



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 46

Antall ord: 8041

Smertelindring hos pasienter med kreft



(Bilde hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1662467>)

Bacheloroppgave i sykepleie ved høgskolen Stord/

Haugesund, Avdeling Haugesund

Kull 2012

Ord: 8041

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Smertelindrende behandling har et stort fokus både i praksis og i sykepleielitteratur. Til tross for oppmerksomheten rundt temaet, opplever pasient å ikke få tilstrekkelig smertelindring i en palliativ fase ved kreftsykdom. Av den grunn ses det som vesentlig at sykepleiere har tilstrekkelige kunnskaper om smertelindring, og er i stand til å gi individuelt tilrettelagt sykepleie.

Problemstilling: Hvordan sikre smertelindring i en palliativ fase?

Hensikt: Å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan sikre smertelindring til pasienter med kreftsykdom som ikke kan helbredes og viktigheten av å gi adekvat smertelindring.

Metode: Litteraturstudie er benyttet som metode i oppgaven, som også er et krav for bacheloroppgave i sykepleie. For å finne svar på problemstillingen har det blitt søkt etter forskning i databasene CINAHL, PubMed og Sykepleien.no (forskning) for å finne relevante forskningsartikler om det aktuelle temaet.

Resultat: Litteraturstudiet indikerer at palliativ smertelindring ikke alltid er tilstrekkelig i den forstand at pasienter kan oppleve unødvendig lidelse. Her ser man blant annet at pasientens og sykepleierens kompetanse og kunnskap om smertelindring - så vel som kommunikasjon, relasjon og kjennskap til kartleggingsverktøy - har stor betydning for å sikre smertelindrende behandling i forhold til pasienter med kreft. Man ser videre at forskning indikerer at undervisning i smertelindring bør vektlegges for å heve kompetansen til sykepleierne i møte med den palliative pasient.

Nøkkelord: Smerte, sykepleie, palliasjon

Abstract

Background: Analgesic treatment has a major focus both in practice and in nursing literature. But despite attention around the theme, experiencing patient and not get good pain relief in a palliative phase by cancer. For that reason it is considered essential that nurses have sufficient knowledge of pain relief, and is able to provide nursing care attuned to each individual patient..

Approach: How secure pain relief in a palliative phase?

Aim: To gain increased knowledge about how nurses can ensure pain relief to patients with cancer that can not be cured and the importance of providing adequate analgesia.

Method: The method used in the thesis is a literature study, which is also a requirement for bachelor thesis in nursing. The databases that were used to find relevant research articles about the current topic were CINAHL, PubMed and Sykepleien.no (research).

Result: The literature study indicates that palliative pain relief is not always sufficient in the sense that patients may experience unnecessary suffering. Here you can see among other things that the patient and the nurse's expertise and knowledge about pain relief, so wealth as communication, relationship and knowledge mapping tool has a great importance in order to ensure palliative treatment compared to patients with cancer. Furthermore, research suggests that education in pain relief should be emphasized to enhance the competence of nurses in the encounter with the palliative patient.

Key words: Pain, Nursing, Palliative care

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Begrepsdefinisjon.....	2
1.0 Teori.....	3
2.1 Eriksson sykepleieteori.....	3
2.2 Kreft.....	5
2.3 Hva er smerte?.....	6
2.3.1 Akutt og kronisk smerte.....	6
2.3.2 Smertekartlegging.....	7
2.3.4 Medikamentell smertelindring i palliativ fase.....	8
2.4 Palliasjon.....	11
2.5 Kommunikasjon og relasjon.....	12
3.0 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie.....	14
3.2 Litteratursøk.....	14
3.3 Kildekritikk.....	17
3.4 Forskningsetisk vurdering.....	18
4.0 Resultat.....	19
5.0 Drøfting.....	23
5.1 Smerteopplevelse og smertekartlegging.....	23
5.2 Sykepleierens rolle og kompetanse om smertelindring.....	26
6.0 Konklusjon.....	30
7.0 Referanseliste.....	31
Vedlegg 1: ESAS- Skjema.....	I
Vedlegg 2: VAS Skala.....	II

Vedlegg 3: Numeric rating scale (NRS).....	III
Vedlegg 4: Smertekart.....	IV
Vedlegg 5: Verbal rating scale (VRS)	V

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bacheloroppgaven har fokus på smertelindrende behandling i en palliativ fase. Bakgrunnen for valget av tema kommer fra mine praksiserfaringer, der jeg ble bevisst på viktigheten av - og utfordringene ved - å kunne yte god smertelindrende behandling til pasienter med ikke-kurativ kreftsykdom. Dette fikk meg til å anta at sykepleiekompetanse er viktig for å gi god smertelindring.

I følge kreftregisteret (2014) er kreft den vanligste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsykdommer. Det diagnosteres dobbelt så mange tilfeller kreft nå sammenlignet med antall kreftdiagnoser for 50 år siden. I 2012 var det meldt over 30099 nye krefttilfeller og 10906 døde av kreftsykdom. Disse tallene hentyder at det er stort behov for sykepleiekompetanse innenfor smertelindrende behandling (Kreftregisteret, 2014).

Samfunnet har krav og forventninger når det kommer til utøvelse av sykepleie som er nedfelt i lovverk og forskrifter. Helsepersonelloven (1999) stiller krav til alt helsepersonell; den skal sikre forsvarlig utøvelse og understreker at det er den enkelte sykepleiers ansvar å vurdere sin egen kompetanse opp mot arbeidsoppgavene som er gitt. Den kliniske sykepleiekompetanse bygger på flere ulike kunnskapsformer. I tillegg til teoretisk kunnskap har praktisk kunnskap, klinisk kompetanse, vurderingsevne og faglig skjønn betydning for kvaliteten av arbeidet som utføres (Kristoffersen, 2011, s. 161).

1.2 Hensikt

Hensikten med dette studiet er å gjøre rede for hva forskning og litteratur sier om temaet for å belyse at sykepleier må få økt kunnskap om palliativ smertelindring. Oppgaven skal kaste lys over viktigheten av å kunne utføre riktig behandling, slik at pasienten mottar adekvat smertelindring.

1.3 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstilling: *Hvordan sikre smertelindring i palliativ fase?*

Kreft og palliativ omsorg er store temaer. På bakgrunn av dette er oppgaven blitt avgrenset og vil hovedsakelig omhandle medikamentell smertelindring til pasienter med ikke- kurativ kreft i en palliativ fase. Det vil ikke bli fokusert på den terminale fasen, bivirkninger ved medikamentell behandling eller pårørende. Jeg har valgt å fokusere på sykepleierens rolle og ansvar ovenfor pasienter med en kreftdiagnose som ikke kan kureres, samt kunnskap om lindrende tiltak for å kunne gi god behandling og best mulig smertelindring i palliativ fase. Videre vil oppgaven innledende beskrive kreft og smerter for å gi bedre forståelse av valgt tema.

1.4 Begrepsdefinisjon

Smerte:

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med en faktisk eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som dette» (Kaasa, 2011, s. 272).

Palliasjon:

«Aktiv pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelig/ eksistensielle problemer» (Lorentsen & Grov, 2010, s. 425).

Sykepleie:

I norsk sykepleieforbund yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske retningslinjer beskrives sykepleie som følger: *“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten” (Norsk sykepleieforbund, 2011).*

1.0 Teori

Sykepleieteori identifiserer og beskriver sentrale sykepleiefenomener, slik at sykepleierens funksjonsområde blir tydeliggjort. Teorien skal hjelpe med å begrunne hva som er sykepleie i møte med kreftpasienter i den palliative fase (Kristoffersen, 2011, s. 208). Rammeverket for oppgaven vil være sykepleieteoretikeren Erikssons teori om omsorg og det lidende mennesket. I dette kapitlet presenteres Katie Erikssons omsorgsteori før aspekter ved kreft, smerter og palliasjon blir redegjort for. Avslutningsvis beskrives kommunikasjon og relasjoner i utøvelser av sykepleie.

2.1 Eriksson sykepleieteori

Kristoffersen (2011) viser til Erikssons omsorgsteori hvor mennesket, helse og omsorg utgjør tre grunnleggende begreper, der menneskesynet danner grunnlaget for synet på helse og omsorg (Kristoffersen, 2011, s 241). Videre beskriver Eriksson omsorg som en interaksjonsprosess der gjensidighet mellom omsorgsmottaker (pasient) og omsorgsutøver (sykepleier) er grunnleggende både ved den profesjonelle omsorgen og den naturlige omsorgen (Kristoffersen, 2011, s. 245). Altså skiller Eriksson mellom to typer omsorg – naturlig omsorg og profesjonell omsorg. Den naturlige omsorgen beskrives som den omsorgen mennesket har for seg selv og sine nærmeste, og tar sikte på å fremme god helse (Kristoffersen, 2011, s. 244). Når denne omsorgen blir utilstrekkelig er det behov for profesjonell omsorg som må ta utgangspunkt i pasientens behov, og at pasienten må være likeverd og aktiv i samhandling med omsorgsutøveren (Kristoffersen, 2011, s. 244).

