



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolen i Hedmark
Avdeling Kongsvinger
4BACH

Veronica Holm & Tina Seterlien Haakonsen

Veileder: Åse Leirvik

Smertelindring i palliativ fase

Pain relief in palliative care

Antall ord:12700

Basyk2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Hensikt: Å få økt kunnskap i hvordan pasienter med lungekreft på sykehus kan få optimal smertelindring, og hva som er sykepleierens lindrende funksjon ved smerter i palliativ fase. Vi ønsker også å se på hvordan sykepleieren kan ivareta de psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonene ved lindring av smerter.

Problemstilling: «Hvordan kan vi som sykepleiere lindre smerte hos pasienter med lungekreft i palliativ fase på sykehus?»

Metode: Oppgaven vår er basert på litteraturstudier, der vi har benyttet forskningsartikler, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og erfaringer fra praksis. Vi har brukt databasene; CINAHL og Oria.

Funn: Våre utvalgte funn: Sykepleierens evne til å skape et menneske – til – menneske – forhold, sykepleierens lindrende funksjon og ansvar og ivaretagelse av de fire dimensjonene ved kreft smerter.

Teori: Her presenterer vi teori som vi anser som relevant for å belyse problemstillingen. Vi har valgt å dele teorien inn i tre kapitler. I første kapittel har vi teori om pasienten med lungekreft, det andre kapitlet har vi teori om smerte og det siste kapitlet presenterer vi sykepleierteori.

Konklusjon: I smertelindring er sykepleierens kunnskap, kompetanse, kommunikasjonsferdigheter, respekt og ivaretagelse av de fire dimensjonene viktige punkter i lindring av smerte hos pasienter med lungekreft. Det er viktig at sykepleieren skaper et menneske – til – menneske – forhold gjennom kommunikasjon og gjensidig respekt for å danne et helhetlig bilde av pasientens smerteopplevelse. Gode rutiner ved kartlegging, medikamentell og ikke – medikamentell vil kunne bidra til en bedre smertelindring.

Eg ser

*Eg ser at du e trøtt
men eg kan ikkje gå
alle skrittå for deg
Du må gå de sjøl
men eg vil gå de med deg
Eg vil gå de med deg
Eg ser du har det vondt
Men eg kan ikkje grina
Alle tårene for deg
Du må grina de sjøl
Men eg vil grina med deg
Eg vil grina med deg
Eg ser du vil gi opp
Men eg kan ikkje leva
livet for deg
Du må leva det sjøl
Men eg vil leva med deg
Eg vil leva med deg
Ser at du er redd
Men eg kan ikkje gå
i døden for deg
Du må smaka han sjøl
Men eg gjer død til liv, for deg
Eg gjer død til liv for deg
Eg gjer død til liv for deg
(Bjørn Eidsvåg)*

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valgt tema	5
1.2. Oppgavens hensikt og problemstilling	6
1.3 Avgrensing og presisering.....	6
1.4 Begrepsklaring	7
1.5 Videre oppbygning av oppgaven	7
2.0 Metode	9
2.1 Presentasjon av metoden.....	9
2.2 Veien til kildene	9
2.3 Fremgangsmåte for artikkelsøk.....	11
2.4 Presentasjon av forskningsartiklene	11
2.5 Kildekritikk.....	14
2.6 Etiske overveielser.....	15
3.0 Pasienter med lungekreft	16
3.1 Lungekreft	16
3.1.1 Årsak.....	16
3.1.2 Symptomer	17
3.1.3 Diagnostikk og behandling	17
3.2 Pasienter med lungekreft i palliativ fase	17
3.3 Krise i livets slutfase	18
4.0 Smerter ved lungekreft i palliativ fase	20
4.1 Hva er smerte?	20
4.2 Smertens fysiologi	20
4.3 Kreft og metastasesmerter.....	20
4.4 Medikamentell behandling	22
4.4.1 Smertetrappen	23
4.5 Ikke – medikamentell behandling	23
5.0 Hva er sykepleie?.....	25
5.1 Sykepleierens behandlende og lindrende funksjon	25
5.2 Virginia Hendersons sykepleieteori.....	26
5.3 Joyce Travelbee’s sykepleieteori	27
5.4 Palliasjon.....	29

6.0 Drøfting.....	31
6.1 Det innledende møte med pasienten	31
6.2 Fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonene.....	32
6.3 Observasjon, dokumentasjon og evaluering i sykepleie	35
6.4 Kartlegging av kreft smerter.....	36
6.5 Lindring av smerter med medikamentell og ikke- medikamentell behandling	39
7.0 Konklusjon	42
Litteraturliste:.....	43
Vedlegg 1	51
Vedlegg 2	54
Vedlegg 3	55
Vedlegg 4	56

1.0 Innledning

Vår oppgave handler om smertelindring av pasienter med lungekreft som er i palliativ fase på sykehus. Vi vil ha fokus på hvordan sykepleieren kan bidra til optimal smertelindring. I dette kapitlet vil vi presentere bakgrunn og begrunnelse for valgt tema, oppgavens hensikt og problemstilling, avgrensning og begrepsavklaring, samt legge frem oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valgt tema

Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv i Norge. I 2013 fikk 2856 mennesker kreft i lunge, bronkier og luftrør. Hos 75 %- 80 % av pasientens oppdages sykdommen når den har spredd seg til nærliggende vev, lymfeknuder eller andre organer. Antall kvinner og menn som får lungekreft i Norge har økt kraftig siden krigen. Lungekreft har mye dårligere prognose enn mange andre kreftformer. I 2014 stod lungekreft for i underkant av 20 % av dødsfallene av kreft her i landet (Kreftregisteret, 2016).

På bakgrunn av statistikken ser vi at teamet kreft og smertelindring er sentralt for vår tid. Pasienter med lungekreft kan ha store smerter (Kaasa, 2008). Smerter kan påvirke pasientens livskvalitet (Berntsen, Danielsen & Almås, 2010). Vi mener derfor det er viktig at sykepleiere har kunnskaper og kompetanse for å kunne gi optimal smertelindring. Lindring av plagsomme symptomer som oppstår ved lungekreft er en sentral sykepleieoppgave. Smerter er en subjektiv opplevelse, og må derfor behandles individuelt. Smerter kan påvirke både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonene (Rosland & Tjølsen, 2008). I sykehuspraksisen opplevde vi at pasienter med diagnosen lungekreft ble innlagt, og at årsaken var ofte for smertelindring. Vi opplevde som sykepleierstudenter ulike utfordringer i forhold til smertelindring. En av utfordringene var ved kartleggingen av pasientens smerteintensitet, spesielt når pasienten hadde vanskeligheter med å fortelle om sine smerter. En annen utfordring vi opplevde i praksis var ved administrering av høye doser opioder, der pasienten ikke var tilstrekkelig smertelindret, og sykepleier var usikker i forhold til administrering av medikamentene.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

1.2. Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap i hvordan pasienter med lungekreft på sykehus kan få optimal smertelindring, og hva som er sykepleierens lindrende funksjon ved smerter. På grunnlag av dette har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan vi som sykepleiere lindre smerte hos pasienter med lungekreft i palliativ fase på sykehus?»

1.3 Avgrensing og presisering

I oppgaven vil vi ta for oss sykepleierens lindrende funksjon ved smertelindring hos pasienter med lungekreft med metastaser til skjelett som er i palliativ fase på sykehus. Vi har valgt å fordype oss i det å lindre smerte i palliativ fase. Med palliativ fase mener vi at pasientene har avsluttet den kurative behandlingen, hvor kreften har kommet til et punkt der sykdommen er uhelbredelig og det kun er nødvendig med smertelindring. Det avgrenses ikke til kjønn, men alder i form av voksne. Grunnen til at vi har valgt pasienter med skjelettmetastaser er fordi denne typen spredning kan oppstå når som helst i sykdomsforløpet, og smertene kan ofte være sterke.

Først i oppgaven kommer vi til å presentere hva kreft og lungekreft er da det er viktig at sykepleierne har kunnskap om dette når en skal lindre kreftsmarter som forårsakes av selve kreften. Vi kommer til å utdype hvordan det er å ha lungekreft i palliativ fase og hvordan smerte kan påvirke de fire dimensjonene. Vi støtter oss til en dokumentar fra NRK som handler om Reiduns kamp, der hun forteller hvordan det er å leve med en uhelbredelig sykdom. Her får vi se de ulike aspektene ved en livskrise og hvordan håp kan bidra til styrke hverdagen med en uhelbredelig sykdom (Markussen, 2011). Vi kommer til å gå inn på sykepleierens funksjonsområder som er vesentlig for å oppnå god smertelindring, herunder kartlegging av smerte, observasjon, evaluering – og dokumentasjon. Vi vil også se på betydningen av medikamentell – og ikke medikamentell behandling som smertelindrende tiltak. Vi kommer ikke til å gå inn på ulike medikamenter i drøftingen, men velger å nevne det i teoridelen innunder smertetrappen, for å få forståelse om hva smertetrappen innebærer.

Det er viktig å presisere at forordning av medikamenter er en legeoppgave. Vi har valgt kun å fokusere på hva sykepleierne kan bidra med i smertelindringen. Vi kommer ikke til å nevne noe om hvilke bivirkninger som kan oppstå ved medikamentell behandling.

Vi har valgt å støtte oss på sykepleieteoretikerne Virginia Henderson og Joyce Travelbee. Travelbee sin interaksjonsteori handler om å etablere et menneske-til-menneske-forhold, der håp og kommunikasjon er to viktige redskaper for å mestre lidelse (Travelbee, 2001). Vi anser derfor at hennes teori passer inn vår oppgave fordi vår problemstilling handler om kreft og smerter, som er faktorer for dårlig livskvalitet og håpløshet. Henderson sin behovsteori har vi valgt på bakgrunn av hennes 14 funksjonsområder som omhandler pasientens grunnleggende behov (Henderson, 1998). Vi mener det er viktig å dekke pasientens grunnleggende behov i den palliative fasen for å kunne gi optimal smertelindring.

På grunn av oppgavens ord- og tidsbegrensinger vektlegges ikke de pårørende, men fokuset blir på pasienten og sykepleierrollen.

1.4 Begrepsklaring

Her vil vi kort forklare og definere begrepene i vår problemstilling.

Sykepleierens funksjon består i å fremme helse og forebygge sykdom, behandle, lindre, rehabiliterer og habiliterer, undervise, veilede, organisere, administrere og lede. Samt tilegne seg nye kunnskaper for å kvalitetssikre arbeidet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Hovedmålet med **smertelindring** er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser. Sykepleieren må ha tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene og hvordan de kan forebygges og behandles (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Kreft er en gruppe celler som deler seg ukontrollert. **Lungekreft** kan deles inn i ikke – småcellet og småcellet, hvor den småcellet er mest aggressiv (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

Palliativ fase defineres til å gjelde fra sykdommen ikke lenger kan helbredes, inntil død (Tellugen, s.a). Pasienter i palliativ fase av sykdommen har behov for omsorg, pleie og behandling, og en bred tilnærming mellom profesjonene (Kaasa, 2008).

1.5 Videre oppbygning av oppgaven

Vi har valgt å dele inn vår oppgave i kapitler.

Kapittel 1 inneholder innledning med bakgrunn og begrunnelse for valgt tema, oppgavens hensikt og problemstilling, og til slutt avgrensning og begrepsavklaring.

I kapittel 2 definerer og presenterer vi metode, veien til kildene, fremgangsmåte for artikkelsøk, presentasjon av forskningsartiklene, kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3 inneholder teori om lungekreft og hvilke utfordringer lungekreftpasienter har i palliativ fase.

Kapittel 4 inneholder teori om smerte. Her skriver vi om hva smerter er, smertens fysiologi, kreft og metastasesmerter, medikamentell behandling, smertetrappen og ikke- medikamentell behandling.

Kapittel 5 inneholder sykepleieteori. Vi skriver først om sykepleierens lindrende og behandlende funksjon. Videre skriver vi om Virginia Henderson og Joyce Travelbee, og til slutt skriver vi om begrepet palliasjon.

I kapittel 6 drøfter vi vår problemstilling opp mot teorien.

I kapittel 7 kommer vår konklusjon.

2.0 Metode

I følge Dalland (2012) er metode en fremgangsmåte og et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metodedelen sier noe om hvordan vi kan fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Å være metodisk stiller ikke bare krav om ærlighet og sannhet, men også tenke og systematisere våre tanker.

