



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Kommunikasjon og smertelindring
i palliativ fase

Maria Vinsrygg Skilbrei

Bachelorutdanning i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde
Rettleiar: Terese Bjordal
Innleveringsdato: 30. November 2018

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, § 10

Samandrag

Tittel

Kommunikasjon og smertelindring til kreftpasientar i palliativ fase.

Introduksjon

Oppgåva tek føre seg kommunikasjon, smertelindring og kva ein som sjukepleiar kan gjere for at pasienten skal ha det best mogleg i den palliative fasen på sjukehus. Dette omhandlar både fysisk, psykisk, åndelig og eksistensielt.

Bakgrunn for val av tema

I denne oppgåva ynskjer eg å belyse temaet rundt kommunikasjon, smertelindring og kva ein som sjukepleiar kan gjere for at ein kreftpasient har best mogleg livskvalitet i den palliative fasen. Alle i livets slutfase skal oppleve tryggleik og få ein verdig avslutning på livet. Det er viktig at både pasient og pårørende vert ivaretekne på ein god måte. Her er god kommunikasjon og relasjon eit sentralt og viktig tema. Befolkninga aukar og det palliative behovet aukar. Det vil då blir meir og meir bruk for behandling, god pleie og omsorg.

Problemstilling

Korleis kan kommunikasjon bidra til optimal smertelindring hjå kreftpasient i palliativ fase?

Metode

Litteraturstudie. Oppgåva byggjer på kunnskap frå både pensumbøker, forskning, sjølvvald litteratur, erfaringar frå praksis og personlege erfaringar. Eg har nytta både kvantitative og kvalitative forskingsartiklar, som er med på å belyse problemstillinga mi på best mogleg måte.

Konklusjon

Studia syner at optimal smertelindring kan være ei vanskeleg utfordring, og at kommunikasjon spelar ei stor rolle. Helsepersonell bør ha meir kunnskap angående smertelindring hjå kreftpasientar i palliativ fase. Det bør bli meir fokus på det psykiske aspektet å være i den palliative fasen, kommunikasjon og relasjon mellom sjukepleiar og pasient. Kommunikasjon er ein av den største barrieren for å oppnå optimal smertelindring.

Nøkkelord: Kommunikasjon, smertelindring, palliativ behandling, kreft og sjukepleie

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. INNLEIING | 1 |
| 1.1 GRUNNGJEVING AV VAL AV TEMA | 1 |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 2 |
| <i>Problemstilling:</i> | 2 |
| 1.3 AVGRENSING AV OPPGÅVA..... | 2 |
| 1.4 ETISKE AVVEGINGAR..... | 2 |
| 1.5 OPPGÅVA SIN DISPOSISJON | 3 |
| 1.6 BEGREPSFORKLARING..... | 3 |
| 2. METODE | 4 |
| 2.1 FRAMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK | 4 |
| 2.1.1 <i>Kjeldekritikk</i> | 5 |
| 2.2 ANNA LITTERATUR | 6 |
| 3. TEORI | 6 |
| 3.1 KOMMUNIKASJON OG RELASJON..... | 6 |
| 3.2 SMERTE | 7 |
| 3.2.1 SMERTELINDRING OG KARTLEGGING | 7 |
| 3.3 PALLIATIV BEHANDLING | 8 |
| 3.4 SJUKEPLEIEFOKUS | 8 |
| 3.5 PSYKISKE FORHOLD | 9 |
| 3.6 FUNN AV FORSKINGSARTIKLAR..... | 9 |
| 4. DRØFTING- KORLEIS KAN KOMMUNIKASJON BIDRA TIL OPTIMAL SMERTELINDRING HJÅ KREFTPASIENT I PALLIATIV FASE?..... | 12 |
| 4. 1 KOMMUNIKASJON OG RELASJON MELLOM PASIENT OG SJUKEPLEIAR | 12 |
| 4.2 KOMMUNIKASJON OG SMERTELINDRING I PALLIATIV FASE | 14 |
| 4.3 PSYKISKE UTFORDRINGAR I PALLIATIV FASE | 15 |
| 5. KONKLUSJON | 17 |
| BIBLIOGRAFI..... | 18 |

Vedlegg 1: Søk i databasar

Vedlegg 2: Kartleggingsverktøy

1. Innleiing

Kvart år får i overkant av 30 000 nordmenn kreft. To av tre kreftpasientar overlever, men årleg dør rundt 11 000 menneskje av sjukdommen (Kreftforeningen, 2018). Av nye tilfelle, er omlag 85 prosent av kvinnene og 90 prosent av menn i aldersgruppa i alderen over 50 år (Helsenorge, 2018). Det rammar både foreldre, besteforeldre, sysken, kollegaer og vennar.

Alle i livets slutfase skal oppleve tryggleik og få ein verdig avslutning på livet. Det er viktig at både pasient og pårørende blir ivareteken på ein god måte. Befolkninga vert eldre, det palliative behovet aukar, samstundes som kompleksiteten for behandling, pleie og omsorg aukar. Store ressursar nyttast på pasientane det siste leveåret og særleg dei tre siste månadane (NOU, 2017). Palliativ behandling er å gi best mogleg symptomlindring, pleie og omsorg til dei som lever med ein uhelbredelig sjukdom. Det er ei behandling som handlar om mykje meir enn kun det medisinske. Tiltaka som blir sett i verk er for å hjelpe og støtte pasientar og pårørende i den vanskelege tida. For at pasienten skal få det best mogleg i den palliative fasen, er det svært viktig med god kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sjukepleiar. Dette er viktig både for at pasienten skal få fram sine ynskje på best mogleg måte, gje uttrykk for smerte og effekt av smertelindring, symptom av behandlinga og tankar rundt situasjonen som pasienten er i. Dei fleste pasientar i lindrande fase har fleire plagar, og smerter er noko fleire frykter og er redde for vil auke. Smertene er ofte ein kombinasjon av fysiske og psykiske symptom. Smerter kan opplevast ulikt og er subjektivt (Kreftforeningen, 2018).

1.1 Grunngeving av val av tema

Kreft er noko som rammer oss alle. Både nære og kjende. Gjennom mi sjukepleiarutdanning, har eg møtt mange pasientar som er ramma av kreft. Etter praksis på ei kreftavdeling og egne erfaringar, var det dette eg ville skrive om i bacheloroppgåva. I oppgåva ynskjer eg å belyse temaet rundt smertelindring og kva ein som sjukepleiar kan gjere for at ein kreftpasient har best mogleg livskvalitet i den palliative fasen. Kommunikasjon og relasjon, er også noko eg vil fokusere på i oppgåva, grunna viktigheita med god kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar for best mogleg palliativ behandling. Dette er med på å bidra til optimal smertelindring og for å få pasienten til å føle seg trygg og meir ivareteken i den palliative fasen. Det er og med på å bidra til at pasienten kan uttrykke sine meiningar, kjensler og inntrykk rundt den krevjande situasjonen. Som sjukepleiarstudent ser ein kor ulikt kvar enkelt reagerer på sjukdommen, korleis smertene påverkar dei og kva smertelindring som har best lindrande effekt. Det er ofte samansette grunnar til smertene og det kan ofte være

vanskeleg å finne rett smertelindring til den enkelte pasient. Eg ynskjer derfor å skrive om dette temaet for å auke mitt kunnskapsnivå og for kunne bidra best mogleg i den palliative fasen for at pasienten skal få verdifulle dagar, utan unødig lidning.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstilling:

”Korleis kan kommunikasjon bidra til optimal smertelindring hjå kreftpasient i palliativ fase?”