Eriksson (2010) mener at lidelse kan være vanskelig å forholde seg til, og kan bli sett på som en kamp mellom det onde og det gode. Det er vanlig at lidelse blir oppfattet som noe vondt. Et menneske som lider kan beskrives som et individ som plages av smerter og har det vondt. I møte med det lidende menneske skal en som sykepleier forsøke å eliminere unødvendig smerte og lidelse (Eriksson, 2010, s. 31). I følge Eriksson (2010) finnes det smerte og lidelse som ikke kan elimineres, men kan lindres og dempes ved først og fremst å ikke krenke pasientens verdighet, ikke dømme og misbruke makt, men gi den pleien pasienten har behov for (Eriksson, 2010, s. 31).

Eriksson (2010) mener at i enkelte tilfeller kan den vanskeligste smerten tidvis lindres ved et vennlig blikk, ord, kroppskontakt eller noe annet hvor man oppriktig uttrykker empati og

medmenneskelighet. Pasienter som opplever at sykdommen ikke kan lindres, ønsker i utgangspunktet å bevare menneskeverden og få lov til å oppleve omsorg, respekt og pleie. Samtidig er det nødvendig at pasienten ikke opplever angst for ikke å få tilstrekkelig smertelindring når det dreier seg om sykdom og behandling (Eriksson, 2010, s. 31- 33).

I følge Eriksson (1999) møter en lidelser i sykepleie; sykepleieren skal da finne muligheter for å eliminere eller redusere lidelsen i pleien. Dette anses som den største utfordringen innen sykepleieutøvelse og sykepleiekompetanse. Lidelse man møter i sykepleien kan deles inn i tre forskjellige kategorier:

- *Sykdomslidelse* som fremstiller hvordan en opplever lidelsen i forhold til sykdom og behandling.
- *Pleielidelse* som handler om hvordan en opplever lidelsen i forhold til pleiesituasjon.
- *Livslidelse* som skildrer egne opplevelser av lidelsen i forhold til eget liv – å leve og ikke leve (Eriksson, 1999, s. 66).

Begrepet sykdomslidelse kan videre deles inn i to underkategorier:

- *Fysisk smerte* er en konsekvens av sykdommen og behandlingen. Denne fysiske smerten må forstås som en lidelse som rammer hele mennesket og har en fysisk effekt. Denne følelsen kan oppleves som umåtelig sterk og bli altoppslukende.
- *Den sjelelige og åndelige lidelsen* handler om opplevelse av lidelse i form av fornedrelse, skam, eller en skyldfølelse i hva mennesker erfarer i forhold til sykdommen og behandlingen. Disse opplevelsene kan erfares sporadisk av pasienten selv, eller skyldes en sosial sammenheng. Denne formen for lidelse ligger nær det som omtales som pleielidelse (Eriksson, 1999, s. 67)

Pleielidelse oppstår når pasienter opplever krenkelse av verdighet, fordømmelse, maktutøvelse og uteblitt pleie. Denne lidelse kan oppfattes som unødvendig. Når man ser på de ulike beskrivelsene av pleielidelse, kan man oppleve en følelse av håpløshet og en skam over å være profesjonell sykepleier. Grunnen til det kan være at man ikke kjenner hovedårsaken til pleielidelse. Årsaken til pleielidelse hos pasient kan være mangel på

refleksjon og manglende kunnskap om menneskelig lidelse hos sykepleier. I følge Eriksson er pleien preget av en reduksjonistisk og sykdomsrelatert betraktningsmåte; den er i altfor stor grad innrettet mot høyteknologi og kan komme til å glemme mennesket som individ (Eriksson, 1999, s.78).

Livslidelse er den lidelsen som oppfattes av personen selv sett i lys av hvordan lidelsen berører hele menneskets livssituasjon. Den tar også for seg hva det vil si å leve med lidelsen blant andre mennesker (Eriksson, 1990, s. 74- 75).

2.2 Kreft

Det å få en kreftdiagnose er for pasienten en stor belastning, og enda større blir det hvis man får vite at sykdommen ikke kan kureres. Formålet med behandling av kreft er ikke alltid å kurere; hensikten kan også være å lindre smertene som ofte forekommer med sykdommen (Bertelsen, Hornslien & Thorsen, 2012, s. 124). Ved kreft deler cellene seg ukontrollert. Etter hvert vil celledelingen føre til tumorvekst, altså en opphopning av celler. Når en tumor angriper vev og/eller sprer seg til andre deler av kroppen, betegnes det som kreft eller malign tumor/cancer. Det er to karaktertrekk ved tumorceller som gjør kreft til en livstruende sykdom. Det ene er kreftcellenes egenskap til å vokse inn i nærliggende og normalt vev. Den andre egenskapen er evnen til å danne fjerntliggende sekundærsvulster, metastaser (Bertelsen, Hornslien & Thorsen, 2012, s. 124- 125).

Når kreften sprer seg forekommer det en metastaseringsprosess. Det vil si at kreftcellene sprer seg gjennom nærliggende lymfekar, blodkar eller kroppshulrom som for eksempel lungesekkene. Symptomene kan variere fra akutte symptomer til mer vedvarende symptomer, der fysiske forandringer kan sees. Ved spredning oppstår det ofte et smerteproblem, gjerne kalt kreftmerter (Bertelsen, Hornslien & Thorsen, 2012, s. 128- 132).

2.3 Hva er smerte?

Smerte er det kreftrelaterte symptomet som er mest fryktet hos pasienter med en kreftdiagnose. For å kunne bidra til å lindre smerteopplevelsen er det viktig med god kunnskap og tverrfaglig samarbeid blant pasient, lege og sykepleier (Lorentsen & Grov, s. 401- 402). Dette kapitlet handler om hva smerte er, de ulike smertetyperne, smerteopplevelse, grunnlaget for smertelindring, kartlegging av smerter, smertetrapp og medikamentell behandling.

Smerte er et sammensatt fenomen og blir i stor grad påvirket og/eller styrket av psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle komponenter i tillegg til den fysiske faktoren (Kaasa & Brochgrevik, 2007, s. 272). Smerte er en opplevelse som er satt sammen av forskjellige faktorer som sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner. Ved aktivisering av det sensoriske nervesystemet og i enkelte tilfeller også det autonome nervesystemet, får en den nevrofysiologiske basis for somatisk smerte (Bjørgero, 2010, s. 137).

2.3.1 Akutt og kronisk smerte

Kreftpasienter kan oppleve både kronisk og akutt smerte, men også en blanding av disse to samtidig. Akutt smerte er som regel forbigående og ofte forbundet med angst og usikkerhet. En akutt smerte kan også signalisere at noe er galt, for eksempel hvis kreftsykdommen residiverer eller metastaserer. Kronisk smerte er når smertene er vedvarende over tid og har en varierende intensitet. Når pasienter med kreftsykdom har kroniske smerter kan det ofte skyldes en gradvis progresjon av sykdommen, bivirkning etter behandling eller en kombinasjon av disse og andre årsaker. Ved korrekt håndtering av kroniske smerter kan en oppleve å bli lindret godt, men i mange tilfeller kan en ikke oppnå fullstendig smertelindring. På grunn av dette er kroniske smerter det symptomet kreftpasienter frykter mest i sykdomsforløpet (Kaasa & Brochgrevik, 2007, s. 274- 276).

Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har oftest kroniske smerter med akutte episoder, såkalte gjennombruddssmerter (Kaasa & Brochgrevik, 2007, s. 274- 276). Hos pasienter kan gjennombruddssmerter være forbundet med aktivitet i form av bevegelse, men slike smerter kan også oppstå spontant uten noe relasjon til andre utenforliggende faktorer. Smertene starter raskt og kan nå topp intensitet etter få minutter, og varer i 5 – 10 min. Gjennombruddssmerter kan være både nociseptiv og nevropatisk (Lorentsen & Grov, 2010, s. 407).

I 70 % av tilfellene er kreftsmarter tumorrelatert, men forskjellige typer kreft har ulikt smertemønster. I utgangspunktet skyldes den fysiske smerten hos kreftpasienter som regel en vekst av grunnlidelsen (Lorentsen & Grov, 2010, s. 407). Derfor er det viktig å ha god kunnskap om sykdommen, slik at en er orientert om metastase- og vekstmønsteret som kan forekomme ved kreftsykdommen, og hvilke smerter som kan oppstå med tanke på kreftsvulstens lokalisasjon (Kaasa & Brochgreving, 2007, s. 278- 280).

2.3.2 Smertekartlegging

Sykepleieren har et ansvar i å kartlegge pasientens totale smerte og beskrive smertens endring i et tidsforløp. Bildet av den totale smerten dannes av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle aspekter. En skal alltid ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av smerte og være klar over at tidligere erfaringer med smerte kan påvirke smerteopplevelsen. Sykepleieren må også være oppmerksom på hvordan de omtaler smerter hos pasienten fordi man over tid ubevisst kan utvikle toleranse for at pasienten opplever smerter. En måte å kvalitetssikre pasientens sine smerteopplevelser er å bruke systematiske skjemaer.

For å kartlegge smerter hos pasienter er det normalt å bruke VAS- skalaen (Visual Analogue Scale), ESAS- skjemaet (Edmonton Symptom Assessment system) og kroppskart. Andre brukte skalaer for smerteregistrering som kan nevnes er Numeric Rating Scale (NRS) og Verbal Rating Scale (VRS). Ved å kartlegge før behandlingen starter, vil en få en oversikt og et utgangspunkt for å kunne vurdere smertelindringen. Smertevurdering er også nødvendig for å kunne drøfte og vurdere ulike smertebehandlingsregime samt nødvendige tiltak som bør iverksettes for å behandle smerten (Lorentsen & Grov, 2010, s. 412). Den primære målsettingen med smerteanamnese er å danne en oversikt over smertenes karakter, intensitet og årsak. Basert på denne datasamlingen kan man som oftest finne ut hvilke smerter som er beskrevet (Lorentsen & Grov, 2010, s. 412- 418).