2.1 Presentasjon av metoden

I en litteraturstudie skal besvarelsen bygge på relevant fag – og forskningslitteratur og egne praksiserfaringer (Dalland, 2012). I følge skolens retningslinjer skal denne oppgaven baseres på litteratur hvor vi fordyper oss i et selvvalgt tema.

I dette kapittelet vil vi gå mer i dybden på hvordan vi har funnet relevant litteratur og hvorfor den er viktig i forhold til vår bacheloroppgave. I besvarelsen har vi valgt å bruke forskningsartikler som er kvantitative og kvalitative studier.

En kvantitativ studie er en metode som gir data i form av målbare enheter. En slik metode fremstiller grafer, tabeller og andre statistiske målinger i en studie. Metoden bruker tall for å få et målbart resultat (Dalland, 2012).

En kvalitativ metode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer ved hjelp av intervjuer eller observasjoner. Disse to metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan hvert enkelt individ, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012).

2.2 Veien til kildene

I denne litteraturstudie har vi valgt å benytte oss av litteratur som er relevant til sykepleierutdanningen. For å finne relevant litteratur som belyser vår problemstilling har vi brukt pensumlitteratur fra skolen. For å bygge på pensumlitteraturen har vi valgt selvvalgt litteratur som vi har markert med stjerne i litteraturlisten. Den selvvalgte litteraturen er funnet via relevante bøker og gjennom kjente databaser som vi er anbefalt via skolen og som vi mener er sikre kilder.

Hva er våre hovedkilder?

I bacheloroppgaven kommer vi til å benytte oss av forfattere vi vet har dokumentert fagkompetanse innen palliasjon og smerte for å kunne besvare vår problemstilling.

Sykepleieteorien vi har valgt bygger på Virginia Henderson behovsteori, og tar høyde for menneskets grunnleggende behov som utgjør sykepleierens mest sentrale oppgave. Vi har også valgt å bruke Joyce Travelbees interaksjonsteori, som bygger på menneske – til – menneske – forhold, menneskesyn og lidelse, kommunikasjon, håp og disiplinert intellektuell tilnæringsmåte i kombinasjon med en terapeutisk bruk av seg selv.

Vi brukte først «*Grunnleggende sykepleie bind 1*» (2011) av Nina Jahren Kristoffersen som er sykepleier og har tatt eksamen i sykepleievitenskap ved Universitet i Oslo, for å finne informasjon om Henderson og Travelbee sin sykepleieteori (Gyldendal, 2010). Etersom dette er pensumlitteratur anser vi denne som troverdig, men siden dette er en sekundærkilde ville vi heller benytte primærkilden som er Virginia Hendersons bok; «*Sykepleierens natur*» og Joyce Travelbee sin bok; «*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*».

Vi har valgt å bruke mye litteratur av Stein Kaasa. Han er en norsk prisbelønt kreftforsker, også kjent innen palliativ behandling og smertelindring (Stein Kaasa, 2016). Tittelen på boken er «*Palliasjon*» og er 2.utgave av den nordiske læreboken som samlet tar for seg palliativ behandling og pleie av pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (Gyldendal, 2010).

Vi har også valgt å bruke litteratur av Tone Rustøen som er forsker for sykepleievitenskap. Hun har publisert flere artikler om livskvalitet, håp, smerter, symptomer og andre plager, og har også skrevet lærebøker om emnene (Cappelen Damm, s.a.). Boken vi har brukt heter «*Ulike tekster om smerte*». Boken kaster et lys over områder som kanskje ikke har vært så mye fokusert på i tidligere lærebøker om smerte.

Vi har også brukt boken «*Kreftsykepleie: Pasient – utfordringer – handling*», i denne boken har alle forfatterne spesialkompetanse på sine fagområder og en solid forankring i praksis. Boken blir brukt som pensumlitteratur ved videreutdanning i kreftsykepleie og videreutdanning i palliasjon (Cappelen Damm, s.a.).

Vi har valgt å støtte oss på dokumentaren «*Reiduns kamp – en usminket fortelling om lungekreft*». Vi har valgt denne dokumentaren da hun er åpen om sin kamp om kreftsykdommen og hvordan det er å leve med lungekreft.

2.3 Fremgangsmåte for artikkelsøk

Ved søk av forskningsartikler har vi brukt anerkjente internasjonale databaser som Høgskolen i Hedmark har anbefalt. Vi benyttet oss av databaser som SveMed+, Oria, CINAHL, Cochrane library, Medline, Pubmed og Sykepleien.no. Vi endte opp med å bruke artikler fra CINAHL og Oria. Vi har to artikler fra Oria, hvor den ene henviste oss videre til CINAHL. Vi har derfor fem artikler fra CINAHL som vi har brukt. Til sammen har vi seks forskningsartikler som vi mener er aktuelle for å besvare vår problemstilling.

Søkeordene som ble brukt er: *Hope, cancer, pain, neoplasms – complication, terminal care, modified esas, cancer, experience, pain management, palliative care, analgesic ladder, neoplasms, clinical competence, palliative nursing, palliativ fase og smertelindring*. Vi har brukt bindeordet *and*, og satt søkeordene i ulike kombinasjoner og rekkefølge og avgrenset søkene fra 2000 til 2016, full tekst og engelsk språklige artikler. Vi begynte å se på titlene til artiklene først, deretter leste vi abstraktet hvor vi fikk innsikt i hva artiklene handlet om. Vekket dette interesse i oss, gikk vi mer inn i dybden og leste innledning og resultat/konklusjon med sjekklisteskjemaene som kvalitetssikring.

2.4 Presentasjon av forskningsartiklene

Retningslinjene for bacheloroppgaven vår krever at vi må anvende minst fire forskningsartikler, hvor to av dem må være på engelsk. Her vil vi presentere forskningsartiklene vi har funnet, et mer oversiktlig skjema følger med som vedlegg.

1) The relations among hope, pain, psychological distress, and spiritual well – being in oncology outpatient (Rawdin, Evans & Rabow, 2013).

Denne forskningsartikkelen handler om en studie gjort for å se på relasjon mellom håp og kreftsmerte. Studien legger vekt på at det ikke finnes noen signifikant relasjon mellom håp og kreftsmerte, men heller en mulig likning mellom kreftsmerte og den spirituelle og åndelige tilstanden til pasienten. Studien er utført med kvalitativ metode og 78 pasienter, som var under behandling for kreft, deltok på en demografisk spørreundersøkelse ved bruk av ulike skjemaer som tok for seg angst og depresjon og åndelige bekymringer.

Vi valgte å ta med studien da den legger til grunn at håp er relatert til bestemte dimensjoner av smerteopplevelsen.

2) Pain control at the end of life, a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients (Steindal, Bredal, Sørbye & Lerdal, 2011)

Hensikten med denne studien var å finne ut om det var forskjell på dokumentasjon av smerte hos pasienter med kreft og pasienter uten kreft. De ville også undersøke hvilke smertestillende som ble administrert hos dødende kreftpasienter sammenlignet med andre pasienter de siste tre dagene av livet. Studien er utført med kvalitativ metode hvor det ble utført intervju av 220 pasienter på sykehus (120 døde av kreft og 110 døde av andre årsaker). Resultatene viste at helsepersonell dokumenterte mer smerte hos pasientene med kreft, enn hos pasientene uten kreft, de siste tre dager av livet. Den viste også at dokumentasjonen av smertens intensitet ble dårligere dokumentert når pasientene døde av andre årsaker enn kreft. Det ble allikevel dokumentert at styrken på smerten var fire ganger høyere hos de med kreft enn de uten, og at de fikk fire til fem ganger mer smertestillende.

Vi valgte denne studien fordi vi mener den er relevant da den beskriver smertens frekvens, smertens egenskap og smertebehandling hos pasienter som er innlagt på sykehus i livets slutfase.

3) Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines (Slåtten, Fagerstrom & Hatlevik, 2010).

Denne studien tar høyde for hvordan sykepleiere kan skaffe seg gode rutiner og kompetanse ved å bruke ESAS som en systematisk tilnærming til å bedre kvaliteten på sykepleien. ESAS gir gode rutiner for smertekartlegging og den har evnen til å identifisere manglende omsorg. Studien viser at det er manglende kompetanse blant sykepleiere innen den palliative omsorgen og den understreker at rikelig med kompetanse er helt avgjørende for gode pleierutiner. Artikkelen er utført med kvalitativ metode, og ble utført blant 235 tidligere bachelor studenter.

Vi valgte denne forskningsartikkelen da den ser på viktigheten med god kompetanse og gode rutiner for å få en optimal palliativ omsorg.

4) Use of modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patients and staff experiences (Baba, Fransson & Lindh, 2007).

Studien er utført med kvalitativ metode og vil vurdere gjennomførbarheten av et modifisert ESAS – skjema for overvåking av symptomer ved onkologisk og palliativ omsorg. Metoden sier at ESAS- skjema ble utlevert til 28 pasienter med langtkommet kreft, samt at det ble delt ut et spørsmålsskjema til personalet om bruk av ESAS. Her skulle pasientene på den ene siden og personalet på den annen oppgi sin mening om ESAS. Studien viser at 11 av de 21 ansatte mente at ESAS er et godt verktøy til å samle inn informasjon om pasientens symptomer. 17 av de 24 pasientene som deltok svarte at ESAS var enkelt å fylle ut.

Vi valgte denne studien da den er svært relevant for oss og omhandler både pasienters og sykepleierens syn på ESAS – skjemaet. I studien konkluderer deltakerne med at ESAS er lett å anvende og bør benyttes som et kartleggingsverktøy for daglig rutine.

5) The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it?(Ferreira, Kimura & Teixeira, 2006).

Dette er en studie som handler om evaluering av pasienter med kreftsmerte som behandles i henhold til Verdens helseorganisasjon Organization (WHO) sin smertetrapp. Smerte er et stort problem ved behandling av kreft. Resultatet viste at 45 – 100% av pasientene ble smertelindret tilstrekkelig ved bruk av smertetrappen. Noen opplevde uheldige bivirkninger ved bruk av smertetrappen, som for eksempel forstoppelse. Det konkluderes med at riktig bruk av smertetrappen avhenger av kunnskaper om interaksjoner og bivirkninger. Studien er en kvantitativ metode da den har undersøkt rapporter og baserer seg på disse opplysningene.

Vi valgte å ta med denne forskningen fordi den konkluderer med at smertetrappen kan være et hjelpemiddel for sykepleiere, slik at pasientene kan oppnå optimal smertelindring. Med forbehold om at sykepleiere har gode kunnskaper.

6) Cancer- related pain in palliative care: patients perceptions of pain management (Bostrøm, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2003)

I denne studien tar de høyde for at smerte er et stort problem for mange pasienter med kreft, tross mange retningslinjer og behandlingsalternativer som er relatert til kreftsmertesmerter. Studien er en kvalitativ metode hvor pasientene beskrev 10 forskjellige oppfatninger av smerte og smertebehandling som ble oppsummert i 3 kategorier; kommunikasjon, planlegging og tillit.

Pasientene uttrykte at de ønsket et mer åpent og ærlig dialog med helsepersonell. Den ser også på hvordan sykepleiere håndterer pasienter med kreftsmerte i en palliativ fase.

Vi valgte denne studien da den ser på viktigheten av hva som er best for pasienten når det kommer til smerte i en palliativ fase.

2.5 Kildekritikk

Dalland (2012) skriver at i kildekritikk skal du være i stand til å forholde deg kritisk til kildematerialet du bruker i en oppgave. For å fastslå om en kilde er god, må de vurderes å karakteriseres i forhold til relevans og pålitelighet. Det fins to typer kildekritikk; den første handler om hjelp til å finne frem den litteraturen som best mulig kan belyse vår problemstilling, den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen vi har benyttet i bacheloroppgaven. Som nevnt tidligere har vi benyttet oss av primær – og sekundærlitteratur, da dette gjør bacheloroppgaven vår mer troverdig. Ved primærkilder presenterer forfatteren den litteraturen og forskningen han selv har skrevet, og vi har derfor lagt mest vekt på denne type litteratur fordi vi anser dette som den sikreste kilden. Sekundærkilder er kilder som bygger på primærkilden ved å referere og henviser.

I bacheloroppgaven vår har vi hele tiden vært bevisst på å se på kildens kvalitet som handler om hvilken type kilde det er og hvor troverdig (gyldig) den er og hvilken ekthet (holdbarhet) den har. Vi har også sett på relevans som innebærer hvilke verdi kilden har i forbindelse med de spørsmålene vi ønsker å undersøke (Dalland, 2012).

For å besvare bacheloroppgaven vår har vi benyttet pensumlitteratur fra bachelorutdanningen i sykepleie og selvvalgt pensumlitteratur for videreutdanning i kreft og palliasjon og forskning for å bygge oppunder pensumlitteraturen.

