lungekreft fortsatt mye smerter?

## **5.2 Betydningen av kommunikasjon og gode relasjoner**

Studien til Jacobsen et al. (2010) viser at god kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell er en viktig faktor for å unngå smerter og barriere i forhold til smertelindring. Funnene viser at pasientene ikke vil være til bry for helsepersonellet og sier derfor ikke fra ved smerter. Det er sykepleierens ansvar å informere pasienten på en forståelig måte, og det

vises i artikkelen at smertelindringen ikke er god nok på grunn av dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient (Jacobsen et al. 2010).

Fahey et al. (2008) mener at hvis en ved regelmessige intervensjoner som coaching vil en oppnå bedre kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og derav bedre smertelindring. Som sykepleier er det viktig å spørre pasienten, ikke bare fortelle. På den måten får hun innsikt i pasientens situasjon og pasienten føler seg hørt og forstått (Fahey et al. 2008). På samme måte kommer det fram i Borneman et al. (2011) at ved intervensjoner i pleien blir smertelindringen bedre. Denne studien viste også at de sykepleierne som deltok i intervensjonen "Passport to comfort" fikk bedre kunnskap om smertelindrende medikamenter. På bakgrunn av dette ble kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient bedre og disse pasientene ble også bedre smertelindret. En kom fram til at pasientene fikk bedre livskvalitet i forhold til fysisk og psykisk velvære (Borneman et al. 2011). Samtidig nevnes det at det ikke er godt nok med bare retningslinjer og personalundervisning, men at en bør ha regelmessige intervensjoner. Ved denne intervensjonen ble det en klar kunnskapsforbedring i forhold til smerte og smertelindring og pasientene åpnet seg mer for sykepleieren og lærte seg bruken av smerteskalaer (Borneman et al. 2011). Selv om en så en forbedring er fortsatt årsaken til barrierer mot smertestillende medikamenter til kreftpasienter redsel for avhengighet. Dette funnet gjør at sykepleiere trenger mye undervisning om smerter og smertelindring, men også tett oppfølging av hver enkelt pasient (Borneman et al. 2001)

Psykisk smerte er noe som ofte blir glemt i den medikamentelle verden. Noen ganger kan det virke som om medikamenter er svaret på alle problemene. Men lungekreftpasienter i stadiet 3 og 4 har ofte mye psykiske smerter som følge av angst, depresjon, bekymringer for framtiden, søvnmangel og en følelse av håpløshet (Fisher, 2002 og Gamborg & Henriksen). Mangel på eller motstridene informasjon kan også være en faktor som fører til økt psykisk smerte.

Sykepleiere har ansvar for lindrende sykepleie, men har for lite kunnskap, da særlig om de psykososiale behovene. For pasienten er det viktig at sykepleieren lytter til ham og at han får en følelse av å bli ivaretatt (Gamborg & Henriksen 2000).

Studien til Boström et al. (2004) viser at pasienter med langtkommen kreft har behov for god kommunikasjon, planlegging og tillit til sykepleieren i arbeidet med smertelindring. Det er ikke godt nok med bare medikamentell behandling, men en må også dekke de psykososiale behovene pasienten måtte ha. Sykepleieren må huske på at hver pasient har individuelle

behov og må tilrettelegge deretter (Boström et al. 2004). Pasienter med mye bekymringer trenger ærlig informasjon om hvordan tilstanden deres er. Dette kan bidra til at pasientene føler mer trygghet som igjen kan føre til mindre angst, bedre søvn og bedre livskvalitet. I studien kom det også fram at at sykepleierene må forbedre sin verbale kommunikasjon og få en bedre forståelse av pasienters non- verbale språk (Boström et al. 2004). Dersom det sviktet på kommunikasjonsfronten hos sykepleierene fikk pasientene en følelse av å ikke bli trodd eller tatt alvorlig. De fikk heller ikke fortalt om frykten for nye smerter. God planlegging med pasientene førte til bedre dialog mellom sykepleier og pasienter, og de klarte å oppnå et bra menneske- til- menneske- forhold. Med god kommunikasjon og planlegging fikk også pasientene mer tillit til helsepersonellet og dette førte til at pasientene følte seg trygge og at de fikk bedre behandling i forhold til fysisk og psykisk smerte (Boström et al. 2004).

God kommunikasjon er hjelpende og den fremmer god kontakt, bidrar til å løse problemer og stimulere pasienter til å bruke sine ressurser. Å kommunisere innebærer evnen til å sette seg inn i andre sine situasjoner og får en følelse av å bli sett og hørt (Eide & Eide, 2004). En kan alltid bli bedre å kommunisere med andre ved trening og tilbakemeldinger fra brukere og kolleger. Gode kommunikasjonsferdigheter er å lytte til pasientene, observere og tolke både verbalt og non- verbalt språk og gi god informasjon på en klar og forståelig måte. Dersom en er flink på kommunikasjon kan en få fram best mulige tiltak og skape en god arbeidsrelasjon og arbeidsallianse med pasienten (Eide & Eide, 2004).