Hos kreftpasienter må man kartlegge smertehistorien fra begynnelsen og fram til dags dato for å få det totale bildet av sykdommens utbredelse og eventuelle progresjon. God kunnskap om kreftsykdommens naturlige forløp vil være helt avgjørende for å kunne gjøre dette. For at smertebehandlingen skal kunne iverksettes er det forskjellige aspekter ved smerten som bør kartlegges. Disse aspektene kan oppsummer som:

- Lokalisasjon (om smertene er velavgrenset, diffuse eller utstrålende).
- Varighet (om smertene er konstante, varierer i løpet av døgnet, har sammenheng med fysisk aktivitet eller har andre sammenhenger).
- Intensitet (hvordan smerten oppleves – systematisk observasjon ved å bruke NRS skalaen fra 0- 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er de sterkeste smertene pasienten kan forestille seg).
- Kvalitet (Beskrivelse av smertenes karakter – om de er konstante, krampeaktige, brennende, pulserende).
- Faktorer som øker eller reduserer smerten (det kan være fysisk, psykisk og/ eller av eksistensielle faktorer).
- Medikamenter (observere og dokumentere effekt, bivirkning og om pasient tar medikamentet og vet hvorfor) (Kaasa, 2011, s. 290- 294).

2.3.4 Medikamentell smertelindring i palliativ fase

Den medikamentelle smertelindringen avhenger av hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg. Målet med bruk av analgetika i smertebehandling er å kunne oppnå tilfredsstillende smertelindring og smertefrihet i hvile, i tillegg til å påvirke vevsskaden, smertehegningen, smerteopplevelsen og konsekvensene (Jespersen, 2001, s. 156). Smertebehandling bør alltid planlegges i samsvar med pasienten. Noen av punktene som bør tas opp under planleggingen er:

- Det skal settes realistiske mål for pasient og behandler.
- Det skal settes opp hyppige evalueringer og en smertejournal.
- Samarbeid med de relevante faggruppene, som for eksempel sykepleier, psykolog, prest og fysioterapeut (Jespersen, 2001, s. 156).

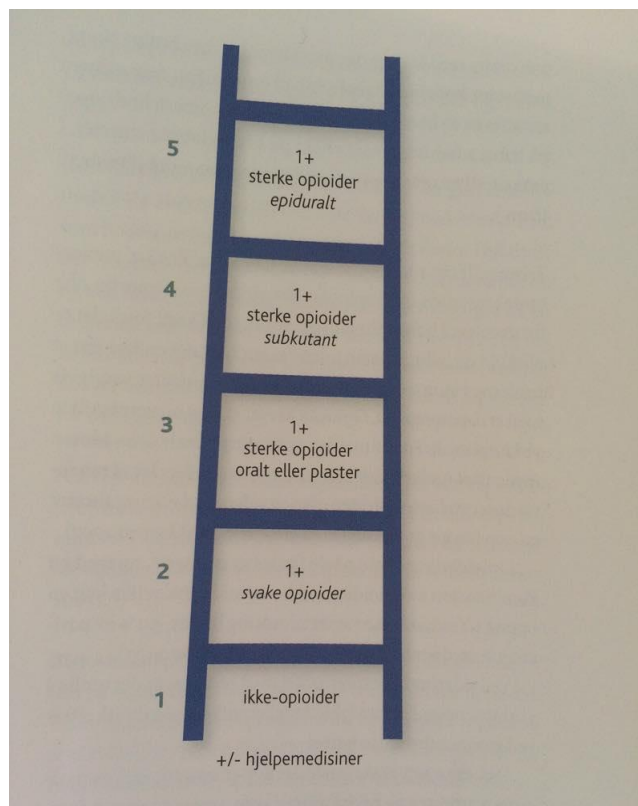
Uavhengig av smertetype skal den medikamentelle være peroralt lengst mulig. Ved god planlegging og riktig gjennomføring ved bruk av peroral analgetika klarer en i dag å smertelindre 90-95 % av kreftpasienter. Når ikke- opioide analgetika alene gir tilfredsstillende smertelindring, bør det raskt skiftes til sterkere opioider, da svake opioider i kombinasjonspreparater kan forsinke etableringen av god smertekontroll (Bjørge, 2010, s. 145).

Hos pasienter og helsepersonell forekommer det ofte fordommer ved bruk av opioider. Mange av brukerne er redd for eventuelle bivirkninger som kan forekomme, samt at medikamentbruk kan føre til avhengighet og misbruk. En viktig del av behandlingen vil derfor være å gi pasientene god

informasjon om medikamentet slik at de ikke føler seg utrygge, men har tiltro til behandlingen og medikamentet (Klepstad & Kaasa, 2011, s. 361-362).

Smertetrapp:

De fleste pasienter som opplever smerter har behov for medikamentell behandling. Verdens helseorganisasjon (WHO) har i samarbeid med IASP (International Association for Study of the Pain) utarbeidet retningslinjer for behandling av kreft smerter. Den såkalte smertetrappen oppsummerer hovedprinsippene av denne type behandling. Den tar utgangspunkt i fem trinn som alle innebærer tilpasset behandling (Bjørge, 2010, s. 146), se figur 1.



Figur 1. *Smertetrapp.* Hentet fra klinisk sykepleie 2 av Almås, Stubberud & Grønseth, 2010, s. 420. Gjengitt uten tillatelse

De fem trinnene kan beskrives som følger:

- Trinn 1: Blir brukt ved svake til middels sterke smerter (Lorentsen & Grov, 2010, s. 419).
- Trinn 2: Består av kombinasjonspreparater og har begrenset effekt på smerter relatert til kreft. En vil ofte hoppe over dette trinnet og gå direkte til trinn 3 (Lorentsen & Grov, 2010, s. 419- 420).
- Trinn 3: En kombinasjon av disse preparatene viser å ha en tilfredsstillende effekt hos 85- 90 % av pasientene med kreftsykdom.
- Trinn 4: Gjelder i hovedsak to grupper pasienter: Den ene gruppen består av pasienter som ikke kan ta legemidler peroralt, samt pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende smertelindring peroralt. Til denne gruppen hører også pasienter som får uønskede bivirkninger av opioidene. Den andre pasientgruppen omfatter de som er plaget med kvalme og oppkast, svelgevansker, generelt forverret sykdomstilstand, samt pasienter som allerede tar for mange medikamenter peroralt (Lorentsen & Grov, 2010, s. 420).
- Trinn 5: Noen kreftpasienter har så intense smerter at peroral eller subkutan behandling ikke gir optimal smertekontroll. Da vil sterke opioider gitt epiduralt være nødvendig for å gi tilstrekkelig smertelindringen (Lorentsen & Grov, 2010, s. 420- 421).

Det er viktig å være klar over at det ikke eksisterer noen maksimaldose for opioider. Det er pasientens opplevelse av smerter og bivirkninger som avgjør hva som er terapeutisk dose, sammen med andre faktorer som alder, smertetoleranse, smerteintensitet, sosial og kulturell bakgrunn (Lorentsen & Grov, 2010, s. 420).

2.4 Palliasjon

Palliasjon kan beskrives ved utsagnet “Av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste” (Kaasa, 2011, s. 31).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som en tilnærming som skal forbedre livskvaliteten for pasienter og pårørende som står ovenfor en krise eller et problem tilknyttet livstruende sykdom. Ved hjelp av tidlig identifisering, vurdering og behandling av smerter og andre problemer, skal man ved palliasjon forebygge og lindre lidelse. WHO beskriver palliativ omsorg slik:

- Gir lindring av smerter og andre plagsomme symptomer.
- Bekrefter livets opphold og død som en normal prosess.
- Hensikt er verken å fremskynde eller utsette døden.
- Integrerer de psykologiske og åndelige aspekter av pasientbehandling (Kaasa, 2011, s. 37).

Den palliative fasen er definert som langtkommen sykdom som ikke lenger kan helbredes, og som varer inntil døden inntreffer. I den palliative fasen er hovedfokus å opprettholde eller bedre livskvalitet til pasienten. Fokuset avviker fra behandling som har som hovedmål å kurere. Pasienter med langtkommen sykdom har ofte mange plager. Disse plagene kan komme samtidig, og er ofte knyttet direkte til kreftsykdommen. Eksempler på dette kan være metastaser til skjelettet eller kvalme på grunn av medikamentell behandling rettet mot smerter. Målet med palliativ og symptomlindrende behandling er å lindre disse påtrengende symptomene og rette behandlingen mot ett eller flere av disse indikasjonene (Kaasa, 2011, s. 37- 38).

Optimal palliativ behandling krever god planlegging og igangsetting av nødvendige tiltak på rett tidspunkt i sykdomsforløpet. Ofte er ulike typer helsepersonell involvert og tverrfaglig samarbeid er derfor viktig i denne fasen for å kunne lindre pasientens smerter på best mulig måte (Kaasa, 2011, s. 39 - 40).