Vi benyttet oss av kunnskapscenteres sine internasjonale *sjekklister* for kvalitative og kvantitative(RCT) studier. Sjekklistene er et verktøy for kritisk vurdering av forskningsartiklene. Ved kritisk vurdering må følgende forhold vurderes slik; «*Kan vi stole på resultatene?*», «*Hva forteller resultatene?*» og «*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*» (Kunnskapscenteret, 2016).

De engelske artiklene har til tider vært utfordrende og fortolke og vi håper at vi har klart dette på en redelig måte.

2.6 Ethiske overveielser

Dalland (2012) skriver «når opplysninger ikke på noe som helst vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte eller gjennom navn eller personnummer, eller indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, da er opplysningene anonymisert». I drøftingsdelen vil vi benytte oss av praksiserfaringer, hvor sted og personer vil være anonymisert, dette for å ivareta vår taushetsplikt.

3.0 Pasienter med lungekreft

I dette kapitlet vil vi presentere teori om lungekreft og se på ulike utfordringer pasienter med lungekreft har i palliativ fase. Vi har valgt å støtte oss på en dokumentar om lungekreft for å få et innblikk i hvordan det er å leve med sykdommen.

3.1 Lungekreft

Kreft er en samlebetegnelse på en rekke ulike krefttyper, som har mange like fellestrekk, men som også skiller seg fra hverandre. Med det vil derfor sykdomsforløpet, behandling og overlevelses statistikk være varierende fra pasient til pasient (Grasdahl, s.a).

Kreft er en gruppe celler som deler seg ukontrollert. Kroppen vår produserer hele tiden nye celler til erstatning for de cellene som dør. Nye celler oppstår ved at celler dobler sitt arvestoff, det vil si DNA, og deler seg i to. Ved kreftceller har det oppstått en mutasjon eller skade i cellens arvestoff, DNA. Dette medfører i en ukontrollert celledeling og at cellene mister sine egenskaper. Etter hvert som disse kreftcellene fortsetter med en ukontrollert celledeling vil det oppstå en ansamling av kreftceller i vevet eller organet der kreften startet. Det dannes dermed en kreftsvulst, som får navnet ut i fra den type celler som er i ukontrollert vekst. For eksempel gir ukontrollert cellevekst i lungene, lungekreft (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011; Grasdahl, s.a).

Alle kreftceller har to viktige bestanddeler som kalles tumorceller og støttevev. I en malign krefttype er det tumorcellen som har evne til å spre seg videre til vev eller andre organer. Støttevev ligger ved siden av tumorcellene som består av bindevevsceller, blodkar og bindevevsfibere (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

Lungekreft deles inn i ikke – småcellet og småcellet lungekreft. Ikke – småcellet lungekreft er den hyppigste og utgjør 70 – 80 % av lungekrefttilfellene. Småcellet lungekreft, som utgjør ca 20 % av tilfellene, er den mest aggressive lungekrefttypen. Denne typen kreft gir opphav til en rask vekst med tidlig spredning (Mjell, 2011; Simonsen, 2016).

3.1.1 Årsak

Hovedårsaken til lungekreft er røyking. Risikoen for å utvikle lungekreft øker med antall sigaretter som røykes daglig. Sykdommen kan derfor forbygges ved å unngå røykestart eller bli eksponert av stråling, asbest, tungmetaller og industrielle karsinogener (Mjell, 2011; Simonsen, 2016).

3.1.2 Symptomer

Lungekreft kan gi symptomer i luftveiene og diffuse smerter i kroppen på grunn av spredning til andre organer. Symptomene på lungekreft kan variere fra person til person, avhenger av kreftens beliggenhet og størrelse. De vanligste symptomene er smerter i brystet ved at lungevevet har falt sammen som kan gi gjentagende luftveisinfeksjoner (pneumoni).

Luftveisinfeksjonene kan også komme av at svulsten blokkerer bronkiene. Disse tilstandene kan medføre kortpustet, hoste og blodig oppspytt (hemoptyse). Lungekreft kan også gi allmenne symptomer som slapphet, nedsatt appetitt, vekttap og lett feber (Simonsen, 2016 ; Mjell, 2011).

3.1.3 Diagnostikk og behandling

Diagnosen lungekreft stilles ved røntgen thorax og CT – undersøkelse av thorax og øvre abdomen. Hvis det er mistanke om spredning til skjelettet, kan det tas en skjelettscintigrafi som er en bildeundersøkelse som brukes for å påvise ulike forandringer i skjelettet. Ved å ta en mikroskopisk undersøkelse av ekspektorat eller av bronkial skyllevæske kan en i mange tilfeller gjenkjenne kreftcellene og med det gi grunnlag for typebestemmelse av lungekreften (Simonsen, 2016 ; Mjell, 2011).

Behandlingen av lungekreft blir avgjort ut i fra den histologiske diagnosen kombinert med kreftens lokalisasjon, størrelse og graden av spredning (Mjell, 2011). I det moderne samfunn består behandlingen ofte av en kombinasjon av kirurgi, strålebehandling og cytostatika (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

3.2 Pasienter med lungekreft i palliativ fase

Det å få en kreftdiagnose er en belastning i seg selv. De fleste pasientene vil reagere med redsel, fortvilelse, uvirkelighetsfølelse og sjokk. Belastningen blir enda større hvis man får vite at sykdommen ikke kan kureres, de må forsones seg med at helbredelse ikke er mulig, og at livet vil ta slutt (Kaasa, 2008). Ved ubehandlet småcellet lungekreft er gjennomsnittlig levetid på ca. 3 måneder fra diagnosetidspunkt (Mjell, 2011). Derfor vil lungekreft pasientene komme raskt over i palliativ fase. Pasientene med lungekreft vil ha store belastninger med både bivirkninger av medikamenter, men også selve den fysiske smerten som sykdommen gir, noe som påvirker både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonene. I den palliative fasen vil mange måtte kjempe seg gjennom utfordrende og ubehagelige plager. Disse plagene vil mer eller mindre være en stor påkjenning for pasientene (Kaasa, 2008).

I dokumentaren fra NRK om *Reidunns kamp – en usminket fortelling om lungekreft* får vi et innblikk i hvordan det er å leve med en dødelig kreftdiagnose. Reidun ville lage en dokumentarfilm for å gi et ansikt til en gruppe kreftpasienter, og komme med en anbefaling om og ikke begynne å røyke. Reidun hadde røyket siden hun var 11 år. Hun var en av de 2600 nordmenn som hvert år fikk denne diagnosen. I dokumentaren forteller hun om når hun fikk sjokkbeskjeden og at dette var ubegripelig for henne. Det kommer tydelig frem at både cellegiftbehandling - og strålebehandling var en stor påkjenning på kroppen både fysisk og psykisk. Reidun forteller at hun hadde et håp om å bli såpass frisk at hun kunne drive ute i hagen. I dokumentaren ser vi ei dame som kjemper sin livs kamp for å bli kreftfri. Da hun fikk beskjed om at kreften hadde spredd seg så vi tydelig nedturen hun fikk og dokumentaren skildrer tankene hun gjorde seg i etterkant. Reidun forteller, i dokumentaren, at hun ikke fryktet døden, «Jeg kan ikke være redd for noe jeg ikke vet hva er». Reidun fikk kreftdiagnosen i starten av januar 2011 og den 7. august 2011 sovnet Reidun stille inn. Hun ble en av de 2000 menneskene i Norge som døde av lungekreft i 2011 (Markussen, 2011).

3.3 Krise i livets slutfase

Pasienter som får beskjed om at de har kreft som ikke kan helbredes vil reagere forskjellig på slike triste budskap. Dette avhenger av personligheten til pasientene, der livsstil og livsform påvirker dette. Mennesker som bruker fornektelse til forsvar, vil ty til fornektelse også i denne nye situasjonen. Pasienter som er vant til å se vanskeligheter i øynene, vil også gjøre dette her. Det er derfor viktig at sykepleier blir kjent med pasientene og kartlegger deres sterke og svake sider (Kubler- Ross, 1973; Sæteren, 2010).

De fleste pasienter som er i livets slutfase vil gå igjennom fem stadier. Det første stadiet er *fornektelse*, som er vanlig hos pasienter som får beskjed om at de kommer til å dø. Fornektelse er en forsvarsmekanisme som har til hensikt å redusere den overveldende angsten som døende pasienter kan oppleve. Fornektelse kan være nyttig, men den kan føre til at pasientene hemmes i bearbeidingen av det vonde som skjer. Pasientene sitt forsvar skal behandles med stor varsomhet, og sykepleieren må respektere den indre tilstanden vedkommende er i. Det andre stadiet handler om *raseri*, som oppstår når sannheten går opp for pasientene. Raseri er en vanlig reaksjon når vi opplever noen som er urettferdig. Det kan være vanskelig for personalet og pårørende å forholde seg til pasientens raseri, dersom de ikke forstår at det er et uttrykk for frykt. Det blir viktig at sykepleier informerer pårørende at

årsaken til pasientenes raseri ikke er deres skyld. Det tredje stadiet er *byttehandel*, som er mindre kjent, men er til like stor hjelp for pasientene, om enn bare for korte tidsperioder. Når pasientene innser at sykdommen kan føre til døden, kan pasientene forsøke å byttehandle med Gud for å utsette det unngåelige. Fra barndommen har vi lært at god oppførsel kan i enkelte tilfeller føre til belønning. Det er den samme mekanismen som tas i bruk, og som nå rettes mot Gud. Det fjerde stadiet er *depresjon*, som oftest er knyttet til erkjennelsen av ulike former for tap. Pasientene bør ikke oppmuntres til å se på tingenes lyse sider. Pasientene er i ferd med å miste alt og alle dem er glad i. Hvis pasientene får lov til å gi uttrykk for sin sorg, vil det bli lettere for dem å finne frem til en endelig godtagelse. Depresjonsstadiet kan være preget av stillhet. Under den forbedrende sorgen er det lite behov eller ikke noe behov for ord. Sykepleieren kan være tilstede, gi en respons ved en vennlig berøring eller bare sitte sammen. Det siste stadiet er *godtagelse*. Hvis pasientene har hatt nok tid og har fått hjelp til å arbeide seg gjennom de stadiene som er nevnt ovenfor, vil han nå et stadium som hverken er preget av depresjon eller sinne. Pasientene har hatt mulighet til å sørge over tap av mennesker og steder dem er glad i, og dem vil se slutten i møte med rolig forventning. Det er imidlertid ikke alle pasienter som opplever dette. Men likevel har alle behov for og rett til å bli behandlet med respekt og verdighet (Kubler- Ross, 1973; Sæteren, 2010).

4.0 Smerter ved lungekreft i palliativ fase

Pasienter med kreft har ofte flere typer smerter samtidig. Smerteproblemet er størst ved kreftformer som har spredning til skjelett, som blant annet lungekreft (Lorentsen & Grov, 2010). Gjennom tilegnet kunnskap ser vi at smerter kan påvirke de fysiske, psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle dimensjonene. I dette kapitlet skal vi ta for oss hva smerte er, kreft- og metastasesmerter, medikamentell behandling, smertetrappen og ikke-medikamentell behandling.

4.1 Hva er smerte?

Uttrykket «smerte» brukes for å beskrive vanskelige følelser og for å beskrive den sanseopplevelsen vi får etter vi har skadet oss, for eksempel når vi brenner oss på en kokeplate, slår borti ting eller vrikker ankelen. Denne tosidigheten i smertebegrepet, emosjonell opplevelse versus sanseopplevelse, er viktig for å kunne forstå smertepasienten (Stubhaug & Ljås, 2008). Det eksisterer ulike smertedefinisjoner, men til klinisk bruk er det McCafferys definisjon fra 1968 som er mest kjent. Han definerer smerte som «det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008, s. 51). En slik definisjon på smerte poengterer det subjektive aspektet ved smerte, og markerer at når en pasient sier at han har vondt, skal sykepleiere gi umiddelbar respons. Det er kun pasienten som kan beskrive og definere sin smerteopplevelse (Bjørø & Torvik, 2008).

4.2 Smertens fysiologi

En sansecelle er en celle som omformer bestemte påvirkninger til elektroniske signaler som nervesystemet kan behandle. Smertesansen kommer i en klasse for seg, da denne sansen ikke er knyttet til en bestemt type påvirkning, men gir en klar følelse av ubehag ved de fleste formene for skadelig påvirkning på kroppen. De nerveimpulsene som skaper smerte dannes i frie nerveender til spesielle sensoriske nervefibrer. I nerveendene til de sensoriske nervefibrene fins det smerterespertorer som kalles nociseptorer. Ved nevrogen smerte utløses de i andre steder i smertebanen enn i de frie nerveendene. I ryggmargen blir smertefibrene dannet til stimulerende synapser med nerveceller som leder nerveimpulsene opp til hjernen hvor signalene blir bearbeidet (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006).