Alle kommuniserer, enten det er bevisst eller ubevisst (Travelbee, 2001). Sykepleieren må forstå hva pasienten kommuniserer og å bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleierintervensjoner. Hun må vite om det foregår kommunikasjon og hva det blir kommunisert om. Kommunikasjon gjør en sykepleier i stand til å etablere et menneske- til- menneske- forhold. En kan kommunisere både verbalt og non- verbalt. Ved verbal kommunikasjon uttrykker en ved hjelp av ord, skriftlig eller muntlig, mens ved non- verbal kommunikasjon kommuniserer en ved hjelp av ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser (Travelbee, 2001). Gjennom kommunikasjon forsøker sykepleieren å finne pasientens individuelle behov og hun søker derfor informasjon om hver enkelt pasient for å oppnå dette. Dersom hun ikke er i stand til dette er vil hun heller ikke klare å gi meningsfull hjelp (Travelbee, 2001).

Lungekreftpasienter i stadiet 3 og 4 vet at døden er nær, og dette kan føre til angst og bekymringer for den det gjelder. Hvis en har mye fysiske smerter vil opplevelsen av psykiske smerter bli forsterket og pasienten kan få en følelse av håpløshet (Hunt, 2002). Da er det viktig at sykepleieren prøver å skape gode relasjoner mellom henne og pasienten ved å kommunisere og informere pasienten om det videre forløpet. Sykepleieren fungerer som en emosjonell støtte for pasienten (Travelbee, 2001). Sykepleiere glemmer ofte de psykiske smertene og har bare fokus på den medikamentelle behandlingen. Psykisk smerte blir beskrevet som verre enn fysisk smerte fordi de ikke blir behandlet. Lite kunnskap om hvordan en skal opptre i slike situasjoner og lite kommunikasjon fører til dette problemet (Hunt, 2002).

Funnene i studien til Jacobsen et al. (2010) var at pasienter med mye psykiske smerter rapporterte mer fysiske smerter. Å behandle psykiske smerter er vel så viktig som den medikamentelle behandlingen, men en så også at med mye fysiske smerter ville dette resultere i mer psykiske smerter. Psykisk smerte hadde stor innvirkning på pasientenes livskvalitet og at intervensjoner innen psykiske smerter kan sammen med medikamentell behandling ha god effekt på livskvaliteten til kreftpasientene. Sykepleierne må ha mer oppmerksomhet rundt dette problemet. Gjennom åpen og ærlig dialog med pasienten er dette fullt mulig (Jacobsen et al. 2010).

I studien til Winther & Madsen (2006) prøver en å forklare hva ordet lindrende betyr og hvilke oppfattelse en har av det. Konklusjonen er at dette er et begrep som fortsatt er et uklart og umodent begrep, men fortsatt bruker en det i sykepleien. En er enig om at all lindrende behandling, både fysisk og psykisk skal være individuell. Sykepleieren må uttøve individuell handling uansett hvor generell situasjonen er. Når en sykepleier uttøver individuell lindrende sykepleie tar hun tak i pasientens livshistorie, tid, sted og hva pasienten har behov for. Hun får da skapt et bilde av pasienten om hvilke behov han har gjennom kommunikasjon og kartlegging (Winther & Madsen, 2006). Selv om begrepet er uklart blir det fremdeles beskrevet som en aktivitet hvor en lindrer en person med uhelbredelig sykdom, lidelse og død (Winther & Madsen, 2006).

Lidelse er en uløselig del av det å være et menneske og en kan ikke unngå lidelse i løpet av livet. Men en kan prøve å finne en mening ved lidelse og sykdom. Dette er avhengig av faktorer som kulturbestemte oppfatninger og menneskets religiøse oppfatning. Hvordan en

person har mestret lidelse tidligere i livet vil noen ganger være bestemmende for hvordan de mestrer lidelse senere i livet (Travelbee, 2001). En person som lider kan føle seg ensom fordi han alene opplever lidelser som smerter. Da er det viktig at sykepleieren gjennom kommunikasjon lærer pasienten å kjenne slik at hun kan tilrettelegge for individuelle behov. Ved å kjenne pasientens behov vil hun kunne gi meningsfull hjelp med lidelsen (Travelbee, 2001).