1.3 Avgrensing av oppgåva

Eg har avgrensa oppgåva til kreftpasientar i den palliative fasen på sjukehus. Både kvinner og menn. I denne fasen er dei gjerne på sjukehus i delar av perioden, men bur til vanleg heime. Den palliative fasen er livets slutfase, ein kan ha kort forventet levetid, men det er vanskeleg å tidfeste denne fasen. Forventet levetid kan være opptil 9-12 månadar, medan nokre gongar kan det være meir kortvarig (Fjørtoft, 2016). I oppgåva vil eg halde meg til pasientar som har meir enn 3 månadar igjen. Eg har møtt mange pårørande til pasientar i den palliative fasen, og veit kor sentral rolle dei har i pasientens liv, særskilt i denne tøffe fasen. Likevel har eg valt å utelukke pårørande i stor grad, sjølv om dei blir nemnt i oppgåva. Hovudfokuset i oppgåva vil være på kva ein som sjukepleiar kan bidra til for at pasienten skal oppnå best mogleg kjensle av livskvalitet i den palliative fasen. Her er då god kommunikasjon og tilstrekkeleg smertelindring vesentlig for at pasienten skal ha overskot og krefter til å gjere det som er mogleg ut frå omstende i den palliative fasen.

1.4 Ethiske avvegingar

I oppgåva nemner eg egne erfaringar, og i desse tilfella er pasientane anonymisert for å ivareta mi teieplikt (Dalland, 2017, s. 104).

Ethiske vurderingar handlar om at vi tenkjer over kva slags utfordringar arbeidet medfører, og korleis dei kan handsamast. Dei krava som er til personopplysningar gjeld ikkje berre i studiesamanhengen, men særleg mykje i helse- og sosialsektoren. Det er viktig med etiske vurderingar og ryddig bruk av personopplysningar (Dalland, 2017, s. 97). Eg har teke omsyn til teieplikt og anonymisering ved drøfting av pasientane sine opplevingar og erfaringar.

1.5 Oppgåva sin disposisjon

I kapittel 1 innleiing, vil eg ta føre meg val av tema, kvifor det er viktig og kvifor det er relevant for ein sjukepleiar. Eg har presentert problemstillinga og avgrensa den i oppgåva.

I kapittel 2 metode, kjem eg inn på korleis eg har gjennomført litteraturstudia og kva databasar eg har brukt for å finne dei ulike forskingsartiklane. Søkeord som er blitt brukt undervegs i søkingsprosessen og presentasjon av dei utvalde forskingsartiklane blir presentert i methodedelen.

I kapittel 3 teori, vert det presentert teori som er relevant for å besvare problemstillinga. Eg vil gjere greie for kommunikasjon og relasjon, smerter, palliativ behandling, sjukepleiefokus og psykiske forhold.

I kapittel 4 drøfting, drøftast funn frå litteratur, forskning og egne erfaringar. Eg drøftar korleis god kommunikasjon kan bidra til god smertelindring og kva ein som sjukepleiar kan gjere for at pasienten har det best mogleg i den palliative fasen.

I kapittel 5 konklusjon, vil eg gje svar på eller stille nye spørsmål til problemstillinga.

1.6 Begrepsforklaring

Kreft- Ved kreft har det oppstått mutasjonar i cella sitt arvestoff, cellene deler seg då ukontrollert. Etterkvart som dette vil fortsetje, skjer det ei opphoping av kreftceller i organet der veksten har starta. Det vil då dannast ein kreftsvulst (Helsenorge, 2018).

Palliativ behandling- Palliativ behandling er å gje best mogleg symptomlindring, pleie og omsorg, til dei som lever med ein uheldelig sjukdom (Kreftforeningen, 2018).

Kommunikasjon- Kommunikasjon kjem av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjere noko felles, delaktiggjere ein annan i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2017).

Livskvalitet- Kvar enkelt kan ha si eiga meining om kva god livskvalitet er. God livskvalitet kan være at ein har det bra både fysisk og psykisk. Livskvalitet er individets oppleving av eiga helse og konsekvensane av helsetilstanden i dagleglivet, men og allmenn oppleving av glede og meining (Finset, 2016, s. 65).

2. Metode

Ein metode er ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og kome fram til ny kunnskap. Når ein har bestemt seg for ein særskild metode, meiner ein at det vil gje oss gode data og belyse spørsmålet på ein fagleg måte (Dalland, 2017, s. 51). Ut frå høgskulen si retningslinje skal oppgåva være bygd på litteraturstudie.

Metoden eg har brukt i oppgåva er litteraturstudie. Litteraturstudie betyr at ein grundig går gjennom litteratur som ein har funne jamført med oppgåva og vurderer den på en kritisk og kunnskapsrik måte. Utfordringa kan være å finne relevant, fagleg korrekt og forskning av nyare dato. Eg føler eg har funne nyttig forskning som er relevant i forhold til mi problemstilling. Ved litteraturstudie anvender ein ikkje ein særskild metode, men ein beskriv framgangsmåten og forklarar kvifor ein har valt litteraturen (Dalland, 2017, s. 207).

Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp meining og oppleving som ikkje lar seg talfeste eller måle. Her får ein mange opplysingar om få undersøkingseiningar og det får fram det som er særskilt og eventuelt avvikande. Det vert utført intervju som er prega av fleksibilitet og utan faste svaralternativ. Data som blir samla inn her prøver å få fram samanheng og heilheit (Dalland, 2017, s. 52).

Kvantitativ metode gjev data i form av målbare einingar. Dette gjer at ein kan rekne ut til dømes gjennomsnitt eller prosent av undersøkinga. Her går ein meir i breidda og innhentar eit lite antall opplysingar om mange undersøkingseiningar. Denne metoden får fram det som er felles og kva som representerer fleirtalet. Spørjeskjema har faste svaralternativ og det føregår systematiske og strukturerte observasjonar. Data som samlast inn er knytt til åtskilte fenomen (Dalland, 2017, s. 53).

Eg har brukt fire kvalitative og to kvantitative studiar i oppgåva. Dei utvalde artikkane, vil eg presentere under teoridelen, punkt 3.6 "Funn av forskingsartiklar".

2.1 Framgangsmåte for litteratursøk

Eg har brukt databasar som PubMed, Academic Search Elite, inkludert Medline og Cinahl. I bunn og grunn var det PubMed eg synest var best å bruke. Eg har også brukt "sykepleien forskning", der eg fant norsk forskning som var relevant til temaet. I prosessen med å leite etter forskingartiklar i PubMed brukte eg søkeord som; cancer pain, pain relief, pain management, communication, cancer, palliative, quality of life og nursing. For å få eit meir avgrensa treff har eg brukt "and" mellom alle

søkeorda. Eg brukte søkeorda både saman og adskilt. Søka resulterte ofte i fleire treff, der eg valde meg ut nokre eg synest var relevante. Deretter las eg abstraktet til forskingsartiklane, før eg valde den mest egna. For å avgrense søket meir, har eg snevra søket til artiklar på engelsk og til nyare forskning. Forskinga eg har brukt er nyare enn ti år, og eg har valt å bruke nyare forskning grunna det er relevant i forhold til mi oppgåve. Etterkvart som eg leste ulike forskingsartiklar fant eg fleire søkeord til vidare søking. Eg starta først på Google Scholar der eg fant tips til vidare søk. Deretter plukka eg ut nokre spesifikke søkeord. Søkeorda eg har valt er på engelsk, då dette gav betre treff enn på norsk. Eg har og brukt SveMed+ til å finne MeSH ord for å få fleire søkeord. Sjå vedlegg 1 for søkjeprosessen.