2.5 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere mennesker (Eide & Eide, 2007, s. 17- 18). Begrepet betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller ha forbindelse med. Vi bruker i det daglige å variere mellom de ulike kommunikasjonsformene som for eksempel personlige samtaler, massekommunikasjon globalt eller “chatting” på internett,. Et annet begrep som er mye brukt i et kommunikasjonsforhold er *relasjon*. Begrepet relasjon innebærer en forbindelse og brukes gjerne når en skal beskrive et forhold eller kontakt mellom mennesker. Disse to begrepene – kommunikasjon og relasjon - står som regel i et gjensidig forhold til hverandre der budskapet kan bestå av ulike tegn og signaler (Eide & Eide, 2007, s. 17- 18). Et godt mellom-menneskelig forhold er av stor betydning i utøvelse av sykepleie. Joyce Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en dynamisk prosess og er et middel til å opprette ” menneske-til- menneske forhold” som innebærer å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet (Travelbee, 1999, s. 135).

Ved behandling av kreftsykdom er pasienten ofte i en sårbar og stressende situasjon. Pasientens opplevelse av lidelse, omsorg og lindring kan fort forandre seg. Som sykepleier vil evnen til tilstedeværelse, empati og respekt, i tillegg til en forståelse av pasientens opplevelse, være nødvendige egenskaper. Sykepleieren må da være bevisst på hvordan en fremstår i egen atferd, holdninger og ordbruk i samtale med pasienten. Dette er avgjørende for å skape gode og omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier (Lorentsen & Grov, 2010, s. 401-402).

Kommunikasjon er en komplisert og tosidig prosess hvor det er vesentlig at sykepleieren forstår hva pasienten prøver å formidle både verbalt og nonverbalt. Sykepleierens oppgave er å benytte informasjonen til å kartlegge og sette i gang nødvendige sykepleietiltak. Pasienten må også kunne være inkludert slik at misforståelser ikke oppstår underveis i behandlingen (Eide & Eide, 2007, s. 17- 24). I pasientrettighetsloven (2013) § 3-2 framheves det at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen som gis skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger for å motta informasjon. Eventuelle risikoer og bivirkninger skal også forklares slik at pasienten er i stand til å forstå innholdet og opplysningene som blir gitt.

I forbindelse med pasienter som har kreft, er det anbefalt at informasjon som blir lagt frem bygger på en prosessuell modell for kommunikasjon hvor det er lov til å utveksle meninger og å danne ny forståelse. Denne kommunikasjonsmåten bør foregå på pasientens forutsetninger. En må finne ut hvilke informasjonsbehov pasienten har, og informere om det pasienten opplever som aktuelt. Opplysningen som blir videreformidlet til pasienten skal være så fullstendig som mulig, samtidig som en må bedømme hvor mye informasjon pasienten er i stand til huske og ta stilling til. Pasienter kan også oppleve skjulte informasjonsbehov, det vil si at pasientene har et større behov for informasjonsformidling enn de var klar over. For å kunne dekke dette behovet kan sykepleieren for eksempel spørre pasienten hvordan han har det. Ved å spørre pasienten kan en få et mer korrekt bilde av pasientens opplevelser av situasjonen, samt en oversikt over hva en som sykepleier bør informere nærmere om (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414).

3.0 Metode

Litteraturstudie er brukt som metode i bacheloroppgaven. Oppgaven tar sitt utgangspunkt i kunnskap hentet fra litteraturen, og problemstillingen drøftes i forhold til data og informasjon hentet fra litteraturen (Dalland, 2006, s. 59). Dette kapittelet skal belyse litteratursøk som metode, inkludert valg av litteratur. Deretter beskrives kildekritikk og den forskningsetiske vurderingen som er foretatt

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudiet skal bestå av; bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og datainnsamling, der litteraturen er en informasjonskilde. Vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter og relevant faglitteratur danner grunnlaget for drøftelsen som skal finne svar på problemstillingen og hensikten med oppgaven (Olsson & Sörensen, 2008, s. 91). Når en bruker metode er det en fremgangsmåte for å kunne kaste lys over kunnskap og utvikling, i tillegg til å samle data om et spesifikt tema som trengs til undersøkelsen. Denne metoden skal fortelle oss hvordan vi skal gå frem for å anskaffe og øke kunnskap (Dalland, 2006, s. 71). I denne oppgaven blir det brukt både forskningsartikler, pensumlitteratur og valgte fagbøker som er relevant til temaet som er lånt fra bibliotek på Høgskolen i Haugesund og på Universitet i Stavanger.

Statistikken som er benyttet i oppgaven for å belyse antall krefttilfeller i Norge, er hentet fra kreftregisteret (2014). Dette for å benytte de mest oppdaterte tallene som er tilgjengelig. Da oppgaven tar for seg kreft generelt og ikke en spesifikk type, finnes det ikke oppført noe felles registrering av alle krefttypene etter 2012. Det er mulig mulig at tallene som er registrert fra 2012 ikke er representative for dagens situasjon.

3.2 Litteratursøk

For å finne forskning ble det benyttet de forskjellige helsefaglige databasene som Høgskolen i Haugesund har tilgang til. Ved å avgrense søkene til full tekst, ble mange artikler utelukket, dette ble gjort da det er påkrevd å få tilgang til full tekst. Forskningsartiklene som er brukt i oppgaven er hentet fra perioden etter 2010, dette fordi det ikke er anbefalt å bruke artikler som eldre enn 5 år. Artiklene som er funnet og brukt til denne studien skal alle ha en relevans

til problemstillingen i oppgaven, eller underbygger oppgavens teori.

Søkeordene brukt er;

- Cancer pain
- Characteristics
- Nursing knowledge
- Palliative care
- Palliative education
- Information, professional knowledge
- Communication
- Smerte
- Smertebehandling
- Kreft

Søketabeller – aktuelle funn:

Tabell 1: søk i CINAHL			
Nummer	Søkeord/ term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S 1	Cancer pain		10 266
S 2	Palliative care		23 466
S 3	Characteristics		77 204
S 4	S 1 AND 2		2133
S 5	S 1 AND 2 AND 3	Published date from: 2010- 2014	33
S 6	S 1 AND 2 AND 3	Published date from: 2010- 2014 and full text	10

Ved søk nr 6 ble artikkel nr 1 valgt: *“Reporting Characteristics of Cancer Pain: A Systematic Review and Quantitative Analysis of Research Publications in Palliative Care Journals”* (Kumar, 2011).

Tabell 2: søk i PubMed			
Nummer	Søkeord/ term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S 1	Nursing education		143 981
S 2	Palliativ care education		5429
S 3	Information		902 562
S 4	Professional knowledge		23 756
S 5	S 1 AND 2		1611
S 6	S 1 AND 2 AND 3		207
S 7	S 1 AND 2 AND 3 AND 4		12
S 8	S 1 AND 2 AND 3 AND 4	Published date from: 2010- 2015 and full text	2

Ved søk 8 (S8) ble artikkel av Prem , Karvannan, Kumar, Karthikabu, Syned, Sisodia & Jaykumar (2011) selektert: *“Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey”*.

Tabell 3: søk i Sykepleien.no			
Nummer	Søkeord/ term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S 1	Smerte		298
S 2	smertebehandling		82
S 3	Kreft		304
S 5	S 1 AND 2		49
S 6	S 1 AND 2 AND 3		12
S 7	S 1 AND 2 AND 3	Forskningsartikkel	11

Ved søk 7 ble artikkelen av Valeberg, Bjordal & Rustøen (2010): *”Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling” benyttet*.

Tabell 4: søk i CINAHL			
Nummer	Søkeord/ term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S 1	Nursing		472 479
S 2	Communication		71 739
S 3	Palliative care		23 460
S 4	Cancer		133 324
S 5	S 1 AND 2		16 557
S 6	S 1 AND 2 AND 3		707
S 7	S 1 AND 2 AND 3 AND 4		151
S 8	S 1 AND 2 AND 3 AND 4	Published date from: 2010- 2015	71
S 9	S 1 AND 2 AND 3 AND 4	Published date from: 2010- 2015 and full text	32

Ved søk nr 9 ble artikkel nr 13 valgt: “Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer” (Stajduhar, Thorne, McGuinness, L & Kim- Sing, 2010)

3.3 Kildekritikk

Hensikten med kildekritikk er å vurdere kvaliteten av den litteraturen som er benyttet i oppgaven. Kildekritikk brukes for å fastslå litteraturens troverdighet, faglighet og validiteten. En utfordring med å skrive oppgave er at fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Det vil si at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg når teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2006, s. 59- 69).

Litteraturen som er brukt i denne oppgaven er basert på både primær og sekundærkilde.

Primærkilder som er brukt er knyttet til forskningen om valgt tema i oppgaven.

Sekundærkilder er hentet fra ulike bøker gjennom pensumlitteratur som tilhører sykepleie

utdanningen ved å bruke bibliotekets hjemmeside BIBSYS for å finne relevant litteratur til oppgaven.

3.4 Forskningsetisk vurdering

Forskningens kunnskapskrav er å finne fakta som kan brukes for å løse både teoretiske og praktiske problemer som igjen fører til ny kunnskap. Forskning i seg selv skal være verdinøytralt (Olsson & Sørensen, 2008, s. 60- 61). I planleggingsfasen, ved valg av tema og problemstilling bør en ta stilling til hvem som har nytte av kunnskapen som man prøver å belyse (Dalland, 2006, s. 216- 218).