4.3 Kreft og metastasesmerter

Kreftsmarter kan deles inn i kroniske, akutte, nociseptive og nevropatiske smerter. Med akutte smerter menes smerter som er alt fra kortvarige fra noen minutter til 3 måneder. Ved kroniske smerter menes smerter som varer mer en 3 til 6 måneder. Nociseptive smerter kan deles inn i

somatisk og visceral, hvor somatisk smerte er knyttet til skjelettmuskulatur, bindevev, knokler og ledd. Mens visceral er knyttet til smerte i innvollsorganer (Sand et al., 2006). Nevropatisk smerte forårsakes av en primær skade eller en dysfunksjon i nervesystemet (Stubhaug & Ljoså, 2008).

En spesiell form for akutt smerte og kronisk smerte er såkalt gjennombruddsmerte og grunnsmerte. Gjennombruddssmerten er smertetopper som kommer i tillegg til grunnsmerten. Smertene kan oppstå ved hoste, matinntak, bevegelse eller toalettbesøk.

Gjennombruddssmerter er vanligvis intense og kortvarige mellom 15 til 20 minutt og de kan både være nociseptive og nevropatiske (Stubhaug & Ljoså, 2008; Lorentzen & Grov, 2010; Rustøen, Torvik, Valeberg, Utne & Stubhaug, 2008).

Pasienter med en uhelbredelig krefttype har som regel kroniske smerter med akutte episoder som ofte skyldes selve tumoren, behandling eller metastaser (Kaasa & Borchgrevink, 2008).

Metastaser til skjelett er hyppigst ved svulster i lungene, brystkreft og prostatakreft.

Metastasesmerter gir ofte en murrende og verkende smerte. Smertene kan øke i intensitet ved bevegelse og belastning, dette gjelder spesielt ved affeksjon av ryggsøylen og bekkenet eller underekstremitetene. Det er fordi disse kroppsdelene bærer vekten av kroppen vår.

Antitumorbehandling av alle typer, kan gi smerter hos lungekreftpasienter. Ved kirurgi kan nervene skades, og strålebehandling kan føre til fibrose og smerter. Cellegift kan gi forandringer i kroppen som er smertefulle og føre til nedsatt funksjon i flere nerver (Bjørgero, 2010).

Smerte er et sammensatt fenomen (Kaasa, 2008). Smerte består av en opplevelse og et sanseinntrykk som bearbeides i sentralnervesystemet som påvirkes av de fysiske, psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle dimensjonene (Rosland & Tjølsen, 2008). Lindring av fysiske smerter og andre symptomer og plager står derfor helt sentralt (Helse – og omsorgsdepartementet, 1999).

Når man lever med sterke kreftmerter utsetter man kroppen for tilleggs plager som kvalme, angst, depresjon og søvnproblemer. Angst, depresjon og fortvilelse er psykiske smerter som ofte oppstår ved en alvorlig, dødelig sykdom og kan forsterke smertene. Mange kan kjenne på den sosiale smerten i form av ensomhet ved en livskrise. Den eksistensielle/åndelige smerten handler om at pasienten ikke ser en mening med livet eller lidelsen. Tanker om fremtiden og religiøse spørsmål kan melde seg (Svendsen, s.a.).

4.4 Medikamentell behandling

«Medikamentell behandling og antitumorbehandling utgjør til sammen behandlingen hos mer enn 95% av alle pasienter med kreftsmarter» (Bjørøgo, 2010, s 203).

Den medikamentelle behandlingen skal være peroral lengst mulig, fordi det er lettest for pasientene. Ved god planlegging og riktig gjennomføring av analgetika kan 90-95% av kreftpasientene bli optimalt smerte lindret. Bivirkningen kan forekomme, og det kan gi dårligere resultat (Bjørøgo, 2010).

Kreftsykdommen fører med seg flere plager som angst, depresjon og nedsatt kraft. Det er viktig for pasientens livskvalitet at problemene blir behandlet samtidig som smertene. Angst og depresjon vil kunne gjøre det vanskeligere å få pasientene tilstrekkelig smerte lindret (Bjørøgo, 2010).

Ved smertebehandling skal det skiftes til sterkere opioider, når ikke- opioide analgetika alene ikke gir en tilfredsstillende smertelindring. Lite kunnskaper hos sykepleiere og redsel hos pasienter kan i mange tilfeller gi en inadekvat smertebehandling. Det er viktig å understreke at opioider som morfin hos kreftpasienter som er plaget med smerter, ikke fører til misbruk eller avhengighet og er derfor ikke et problem (Bjørøgo, 2010).

Etter start av sterke opioider, skal pasienten fortsette med ikke- opioide analgetika, fordi ikke- opioide analgetika viser liten toleranseutvikling og kan redusere behovet for opioider. God smertelindring er målet etter oppstart av sterke opioider. Langtidsvirkende analgetika som morfin eller oksykodon holder en jevn vevskonsentrasjon, såkalt «slow- release». Sykepleieren kan tilføye et hurtigvirkende opioid for å redusere smertetoppene som er utløst av aktivitet. Det som er mest optimalt er å gi hurtigvirkende morfin på forkant. Det er lettere å forbygge enn å behandle. I starten må det gis en stor nok dose for å oppnå en tilstrekkelig analgetisk effekt. Dosen kan reduseres ved eventuelle bivirkninger. Pasientene skal få informasjon om mulige bivirkninger i starten. Det kan etter hvert være behov for å øke dosene, på grunn av utviklingen av sykdommen. Ved mistanke om toleranseutvikling kan bytte til et annet opioid være bedre for å oppnå en analgetisk effekt. Det kan gis mistanke om nevropatisk smerte, hvis morfin økes for raskt uten at forventet effekt oppnås. Da må det gjøres endringer på analgetikaprogrammet (Bjørøgo, 2010).

4.4.1 Smertetrappen

Verdens helseorganisasjon (WHO) har i et samarbeid med International Society for the study of Pain (IASP) utarbeidet retningslinjer for behandling av kreft smerter. Trappen er et hjelpemiddel som er bygd opp av tre trinn, slik at man trapper opp etter hvert som pasientene har behov for mer smertestillende (Bjørø, 2010).

Trinn 1, består av paracetamol og NSAIDS` s som tilhører gruppen ikke –opioid analgetika. Denne legemiddelgruppen har både perifere og sentrale angrepspunkter. På grunn av en del bivirkninger ved NSAIDS` s som for eksempel magesår, er paracetamol et bedre alternativ (Bjørø, 2010).

Trinn 2, omfatter kombinasjonspreparater som består av et ikke- opioid analgetikum, for eksempel paracetamol, og i tillegg til et fast svakt opioid. Det vanligste svakeste opioidet er kodein, som blir omdannet til en liten mengde morfin. På grunn av bivirkninger er det ingen fordel med høy dose av et svakt opioid sammenliknet med en lav dose av et sterkt opioid. Det anbefales at alle som er inadekvate smertelindret på trinn 1, bør løftes opp på trinn 3 (Bjørø, 2010). Trinn 2 behandler svake til moderate smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Trinn 3. Sterke og svake opioider blir bundet til kroppens opioidreseptorer i sentralnervesystemet. Det oppstår reaksjoner som hemmer smertetransmisjonen i sentralnervesystemet. Hos pasienter med kreft er morfin førstevalget. Det tolereres godt og det har ikke blitt påvist noen organskader ved bruk over lengre tid (Bjørø, 2010). Trinn tre behandler moderate til sterke smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

4.5 Ikke – medikamentell behandling

Det fins ulike smertelindringsmetoder. Ikke – medikamentell behandling bør brukes som et supplement til medikamentelle tiltak (Bjørø & Torvik, 2008).

Ikke – medikamentell behandling kan for eksempel være musikk eller massasje som kan bidra til å dempe angst og redusere stress. Smerteopplevelsen kan også påvirkes av fysisk velvære, det vil si å ha et godt sengeleie, være velstelt, ta vare på den syke, se og lytte til pasienten.

Ved at sykepleieren signaliserer at hun bryr seg, kan dette virke inn på hvordan pasienten har det. Å vise omsorg for en person som er syk er en viktig dimensjon i sykepleien. Det moralske aspektet i omsorgen handler om kvaliteten i sykepleier – pasienten – relasjonen. Sykepleieren må forsøke å gjøre situasjonen så lett som mulig, dette gjøres i stor grad gjennom blikk,

berøring, stemmens varhet, holdninger og oppmerksomhet. Sykepleierens nærhet og kontakt viser at en er tilgjengelig, noe som kan føre til at pasienten føler seg bekreftet som person. Sykepleierens atferd og tilstedeværelse spiller en viktig rolle for å skape trygghet og selvbekreftelse, som er en viktig forutsetning for håp (Lorentzen & Grov, 2010).

5.0 Hva er sykepleie?

I dette kapitlet har vi valgt å ta for oss sykepleierens behandlende og lindrende funksjon.

Deretter tar vi for oss Virginia Henderson og Joyce Travelbees sykepleie definisjon og deres funksjonsområder. Tilslutt vil ta for oss begrepet palliasjon.

5.1 Sykepleierens behandlende og lindrende funksjon

Sykepleierens grunnlag er at all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Noe som betyr at vi sykepleiere har en plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

Grunnleggende sykepleie handler om å observere pasientene. Sykepleieren benytter sine sanser gjennom syn, lukt, hørsel og berøring for å danne seg et bilde av pasientens tilstand. Slike observasjoner kalles også for et klinisk blikk. Kliniske undersøkelser omfatter også at sykepleieren skal bruke sine praktiske ferdigheter (Dahl & Skaug, 2011).

Sykepleieren skal delta aktivt i den lindrende pleie og behandling. Sykepleierens behandlende funksjon omfatter en selvstendig funksjon og en delegert funksjon, som omfatter administrering av medikamentell behandling. Den medikamentelle behandlingen blir forordnet av legen, og sykepleieren sørger for at det blir administrert på en faglig forsvarlig måte. De har også en viktig rolle når det gjelder å koordinere pasientens undersøkelser og behandling (Reitan, 2010).

Den norske legeforening (2001) skriver at hovedmålet med smertebehandlingen er at pasientene skal ha det så godt som mulig, uten unødvendige lidelser. Sykepleiere skal ha tilstrekkelig med kunnskaper om bivirkningen av behandlingen, og hvordan de eventuelt kan forebygges og behandles. Det er en viktig sykepleier oppgave å gjøre et forventet dødsforløp med så god symptom og smertelindring som mulig.

For å oppnå god smertelindring er det en forutsetning at det er gjensidig tillit mellom pasientene og sykepleier. Det er sykepleierens ansvar for at det skapes et godt tillitsforhold. Det er viktig at pasientene får deltatt aktivt i behandlingen og i vurderingen av hvilke smertelindringsmetoder som skal velges. Det å lytte til pasientenes egne meninger og erfaringer, gjør at pasientene får følelse av kontroll over situasjonen. Smertelindringen vil

forsterke effekten av smertelindringen hvis pasientene føler trygghet og blir respektert (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Sykepleierens lindrende funksjon har som mål å begrense omfanget av pasientenes belastninger ved sykdom og død og ved sykehusopphold. Belastningene kan påvirke de fysiske, psykiske, sosial og åndelige dimensjonene. Sykepleieren skal iverksette tiltak for å begrense omfanget av deres problemer og lindre lidelse (Reitan, 2010). Det er derfor viktig med kartlegging slik at sykepleieren danner seg et bilde av smertens karakter, intensitet og årsak (Kaasa, 2008).

Sykepleiedokumentasjon er definert som en selvstendig del av pasientjournalen, og er en del av sykepleierens ansvarsområde. Dokumentasjonen skal omhandle sykepleierens handlinger og vurderinger. Som for eksempel når tilstrekkelig smerte lindring er et mål for pasientene, og tiltakene er dokumentert og evaluert, vil det tydelig vise om hva som er passende tiltak, og hva som har fungert eller ikke. Dette er med på å bidra til pasientsikkerhet, og kvalitet og kontinuitet i sykepleie og behandling (Dahl & Skaug, 2011).