Søkeord: Communication, pain relief, pain management, cancer, palliative, quality of life og nursing.

2.1.1 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk handlar om det å gjere greie for litteraturen eg har brukt i oppgåva. Kjelde og informasjon ein finn i bøker eller på internett, må vurderast både med tanke på kvalitet og om det er relevant for arbeidet. Dette kallast informasjonskompetanse og er evna til å søkje, lokalisere og vurdere informasjon kritisk med tanke på relevans og pålitelegheit. Kjeldekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen ein har funne. Det betyr og kva grad litteraturen ein har funne, let seg bruke til å beskrive og belyse problemstillinga ein har valt (Dalland & Trygstad, 2017, ss. 152-158). Litteraturen eg har nytta er for det meste primærkjelder, men eg har og nytta sekundærkjelder. Ei sekundærkjelde kan ha blitt endra eller blitt ei oversett utgåve av den primære kjelda. Dette kan føre til at budskapet kan ha blitt endra (Dalland, 2017, s. 162).

Databasane eg har brukt under litteratursøkinga er databasar som høgskulen har lista opp på si nettside, og som eg har tilgang til som student. Eg ser på desse databasane som pålitelege og sikre kjelder. Forskinga eg har nytta er ti år eller nyare. Desse forskingsartiklane er relevante og viktige i forhold til mitt valde tema. Noko av forskninga eg har brukt er frå eit anna geografisk område, men eg vel likevel å vurdere det som påliteleg og relevant i oppgåva, uavhengig av geografisk område. Dei fleste artiklane er engelskspråklege, og det kan derfor ha oppstått feiltolking eller misforståing grunna dette. For å kvalitetssikre forskingsartiklane eg har brukt, har eg nytta sjekklister for kvantitativ og kvalitativ forskning frå Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2014). Eg har valgt ut artiklar som følgjer IMRAD- prinsippet, som er ei forkorting for introduksjon, metode, resultat og diskusjon som sjekklister på forskingsartiklane (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 69).

2.2 Anna litteratur

Eg har brukt pensumbøker på litteraturlista som er relevant for mi oppgaveskriving. Eg har valt nyare litteratur, både bøker og artiklar, grunna at eg ynskjer meir oppdatert litteratur. Andre bøker eg har brukt i oppgåva har eg lånt på skulebiblioteket på høgskulen. Her har eg søkt etter bøker om palliasjon, smertelindring og kommunikasjon. Nokre av dei nettsidene eg har nytta, er mellom anna kreftforeninga og regjeringa si heimeside. Desse ser eg på som pålitelege grunna det er nasjonale og statlege nettsider. Kreftforeninga er blant anna ein av Noregs største brukar- og interesseorganisasjon (Kreftforeningen, 2018). Her kan ein hente informasjon om palliasjon, smertelindring, pårørande og mykje meir.

3. Teori

3.1 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon i relasjonar kan definerast som utveksling av verbale og non- verbale teikn og signal mellom to eller fleire personar. Det er viktig å utvikle gode kommunikasjonsevner som sjukepleiar for å heve kvalitet og styrkje pasienttryggleik. Gode kommunikasjonsevner er hjelpemiddel til å forstå pasienten som person, forstå relasjonen, gi betre hjelp og støtte, ta gode beslutningar saman og å styrke kjensla av tryggleik (Eide & Eide, 2017, s. 39). Helsepersonell som arbeider med palliasjon brukar kommunikasjon som arbeidsverktøy kvar dag og treng særskilt kompetanse i dette. Palliative pasientar gjennomgår ulike fasar av sjukdomen, og har ulike behov for informasjon og ynskjer for medverking (Helsedirektoratet, 2015, s. 30).

Best mogleg livskvalitet for pasienten er det overordna målet for all palliativ behandling. Livskvalitet er subjektivt og derfor er kommunikasjon viktig i møte med kreftpasientar i den palliative fasen. God kommunikasjon er nødvendig for å fange opp og forstå pasientens oppfatning av situasjonen, og for at pasienten skal bli ein meir aktiv part i behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2015). God kommunikasjon og relasjon kan være med på å gjere den palliative fasen betre for alle partar. Ein må være oppmerksam, til stades, lytte og finne ut kva situasjonen krev, slik at ein kan førebyggje uheldige val (Eide & Eide, 2017, s. 40).

God og profesjonell kommunikasjon er personorientert og fagleg fundert. Når kommunikasjon er personorientert, vil sei at man ikkje ser på vedkommande som pasient, men som ein heil person, med verdiar, prioriteringar, eigne ynskje og mål når det gjeld helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s. 16). Relasjon er viktig både i forhold til at pasienten skal føle seg trygg, ivareteken og at dei

kan stole på at meiningar og val vert teken omsyn til. Ordval, stemmebruk, kroppsspråk og ansiktsuttrykk er grunnleggjande (Dalland & Trygstad, 2017, s. 123).

3.2 Smerte

Smerte er ein ubehagelig sensorisk og emosjonell oppleving som følgje av faktisk eller truande vevsøydelegging. Det er ulike smertetypar, tre av desse er; vevssmerter, nervesmerter og psykisk smerte (Kongsgaard, 2017, s. 183). Eit av dei mest vanlege og samtidig mest frykta symptoma ved kreft, er smerte. Kreftsmarter blir forklart som ein samansett oppleving som inneheld fysiologiske, sensoriske, kjenslemessige, kognitive, åtferdsmessige og sosiokulturelle dimensjonar (Utne & Grov, 2016, s. 92). Kreftsmarter er samansett av akutte og langvarige smertekomponentar. Sterke smerter, saman med psykiske, sosiale og eksistensielle problem kan være vanskeleg for pasienten å formidle. Smerte kan avle smerte, og kreftrelaterte smerter som ikkje behandlast blir verre. Korleis smerte opplevast er alltid subjektivt. Smerter kan og komme i form av symptom som dyspné, kvalme, obstipasjon og fatigue. Årsaka til dette er ofte samansett og nokre gongar vanskeleg å fastslå. Dette er noko som kan svekkje pasientens livskvalitet betraktelig og derfor skal smertelindring ha ein viktig plass i kreftomsorga (Kongsgaard, 2017). Ein må ofte prøve seg fram for å finne det som lindrar best (Kreftforeningen, 2018). For å behandle smerte effektivt er det naudsynt å kombinere ulike medikamentelle og ikkje-medikamentelle behandlingsprinsipp (Rosland & Røen, s. 340).