4.0 Resultat

I dette avsnittet vil forskningsartiklene bli kort presentert med bakgrunn, hensikt, metode og resultat. Fremgangsmåten ved artikkelsøking er beskrevet tidligere. Forskningsartiklene belyser relevante forhold til tema og problemstilling. Det er to kvalitative og to kvantitative artikler som benyttes.

Kumar (2011): *“Reporting Characteristics of Cancer Pain: A Systematic Review and Quantitative Analysis of Research Publications in Palliative Care Journals”*

Hensikt: Hensikten med forskningen var å se om det finnes tilstrekkelige vitenskapelig forskning som baserer seg på kreftsmarter og dens egenskaper i palliative “journals”.

Bakgrunn: Kreft er den vanligste lidelsen som krever symptomlindring ved livets slutt og palliative fase. Kreftsmarter er anerkjent som en global helsebelastning.

Metode: Artikkel er en systematisk og kvantitativ analyse av forskningens publikasjoner i palliativ omsorg. I denne systematiske “review” artikkelen gjennomgår forskeren artikler fra “palliative care journals” hvor MEDLINE og CINAHL ble brukt til søket.

Resultat/ funn: I løpet av årene 2009 og 2010 ble det publisert 1569 artikler i tidskrift, hvorav bare 5.86% omhandler kreftsmarter. Med andre ord er det behov for mer kunnskap og forskning som er basert på sammenhengen mellom kreftsmarter og palliasjon.

Konklusjon: Selv om det forskes på kreftsmarter innen palliativ omsorg, er den totale andelen fortsatt lav. For å oppnå hensiktsmessige retningslinjer for kreftsmarterbehandling, er det avgjørende at den palliative omsorgen flyttes fremover. Det er kritisk at forskningen blir mer basert på kreftsmarterbehandling i en forskningsbasert palliativ omsorgsmodell.

Prem, Karvannan, Kumar, Karthikabu, Syned, Sisodia & Jaykumar (2011): “*Study of Nurses’ Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey*”.

Hensikt: Hensikten med artikkelen var å se hvilke kjennskap sykepleiere hadde til palliativ behandling ved å bruke en palliativ omsorg- og kunnskaps test, “palliative care knowledge test” (PCKT).

Bakgrunn: Det har blitt dokumentert i studier at sykepleiere og annet helsepersonell ikke klarer å ta vare på pasienter i palliativ omsorg. En av grunnene som er blitt fremlagt er manglende pensum i sykepleierutdanningen som omhandler kunnskap knyttet til smerte og palliasjon.

Metode: Studiet er en kvantitativ tverrsnittundersøkelse hvor 363 sykepleiere svarte på et spørreskjema om deres kunnskaper om palliativ omsorg. Skjemaet inneholdt flere punkter: psykiatrisk problem, dyspne, mage- tarm problem, smerter og filosofi.

Resultat/funn: Det viste seg at den totale score i PCKT testen var relativt lav med 35.8 %. Hvor smerte var et av de punktene som scoret lavest (34, 84 %) på den filosofiske scoren.

Konklusjon: Det generelle nivået av kunnskap om palliativ omsorg var dårlig og konkluderte med at sykepleierne hadde for lite kunnskap om «palliative care».

Stajduhar, Thorne, McGuinness, L & Kim- Sing (2010): “*Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer*”.

Hensikt: Hensikten med artikkelen var å ta for seg pasienter med kreft i en palliativ fase og deres oppfattelse av hva god kommunikasjon er

Bakgrunn: Kommunikasjon har en avgjørende betydning når det kommer til pleie av pasienter med kreft. En bedre forståelse av hva pasienter identifiserer som nyttig kommunikasjon i deres møte med sykepleiere og annet helsepersonell er avgjørende for best mulig praksis.

Metode: Studiet er basert på en sekundæranalyse av kvalitativ intervjudata. 18 individuelle deltakere og 16 gruppedeltakerne ble intervjuet.

Resultat/ funn: Funnene tyder på at det er fire sentrale elementer som er kritisk viktig å vurdere i kommunikasjon med pasienter i en palliativ fase. Det involverer betydningen av tid, å vise omsorg, erkjenne frykt og balansere håp og ærlighet i formidling av informasjon.

Konklusjon: Kommunikasjon er en viktig del i arbeidet av avansert kreftomsorg.

Valeberg, Bjordal & Rustøen (2010): “Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling”

Hensikt: Hensikten med studiet var å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerter og smertebehandling.

Bakgrunn: Ulike komponenter hos helsepersonell, pasienten selv eller rammefaktorene kan forklare mangelfull smertelindring. Hos pasientene kan barrierer for fullstendig smertebehandling være relatert til forsiktighet med å rapportere smerte og å følge anbefalte smerteregimer. Dette kan forklares med feiloppfatninger, misforståelser eller manglende kunnskap om smerte og smertebehandling. For eksempel frykt for avhengighet, toleranse og bivirkninger eller at smerte er en uunngåelig del av sykdommen.

Metode: Studiet er en beskrivende tverrsnittundersøkelse med 271 polikliniske kreftpasienter som har smerter og/eller bruker smertestillende medikamenter, hvor barrieren mot smerter og smertebehandling undersøkes.

Resultat/ funn: Spørsmålene som overveide de høyeste barrierene for smertebehandling var spørsmål om avhengighet, toleranse, monitorer symptomer i forbindelse med egen helsetilstand, nye smerter og frykt for enkelte bivirkninger. Studier viser at opplevelsen av kreftsmarter og underbehandling fortsatt er et problem hos pasienten, til tross for langvarig

oppmerksomhet fra klinikere og forskere.

Konklusjon: Denne studien konkluderer med at kreftpasienter med smerter ofte har barrierer mot smertebehandling og må derfor få mer individualisert informasjon.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen: *“Hvordan sikre smertelindring i palliativ fase?”* i lys av hovedfunn i de aktuelle forskningsartiklene og teori.

5.1 Smerteopplevelse og smertekartlegging

I følge Kaasa (2011) handler den palliative omsorgen ved kreft om å lindre smerte og andre symptomer pasienter ofte er plaget med. En måte å bidra til å sikre smertelindring på er å kartlegge pasientens smerteopplevelse og behov for behandling.

I møte med den palliative pasient vil smerte ofte være en dominerende opplevelse. En kan beskrive smerte som et av de vanligste eksemplene på et ”fenomen,” det vil si noe som oppleves, slik også Eriksson framstiller det. I smertelindringen understreker dette perspektivet den subjektive relasjonen som sykepleieren og pasienten blir del av. Sykepleieren blir – ved omsorgshandlingen – i stand til i noen grad å ta del i pasientens subjektivitet. Subjektiviteten i relasjonen blir både en nødvendighet og svakhet.. Imidlertid kan en ikke garantere at alle sykepleiere er ideelle omsorgspersoner. Det subjektive aspektet av pleier-pasientforholdet kan derfor innebære en viss usikkerhet og risiko.

For å sikre smertelindringen må derfor det subjektive i omsorgsrelasjonen balanseres med objektivisering av smerteopplevelsen; det vil si innføre krav og systemer som sikrer en systematisk tilnærming og et høyt kvalitetsnivå i sykepleien. Med andre ord må pasientens egne opplevelser av smerte tas på alvor, da den subjektive smerteopplevelsen ikke alltid inngår i et fastlagt smertebehandlingsprogram. I tillegg er det viktig å la pasienten få mulighet til å diskutere og gi uttrykk for bekymringer de måtte ha i forbindelse med smertebehandling.

Valeberg et al. (2010) påpeker at smertelindring kan påvirkes og begrenses av pasientens barrierer slik som manglende forståelse, irrasjonell frykt for bivirkninger og/eller fordommer. De siste kan relateres til en fenomenologisk grunnsetning, nemlig at vår forståelse alltid er preget av førforståelse. Valeberg et al. (2010) eksemplifiserer dette med at pasienter kan bli eksponert for unødvendig lidelse på grunn av en irrasjonell oppfatning om at lidelsen er en nødvendig del av sykdommen. For å redusere barrierene konkluderer Valeberg et al. (2010) at pasientene trenger mer individualisert informasjon. Med utgangspunkt i Erikssons (2010) beskrivelse av pleielidelse, er det likevel rimelig å spørre om pasientens barriere kan relateres

til uteblitt pleie og manglende kunnskap om smertelindring i den palliative fasen hos sykepleierne.

Videre fremhever Valeberg et al. (2010) i sine studier at underbehandling fortsatt kan være et problem ved kreftdiagnoser. Dette kan ha sammenheng med tilgjengelige ressurser, kompetanse samt det generelle nivået av den smertelindring som tilbys. Det siste er et spørsmål med både økonomiske, etiske og medisinske sider. Erikssons omsorgsmodell (1999) kaster lys over noe av dette, for eksempel behovet for å forholde seg til pasienten individuelt, det vil si som subjekt. Dette forsterker Erikssons kritikk av den mekanistiske modellen for moderne medisinsk behandling.

Når pasient opplever smerte påvirker opplevelsen både det psykiske, sosiale og åndelige, i tillegg til de fysiske faktorene. Dette er det vi kaller for den totale smerteopplevelsen og viser smerte i et helhetsperspektiv (Kaasa & Brochgvink, 2007). Disse perspektivene har verdi for å kunne kartlegge pasientens subjektive opplevelse av lidelsene, og da for å kunne gi optimal lindring. For å oppnå disse perspektivene er det nødvendig for sykepleier å opptre i tråd med Eriksson (1999) teori som medmenneske og omsorgsperson.