### **5.3 Betydningen av begrepet håp.**

I studien til Silvestri et al. (2002) nevnes det at i den palliative fasen for lungekreftpasienter har en som mål å oppnå best mulig livskvalitet ved å smertelindre optimalt. Samtidig vil en prøve å unngå mest mulige bivirkninger. Men resultatene viser at smertene blir underbehandlet. Dette fører til at pasientene får en følelse av håpløshet, og at smerter er noe en må leve med. Det kommer fram at pasienter som er smertelindret nok fortsatt har et håp (Silvestri et al. 2002). I følge Sugden et al. (2003) er pasienter redde for bivirkninger av opioider og lar derfor være å ta dem. Dette fører til at pasientene har unødvendig mye smerter og de opplever mer håpløshet. For kreftpasienter er det viktig å få fram at håpet deres kan være å bare være smertefri en hel dag (Sugden et al. 2003). Det er gjort en studie blant kreftpasienter om hvordan smerte påvirker søvnen (Mystakidou et al. 2009), og resultatene en kom fram til var med mer smerter får en dårligere søvnkvalitet. Dette igjen førte til at 25, 6 % av pasientene i studien følte moderat håpløshet mens 17, 1 % følte alvorlig håpløshet. Dette resulterer i at 42, 7 % føler en eller annen form for håpløshet (Mystakidou et al. 2009).

Travelbee (2001) sier at håp er en mental tilstand hvor ønsket om å nå fram til noe eller oppnå et mål, kombinert av en viss grad av forventning om at noe som ønskes er oppnåelig. Håp er en fornemmelse av det mulig. Når en person håper har han tro på at noe mer behagelig er mulig, som for eksempel å være fri for smerter. Den som ikke har noe håp igjen ser ingen utsikter til forbedringer i livet. (Travelbee, 2001).

På samme måte sier Lorentsen & Grov (2010) at en som sykepleier kan hjelpe pasienten med å opprettholde håpet, men at det gjennom informasjon, hvilke ord som brukes og måten det gjøres avgjør pasientens opplevelse av mismot eller håp. Dersom sykepleierens holdning er



dominert av håp, kan pasienten oppleve at håpet styrkes. Håp er en viktig ressurs som kan gjøre opp for mismot og fortvilelse (Lorentsen & Grov, 2010).

*”Så lenge det er liv, er det håp”* (Myskja, 2005). Mange kreftpasienter opplever at leger og sykepleiere har et annet syn på håpet enn dem selv, og tenker i mer realistiske baner som bidrar til at det slukker håpet til pasientene (Myskja, 2005).

Lungekreftsyke pasienter har en uforutsigbar framtid og det kan resultere i opplevelse av håpløshet, men håp kan gi en glede i hverdagen, også når en er i sluttfasen av livet (Rustøen, 2001). En pasient med lungekreft i stadiet 3 eller 4 vet at døden ligger nær, men det er fortsatt viktig at håpet opprettholdes. For disse pasientene er det ikke et håp om å leve i 20 år til som spiller en rolle, men det er de små tingene i hverdagen som nå har fått en betydning. Å være fri for smerter er ofte et håp for denne pasientgruppen, og som sykepleier må en ha kunnskap om hva er og hvilke faktorer som er styrkende og svekkende (Rustøen, 2001). Sykepleierens atferd og tilstedeværelse vil hjelpe lungekreftpasienter i styrking av håp (Rustøen, 2001, Travelbee, 2001, Lorentsen & Grov, 2010 & Berntzen et al. 2010).

## 6.0 Avslutning

For at sykepleiere skal kunne bidra til bedre smertelindring hos pasienter med langtkommen lungekreft, må de tilegne seg bedre kunnskap. Studiene viste at sykepleiere har for lite kunnskap på dette området, og det fører til at 60- 80 % av lungekreftpasienter i stadiet 3 og 4 opplever mye smerter. Dette på tross av at en ved riktig behandling kunne smertelindret opptil 90 % av disse pasientene. Dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient går igjen i studien og dette gjør det vanskelig å skape et menneske- til- menneske- forhold i følge Travelbee. Pasientene i studiene ønsker at sykepleierne skal være ærlige når de gir informasjon slik at de får bedre forståelse i egen situasjon. Gjennom god kommunikasjon og ærlig informasjon kan sykepleiere i samarbeid med pasienten kunne kartlegge smertene slik at han blir bedre smertelindret. Å være smertelindret ga bedre livskvalitet og styrket håp hos pasientene.

Ut i fra forskningslitteratur, pensumlitteratur og annen litteratur har jeg kommet fram til at sykepleiere har for lite kompetanse i smertelindring. Med økt kompetanse vil en spare mange pasienter for unødvendige smerter mot slutten av livet.

## Kilder

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: H. Almås, D.G. Stubberud, R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 1*. (s 355- 395). Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Birgegård, G. & Glimelius, B. (1998). *Vård av cancersjuka*. Studentlitteratur, Lund.