3.2.1 Smertelindring og kartlegging

Symptomlindring er ein viktig indikasjon for palliativ medikamentell tumorretta behandling. Behandlinga blir gitt for å lindre smerter eller andre plagsame symptom, forårsaka av kreftsjukdomen (Aass & Kristensen, 2016, s. 294). Smertestillande medikament er svært viktige mot sterke akutte smerter og kreftrelaterte smertetilstandar, men skal brukast med forsiktighet mot langvarige smerter som ikkje er forårsaka av kreft. Smertene skal behandlast med ein gong det blir eit problem for pasienten. Behandlinga er individualisert. Smertelindring kan variere frå pasient til pasient, og ut frå kva type smerte pasienten opplever. Tilstrekkjeleg smertelindring vil som oftast auke pasientens funksjonelle kapasitet, redusere psykososiale problem og auke livskvaliteten. Lindrande behandling har som hovudfokus å lindre smerte, kvalme og depresjon (Kongsgaard, 2017). Det finst fleire ulike behandlingalternativ som moderne stråleterapi, med moglegheiter for individuell og skreddarsydd tilpassing, nye medisinar, som antistoff og angiogenesehemmarar (Kaasa & Loge, 2016, s. 34). God lindring er avhengig av at pasienten er innforstått med sin situasjon, og at pasient og sjukepleiar har god og open kommunikasjon (Paulsen, Haugstøl, & Rosland, 2016, s. 143). For å kartleggje symptom og behov kan ein bruke Edmonton Symptom Assessment System, forkorta til ESAS. Sjå vedlegg 2 for

skjema. Systematisk kartlegging er vesentlig for god symptomlindring (Kaasa & Loge, 2016, s. 143). ESAS kan brukast til å vise utvikling av symptomata over tid og respons på eventuelle tiltak, og kan være eit godt kommunikasjonsverktøy (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 587).

3.3 Palliativ behandling

Palliativ behandling er å gje mest mogleg symptomlindring, pleie og omsorg, til dei som lever med ein uhelbredelig sjukdom. Det er ei behandling som handlar om mykje meir enn det reint medisinske. Den palliative fasen er frå den tida sjukdomen ikkje kan kurerast, inntil død. Tiltaka som vert sette i verk i en palliativ fase, rettar seg ikkje mot det å gjere nokon frisk, men kva som kan gjerast for å hjelpe og støtte både pasient og pårørande gjennom den vanskelege tida. Behandling som lindrar smerter og andre plagsame symptom er det som står sentralt, saman med tiltak som fokuserer på psykiske, åndelege og eksistensielle behov (Kreftforeningen, 2018). Behandlinga skal være pasientorientert. Legane og anna helsepersonell må ha gode ferdigheiter i pasientbehandling og kommunikasjon slik at pasienten sine ynskje og behov kjem fram, og at ein kan diskutere dette opp i mot behandlingsmoglegheitene. Kjemoterapi må aldri erstatte "psykoterapi" (Kaasa & Loge, 2016). Fysisk smerte, plagsame kroppslege symptom, kjenslemessige reaksjonar, sosiale forhold, nære relasjonar og eksistensielle spørsmål påverkar kvarandre og må sjåast i ein samanheng. Tradisjonelt byrjar palliativ behandling når både kurativ og livsforlengande behandling er avslutta, men kan og bli brukt tidlig i sjukdomsforløpet for å lindre symptom og forbetre livskvaliteten hjå pasienten. Palliativ behandling må baserast på behov, uavhengig av diagnose, og starte så snart som pasienten har behov for det (Helsedirektoratet, 2015, ss. 15-16).

3.4 Sjukepleiefokus

Eg har valt å bruke Joyce Travelbee sin definisjon på sjukepleie. Sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess der den profesjonelle sjukepleiaren hjelp eit individ, ein familie eller eit samfunn med å førebyggje eller meistre erfaringar med sjukdom og liding, og om naudsynt finne meining i desse erfaringane (Travelbee, 2003, s. 29). Dette kan være vanskeleg, men sær viktig. Som sjukepleiar skal ein hjelpe andre med å meistre sjukdom og liding. Både den enkelte pasient og familien som har behov for sjukepleiaren tenester (Travelbee, 2003, s. 31). Ein pasient med kreft i den palliative fasen kjem ikkje til å bli frisk, men må prøve å handtere den sjukdomen og situasjonen ein er i. Det er naudsynt at sjukepleiaren set seg inn i korleis pasienten oppfattar sjukdomen, om ein skal prøve å hjelpe pasienten. I ein palliativ fase skal ein prøve å bidra til at pasienten skal oppnå optimal helse ut i frå situasjonen (Travelbee, 2003, s. 36).

Som sjukepleiar bør ein beherske og utøve grunnleggjande palliasjon, ivareta alvorleg sjuke og døande pasientar best mogleg. God kommunikasjon mellom sjukepleiar og eventuelt palliativt team er viktig. God og effektiv palliasjon krev at alle som er involvert i behandling og pleie, arbeidar saman til det beste for pasienten og familien (Haugen & Aass, 2016, s. 119).

3.5 Psykiske forhold

Det å ha kreft og å være i den palliative fasen er sjølv sagt ei stor psykisk utfordring, både for pasienten sjølv og dei nærmaste pårørande. Ein reagerer svært forskjellig på denne utfordringa. Nokon skyv tankane vekk og nokre er flinke til å takle situasjonen. Det er nokon som er aktivt med og planlegg livets slutt, medan nokre er overvelda, slit med uro, tristheit og sorg i tillegg til smerte og utmatting. Psykologiske faktorar som tankar, kjensler og meistringsstrategiar er med på å påverke pasienten sin helsetilstand og symptom. Det kan både forsterke og lindre symptomuttrykket som pasienten opplever. Psykiske reaksjonar er ein viktig faktor og kan i seg sjølv opplevast som plagsame symptom. Det er viktig å skaffe seg ei god sjukdomsoppfatning av pasienten, for å kunne gje god informasjon som er tilpassa pasienten. Det er viktig å skilje mellom kva som er ein alvorleg sorgreaksjon og ei depresjonslidning (Finset, 2016, ss. 62-63). Pasienten sin reaksjon, innsikt og åtferd kan ha stor betydning for tiltaka som vert sett i verk. Å være merksam på dei psykologiske aspekta i pasienten sin tilstand kan være viktig for å sikre optimal palliativ behandling og pleie. Å bli møtt av imøtekomande og lyttande helsepersonell skapar ein god relasjon som består av vennlegheit, tålmod og respekt. Dette er viktig for at pasienten skal føle seg trygg. Dei fleste pasientane ynskjer å leve så normalt som mogleg, være seg sjølv mest mogleg, gjere ting dei likar og være med sine nærmaste (Finset, 2016, s. 71).

3.6 Funn av forskingsartiklar

Namn på studie: "Satisfaction with and perception of pain management among palliative patients with breakthrough pain: A qualitative study"

Forfattarar: (Pathmawathi, et al., 2014).

Metode: Kvalitativ metode, der studia består av intervju av 21 pasientar. Pasientane vart valde til intervju angående korleis dei opplevde og ynskte smertelindring på sjukehus.

Innhald: Forskinga visar at kunnskap, kommunikasjon, undervising angående smertelindring og empati var svært viktig mellom pasient, lege og sjukepleiar. Det kom fram at kommunikasjon var den største barrieren for optimal smertelindring. Fem tema frå analysen skilde seg ut. Smerte førte til både uuthaldeleg lidning og lite håp for betring. Det var til tider lite støtte frå helsepersonell angående smertelindring, dei følte helsepersonell var usensitive i forhold til smertene som pasientane

opplevde. Mange utvikla ulike overlevingsstrategiar for å handtere smertene, som til dømes meditering og religion. Studia syner at smerter er assosiert med fleire fysiske, psykiske og psykososiale påverknadar. Det kjem og fram at ein av den største grunnen til utilstrekkeleg smertelindring, er at helsepersonellet er usamde med pasientane si smerteoppleving.

Namn på studie: "Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses"

Forfattarar: (Nakano , Sato, Katayama, & Miyashita, 2011).