Den subjektive erfaring av lidelse gjør det ønskelig og praktisk å utrykke opplevelsen av smerte som delvis kvantitativt med en parameter som kan benyttes i planlegging og administrering av smertelindring. Smertekartleggingen uttrykker smertenivået i grafisk og numerisk form. Et godt tillitsforhold og en velfungerende dialog med pasienten gjør det enklere å bruke kartleggingsverktøyene (Lorentsen & Grov, 2010).

Stajduhar et al. (2010) peker på at kommunikasjon og dialog er fundamentale prosesser som må etableres og styres for å konsolidere en "omsorgsrelasjon" mellom pasienten og pleieren. Dette er i samsvar med Erikssons omsorgstenking. Kartleggingsverktøyene brukt er standardisert for å fungere effektivt, og et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient gjør det enkelt å gjennomføre en smertekartlegging. Man kan videre stille spørsmål om de standardiserte skjemaene gir rom for videreformidling av all den informasjon som oppstår i tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. Optimalt skal smertekartleggingen gi uttrykk for pasientens persepsjon av lidelsen, noe som er et subjektivt fenomen. Som en subjektiv opplevelse vil oppfattelsen av smerter kunne variere stort, dette kan komme i konflikt med et standardisert skjema. Et kriterie for at et standardisert smertekartleggingsverktøy skal fungere vil være at smerteopplevelsen hos pasienter til en viss grad blir oppfattet lik – eller innenfor en standard. Det kan tenkes at smertekartleggingen ikke dekker enkelte verdier pasientens

smerter sett i et helhetsperspektiv, som for eksempel det psykiske, sosiale og åndelige perspektivet. Samtidig kan det tenkes at disse verdiene kan oppfattes av sykepleieren gjennom en god omsorgsrelasjon, og ikke blir formidlet gjennom det standardiserte kartleggingsverktøyet. Slike kartleggingsverktøy er med på å samle et bilde av pasientens smerteopplevelse, men verktøyet må kombineres sammen med observasjoner av kroppsspråk og non-verbal kommunikasjon for å få frem helhetsperspektivet. Når observasjoner ikke stemmer overens med resultat av smertekartleggingen, er det viktig å ta dette opp med pasienten slik at det ikke blir misforståelser og feiloppfatninger. Det er en del av sykepleierfunksjonen å finne løsninger som kan redusere pasients smerte (Valeberg et al., 2010).

I praksis blir disse systematiske skjemaene for registrering av smerter brukt av sykepleiere for å få en semi-kvantitativ oversikt - og et dokumentasjonsgrunnlag - over pasientens smerte og opplevelse av smerte. I tillegg får sykepleier og lege en systematisk oversikt av de kliniske observasjonene som ligger til grunn for vurdering av ulike smertelindrende tiltak som benyttes i behandlingen (Lorentsen & Grov, 2010).

Erikssons teori understreker viktigheten av å bevare pasientens verdighet som individ. Bruk av verktøy som standardiserer informasjon – slik som smertekartlegging – kan komme til å framheve kvantitative evalueringer og standardiserte beregninger på bekostning av individet. I denne sammenheng – og i forbindelse med teknologi og formaliserte prosedyrer generelt, kan omsorgsteorien sørge for at de kalde beregningene blir balansert mot innlevelse, empati og varme.

Det er mulig å tolke Eriksson som en formidler av en slags dramatisk oppfatning av lidelse som en kamp mot det onde, en lidelse som lett kan oppfattes som noe edelt, noe som kan tillate en slags forsoning og et nytt livsinnhold. Det er et spørsmål om denne delen av Erikssons teori er noe godt utgangspunkt for moderne smertelindring. Det er også en oppfatning som – dersom den materialiseres seg i pleie og behandling – reiser betydelige etiske problemer.

5.2 Sykepleierens rolle og kompetanse om smertelindring

Sykepleieren har en viktig rolle i å utøve sikker smertelindring til pasienter i en palliativ fase. Rollen er formet av en rekke faktorer, slik som utdanning, kompetanse, holdninger, fordommer, samt mer strukturelle føringer slik som helsepolitikk, organisasjonsstrukturer og ikke minst det juridiske rammeverket. Diskusjonen kan dessuten lett utvides til å dekke sykepleiernes rolle som pasientens ”advokat”, det vil si den som ser verden fra pasientens perspektiv.

Som sykepleier stilles det krav til utøvelse av sykepleie i praksis ved at den er forsvarlig i henhold til Helsepersonelloven (1999). Loven tilsier at sykepleierne selv må ta ansvar for å bedømme sin egen kompetanse ut i fra arbeidsoppgavene. Dette framhever at sykepleieren må forholde seg reflektert til sin egen rolle, og opptre individuelt med egne etiske og medmenneskelige vurderinger – i motsetning til en yrkestaker som kun utfører oppgaver etter instruksjon.

Denne forståelsen av sykepleierens rolle kan sies å være godt fundamentert i Erikssons omsorgsteori som i stor grad vektlegger en relasjon mellom subjekter. I Følge Eriksson (2010) er omsorg basert på det nære forholdet mellom sykepleier og pasient. Den skal fremme pasientens opplevelse av tillit og kroppslig velbehag. Samtidig som hun mener at det det lidende mennesket trenger hjelp til å fjerne smertene som forårsaker det vonde ved at sykepleier viser oppriktig empati og medmenneskelig i forhold til pasienten som blir det “lidende mennesket” i kampen mot det vonde (Kristoffersen, 2011; Eriksson, 2010).

Faktorer som påvirker sykepleierrollen inkluderer utdanning og kompetanse som i stor grad påvirker standarden på den palliative pleien. Sykepleierens kompetanse er ifølge Eriksson(1999) en nødvendig betingelse for å yte profesjonell omsorg. Studier gjort av Prem et al. (2011) indikerer at det ikke er tilstrekkelig kompetanse og kunnskap rundt palliativ behandling. Eksisterende kunnskap om palliativ behandling hos sykepleiere må erverves gjennom opplæring og utdanning, men også ny kunnskap, oppnådd gjennom forskning, vil være nødvendig for å oppnå en optimal smertebehandling. Basert på en kvantitativ studie konkluderer Kumar (2011) at graden av forskning rettet mot kreftsmertebehandling er utilstrekkelig. Denne påstanden er ikke urimelig, selv om Kumars (2011) resultater rammes av at det er vanskelig å trekke årsakssammenhenger ut av kvantitative studier. Det er ikke åpenbart at det er en kausal sammenheng mellom antall forskningsartikler og den palliative

omsorg som utøves i helseinstitusjonene. Å prioritere forskningsmidler er ellers et komplisert problem med helsepolitiske, økonomiske og etiske aspekter.

For å kunne sikre smertelindring i en palliativ fase må en som sykepleier ha kunnskap om smerter som kan oppstå i et kreftforløp, og skille mellom hva som er kroniske og akutte smerter. Ved akutte smerter må en være oppmerksom på at det kan komme i forbindelse med angst og usikkerhet, men det kan også være et tegn på at noe er galt, for eksempel at kreftsykdommen er residiverende (Kaasa & Brochgrevinck, 2011). Når en opplever at pasient har vedvarende smerter i skiftende grad, vil det si at pasient har kroniske smerter. Dette skyldes som regel at kreftsykdommen er i gradvis progresjon, eller det kan forekomme av behandling eller bivirkning. Det kan også være en blanding mellom disse nevnte faktorene og andre årsaker (Kaasa & Brochgrevinck, 2011). For å vurdere nødvendige tiltak, må sykepleiere ha kunnskap om de forskjellige smertetyperne og symptomene som kan oppstå ved de ulike smerteformene.

Prem et al. (2011) indikerer at sykepleierne hadde tilstrekkelige kunnskaper om palliative pleie. Det framgår i hans studier imidlertid ikke i hvilken grad sykepleierne som deltok i undersøkelsen faktisk hadde arbeidserfaring og opplæring innen palliative pleie. Likevel kan man stille spørsmål til om kunnskapsnivået er tilstrekkelig, ut i fra de krav som gjelder til sykepleie – og ut i fra etiske betraktninger da det diskuteres om utdanning og den kliniske erfaring påvirker sykepleierens kunnskaper, holdninger og oppfatninger om palliativ omsorg. Eriksson (1999) vektlegger sykepleieren som medmenneske og omsorgsperson, og det er ikke klart hva slags kunnskap som i denne sammenheng er relevant for at pasienten skal oppleve den palliative pleien som optimal.

I den medikamentelle behandlingen er målet å oppnå tilfredsstillende smertelindring til pasienter med kreft smerter (Klepstad og Kaasa 2007), men også opprettholde eller bedre livskvalitet til pasient i den palliative fasen (Kaasa, 2011). Ved god planlegging og riktig oppfølging av WHO's smertetrapp kan en forebygge lidelse og smertelindre hos 90- 95 % av kreftpasienter med smerter (Bjørngo, 2010).