Borneman, T., Koczywas M., Sun, V., Piper, B. F., Smith- Idell, C. Laroya, B.,”...” Ferrell, B. Effectiveness of a Clinical Intervention to Eliminate Barriers to Pain and Fatigue Management in Oncology. *Journal of palliative medicine*, 14 (2). DOI: 10.1089/jpm.2010.0268.

Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004) Cancer- related pain in palliativ care: patient’s perceptions of pain management. *Journal of advanced Nursing*, 45 (4): 410-419.

Bremnes, R. M. (2000). Svulster i luftveiene. I: R. Kåresen, E. Wist (Red.). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*. Gyldendal Akademsik AS.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Davies, A. N. (2011). The management of breakthrough cancer pain. *British Journal of Nursing*, 20 (13).

Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis- Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fahey, K. F., Rao, S. M, Douglas, M. K., Thomas, M. L., Elliot, J. E. & Miaskowski, C. (2008). Nurse Coaching to Explore and Modify Patient Attitudinal Barriers Interfering With Effective Cancer Pain Management. *Oncology Nursing Forum*, 35 (2).

Fisher, M. (2002). Emotional pain and eliciting concerns. I: J. Penson & R. A. Fisher. *Palliative care for people with cancer*. New York: Oxford University Press Inc.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudie*. Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Granborg, H. & Henriksen, H. (2000) Sygeplejeoppgaver i relation til symptomer afledt af sygdomsudvikling og behandling. I: Ankersen, L., Busch, C., Esbensen, B. A., Gamborg, H., Henriksen, H.,Høj, B. ”...” Specht, L. *Behandling og pleje af patienter med kræftsykdomme*. (s. 187- 203). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS.

Hunt, T. (2002). The management of pain. I: J. Penson & R. Fisher. *Palliative care for people with cancer*. Oxford University Press, New York.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, R., Møldrup, C., Christrup, L., Sjøgren, P. & Hansen, O.B. (2010). Psychological and behavioural predictors of pain management in patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24: 781- 790. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00776.

Kaasa, S. (2008) *Palliasjon- Nordisk lærebok*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. & Nortvedt, P. (2005). Framtidens sykepleie- nye arenaer og endrete vilkår. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4 (s.236- 250). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristjansen, P. (2001) *Kræft- Hva er det?* Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS.

Kristoffersen, N. J.(2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. (s. 13- 99) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Larsson, I., Palm, L. & Hasselbalch, L. R. (2008). *Patient- kommunikation i praktiken- information, dialog, delaktighet*. Norstedts Akademiska Förlag.

Lewensohn, R., Sørensen, S. (2004) Lungecancer. I: U. Ringborg, R. Henriksson & S. Friberg (Red.) *Kræftsykdomme. Onkologi*. (s. 277- 290). FADL's Forlag Aktieselskab.

Lorentzen, V. B. & Grov, E. K. (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 2*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mathisen, J. (2005). Livets avslutning. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie*. Bind 3. Gyldendal Norsk Forlag AS.

McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smertes- Lærebok for helsepersonell*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, O. (2006). *Sykepleie og jus*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Myskja, A. (2005). *Leve med kreft- Hvordan styrke håp og livsmot*. J. W. Cappelens Forlag AS.

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Gennatas, C., Galanos, A & Vlahos, L. (2009). How is sleep quality affected by the psychological and symptom distress of advanced cancer patients? *Palliative Medicine*, 23: 46- 53.

Raphael, J., Ahmedzai, S., Hester, J., Urch, C., Barrier J., Williams, J. "...” Sparkes, E. (2010). Cancer Pain: Part 1: Pathophysiology; Oncological, Pharmacological, and Physiological Treatment: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Medicine*, 11: 742- 764.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sherman, D., Matzo, M. L., Paice, J.A., McLaughlin, M. & Virani, R. (2004). Learning Pain Assessment and Management: A Goal of the End-of-Life Nursing Education Consortium. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35 (3).

Silvestri, G. A. Sherman, C., Williams, T., Swan- Swav, L., Flume, P. & Turrisi, A. (2002). Caring for the Dying patient With Lung Cancer. *Chest*, 122 (3): 1028- 1036.

Sugden, S., Dunbar, C. & Allen, K. (2003). Is there a need for an interactive tool on pain management in cancer? *International Journal of Palliative Nursing*, 9 (11).

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldedal Norsk Forlag AS.

Valeberg, B. T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, 5 (4): 266- 276. DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0141.

Winther, B. & Madsen, K. H. (2006). <<Lindrende Sygepleje>>- en begrebsafklaring. *Vård I Norden*, 82 (26): 41- 43.