Metode: Kvalitativ metode der studia gjennomførte semistrukturerte intervju. 45 deltakarar deltok, 22 var palliative legar og 23 var sjukepleiarar.

Innhald: Forskinga visar at tilstrekkeleg smertelindring er elementært slik at pasientane kan ha glede i dagleglivet. Utan god smertelindring er det vanskeleg for pasienten å få noko godt ut av den siste tida. Eit godt miljø på sjukehuset, bileter av familie og venner, eventuelt hente ting frå heimen som betydde mykje for pasienten, kan være godt for å vedlikehalde eit godt miljø. Sjukepleiarane scora høgt på å gjere det komfortabelt for pasienten. Støtte i dagleglivet er grunnleggjande, både frå familie og personale. Individuell tilretteleggjing for at pasienten skulle ha det best mogleg den siste tida av livet er viktig, her kjem det fram at alt frå mat, bruk av rett type humor, hobbyar og aktivitetar hadde mykje å seie.

Namn på studie: "Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling"

Forfattarar: (Valeberg, Bjordal, & Rustøen, 2010)

Metode: Kvantitativ metode, der studia er ein beskrivande tverrsnittundersøking med 217 polikliniske kreftpasientar. Pasientane som deltok i forskinga hadde smerter eller brukte smertestillande medikament, dei fylte ut ein spørjeskjemapakke for å kartleggje barrierar mot smertebehandling, smerteintensitet og smerta si innverknad på dagleglivet.

Innhald: Det er fleire faktorar som kan forklare mangelfull smertelindring hjå kreftpasientar. Dette kan både være helsepersonell og pasienten sjølv. Ved misforståelsar og mangel på kunnskap ved smertebehandling, kan pasientane være tilbakehaldne med å rapportere smerter eller følgje anbefalte smerteregimer. Dei barrierane som kom mest fram i denne studia hjå pasientane i forhold til smertebehandling, var spørsmål om avhengigheit, toleranse, døsigheit som biverknad av medikamenta, nye smerter som oppstår og symptom i samband med eigen helsetilstand.

Namn på studie: "Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore"

Forfattarar: (Tay, Ang, & Hegney, 2011)

Metode: Kvalitativ metode, studia innebar å intervju og analysere ti sjukepleiarar som jobba med palliative kreftpasientar. Studia omhandlar barrierar i forhold til kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient.

Innhald: Det var fleire tema som gjekk igjen blant intervju med sjukepleiarane i forhold til barrierar i kommunikasjonen. Desse fire tema var; pasienten sine eigenskapar, sjukepleiaren sine eigenskapar, pasientkontakt og miljø. Det var fleire ting som kom fram i studia som kunne gjere god kommunikasjon til ei utfordring. Dette var blant anna språk, kultur, lite respekt av sjukepleiarane og frykt for å snakke om kjensler og døden.

Namn på studie: "Being in the hospital: An interpretive phenomenological study of terminally ill cancer patients' experiences"

Forfattarar: (Spichiger, 2009)

Metode: Kvalitativ metode. Det deltok ti pasientar og ti nære familiemedlem i studia. Pasientane var terminalt sjuke, dei fekk ikkje lenger kurativ behandling og hadde nokre månadar igjen å leve. Studia består av både observasjonar og intervju.

Innhald: Palliativt helsepersonell fokuserer på å forbetre pasientens livskvalitet. Ein må bry seg om pasienten som heile personar, i staden for å kun behandle dei for sjukdommen sin. Sjukepleiarar må bli flinke på å utforske pasientane sine oppfatningar og ynskjer, tilretteleggje og eventuelt gje eit kort heimebesøk om det er mogleg. Sjukepleiarane kan tilpasse omsorga og bidra til å forbetre pasientens livskvalitet. Studia viste at sjukepleiarane burde ha nysgjerrighet rundt pasientens synspunkt og at ein kan støtte pasienten sine opplevingar omkring situasjonen.

Namn på studie: "Impact of a brief intervention on patient communication and barriers to pain management: Results from a randomized controlled trial"

Forfattarar: (Smith, Duhamel, Egert, & Winkel, 2009)

Metode: Kvantitativ metode, randomisert kontrollert studie 89 kvinner med brystkreft med vedvarande smerter blei valt ut til ein randomisert undersøking. Nokon blei tilfeldig utvalde til 30 minuttar smerteutdanning/ kommunikasjonsintervensjon, der pasientane blei følgt i 12 veker.

Innhald: Studia viste at god kommunikasjon førte til betre smertebehandling og at pasientane med lågare barrierar, ville rapportere betre smertelindring og livskvalitet. Pasientane rapporterte ein signifikant reduksjon i smertebARRIERAR. Pasientar som scora høgre i aktiv kommunikasjon rapporterte betre smertelindrande effekt og betre emosjonelt velvære. Studia viser at

smertelindringa kan forbeholdt ved å ta opp pasientens eigen smerteforståing og at ein kommuniserer på ein lyttande og mottakeleg måte.

4. Drøfting- Korleis kan kommunikasjon bidra til optimal smertelindring hjå kreftpasient i palliativ fase?

Eg vil drøfte problemstillinga mi opp mot materialet som er presentert i teoridelen, forskning og egne erfaringar.

I følge Dalland (2017) skal ein gjennom drøfting vise til systematisk og kritisk refleksjon. Argumenta blir forsterka med teori og/eller empiri.

4. 1 Kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sjukepleiar

Gjennom egne erfaringar har eg sett kor viktig god kommunikasjon er mellom pasient og sjukepleiar.

Det å skape ein god relasjon, er grunnlaget for god kommunikasjon, og motsett. Eide og Eide (2017) seier at kommunikasjon er eit godt hjelpemiddel til å forstå pasienten som person og til å gje betre hjelp og støtte. Kreftpasientar i den palliative fasen har som alle andre eit behov for informasjon om situasjonen, behandlinga og tida framover. Sjukepleiaren må då gjer sitt beste for at pasienten får det best mogleg i den palliative fasen, i form av pleie, omsorg, kommunikasjon og informasjon. Dette er i tråd med Travelbee (2003) sitt syn på mellommenneskelege forhold, der eit menneskje- til- menneskje forhold primært blir forklart som ei erfaring eller ei rekkje erfaringar som finn stad mellom sjukepleiar og den ein har omsorg for. Hovudkjenneteiknet ved desse erfaringane er at den sjuke får sine behov ivaretekne. For å dekkje pasienten sine behov, er det naudsynt med gjensidig kommunikasjon og forståing. I følge Pathmawathi et.al (2014) si forskning burde fleire sjukepleiarar ha betre kommunikasjonsevner og ta hensyn til pasienten sine behov. Når ein som sjukepleiar er i kontakt med ein pasient, kan det fort oppstå mistydingar, det å forstå og gjere seg forstått er ikkje alltid like lett. Dette er ei utfordring både for sjukepleiar og pasient i den palliative fasen. Gode kommunikasjonsegenskapar er høgst naudsynt om ein skal gje pasienten det ein ynskjer. Tay et.al (2011) definerer effektiv kommunikasjon i si forskning som ein to-vegs prosess, å gje ein rett beskjed, som og blir korrekt mottatt og oppfatta av den andre personen.