5.2 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia sykepleieteori (1897- 1996) var en av de første sykepleierne som forsøkte å beskrive sykepleierne sin spesielle funksjon. I 1955 presenterte hun sin første sykepleiedefinisjon, og i 1960 ga hun ut sykepleiens grunnprinsipper. Det er 14 punkter som er knyttet til grunnleggende menneskelige behov, og utgjør sykepleiens mest sentrale gjøremål. (Henderson, 1998). Dette er noe vi kommer til å trekke inn i oppgaven underveis.

Mennesket har visse grunnleggende behov, som er ifølge Henderson «mat, kjærighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng» (Henderson, 1998).

Virginia Henderson(1998) sier:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (s.16).

Denne oppfatningen av sykepleieren er som en slags erstatning for det som pasienten mangler for å bli «fullstendig», «hel» eller «selvstendig» på grunn av manglende fysisk styrke, vilje eller kunnskaper. Sykepleierens funksjon er kompleks ut ifra den definisjonen. Sykepleieren må på sett og vis komme under huden på hver enkelt av sine pasienter for å kunne vite hva de trenger. Det er en vanskelig prosess å sette seg inn i et annet menneskes situasjon. Det krever et lyttende øre og konstant observasjon og tolkning av ikke – verbal atferd. Sykepleieren må også ha en stor selvinnsikt, slik at hun vedkjenner seg de følelsene som hindrer henne i å konsentrere seg om pasientens behov, og som hindrer henne i å hjelpe ham å oppfylle disse behovene. En gjensidig forståelse utvikles mellom sykepleier og pasient (Henderson, 1998).

Menneskesyn er ifølge Henderson (1998) forbundet med gjøremål som er nødvendig for god helse, helbredelse eller en fredfull død. Et menneskesyn handler om å få dekket sine grunnleggende behov. Ivaretagelsen av grunnleggende behov er avhengig av menneskets ressurser. Faktorer som spiller inn er alder, emosjonell likevekt og åndelig utrustning. Resultatet vil være mange ulike måter å ivareta menneskelig behov på.

Sykepleie har som mål og hensikt å hjelpe den syke eller friske til å gjenvinne sin selvstendighet. Ved kronisk og langvarig funksjonssvikt der selvstendighet er uopnåelig må sykepleieren hjelpe den enkelte ved å utføre gjøremål som dekker de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, slik at de blir ivare tatt på en tilfredsstillende måte. Dette er ifølge Henderson sykepleierens ansvarsområde (Henderson, 1998).

5.3 Joyce Travelbee's sykepleieteori

Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Hennes filosofi og sykepleier tenkning har hatt, og har fortsatt stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning. Hennes teori bygger på en humanistisk og eksistensialistisk filosofi. Hun påpeker at lidelse og smerte er en unngåelig del av menneskelivet. Ut fra dette består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han lever i. Det skjer ved å etablere et menneske – til – menneske – forhold, som er et sentralt begrep i Travelbee's sykepleietenkning (Travelbee, 2001).

Menneske til menneske forhold må etableres for at sykepleierens mål og hensikt skal oppnås. Det som kjennetegner dette forholdet er at sykepleieren og pasienten ser på hverandre som to unike personer. Et menneske – til – menneske – forhold etableres gjennom en

interaksjonsprosess som består av flere faser: Det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

Det innledende møtet som skjer mellom sykepleier og pasienten kjennetegnes ved at de ikke kjenner hverandre. I det innledende møtet får begge parter et førsteinntrykk av hverandre, basert på observasjoner, handlinger og språk. Utfordringen for sykepleiere er å bryte ut av de forutinntatte oppfatninger av pasienten og se han slik som han er (Travelbee, 2001).

Identitet til pasienten vil tre fram etter hvert som interaksjonen mellom sykepleier og pasienten utvikler seg, og de begynner å etablere kontakt forhold. Sykepleieren oppfatter pasienten som forskjellig fra andre pasienter, og begynner å forstå hvordan nettopp denne pasienten opplever sin situasjon. Dette er grunnlaget for empati, som er en dypere forståelse for pasienten. En kreftpasient har kreftrelatert smerte som er annerledes enn andre smerter, denne pasientgruppen er unik og har annerledes sykdomsopplevelse enn andre pasienter (Travelbee, 2001).

Empati er evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Empati er ikke avhengig av om en liker eller misliker den andre. Det er ikke en kontinuerlig prosess, men noe som oppleves i enkeltsituasjoner. Det skaper en nærhet og kontakt med pasienten, noe er som viktig i sykepleiesammenheng. Når det har forekommet empati mellom to personer, er forholdet forandret. Et bånd av kontakt er knyttet (Travelbee, 2001).

Sympati er et resultat av den empatiske prosessen. Gjennom sympati formidler en at en forstår og deler pasientens fortvilelse. Pasienten opplever at sykepleieren bryr seg, og blir påvirket både psykisk og fysisk (Travelbee, 2001).

Gjensidig forståelse og kontakt oppleves av sykepleieren og pasient etter at de har gått igjennom de foregående fasene, som går inn i hverandre og etablerer ett menneske til menneske forhold. Pasienten får en sterk tillit til sykepleieren som viser gjennom sine handlinger at han er til å stole på (Travelbee, 2001).

Menneskesyn og lidelse står sentralt i sykepleiesammenhengen. Travelbee forholder seg til ethvert menneske som en unik person. Menneske er uerstattelig og enestående. I gjennom livet vil lidelse og tap forekomme, det er en erfaring som er fellesmenneskelig (Travelbee, 2001).

Kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskap når det kommer til å skape et virkelig menneske – til – menneske – forhold. Kommunikasjon er en prosess hvor man formidler sine tanker og følelser med hverandre. Ved hjelp av god kommunikasjon vil sykepleieren og pasienten få mulighet til å bli kjent med hverandre som to unike personer (Travelbee, 2001).

Håp er knyttet til sykepleiers mål og hensikt hos Travelbee. Sykepleieren skal hjelpe personen med å mestre og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. I håpet ligger det forventninger om at andre skal hjelpe, særlig når ens egne ressurser er redusert (Travelbee, 2001).

I en intellektuell tilnæringsmåte ligger det en logisk metode for tilnærming av problemer. I praksis anvender sykepleieren en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte i kombinasjon med terapeutisk bruk av seg selv. Den disiplinerte intellektuelle tilnæringsmåten fokuserer mer på de teoretiske aspektene ved sykepleie, mens det å bruke seg selv terapeutisk dreier seg om å bidra til forandringer hos den syke. Dette kan være forandringer som bidrar til at pasientens plager avtar (Travelbee, 2001).

5.4 Palliasjon

Hippokrates legekunstens far sier «Av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste» (Hem, 2003). Det gamle ordtaket er i dag fortsatt like aktuelt. Utredning og behandlingsmuligheter har blitt bedre sammenlignet med kun for noen tiår siden. Til tross for disse fremskrittene er det likevel mange som dør av kreft (Kaasa, 2008).

Den historiske utviklingen av fagfeltet palliasjon er forklart på mange forskjellige måter, avhengig av ståsted og perspektiv. Palliasjon og dens historie startet ved det første hospice som ble etablert i Lyon i 1842 og i Dublin i 1879. Etableringen av St. Christopher`s Hospice av Dame Cicely Saunders ble starten på en ny æra innen palliasjon. Hun ønsket å oppnå en akademisering av faget og etablere et klinisk tilbud med en bred faglig tilnærming. Spesielt en bred tilnærming til kreftpasienter med et sammensatt smertebilde. Hennes arbeid har vært med på å utvikle det vi kjenner i dag som moderne palliasjon (Kaasa, 2008).

Siden midten av 1980-årene har det blitt publisert flere definisjoner på palliasjon. Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på palliasjon lyder slik:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie, 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 åndelige/ eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken framskynder eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (Helsedirektoratet, 2015).

Sykepleiere står ovenfor en del utfordringer knyttet til pleie, omsorg og behandling hos pasientene som har kort levetid igjen. Hovedfokuset bør være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig for pasienten (Kaasa, 2008).

6.0 Drøfting

«Hvordan kan vi som sykepleiere lindre smerte hos pasienter med kreft i en palliativ fase på sykehus?»

6.1 Det innledende møte med pasienten

For å hjelpe et menneske som lider av sykdom er det essensielt at sykepleieren blir kjent med mennesket bak sykdommen (Travelbee, 2001). I følge Travelbee's eksistensialistiske menneskesyn er lidelse og smerte en unngåelig del av menneskelivet. Sykepleien består derfor av å hjelpe den syke til å finne en mening med livet. Dette skjer ved å skape et menneske – til menneske – forhold, hvor kommunikasjon er det viktigste redskapet sykepleieren har.

Kommunikasjon er en prosess hvor man formidler sine tanker og følelser med hverandre.

Menneske – til – menneske – forhold skapes gjennom en interaksjonsprosess som består av det innledende møte, fremveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Det innledende møte mellom sykepleier og pasienten kjennetegnes ved at de ikke kjenner hverandre. Dette førsteinntrykket vil baseres på ulike observasjoner fra den andres væremåte. Sykepleieren må være i stand til å se hele pasienten og identifisere hans behov, dette for å kunne utføre den sykepleien pasientens trenger og ønsker (Travelbee, 2001).

Dette er i samsvar med faglitteraturen hvor Eide og Eide (2007) hevder at god kommunikasjon er hjelpende og pasientrettet. Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler som kan føre til en større forståelse av pasienten som en person, skape en god relasjon og til å gi bedre hjelp og støtte. Sykepleiere har ofte kort tid på etablere kontakt og danne et helhetlig bilde. Det å lytte aktivt og kommunisere godt er en stor forutsetning for å identifisere hva situasjonen krever. Vi oppfattet i praksis at tiden ikke alltid strakk til, noe som kunne by på utfordringer. Allikevel sier de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleierens formål er «å fremme helse og forebygge sykdom», (2011). For at dette skal utføres på en tilfredsstillende måte er god kommunikasjon viktig (Eide & Eide, 2007). Forskning viser at pasientene utrykte et behov for en åpen og ærlig dialog med helsepersonell om alle problemer som oppsto i forhold til smerte. Når det hadde oppstått tillit til helsepersonellet, beskrev de en forbedret evne og vilje til å delta i smertebehandlingen (Bostrøm, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2003). Dette samsvarer med våre praksiserfaringer der vi erfarte at god kommunikasjon er vesentlig for å danne en tilfredsstillende relasjon til pasienten, og for å utføre en helhetlig sykepleie.

Erfaringer vi har med lungekreftpasienter med metastaser til skjelettet er at de ofte lider av intense smerter. Sykepleierne vi spurte i praksis hevdet at det er vanskelig å forstå smerteopplevelsen og hvor intense smertene er.

Ved å lindre smerte er det viktig at sykepleiere tar pasienten på alvor når han gir uttrykk for dem. I den siste fasen for å skape et menneske – til – menneske – forhold er det viktig at sykepleieren viser at han er til å stole på igjennom kontakt og forståelse. I følge de yrkesetiske retningslinjene (2011) skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, ta egne avgjørelser og retten til og ikke bli krenket. Dette samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven som sier (1999) at sykepleiere skal ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd. Vi er enige om at respekt er forbundet med tillit og tro.

Gjensidig samhørighet er i følge Henderson (1998) et av menneskets grunnleggende behov. Vi mener at det å ha et harmonisk samspill i form av empati kan styrke relasjonene mellom sykepleier og pasienten. Vi erfarte i praksis at gjennom empati fikk vi en større forståelse av pasientens psykiske tilstand, og dermed knyttet vi et bånd til pasienten. Å ha et gjensidig menneskesyn bidrar til å lindre smerte, helbrede eller oppnå en fredfull død (Henderson, 1998). Travelbee (2001) sier at det å være empatisk er evnen til å forstå den psykiske tilstanden som personen er i. Dersom sykepleieren klarer å være empatisk vil det være lettere å forstå pasientens opplevelse av å ha smerter. McCafferys definisjon sier at smerte er en subjektiv opplevelse, hvor sykepleieren skal gi umiddelbar respons til pasienten. Vi er enige om at det er kun pasienten som kan beskrive og definere sin smerteopplevelse (Kaasa, 2008).

Alt i alt kan dette bety at når det har oppstått empati mellom sykepleier og pasient har de klart å danne et bånd av nærhet og kontakt. Det vil til slutt resultere i sympati, der sykepleieren ønsker å hjelpe pasienten på en best mulig måte (Travelbee,2001).