I møte med den palliative pasienten, mener Prem et al. (2011) at veien mot vellykket smertelindring først og fremst handler om helsepersonell. Med det mener de at kunnskap, riktig holdning og oppfatninger, samt erfaringer for å kunne utføre god sykepleie til pasienter

i en palliativ fase er viktige, men mangelfulle faktorer. Prem et al. (2011) vektlegger også sosiale faktorer slik som evnen til tverrfaglig teamarbeid. Dette er i tråd med Kaasa (2011) sitt synspunkt der han fremhever at tverrfaglig teamarbeid er viktig i den palliative fasen for å kunne lindre pasientens smerter på best mulig måte.

Katie Erikssons teori (1999) om det lidende mennesket einer seg for å etablere en grunnleggende forståelse av den menneskelige relasjonen i den palliative pleiesituasjonen. Prem et al. (2011) sine konklusjoner må sies å resonnerer med Erikssons posisjon når han framhever betydningen av den menneskelige faktoren, det vil si helsepersonellet – framfor systemer og medisinsk teknologi.

Moderne sykepleie og smertelindring er imidlertid langt på vei avhengig av teamarbeid og medisinsk teknologi, samt et rammeverk som utgjøres av helsepolitiske, organisasjonsmessige og økonomiske forhold. Erikssons teoretiske ståsted synes mindre relevant på dette planet. Det er vanskelig å komme bort fra at den omsorgstenkningen Eriksson baserer seg på først og fremst gjelder individer og relasjoner mellom individer. Eriksson (1999) påpeker at man må våge å opptre forskjellig ovenfor pasientens ulikheter; dette synes å tilføre et element som vanskelig lar seg kontrollere i en team-sammenheng. Det kan derfor på mange måter diskuteres om Erikssons teori utgjør noe fullgodt ståsted for en bredere tilnærming til moderne helsetjenester slik som palliative pleie.

Mennesker har rett til smertelindring, men det er samtidig klart at denne retten nødvendigvis er begrenset av praktiske forhold og medisinske tilstander som fører til smerter som ikke kan elimineres. Smertelindring er en subjektiv prosess avhengig av pasientens egne toleranser og persepsjon. Hvor mye smertelindring som skal påkostes den enkelte pasient er et komplisert spørsmål. Med utgangspunkt i Erikssons (1999) omsorgsteori, kan man forsøke å tilnærme sikker smertelindring med å søke en slags enighet og felles forståelse i tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. En slik enighet er selvfølgelig mer krevende å oppnå dersom pasienten er kognitivt svekket. I et slikt tilfelle må likevel sykepleieren opptre som pasientens representant, men det vil også være naturlig å inkludere lege og andre helseprofesjonelle, samt om mulig pasientens verge og slektninger.

Smertelindring er en sentral del i den palliative fasen og den har mange dimensjoner. Eriksson klassifiserer lidelsen i tre kategorier, sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Disse

kategoriene krever ulik tilnærming: Sykdomslidelse er assosiert med sykdommen egenart og behandling, mens pleielidelsen krever forståelse og respekt for den pasientens verdighet. Resultatene diskutert over (Prem et al. 2011; Stajduhar et al. 2010; Valeberg et al. 2010) indikerer at smertelindring kan vanskeliggjøres av en rekke faktorer av forskjellig art, slik som den individuelle sykepleiers kompetanse og egnethet, sosiale forhold slik som organisasjonsmessige forhold, helsepolitiske begrensninger etc.

Det er rimelig å tro at de mange aspektene av smertelindringen er svært krevende å forholde seg til for en enkelt sykepleier. I praksis blir da også smertelindring – i likhet med de fleste helsetjenester – for det meste ivaretatt av tverrprofesjonelle team. I slike team kan medlemmene til sammen lettere dekke den faglige kompetansen som behøves. Teamperspektivet reduserer samtidig de uforutsigbare sidene ved enkeltindividers innsats og omsorgsevne ((Jespersen, 2001; Lauvås & Lauvås, 2012). På team-nivå er det rimelig å anta at et funksjonelt tverrprofesjonelt team er en viktig forutsetning for å sikre smertelindring. Disse betraktningene kan indikere at smertelindring ikke bare bør forstås på det individuelle plan, men også på bakgrunn av teamarbeid, andre organisasjonsmessige forhold og utdanning. En kan dermed diskutere hvordan en kan sikre optimal smertelindring, for eksempel ved kompetansebygging og utdanningstiltak, teknologiske og medisinske framskritt.

Og en kan videre se Erikssons omsorgsteori som en avgjørende viktighet på grunnleggende nivå, spesielt fordi den vektlegger at omsorgsrelasjonen mellom pleier og pasient ivaretar pasientens verdighet som menneske. I de store helseorganisasjonene er det en fare for at enkeltmennesket reduseres til objekter som administreres og behandles uten å ta hensyn til individets identitet og verdighet. Utfordringen ligger i å etablere en teoretisk beskrivelse for optimal smertelindring i et mye breiere perspektiv, samtidig som omsorgen for individet ivaretas.

6.0 Konklusjon

Til tross for at kreft er en sykdom som rammer mange mennesker viser studier at smerter ved kreftsykdom ikke alltid kan lindres tilstrekkelig. Litteraturstudiet indikerer at palliativ smertelindring kan være mangelfull i den forstand at mange pasienter opplever unødig lidelse. Både pasientens barrierer mot medikamentell smertebehandling og sykepleierens kompetanse og kunnskap om smertelidelse, evne til kommunikasjon og god relasjon, så vel som kjennskap til kartleggingsverktøy for opplevde smerter hos pasienter er av betydning for bedre smertelindring i forhold til kreftpasienter. Litteraturgjennomgangen indikerer videre at undervisning i smertelindring bør vektlegges for å heve kompetansen til sykepleierne i møte med den palliative pasienten. En tillitsfull dialog med mellom pasient og pleier er nødvendig for å tilnærme seg en sikker og felles oppfatning av optimal smertelindring.

Pasientens subjektive opplevelse av smerter må ligge til grunn for all smertebehandling. Det er avgjørende at sykepleieren etablerer et profesjonelt omsorgsforhold til pasienten preget av tillit og innlevelse.

Erikssons teori er et meget sentralt verktøy for å forstå palliative smertelindring ved kreft, men teorien er likevel hovedsakelig begrenset til relasjonen mellom individer. En mer adekvat beskrivelse av smertelindring for kreftpasienter krever også et team-perspektiv; fordi smertelindring i praksis i regelen utføres av helseteam – og ikke enkeltindivider.

Arbeidet med å sikre smertelindring må nødvendigvis foregå på mange plan og engasjere både politikere og helseprofesjonelle. Sykepleieren vil i mange tilfellene måtte arbeide systematisk for å fjerne barrierer til smertelindring, samt framstå som pasientens advokat og representant.

7.0 Referanseliste

Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2012). Svulster. S. Ørn, J. Mjell & B. E. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (1. utg., s. 124- 145). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjørgo, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan, A., M., & T. K. Schjøberg, (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring – handling*. (3. utg., 137- 146). Oslo: Akribe AS

Dalland, O. (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksson, K (1999). *Det lidende mennesket*. Otta: TANO Forlag

Eriksson, K. (2010). *Det lidende menneske*. København: Munksgaard Danmark.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet 15. februar 2015 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Jespersen, T. W. (2001) Cancersmerter. I U. Fasting., & L. Lundorff, (Red.), *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis*. (1. utg., s. 156). København: Munksgaard Danmark

Kaasa, S. (2011) Palliativ medisin- en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. (2. utg., s.31- 40). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kaasa, S. (2011) Eutanasi. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. (2. utg., s.161). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kaasa, S. (2011) Smertediagnostikk. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. (2. utg., s. 290- 294). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kaasa, S., & Borchgrevink, P. C. (2011). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 272- 280). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Klepstad, P., & Kaasa, S. (2011). Opioider. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s.361- 362). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kreftregisteret. (2014, 26. september). Fakta om kreft. Hentet 16. januar fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. (2. utg., s. 161).

Kaasa, S (red.) (2011) *Palliasjon*. (2. utg., s. 37). Oslo: Gyldendal norske forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. (2. utg., s. 161).

Kaasa, S (red.) (2011) *Palliasjon*. (2. utg., s. 208- 245). Oslo: Gyldendal norske forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. (2. utg., s. 161).