Rapporten til Ingersoll et.al (2018) fortel at pasientfokusert kommunikasjon er grunnleggjande for palliativ behandling og at det er ein viktig del som kan være med på å forbetre livskvaliteten hjå palliative pasientar. Mange kreftpasientar som er i den palliative fasen, kan ha vanskeleg for å kommunisere optimalt og gje uttrykk for meiningar og behov. Grunnar til dette kan være smerter, ulike kjensler om situasjonen, mangel på håp og glede i livet. Eg har sjølv observert og erfart at det kan være ei utfordring å skape optimal kommunikasjon med ein pasient i palliativ fase. Nokre tar til

seg informasjon og er med på å skape ein god relasjon, medan andre kan framtre som sinte, misfornøgde, inneslutta og fortvila over eigen situasjon. Dette kan være med på å skape ei utfordring i relasjonsbygginga og kommunikasjonen mellom pasient og sjukepleiar. Sjukepleiar må ha forståing og innsyn i dei aktuelle utfordringane og situasjonen til pasienten, og kva moglegheiter som føreligg. God kommunikasjon er då viktig (Helsedirektoratet, 2015). Det er fleire ting som kan hindre god kommunikasjon, dette kan til dømes være kognitiv svikt, kommunikasjonsvanskar, nedsett allmenntilstand, sterke smerter, tid, personlege eigenskapar og relasjon mellom sjukepleiar og pasient (Loge, 2016, s. 221).

I følgje forskinga til Tay et.al (2011) var det pasienten og sjukepleiaren sine personlege eigenskapar og miljø som hadde innverknad på kvaliteten på kommunikasjonen. For å dekkje pasientane sine behov til kommunikasjon og informasjon, var det viktig at sjukepleiarane tok seg god tid og prioriterte dette. Mine erfaringar er at pasientane ikkje alltid klarer å seie det ein har på hjartet, så sjukepleiaren må observere og lytte aktivt, ikkje berre til det som blir sagt, men og det som ikkje seiast. Pasienten skal føle seg trygg, ivareteken og inkludert. Dette er i tråd med Eide og Eide (2017), dei meiner at ein må være oppmerksom og til stades, slik at ein kan førebyggje uheldige val. Som sjukepleiar er det fort å oversjå viktige detaljar og non- verbal kommunikasjon hjå pasienten om ein er stressa og ustrukturert. Sjølv har eg erfart fleire gongar i praksis at ein ikkje alltid føler at tida strekkjer til, men at det likevel kan ta så lite tid å sjå litt ekstra etter om pasienten har det godt eller om det er noko som trengst.

Sjukepleiaren må klare å ta opp tøffe, vanskelege og såre tema med pasienten. Både for å ivareta kommunikasjonen og for å gje pasienten den informasjonen som trengst. Sjukepleiarane sine negative kjensler kan blokkere kommunikasjonen mellom pasient og sjukepleiar. Tay et. al (2011) viser i studia at sjukepleiarar ofte følte frykt og at det var ukomfortabelt å diskutere sensitive tema om til dømes døden. Nokre av sjukepleiarane meinte at deira eiga frykt kunne svekkje kommunikasjonen, spesielt når dei følte dei ikkje kunne svare på pasienten sine spørsmål, eller når dei måtte vidareføre dårlege nyheiter. Frykt for å ta frå pasienten håp, og bekymringa for korleis pasienten og deira familie vil reagere, kan verke som barrierar for kommunikasjonen av slike dårlege nyheiter. God kommunikasjon krev ofte erfaring, opplæring og øving (Rogg, 2013, s. 181). Ut frå min praksis med kreftpasientar i palliative fase, har eg sjølv erfart og observert kor vanskeleg det kan være å være den som må forklare eller vidareføre den dårlege nyheita. Det å kanskje føle på det at ein ikkje har nok kunnskap eller erfaring til å gi pasienten den naudsynte informasjonen som vert forventa. Ny informasjon kan ofte være vanskeleg for kreftpasienten å ta innover seg og forstå.

Dette er i tråd med Tay et.al (2011) si forskning, at dette kjem fram som ei utfordring i kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Pasienten kan ofte reagere med vantru og sjokk, slit ofte med å ta i mot informasjonen og å gje uttrykk for eigne behov.

4.2 Kommunikasjon og smertelindring i palliativ fase

Smerte kan være så uendeleg frustrerande for kreftpasientar. Det å føle at ingenting hjelper, at ein har vondt ein plass uansett smertelindring og at smertene set ein stoppar for kva dei kan gjere gjennom dagen. Ein har dårlege dagar og dårlege netter. Det å ikkje få tilstrekkeleg smertelindring er både ei påkjenning for pasienten og dei næraste pårørande som ser kor vanskeleg og vondt deira kjære har det. For å smertelindre pasienten på ein optimal måte, og bidra til at pasienten har det best mogleg i den palliative fasen, er kommunikasjon eit viktig ledd. Her må ein som sjukepleiar spørje, observere, dokumentere og kommunisere på ein profesjonell og god måte. For å kartleggje symptom og behov til pasienten kan ein bruke ESAS som kartleggingsverktøy. Dette viser både eventuell utvikling av symptoma og kva tiltak ein kan setje i verk om det er behov for det. ESAS kan og være eit godt kommunikasjonsverktøy mellom pasient og sjukepleiar (Paulsen, Haugstøl, & Rosland, 2016). For optimal smertelindring er det naudsynt at ein veit korleis pasienten reagerer på behandlinga, om det har ein positiv eller negativ effekt. I følgje forskinga til Valeberg et.al (2010) er smerter eit av dei mest frykta symptoma hjå pasientar med kreft. Andre symptom kan være fatigue, kvalme, obstipasjon og forvirring. Dette er biverknadar som kan behandlast eller førebyggjast. Mangel på informasjon og oppfølging kan gjere at pasientane opplever at desse problema er uløyslege, og kan føre til at dei lar være å ta medisinen eller reduserer dosen.

I praksis har eg møtt pasientar som har god effekt av smertelindringa dei får på sjukehuset, medan andre følar at ikkje noko verkar slik som det skal. Nokre føler at smertene vert bagatellisert og sett på som overdrivne hjå helsepersonellet. Som sjukepleiar er det svært viktig at ein ser kvar enkelt pasient og kvar pasient sitt særskilte behov. Smertelindring er subjektivt, på lik linje som smerteopplevinga. Pasientar har rapportert at dei føler helsepersonell ikkje alltid er einige eller trur på pasientane si intense smerteoppleving (Pathmawathi, et al., 2014). Grunnen til ikkje optimal smertelindring kan være mangel på kommunikasjon, informasjon, frykt for avhengighet og symptom (Valeberg, Bjordal, & Rustøen, 2010). I følgje forskinga til Pathmawathi et.al (2014) og Valeberg et.al (2010), var eit av funna at pasientane synest mangel på kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, var den største barrieren til smertelindring. Mangel på informasjon og kunnskap var og viktige grunnar til utilstrekkeleg smertelindring. Smith et.al (2009) kjem fram til at kommunikasjon og smerteutdanning fører til mindre barrierar og betre smertelindring hjå pasientar som kommuniserer betre med

helsepersonell om sin eigen situasjon og oppleving av smerter. Ved å få informasjon og kunnskap om eigen smertelindring, følte pasientane at dei lettare kunne rapportere om smertene og kreftbehandlinga. I følge mi erfaring fryktar mange pasientar blant anna avhengighet, toleranse, biverknadar og interaksjon mellom medikament.