6.2 Fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonene

I palliativ behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og dødende er helhetlig menneskesyn et fundament. De sier at fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov skal ivaretas på en faglig god måte og helsepersonell skal samarbeide for å få dette til. WHO's definisjon av palliativ omsorg lyder slik: «Palliativ omsorg (care) er den totale aktive omsorgen for pasienter med en sykdom som ikke responderer på kurativ behandling. Kontroll av smerter og andre symptomer

og lindring av psykologiske, sosiale og åndelige problemer i høysetet» (World health organization, 2002).

Den fysiske dimensjonen handler om de fysiske smertene som pasienten med lungekreft med metastaser opplever. Metastase smerter er ofte murrende og verkende smerter. Det kan oppstå gjennombruddsmerter som er intense og kortvarige (Bjørge,2010). Analgetisk behandling bør startes umiddelbart (Kaasa, 2012). Svendsen (s.a) hevder at å leve med sterke fysiske kreftsmarter utsetter man kroppen for tilleggs plager som kvalme, angst, depresjon og søvnproblemer. Dette kan medføre oppgitthet og håpløshet. Noe som påvirker både de psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonene (Lorentsen & Grov, 2010).

Pasienter med kreft gjennomlever flere vanskelige perioder. Det å få vite at livet vil ta slutt er en stor psykisk påkjenning for pasienten (Kaasa, 2008). Kubler –Ross (1973) hevder at i livets slutfase går pasienten igjennom ulike stadier. Det fjerde stadiet er depresjon og blir som oftest knyttet opp mot ulike former for tap. I tillegg hevder Lorentsen & Grov (2010) at depresjon ses i flere stadier av sykdommen. Det er en naturlig reaksjon. Forfatteren sier videre at håp er en viktig ressurs hos pasienten som opplever fortvilelse. Samtidig sier Kaasa (2008) at håp er et av de mest sentrale begrepene for uhelbredelig syke pasienter. Dersom pasienten ikke hadde hatt håpet som drivkraft, ved lidelse, er det lite trolig at pasienten ville ha holdt ut med sykdommen over lengre tid. Hos pasienter som har uhelbredelig sykdom bør ikke håp forveksles med ønsker og optimisme. Pasienter med kreft definerer håp som en indre styrke som er motiverende for å kunne nå et kortsiktig mål.

I praksis erfarte vi at flere pasienter med lungekreft var slitne og trette. De håpet at de kunne ha perioder uten smerter for å få fred og ro til å hvile. I følge Travelbee (2001) er sykepleierens mål og hensikt å hjelpe pasienten med å finne håp og unngå håpløshet. I dokumentaren om *Reiduns kamp* kommer det frem at hun har et håp om å bli frisk nok til å klare å være ute i hagen sin (Markussen, 2011). I pensumlitteraturen er det beskrevet at «Uansett situasjonens alvor vil håp alltid være et viktig aspekt som er av betydning for pasientens livskvalitet, som videre kan tenkes å ha innflytelse på helsetilstand og dødelighet» (Busch & Hirsch, 2008, s.125). Likevel erfarte vi i praksis at tiden ikke alltid strekker til på en travel avdeling på sykehus. Sykepleieren har kun tid til å være inne hos pasientene en kort periode. Vi erfarte at pasientene ikke ble sett eller hørt. Det med å fremme håpet og lytte til pasientenes opplevelse ble en utfordring. Forskning viser at mangel på kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter, fører til at pasientene blir forhindret til å uttrykke sine

følelser, drømmer og frykter. Ved god kommunikasjon med sykepleier oppfattet pasientene en økt forståelse for egne smerter (Bostrøm, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2003).

Busch & Hirsch (2008) hevder at ved uhelbredelig sykdom trer de åndelige/ eksistensielle spørsmålene oftere sterkere frem. I den åndelige/ eksistensielle dimensjonen kan smerten handle om at pasienten ikke ser en mening med livet og lidelsen (Svendsen, s.a). Dette samsvarer med dokumentaren om *Reiduns kamp* der hun forteller at hun ikke finner en mening med å gå uhelbredelig syk. Hun synes det er vondt og ikke kunne planlegge fremtiden (Markussen, 2011).

I forskningsartikkelen er det gjort en studie som handler om å se på relasjonene mellom håp og kreftsmerte. Denne artikkelen fant ingen signifikant relasjon mellom håp og kreftsmerte men heller en mulig ligning mellom kreftsmerte og den spirituelle og åndelige tilstanden til pasienten. Dette kan tyde på at håpet til pasienten er mer relatert til den åndelige dimensjonen enn smerten pasienten opplever. Mer smerte trenger nødvendigvis ikke føre til mindre eller mer håp, men en person som er åndelig eller spirituell har det mer å si hvor mye håp pasienten opplever (Rawdin, Evans & Rabow 2013).

I pensumlitteraturen står det at betydningen av åndelig/eksistensiell velvære er en viktig funksjon for pasienters livskvalitet og at det kan gi styrke, støtte og ferdigheter til å mestre belastninger, spesielt i livets slutfase. Sykepleieren må være oppmerksom på pasienters eksistensielle/åndelige spørsmål, å lytte til hvilke betydning spørsmålene har i pasienters liv og assistere pasientene i hans/hennes arbeid med eksistensielle/åndelige spørsmål (Busch & Hirsch, 2008).

I *Reiduns kamp* forteller hun videre at forholdet til familien har forandret seg fordi hun ikke har krefter til å hjelpe til på gården på grunn av sykdommen. Dette får hun til å kjenne på den sosiale smerten i form av ensomhet og isolasjon da hun ikke orker å bidra på samme måte som før (Markussen, 2011). I følge Svendsen (s.a) kan mange som opplever en uhelbredelig sykdom kjenne på den sosiale smerten i form av ensomhet og isolasjon. Slike endringer i livet kan by på ulike bekymringer som for eksempel depresjon, som igjen kan forsterke smertene. I følge Travelbee er det viktigere for sykepleiere å kjenne til pasientenes opplevelse av sin situasjon, enn å forholde seg til deres diagnose (Travelbee, 2001). I pensumlitteratur står det at håpløshet er ikke bare et problem, men en sorg som kan være tungt for pasientene å bære. Kommunikasjon vil kunne bidra til å endre pasientenes holdning av håpløshet til en holdning

av håp (Bush & Hirsh, 2008). Ifølge Travelbee (2001) er det nødvendig at sykepleiere har en innstilling som stimulerer til håp.

En pasient som får god relasjon og kommuniserer godt med sykepleieren, vil fort merke en positiv holdning, noe som vil styrke håpet (Travelbee, 2001). På bakgrunn av teorien og egne praksiserfaringer mener vi derfor at sykepleiere skal ha en god kroppsholdning, være imøtekommende og gi ut positive signaler.

6.3 Observasjon, dokumentasjon og evaluering i sykepleie

I pensumlitteraturen står det at grunnleggende sykepleie handler om å observere pasientene. Dersom sykepleieren benytter seg av det kliniske blikket og kliniske undersøkelser vil det sikre god smertebehandling hos pasienter med kreft som er i en palliativ fase. På den ene siden er det viktig at sykepleieren benytter sine sanser og praktiske ferdigheter for å danne seg et bilde av pasientenes tilstand. Dette kan gjøres ved at sykepleieren kan *se* at pasientene er urolig eller *føle* med fingrene at pulsen er svak. På den andre siden er samtale med pasientene en svært viktig måte å samle inn data på, da det er pasientene selv som kjenner sin situasjon og opplevelse best. Alt i alt så betyr det at sykepleieren må benytte seg av både observasjoner og samtale for å innhente seg opplysninger om pasienten, siden observasjoner en gjør, kan feiltolkes ettersom pasientenes atferd kan være flertydig (Dahl & Skaug, 2011). I følge Travelbee (2001) kan observasjoner brukes til å lære og kjenne den syke som et enkelt individ.

Som nevnt tidligere i vår oppgave er kommunikasjon viktig for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasientene, dette innebærer verbal og non- verbal kommunikasjon. Vi må derfor lytte og se på kroppsspråket, dette kan bidra til å motivere og styrke pasientene (Eide & Eide, 2008). I tillegg hevder Henderson (1998) at sykepleier må ha et lyttende øre og konstant observasjon og tolkning av ikke- verbale adferd. Vi erfarte i praksis at pasienter kan kvie seg med å fortelle om sine smerter. Vi mener derfor at sykepleierens oppgave er å forsøke og fange opp pasientenes smerter gjennom det verbale og non- verbale språket.

Sykepleiedokumentasjon er sykepleierens ansvarsområde og omhandler handlinger og vurderinger av pasientene (Dahl & Skaug, 2011). På en annen side viste forskning at helsepersonell var flinke til å dokumentere smerte hos dødende kreftpasienter, men at det var

mangelfull dokumentasjon av pasientens sin smerteintensitet (Steindal, Bredal, Sørbye & Lerdal, 2011).

Likevel sier helsepersonelloven (1999) at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Samtidig sier yrkesetiske retningslinjene punkt 2 at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». Slik vi forstår det, er dokumentasjon og samhandling viktig for å gi pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuitet i sykepleien og behandlingen. Pasientene skal få en forsvarlig og omsorgsfull hjelp, noe vi mener er svært viktig når det kommer til smertelindring hos pasienter som har lungekreft.

For å kunne gi tilstrekkelig smertelindring til pasientene er det viktig at det settes et langsiktig mål, og at tiltakene blir dokumentert og evaluert. Det vil tydeliggjøre hva som er et passende tiltak, og hva som har fungert eller ikke (Dahl & Skaug, 2011). Vi er enige om at dokumentasjon er nyttig for sykepleiere med tanke på videre smertebehandling og evalueringsprosess. Hensikten med evaluering er å kartlegge og bedømme effekten av smertelindring som er prøvd. Evaluering skal danne grunnlag for endringer og utvikling, dette kan gjøres enten ved å evaluere underveis eller planlegge et tiltak og forvente et mål (Dahl & Skaug, 2011).

6.4 Kartlegging av kreftsmarter

Rosland & Tjølsen (2008) hevder at kartlegging av smerter er en del av sykepleierens ansvarsområde for å gi pasienten optimal smertelindring. Smerte er et sammensatt fenomen og det påvirkes av de fysiske, psykiske, sosiale, åndelig og eksistensielle dimensjonene. I følge Henderson (1998) må vi lære pasienten å kjenne og klare å sette oss inn i pasientens situasjon. Smerte er en subjektiv følelse, der kun pasienten selv kan beskrive sine smerteopplevelser (Bjørø & Torvik, 2008). Vi er enige med Hendersons og Bjørø og Torvik om at sykepleiere må kunne sette seg inn i pasientens smerteopplevelse for å klare å kartlegge smerte og ivareta pasientens behov. Travelbee (2001) sier ved å ha en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, er en i stand til å tenke logisk, reflektere, resonere og vurdere problemer og med det ha evnen til å identifisere pasientens behov. I følge de yrkesetiske retningslinjer (2011) har sykepleiere plikt til å lindre lidelse. Ved raskere og bedre smertelindring er det

viktig at sykepleiere vektlegger gode rutiner for kartlegging og dokumenterer smertens endringer i et tidsforløp (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Forskning viser at dårlige rutiner kan føre til handlinger som gir utilstrekkelig dømmekraft og refleksjoner (Slåtten, Fagerström, Hatlevik, 2010). I følge pensumlitteratur kan sykepleieren få et inntrykk av smertene gjennom observasjoner og samtaler med pasienten, og dermed ha en mulighet til å evaluere behandlingen (Lorentzen & Grov, 2010). Likevel opplevde vi i praksis at kartleggingen var mangelfull og lite utfyllende. Vi mener at gode kartleggingsrutiner som observasjon, samtale med pasienten, dokumentasjon, evaluering, verktøy og behandling kan være avgjørende for god smertelindring. Ved å se på pasientens totale smerteopplevelse, herunder fysiske, psykiske, sosiale, åndelige/eksistensielle dimensjonene, vil det kunne føre til å begrense omfanget av pasientens belastninger (Reitan, 2010). Dersom sykepleieren lytter til pasienten og iverksetter tiltak mot smertene som pasienten uttrykker vil dette kunne forsterke smertelindringen. Slike tiltak kan for eksempel være en smertefri natt eller behandling av angst (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Torvik, Skauge & Rustøen (2008) hevder at enkelte pasienter ikke alltid gir uttrykk for smerter, noe vi erfarte i praksis. Vi mener derfor at sykepleieren må bruke kliniske observasjoner for å kunne lese pasientens kroppsspråk og derav finne ut av smerten. Forskning viser at pasienter uttrykker smerter på forskjellige måter. Det er ingen «riktig» måte på hvordan smerter skal uttrykkes. Dette utfordrer helsepersonellet til hvordan dem skal tolke pasientene sine smerter (Bostrøm, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2003).