Kumar, S. P. (2011). Reporting Characteristics of Cancer Pain: A Systematic Review and Quantitative Analysis of Research Publications in Palliative Care Journals. *Indian Journal of Palliative Care*, 17 (1), 385- 392. Doi: 10.4103/0973-1075.78451

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2012). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget

Lorentsen, B. V., & Grov, K. E. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg., s. 401- 425). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: NSF. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 24. juni 2011 nr. 30*. hentet 30. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%09%20og%20brukerrettighetsloven>

Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S. P., Karthikabu, S., Syned, N., Sisodia, V & Jaykumar, S. (2012). Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. *Indian J Palliat Care*, 18(2), 122-7. Doi:10.4103/0973-1075.100832

Stajduhar, k. I., Thorne, S. E., McGuinness, L & Kim- Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of clinical nursing*, 19 (13/14), 2039-47. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03158

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norske 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

Vedlegg 1: ESAS- Skjema

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 (slapphet = mangel på krefter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsigheit (døsigheit = å føle seg søvrig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsigheit
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 (depresjon = å føle seg nedstemt)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (angst = å føle seg urolig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

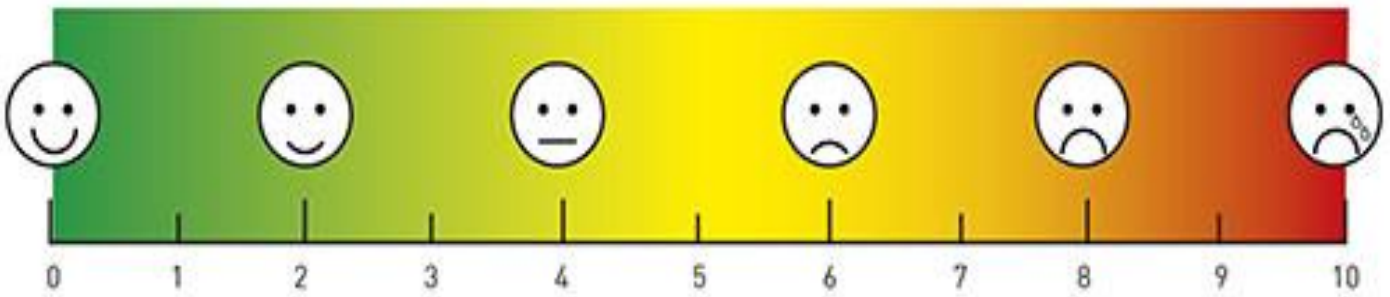
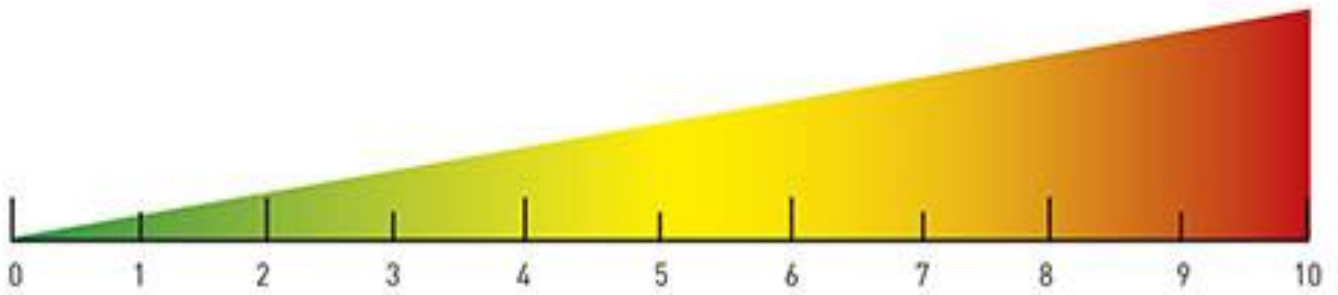
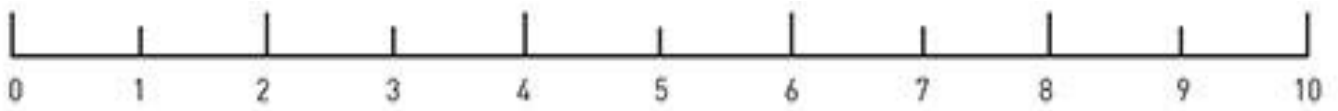
Fyll ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Påørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra påørende eller helsepersonell

(Hentet 30. januar 2015 fra

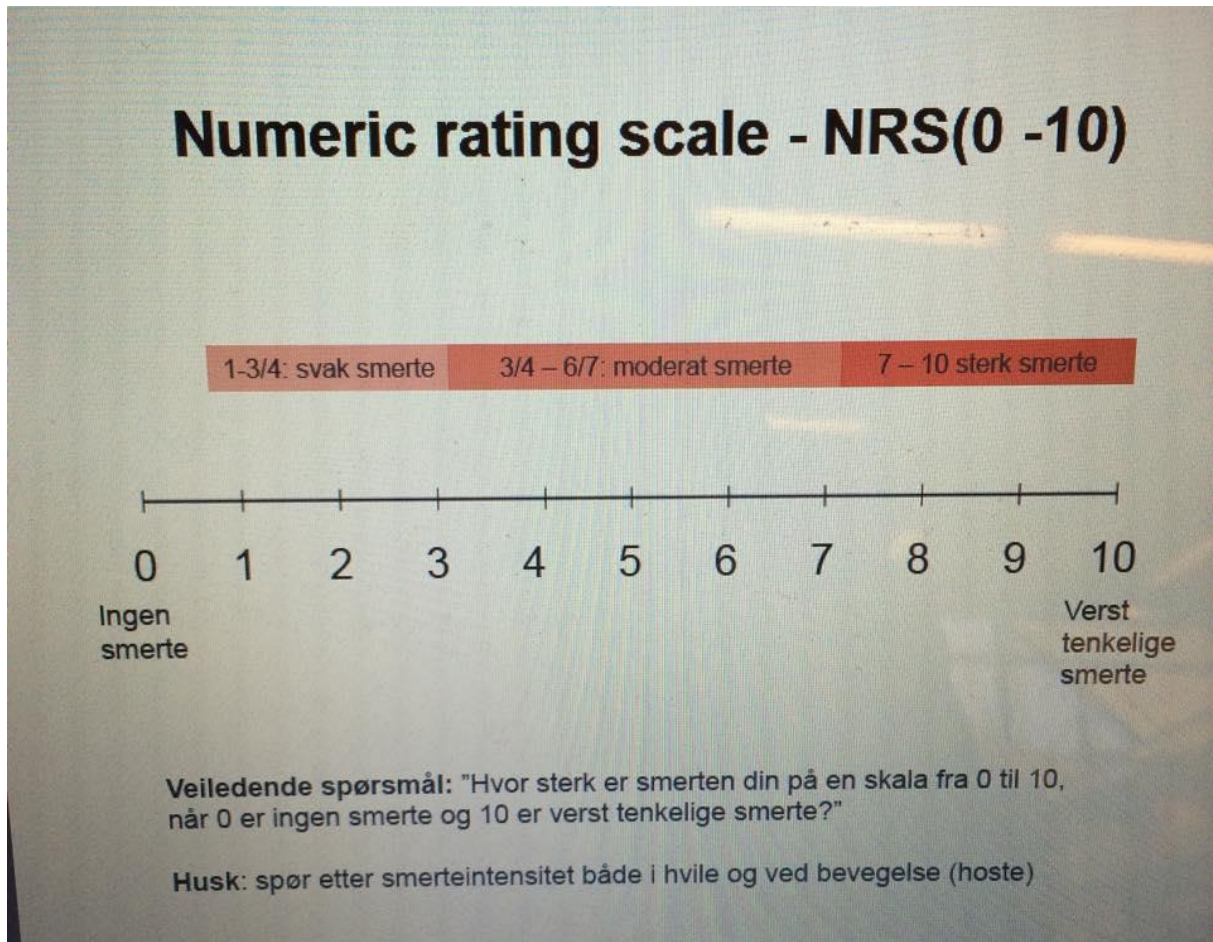
http://haukeland.no/no/omoss/avdelinger/klb/Documents/ESAS/ESAS-r/ESAS_r_NORWEGIAN_version_final1_180112_helse%20vest%20logo.pdf)

Vedlegg 2: VAS Skala



(Hentet 30. januar 2015 fra <http://tidsskriftet.no/article/3136652>)

Vedlegg 3: Numeric rating scale (NRS)



(Hentet 30. Januar 2015 fra

<http://www.norskbornesmereteforening.no/sites/norskbornesmereteforening.no/files/smertevurderingsverkt%C3%B8y/NRS%20og%20verbal%20skala%2020juli2010%20RH%20mappe.pdf>

)

Vedlegg 4: Smertekart

SMERTEREGISTRERING

Smertens karakter:

1. Konstant 2. Ujevn 3. Utløst av bevegelse

A. Verkende	G. Brennende
B. Pulserende	H. Utstrålende
C. Stikkende	I. Sviende
D. Skjærende	J. Ilende
E. Rivende	K. Annet
F. Trykkende	

(Hentet 30. januar 2015 fra http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kreft%20og%20kirurgi/KSLB/ESAS/Kroppskart-smerteregistrering_2014.pdf)

Vedlegg 5: Verbal rating scale (VRS)



Hentet 30. januar 2015 fra:

[https://www.google.no/search?q=Verbal+Rating+Scale+\(VRS\).&biw=1188&bih=565&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=a5XLVOyVL8OwPPX2gIgO&ved=0CAYQ_AUoAQ#imgdii=&imgrc=p4L17zDnCP97dM%253A%3BfPp4HkDpcAU1CM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.ama-cmeonline.com%252Fpain_mgmt%252Fimages%252Fpop_up%252Fvrs_scale.gif%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.ama-cmeonline.com%252Fpain_mgmt%252Fpop_up%252Fpn_scale_verbal.htm%3B390%3B74](https://www.google.no/search?q=Verbal+Rating+Scale+(VRS).&biw=1188&bih=565&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=a5XLVOyVL8OwPPX2gIgO&ved=0CAYQ_AUoAQ#imgdii=&imgrc=p4L17zDnCP97dM%253A%3BfPp4HkDpcAU1CM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.ama-cmeonline.com%252Fpain_mgmt%252Fimages%252Fpop_up%252Fvrs_scale.gif%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.ama-cmeonline.com%252Fpain_mgmt%252Fpop_up%252Fpn_scale_verbal.htm%3B390%3B74)