Travle og intensive dagar er ikkje noko nytt for ein sjukepleiar. Eg har sjølv observert at det ofte er pasientar som må vente på smertestillande dei har bedt om, enten på grunn av at sjukepleiaren har det travelt, eller at legane må godkjenne kva pasienten kan få. Studia til Pathmawathi et.al (2014), kjem fram til at mange pasientar synest nokre sjukepleiarar kan være litt meir omsorgsfulle og forståingsfulle i forhold til pasienten si smerteoppleving. Pasientane meinte at nokre av sjukepleiarane gjerne kunne være litt meir sensitive, i staden for å haste rundt og være opptekne. Kreftpasientar er ofte veldig oppmerksame og vare på korleis sjukepleiaren tilnærmar seg situasjonen, korleis dei snakkar og korleis kroppsspråket deira er. Travelbee meiner at varmen i sympati og medkjensle som omsorgsegenskap blir ofte kommunisert verbalt, men kan av og til være non- verbal. Æmheit og medkjensle kan uttrykkjast i eit ansiktsuttrykk, i eit blikk, i ein bevegelse eller i korleis sjukepleiaren utfører si hjelp på (Travelbee, 2003) . Som sjukepleiar er det viktig å observere og leggje merke til dei små tinga. Ikkje alle pasientar er like flinke til å be om hjelp, seie ifrå om det er noko dei treng eller at dei opplever ubehag. Ein må då være flink å leggje merke til kroppsspråk, tonefall, augekontakt og væremåte. For at pasienten skal få den smertelindringa som er naudsynt for at ein skal kunne leve på best mogleg måte, må sjukepleiaren observere, dokumentere og rapportere om endringar, både positive og negative.

4.3 Psykiske utfordringar i palliativ fase

Det å ha kreft og nærme seg livets slutt representerer sjølvsgt ei stor psykisk utfordring og alle reagerer på sin måte. Det er viktig å ta hensyn til pasientens forståingsnivå og tilpasse informasjonen deretter. Ein må skape innsikt og forståing i dei ulike åtferdsmessige og psykologiske aspekta ved pasientens tilstand (Finset, 2016, s. 62). Forskinga til Pathmawathi et.al (2014), viste at ikkje-farmakologiske tilnærmingar som psykososial støtte burde bli introdusert til pasientar i den palliative fasen. God rettleiing og informasjon skulle bli gitt for å forbetre den palliative behandlinga. Målet til denne studia var å møte behova til pasientane som ynskjer å være smertefrie eller oppretthalde tilstrekkeleg smertelindring. Som nemnt i teorien er det viktig å kombinere ulike medikamentelle og ikkje- medikamentelle behandlingsprinsipp, for å behandle smerte optimalt og effektivt (Rosland & Røen, s. 340). Pathmawathi et.al (2014) skriv i si forskning at smerter påverkar pasientens fysiske og psykologiske velvære. Det kan gå utover og påverke den daglege funksjonen som, søvn, aktivitet,

humør og livsglede. Mange pasientar uttrykte sorg og fortvilning over smertene dei opplevde. Den konstante bekymringa over at smerter og symptom skulle ta overhand, førte til at livskvaliteten og dei daglegdagse aktivitetane blei til ein stor prøvelse og mange sleit med å finne håp og meining med livet.

Eit symptom er aldri berre fysisk eller psykisk, det er alltid både fysisk og psykisk. Som nemnt tidligare under teoridelen, kan psykologiske faktorar som tankar, kjensler og meistringsstrategiar både bidra til å forsterke og lindre symptomtrykket som pasienten opplever (Finset, 2016, s. 63). For å bidra til å forbetre den psykiske helsa til pasienten er god informasjon, undervising, kommunikasjon og relasjon mellom pasient og helsepersonell viktig. For å redusere negative kjensler og fremme positive, må ein førebyggje at negative kjensler utviklar seg i ein meir alvorleg retning. Gode samtalar der ein som sjukepleiar møter pasienten på ein trygg og imøtekommande måte, og at ein bruker ein kommunikasjonsstil som opnar opp for pasienten sine kjensler, som gjev tydelige og anerkjennande svar. Dette kan opplevast svært positivt for pasienten (Finset, 2016, s. 68). Forskinga til Tay et.al (2011) visar at auka smerte fører til tyngre depresjonar, angst og sinne hjå kreftpasientar. Det kjem og fram at kreftpasientar i palliativ fase ofte er i ein angstfull situasjon. Dette kan påverke tolkinga og forståinga av verbal og non- verbal kommunikasjon. Smerter er assosiert med fleire fysiske, psykiske og psykososiale problem. Mange av pasientane som var med i studia rapporterte at sjukepleiarane ikkje møtte deira psykiske behov, og at den største barrieren for optimal smertelindring var mangel på kommunikasjon og kunnskap (Pathmawathi, et al., 2014). Sjølv har eg erfart i min praksis at pasientar har vert utruleg takknemlege når dei har fått informasjon og undervising angående smertelindring og vidare behandling. Ved legevisittane går ofte legen gjennom dette, men det kan være vanskeleg for pasienten å få med seg alt som blir sagt. Det er då godt for pasienten at sjukepleiaren kan forklare det som er usikkert på ein meir forståeleg måte.

I forskinga til Nakano et.al (2011) og Spichiger (2009) kjem det fram kor viktig det er å prøve å tilretteleggje og gjere små ting for at pasienten skal ha det best mogleg. Det treng ikkje være så alt for vanskeleg. Små ting som personlege gjenstandar til pasientrommet, at pasienten får reise heim eller ta seg ein tur ut kan gjere ein positiv forskjell for pasienten. Det kan og være å ta seg tida til samtale med pasienten, pårørande eller begge partar ilag. Eg har sjølv erfart kor viktig det er for pasientar som er innlagt for smertelindring at dei føler seg sett og høyrte. Psykologiske faktorar som tankar, kjensler og meistringsstrategiar kan påverke pasienten sin helsetilstand og symptomlindring. Psykiske reaksjonar i seg sjølv kan opplevast som svært plagsame symptom (Finset, 2016, s. 63). Som sjukepleiar vil ein gjerne at pasienten skal ha det best mogleg i den palliative fasen, og med det være best mogleg symptomlindra. Det å vise sympati og medkjensle, sette seg ned i nokre minutt og vise

at du bryr deg kan gjere store forskjellar for korleis pasienten har det den dagen og korleis relasjon og kommunikasjon mellom sjukepleiaren og pasienten utviklar seg. Travelbee (2003) meiner at ynsket om å lindre plagar, er eit karakteristisk trekk ved sympati og medkjensle. Pasientar utviklar mange tankar og kjensler når ein har uhelbredelig kreft. Det er ikkje alle som har nære pårørande å snakke med, og det er då, som alltid, svært viktig at sjukepleiar gjer det som er mogleg for at pasienten skal få den støtta som ein treng. Mi erfaring etter snart tre års sjukepleiarutdanning, er at kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sjukepleiar, kan ha så utruleg mykje å seie for korleis pasienten har det under sjukehusopphaldet og i den palliative fasen.

5. Konklusjon

Eg har i dette litteraturstudiet jobba med temaet kommunikasjon, kreft og smertelindring. Mitt fokus var å finne metodar som sjukepleiar kan bruke for at kreftpasienten har det best mogleg og er optimalt smertelindra i den palliative fasen. Smerte og smertelindring varierar frå pasient til pasient, på same måte som korleis ein oppfattar kva god livskvalitet er. Smerte er ei personleg erfaring, og det er ikkje alltid like lett for sjukepleiar å oppfatte korleis pasienten opplever dette. Kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sjukepleiar er svært viktig, og kan hjelpe til betre smertelindring hjå kreftpasientar i den palliative fasen. Dette har mykje med korleis ein formidlar, delar og visar behovet ein har for eventuell smertelindring.