Fra praksis har vi erfaringer med bruk av ulike kartleggingsverktøy som blant annet ESAS – skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) og VAS – skalaen (Visuell analog skala). ESAS – skjemaet kartlegger flere symptomer samtidig og det er besluttet at skjemaet skal være en kvalitetsindikator for pasienter i palliativ fase. I følge nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen er ESAS- skjemaet et viktig redskap til å kartlegge ulike årsaker til nedsatt fysisk funksjon. Skjemaet har en skala fra 0-10, der null er «ingen plage» og 10 er «verst tenkelig plage». Den består av to spørsmål som går direkte på smerteintensitet i ro og smerteintensitet i bevegelse. Skjemaet kartlegger også symptomer som slapphet, kvalme, tung pust, angst, uro, depresjon etc. Med et slikt kartleggingsverktøy kan en altså kartlegge både tilstedeværelsen av et symptom og hvor intenst symptomet oppleves (Lorentzen & Grov, 2010; Torvik, Skauge & Rustøen, 2008; Helsedirektoratet, 2015). I forskningen konkluderer de med at pasientene følte at skjemaet inneholdt viktige spørsmål om symptomene, og at

spørsmålene var enkle å svare på. Personalet så på ESAS- skjemaet som et nyttig kartleggingsverktøy for å få relevant informasjon fra pasienten og deres symptomer. De anså også skjemaet som et verdifullt verktøy til å benytte i kartleggingsrutinene på samme måte som å overvåke symptomene i lindrende behandling (Baba, Fransson & Lindh, 2007). En annen studie viser at ESAS – skjemaet er med på å fremme en systematisk tilnærming til pasienten og forbedrer kvaliteten på sykepleien. Skjemaet gir gode rutiner og evne til å identifisere mangel på omsorg. Omsorg og god kompetanse er helt avgjørende for å gi lindring til pasienter som er i den siste fasen av livet. ESAS- skjemaet får frem pasienten sin subjektive oppfatning av sin egen situasjon og hvilke behov de har. En fordel med slik kartlegging er at når sykepleier har vært borte fra jobb noen dager kan han raskt og enkelt få et innblikk i pasientens helsetilstand (Slåtten, Fagerström & Hatlevik, 2010).

I følge tidsskriftet for sykepleiere er det utfordrende å bruke ESAS- skjemaet hos pasienter når de ikke er i stand til å sette ord på sin situasjon. Det kan være pasienter som er for syke til å fylle ut skjemaet og som heller ikke klarer å medvirke til intervju, eller pasienter som er uten språk. Det finnes derfor et sekundært observasjons skjema som helsepersonell kan benytte seg av (Skorpen, 2012).

Pensumlitteraturen hevder at smerteintensitet er den vanligste målte dimensjonene av pasientens smerte. Smerteintensitet vil si hvor sterke smerter pasienten opplever. Dette kan måles ved hjelp av VAS- skalaen. Skalaen er en 10 cm lang linje som består av to endepunkter, hvor det ene endepunktet indikerer «verst tenkelig smerte» og det andre «ingen smerte». Den kan brukes til å måle både kroniske og akutte smerter og viser seg å være meget følsom for endringer i smerteintensitet, som for eksempel i uttesting av effekten av smertestillende medikamenter. Innvendinger mot bruk av skalaen er at den forutsetter god motorikk, god kognitiv funksjon og evnen til å tenke abstrakt (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008).

6.5 Lindring av smerter med medikamentell og ikke- medikamentell behandling

Pasienter som har lungekreft med spredning til skjelett har ofte store smerter (Lorentzen & Grov, 2010). Medikamentell- og antitumorbehandling utgjør til sammen behandlingen hos mer enn 95% av alle pasienter med kreftsmarter (Bjørgero, 2010). Administrering av legemidler er en nødvendig del av smertebehandlingen for å gi optimal smertelindring. I en palliativ fase vil de helsesrelaterte behovene og symptomene være omfattende, noe som er utfordrende ved iverksetting av lindrende tiltak. Smertelindringen er ikke bare rettet mot den fysiske dimensjonen av smertene, men også mot eksistensielle bekymringer og plager av sosial og psykisk karakter (Lorentzen & Grov, 2010). Viktige prinsipper i behandling av pasienter med kreft er at behandlingsmiljøet er godt, at målene må være realistiske, at behandlingen må planlegges og være profylaktisk, at dosene er store nok, at medikamenter til gjennombruddssmerter skal være tilgjengelige og at pasientens smerter skal behandles så fort som mulig (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Den norske legeforening (2001) hevder at hovedmålet med smertebehandlingen er at pasientene skal ha det så godt som mulig, uten nødvendige lidelser. Samtidig sier de yrkesetiske retningslinjene at vi som sykepleiere har en plikt til fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (NSF, 2011).

Reitan (2010) hevder at sykepleieren skal delta aktivt i den lindrende pleien og behandlingen. Ifølge Bjørgero (2010) vil det skape tillit og respekt til pasientene og pårørende gjennom god og grundig informasjon om virkninger, bivirkninger og alternative behandlinger.

Sykepleiere har en viktig koordinatorkfunksjon der tverrfaglig samarbeid med legen står sentralt. Legen forordner medikamenter, mens sykepleierens behandlede funksjon innebærer administrering av medikamenter på en forsvarlig måte. Når det gjelder utdeling av medikamenter må sykepleieren forholde seg til de 7 R-er som er blant annet, at sykepleieren skal gi rett pasient riktig medikament i rett dose (Bielecki & Børdahl, 2013). I følge Bjørgero (2010) kan 90-95% av pasientene med kreft bli optimalt smertelindret ved at sykepleiere planlegger godt og har riktig administrering av analgetika. Bivirkninger kan forekomme, og det kan gi dårligere resultat. Den norske legeforening (2001) hevder at sykepleieren må ha tilstrekkelig med kunnskaper om bivirkninger og behandling. Likevel erfarte vi i praksis at sykepleiere var usikre i forhold til administrasjon av høye doser med opioder. Resultatet ble at pasienten ikke ble smerte lindret optimalt. Her ser vi viktigheten med gode kunnskaper og det tverrfaglig samarbeidet med legen.

Helseorganisasjonen sier at smertetrappen skal være et hjelpemiddel i behandlingen av kreft smerter. Den består av tre trinn og omhandler medikamenter som lindrer fysiske smerter (Bjørger, 2010). Pasienter med lungekreft har som regel kroniske smerter med akutte episoder som skyldes selve tumoren eller metastaser (Kaasa & Borchegrevink, 2008). Man trapper opp etterhvert som pasienten får mer behov for smertestillende (Bjørger, 2010). I praksis opplevde vi at smertetrappen ikke ble brukt aktivt. Likevel hevder helsedirektoratet at WHO sin smertetrapp er det grunnleggende prinsippet for behandling av kreft smerter (Helsedirektoratet, 2015). I en studie konkluderes det med at smertetrappen kan være et hjelpemiddel for sykepleiere. Resultatet viste at 45 – 100% av pasientene ble smertelindret tilstrekkelig ved bruk av smertetrappen. Noen pasienter opplevde uheldige bivirkninger ved bruk av smertetrappen som kvalme og forstoppelse. Riktig anvendelse av smertetrappen avhenger derfor av kunnskaper om interaksjoner og bivirkninger (Ferreira et al., 2006). Funnene fra studien kan peke i retning av det er behov for å ha større fokus på smertetrappen for å oppnå tilstrekkelig smertelindring.

Ikke – medikamentell behandling

«Av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste» (Hem, 2003).

Helsedirektoratet (2015) hevder at viktige faktorer for å lindre smerte er å få oppmerksomheten på andre ting enn selve smerten, i tillegg til å administrere den medikamentelle behandlingen. I følge pensumlitteratur bør medikamentell og ikke - medikamentell behandling kombineres for å gi økt effekt ved smertelindring. I praksis erfarte vi at ikke all smerte kan lindres med morfin, men at den viktigste smertelindringen ofte er sykepleieren selv. Vi opplevde at et smertelindrende tiltak kunne være å sette seg ned på en stol ved pasienten og lytte til hva pasienten hadde å si. Vi erfarte i praksis at det å være oppmerksom og ha en god holdning signaliserer at vi som sykepleiere bryr oss om pasienten. Som nevnt tidligere vil pasienter i livets slutfase gå igjennom ulike stadier. Depresjon er stadiet som ofte er knyttet til ulike former for tap. Depresjonsstadiet kan være preget av stillhet og sorg. I dette stadiet kan sykepleieren være til stedet, gi respons ved vennlig berøring og blick eller bare være hos pasienten (Kubler.- Ross, 1973; Lorentzen & Grov, 2010). I praksis erfarte vi at vi nødvendigvis ikke trengte å prate med pasienten, men det å sitte ved siden av pasienten kunne være nok til at pasienten følte seg trygg.

Å vise omsorg til en person som er syk er en viktig dimensjon i sykepleie. I følge Travelbee (2001) må menneske – til – menneske – forhold etableres for at mål og hensikt skal oppnås. For at dette skal fungere sier Travelbee (2001) at kommunikasjon er sykepleierens viktigste redskap for å bli kjent med pasienten som den unike personen den er. Sykepleieren må forsøke å gjøre situasjonen så lett som mulig, dette gjøres ved stemmens varsomhet, blick og god holdning. (Lorentzen & Grov, 2010). Dersom det skapes et menneske – til – menneske – forhold hvor sykepleieren viser gjensidig forståelse og kontakt vil pasienten få sterk tillit til sykepleieren som igjen kan bidra til bedre smertelindring. Ved en intellektuell tilnæringsmåte og å bruke seg selv terapeutisk er en i stand til å identifisere pasientens behov (Travelbee, 2001). I følge Henderson (1998) er sykepleierens funksjon å hjelpe mennesket enten det er friskt eller sykt. Et av funksjonsområdene til Henderson er å holde kroppen ren og velstelt. Et annet funksjonsområde er å opprettholde god kroppsstilling. Dette er sykepleierens ansvar og kan bidra til å redusere smertens intensitet og samtidig bidra til fysisk velvære (Henderson, 1998; Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

Palliative pasienter har et sammensatt sykdomsbilde som fører til inaktivitet med nedsatt fysisk funksjon (Kaasa, 2008). Bruk av empowerment kan bidra til å effektivisere smertelindringen, fordi pasienten blir delaktig i sin egen behandling, som igjen fører til velvære (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). Det samsvarer med våre erfaringer i praksis at å tilby bevegelse i form av stell, sitte på sengekanten eller gå i korridoren kan bidra til fysisk velvære. Sykepleierens mål i en palliativ fase er at pasienten skal fungere optimalt i forhold til sine forutsetninger. Ved å stimulere pasientens egne ressurser, vil det kunne bidra til mestringsfølelse. Opplevelsen av mestring er sterk knyttet til det å ha håp. Ved mestring kan pasienten klare å tilpasse seg smertene bedre og få mindre fysiske og psykiske plager og bedre livskvalitet (Kaasa, 2008; Berntzen, Danielsen & Almås, 2010).

7.0 Konklusjon

Gjennom vår oppgave ønsket vi å finne ut hvordan vi som sykepleiere kunne gi smertelindring til pasienter med lungekreft. Smerte er et sammensatt fenomen. For å kunne svare på vår problemstilling ble det viktig for oss å inkludere alle de fire dimensjonene fordi de kan påvirke smertene til pasienten. De er med på å danne et helhetlig menneskesyn. Det innledende møte der det skapes et menneske – menneske -forhold er helt avgjørende for å skape gode relasjoner. Sykepleier etablerer kontakt og danner seg helhetlig bilde av pasienten gjennom kommunikasjon og respekt.

Den fysiske dimensjonen blir ivaretatt gjennom medikamentell behandling som i denne sammenheng er lindring av de fysiske smertene. Ved medikamentell behandling er sykepleierens funksjon viktig. For å oppnå tilstrekkelig smertelindring kreves det god kompetanse i forhold til virkning og bivirkning av medikamenter, og at sykepleieren administrerer det på en riktig og forsvarlig måte. Smertetrappen og kartleggingsverktøy som ESAS- skjemaet og VAS- skalaen kan være gode hjelpemidler i den lindrende behandlingen. Observasjon, dokumentasjon og evaluering av smerter kan også være avgjørende for god pasientsikkerhet og kontinuitet i sykepleien og behandlingen som vil føre til best mulig smertebehandling.