Denne oppgåva har gitt meg meir forståing om viktigheita av god kommunikasjon og relasjon mellom sjukepleiar og kreftpasient. Eg har fått meir forståing for kor kompleks og samansett smertelindring er, og kor stor rolle kommunikasjon har for rett og effektiv smertelindring hjå pasienten. Målet for optimal smertelindring er å skape best mogleg livskvalitet hjå kreftpasienten i den palliative fasen, og då er symptomlindring det mest grunnleggande. Rett prioritering av tid og gode rutinar meiner eg burde være ein viktig prioritet hjå sjukepleiaren, og er særst viktig for at ein skal kunne dekkje kreftpasienten sine behov på best mogleg måte. Ein må observere, dokumentere og rapportere, slik at informasjon og viktige beskjedar kjem tydelig og klart fram. Dette for at pasienten skal føle seg ivareteken og trygg. Det viser seg ut frå forskning, teori og drøfting at kommunikasjon og relasjon ofte er ein barriere for å oppnå tilstrekkeleg og effektiv smertelindring. Eg meiner dette er noko som bør være eit stort fokus på, der ein konstant kan forbetre seg. Dette vil auke kunnskap, og sist men ikkje minst, være med på å bidra til at kreftpasienten har det best mogleg i den palliative fasen. Det er ikkje alltid like lett å skape ein god kommunikasjon og relasjon, men det er noko ein alltid må arbeide med.

Bibliografi

- Aass, N., & Kristensen, A. (2016). Medikamentell tumorrettet behandling. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Borchgrevink, P. C. (2017). Smertemedisin. I E. A. Fors, & T. C. Stiles, *Smertepsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Finset, A. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon*. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag.
- Fjørtoft, A. K. (2016). Pasientene i hjemmesykepleien. I F. Ann- Kristin, *Hjemmesykepleie*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Gulsvik, A., & Halvorsen, T. O. (2016). Pustebeviser. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/kommunikasjon>
- Helsedirektoratet. (2015 a). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Regjeringen. Hentet fra Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
- Helsenorge. (2018). *Hva er kreft?* Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/hva-er-kreft>
- Ingersoll, L. T., Saeed, F., Ladwig, S., Norton, S. A., Anderson, W., Alexander, S. C., & Gramling, R. (2018). Feeling Heard and Understood in the Hospital Environment: Benchmarking Communication Quality Among Patients With Advanced Cancer Before and After Palliative

- Care Consultation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), ss. 239-244. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.04.013
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin- en innledning . I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon* (s. 832). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Kreftforeningen. (2018). *Kreftforeningen*. Hentet 9 10, 2018 fra Lindrende (palliativ) behandling: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/lindrende-behandling/>
- Kreftforeningen. (2018). *Livskraft når livet går mot slutten*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/retter-oppmerksomheten-mot-palliasjon-til-alvorlig-syke-og-doende/>
- Kreftforeningen. (2018). *Om kreftforeningen*. Hentet 20 11, 2018 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreftforeningen/>
- Loge, J. H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nakano , K., Sato, K., Katayama, H., & Miyashita, M. (2011). Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses. *Cambridge University Press*, 11 (5), ss. 405-413. DOI: 10.1017/S1478951512000442
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, M. L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm.
- NOU, N. o. (2017). *Regjeringen*. Hentet fra På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helse--og-omsorgsminister-bent-hoie-mottok-nou-om-palliasjon/id2582757/>
- Pathmawathi, S., Beng, T. S., Li, L. M., Rosli, R., Sharwend, S., Kavitha, R. R., & Christopher, B. C. (2014). Satisfaction with and perception of pain management among palliative patients with breakthrough pain: A qualitative study. *Pain Management Nursing*, 16 (4), ss. 552-560. DOI: 10.1016/j.pmn.2014.10.002
- Paulsen, Ø., Haugstøl, T., & Rosland, J. H. (2016). Palliative team på sjukehus. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon* . Oslo : Gyldendal Norsk Forlag .
- Rogg, L. (2013). Når du har dårlig nytt- kommunikasjon om alvorlig sykdom. I K. Johnsen, & H. O. Engvold, *Klinisk kommunikasjon i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosland, J., & Røen, I. (u.d.). Grunnleggende smertepatofysiologi. I J. Loge, & S. Kaasa, *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Smith, M. Y., Duhamel, K. N., Egert, J., & Winkel, G. (2009). Impact of a brief intervention on patient communication and barriers to pain management: Results from a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *81*(1), ss. 79-86. DOI: 10.1016/j.pec.2009.11.021
- Spichiger, E. (2009). Being in the hospital: An interpretive phenomenological study of terminally ill cancer patients' experiences. *European Journal Of Oncology Nursing*, *13*(1), ss. 16-21. DOI: 10.1016/j.ejon.2008.10.001
- Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2011). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(17-18), ss. 2647-2658. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x
- Travelbee, J. (2003). *Mellommennesklige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Utne, I., & Grov, E. K. (2016). Livskvalitet og smerte hos kreftpasienter. I S. Helseth, M. Leegard, & F. Nortvedt, *Livskvalitet og smerte- et mangfoldig forskingsfelt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, *5* (4) ss. 266- 276. DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0141

Vedlegg 1

Søk i databasar:

| Nummer | Søkeord | PubMed treff | Utvalte |
|--------|---------------------------|--------------|--|
| S1 | Pain relief | 44 503 | |
| S2 | Pain management | 111 173 | |
| S3 | Cancer | 3 739 922 | |
| S4 | Nursing | 37 714 | |
| S5 | Palliative | 87 420 | |
| S6 | Quality of life | 340 818 | |
| S7 | Palliative care | 69 680 | |
| S8 | Pleasure | 7511 | |
| S9 | Care | 2 279 139 | |
| S10 | End of life | 26 396 | |
| S11 | Patients | 5 206 750 | |
| S12 | S1, S2, S3, S4, S5 and S6 | 22 | "Satisfaction with and perception of pain management among palliative patients with breakthrough pain: a qualitative study" |
| S13 | S5, S8, S9, S10 and S11 | 9 | "Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses" |

| Nummer | Søkeord | Academic Search Elite treff | Utvalte |
|--------|-------------------------|-----------------------------|---|
| S1 | Palliative | 94 948 | |
| S2 | End of life | 92 032 | |
| S3 | Cancer | 3 312 050 | |
| S4 | Nursing | 1 624 870 | |
| S5 | Quality of life | 176 784 | |
| S6 | Communication | 1 291 880 | |
| S7 | Hospital | 3 679 565 | |
| S8 | Pain management | 42 749 | |
| S9 | Satisfaction | 123 992 | |
| S10 | Cancer pain | 7 060 | |
| S11 | Cancer patients | 214 305 | |
| S12 | S1, S3, S4, S6 and S7 | 44 | "Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore" |
| S13 | S6, S8, S9, S10 and S11 | 10 | "Impact of a brief intervention on patient communication and barriers to pain management: Results from a randomized controlled trial" |

Manuelt søk:

| Database | Søkeord | Treff | Utvalte |
|---------------|--|-------|---------|
| PubMed | "Being in the hospital: An interpretive phenomenological study of terminally ill cancer patients' experiences" | 1 | 1 |
| Sykepleien.no | "Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling" | 1 | 1 |

Vedlegg 2

Kartleggingsverktøy:



Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

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

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyllt ut av (sett ett kryss):

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