Den psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonen kan som nevnt tidligere bli påvirket av den fysiske smerten som pasienten opplever. Pasienter med lungekreft som og som er i palliativ fase opplever store belastninger. I praksis erfarte vi at ikke all smerte kan lindres med morfin. Herunder står de ikke- medikamentelle tiltakene sentralt, som for eksempel godt stell, godt sengeleie, berøring, oppreist sittestilling og sykepleierens tilstedeværelse. Empati kan hjelpe sykepleieren til lettere å få forståelse for pasienten sin smerteopplevelse. Opplevelsen er subjektiv. Sykepleier må fremme håpet til pasienten, og vise respekt og hensyn til åndelige/eksistensielle spørsmål som kan forekomme i den palliative fasen.

Denne oppgaven har gitt oss bedre kunnskap om smertelindring hos pasienter med lungekreft i palliativ fase. Det viser seg ut ifra vår drøfting at relasjonen mellom pasient og sykepleier har en viktig betydning i behandlingen.

Litteraturliste:

Almås, H. (2010). H. Almås., Stubberud, D-G & Grønseth, R (red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s 355-395). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Baba, K., Fransson, P & Lindh, J.(2007). Use of modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patients and staff experiences. *Cumulativ Index to Nursing and Allied Health*.

Lokalisert på

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=23cacd82-630e-4f73-8cf5-98451ae4d744%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4206>

Berntzen, H., Danielsen, A & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. H. Almås., Stubberud, D-G & Grønseth, R (red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s 355-395). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn., J., Mjell. & E. Bach – Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 124 – 155). Gyldendal Norsk Forlag.

Bielecki, T & Børdahl. (2013). *Legemiddelhåndtering*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Bjørge, S. (2010). Smerte og smertebehandling. A M. Reitan & T K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring- handling*. (3.utg., s 194- 212). Akribe AS.

*Bjørø, K & Torvik, K. (2008). Smerte. M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*.(1.utg., s 333- 348). Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Bostrøm, B., Sandh, M., Lundberg, D & Fridlund, B (2003). Cancer related pain in palliative care: Patients perceptions of pain management. *Cumulativ Index to Nursing and Allied Health*. Lokalisert på

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=23cacd82-630e-4f73-8cf5-98451ae4d744%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4206>

*Busch, CJ & Hirsch, A.(2008). Eksistensiell og åndelig omsorg. S. Kaasa (red.). *Palliasjon*. (2.utg., s 115- 141). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Cappelen Damm. (s.a). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordringer- handling*.

Cappelendammundervisning.no. Lokalisert på

<https://www.cappelendammundervisning.no/vare/kreftsykepleie-9788279501442>

*Cappelen Damm. (s.a). *Tone Rustøen*. Cappelendammundervisning.no. Lokalisert på

<https://www.cappelendammundervisning.no/forfatter/1734/tone-rust%C3%B8en>

Dahl, K & Skaug, E.-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (1. utg., s. 17 – 50). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Den norske legeforening. (2001). *Et liv med verdighet – til det siste*. Lokalisert på

<http://legeforeningen.no/emner/andre-emner/publikasjoner/statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-6-et-liv-med-verdighet-til-det-siste2/>

Eide & Eide. (2007). *Kommunikasjoner i relasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Ferreira, K., Kimura, M & Teixeira, M. (2006). The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Cumulativ Index to Nursing and Allied Health*.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00520-006-0086-x>

*Grasdal, A. (s.a.). Hva er kreft? I *Kreftforeningen*. Lokalisert 6. April, på

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

*Gyldendal.(2010). *Nina Jahren Kristoffersen*. Gyldendal Norsk Forlag. Lokalisert på

<http://www.gyldendal.no/Forfattere/Kristoffersen-Nina-Jahren>

*Gyldendal. (2010). *Palliasjon*. Gyldendal Norsk Forlag. Lokalisert på

<http://www.gyldendal.no/Faglitteratur/Medisin/Laereboeker/Palliasjon>

*Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. (Utgitt: 26.03.2015). Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

*Helse – og omsorgsdepartementet (1999). *Livshjelp- behandling, pleie og omsorg for uhelbredlig syke og dødende: Oppfølging av NOU 1999:2. Rapport fra 20. Januar – kommisjonen*. Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/?q=livshjelp&ch=5>

*Helsepersonelloven, LOV – 1999 – 07 – 02 – 64 (LOV – 2015 – 12 – 18 – 121 fra 01.01.2016) § 39.

*Hem, E. (2003). Kunst og legekunst. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123: 3577-8.
Lokalisert på

<http://tidsskriftet.no/article/942480>

*Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur*. Universitetsforlaget AS.

*Hoel, M B & Lynes, I K. (2010). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. A M. Reitan & T K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring- handling*. (3.utg., s 455-463). Akribe AS.

*Holck, P. (2014). Mediastinum. *Store norske leksikon*. Lokalisert 6. April, på

<https://sml.sn.no/mediastinum>

*Kaasa, S & Borchgrevink, P C. (2008). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. S. Kaasa (red.). *Palliasjon*. (2.utg., s 271- 282). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kaasa, S. (2012). Palliativ behandling. R. Kåresen & E. Wist (red.). *Kreftsykdommer* (4.utg., s.113- 125) Gyldendal Norsk Forlag.

*Kaasa, S. (2008). Smertediagnostikk. S. Kaasa (red.). *Palliasjon*. (2.utg., s 285- 230). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kreftregisteret. (2016). *Lungekreft*. Lokalisert på <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Lungekreft/>

*Kreftsykepleie (s.a.). I *Cappelen Damm*. Lokalisert 4. mai 2016, på <https://www.cappelendammundervisning.no/vare/kreftsykepleie-9788279501442>

Kristoffersen, J. N. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. . I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (1. utg., s. 208 – 270). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (1. utg., s. 16 – 28). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kubler- Ross, E.(1973). *Før livet ebber ut*. Gyldendals Kjempefakler.

*Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. (Sist endret 19.04.2016). Lokalisert på

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lorentsen, V B & Grov, E K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. . H. Almås., Stubberud, D-G & Grønseth, R (red.). *Klinisk sykepleie 2* (4.utg., s 401-430). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Markussen, R. (Manus, regi). (2011). *Reidunns kamp- en usminket fortelling om lungekreft*. Lokalisert på

<https://tv.nrk.no/program/DKNO30000511/reidunns-kamp-en-usminket-fortelling-om-lungekreft>

Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn., J., Mjell. & E. Bach – Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 210 – 241). Gyldendal Norsk Forlag.

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Pasient – og brukerettighetsloven, LOV – 1999 – 07 – 02 – 63 (LOV – 2015 – 05 – 22 – 32 fra 01.11.2015) § 1-1.

* Rawdin, B., Evans, C & Rabow, M. (2013). The Relationships among Hope, Pain, Psychological Distress, and Spiritual Well-Being in Oncology Outpatients. *Cumulativ Index to Nursing and Allied Health*.

<http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0223>

*Reitan, A M. (2010). Kreftsykepleie. A M. Reitan & T K. Schjøberg (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring- handling*. (3.utg., s 21-32). Akribe AS.

*Rosland, J.H. & Tjølsen, A. (2008). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelaterte smerte.S. Kaasa (red.). *Palliasjon* (2. utg., s. 311 – 325) Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I & Stubhaug, A. (2008). Kreft og smerter. T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte* (1.utg ., s 255- 265). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. & Bjålie, J.G. (2006). *Menneskekroppen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Simonsen, J.V. (2016). Lungekreft. I *Kreftforeningen*. Lokalisert 6. April, på

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/lungekreft/>

*Skorpen, G. (2012). Hva er lindrende behandling? *Tidsskrift for sykepleiere*. Lokalisert på

<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/pdf/873907.pdf>

*Slåtten, K., Fagerström, Lisabeth. & Hatlevik, O.- E. (2010). Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *Cumulativ Index to Nursing and Allied Health*, (2). Lokalisert på

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=496a393b-da23-404d-93d3-e42e306467ff%40sessionmgr107&hid=124>

*Stein Kaasa (2016). I *wikipedia*. Lokalisert 4. mai 2016, på

https://no.wikipedia.org/wiki/Stein_Kaasa

*Steindal, S., Bredal, I.S., Sørbye, L.W., Lerdal, A. (2011). Pain control at the of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. *Cumulativ Index to Nursing and Allied Health*.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00892.x>

*Stubhaug, A & Ljoså, T A . (2008). Hva er smerte? T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte* (1.utg ., s 22- 46). Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Svendsen, L. (s.a.). Smerter. I *Kreftforeningen*. Lokalisert 3. mai, på

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/smerte/>

*Sæteren, B. (2010). Omsorg for dødende pasienter. A M. Reitan & T K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring- handling*. (3.utg., s 235- 254). Akribe AS.

*Tellugen, I. (s.a.). Lindrende behandling. I *Kreftforeningen*. Lokalisert 25. mai, på <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/lindrende-behandling/>

*Tone Rustøen (s.a.). I *Cappelen Damm*. Lokalisert 4. mai 2016, på <https://www.cappelendammundervisning.no/forfatter/1734/tone-rust%C3%B8en>

*Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte* (1.utg., s. 51 – 66). Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

*Utne, I & Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. A M. Reitan & T K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring- handling*. (3.utg., s 62- 69). Akribe AS.

*World health organization.(2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Lokalisert på <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vedlegg 1

Samleskjema for artikler

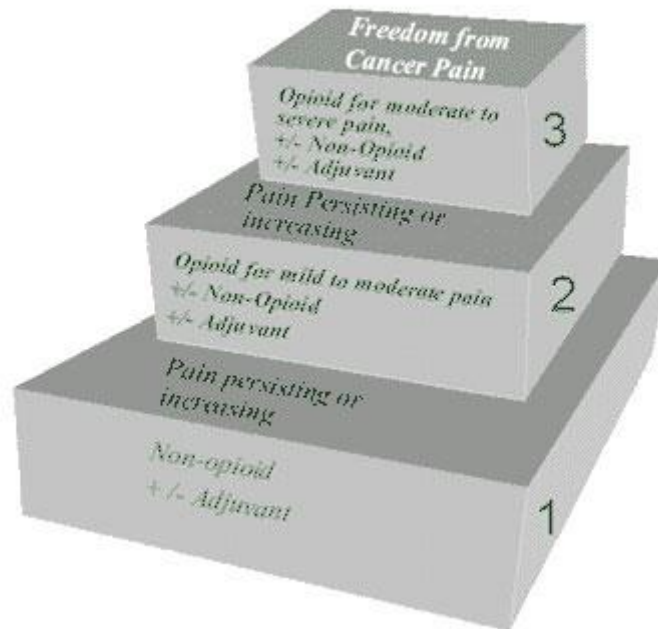
Metode				Resultater		
Artikkel nr.	Studiedesign	Komplett referanse (APA)	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans / overføringsverdi til mitt tema / min oppgave
1	Kvalitativ forskning	<i>The relations among hope, pain, psychological distress, and spiritual well – being in oncology outpatient</i> (Rawdin, Evans & Rabow, 2013).	Database: CINAHL Søkeord: Hope and cancer and pain	240 treff, avgrenset til full text og fra 2010 – 2016: 32 treff.	Denne forskningsartikkelen handler om en studie gjort for å se på relasjon mellom håp og kreftsmerte.	Relevant da den legger til grunn for at håp er relatert til bestemte dimensjoner av smerteopplevelsen.
2	Kvalitativ forskning	<i>Pain control at the end of life, a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients</i> (Steindal, Bredal, Sørbye & Lerdal, 2011).	Database: CINAHL Søkeord: Neoplasms - complications and pain and terminal care	206 treff, avgrenset til full text og fra 2011 – 2016: 32 treff.	Denne forskningsartikkelen ser på forskjell ved dokumentasjon og behandling av pasienter med kreft og pasienter uten kreft. Den går også inn på smertens frekvens, smertens karakter og smertebehandling.	Vi valgte denne studien fordi vi mener den er relevant da den beskriver smertens frekvens, smertens egenskap og smertebehandling hos pasienter som er innlagt på sykehus i livets slutfase.
3	Kvalitativ forskning	<i>Clinical competence in palliative nursing in</i>	Database: CINAHL Søkeord: Clinical	318 treff, avgrenset til full text	Denne studien tar høyde for hvordan sykepleiere kan skaffe seg gode rutiner og	Relevant da den ser på viktigheten med god kompetanse og gode rutiner

		<i>Norway: the importance of good care routines</i> (Slåtten, Fagerstrom & Hatlevik, 2010).	competence and palliative nursing	og fra 2010 – 2016: 94 treff.	kompetanse ved å bruke ESAS som en systematisk tilnærming ved å bedre kvaliteten på sykepleien.	for å få en optimal palliativ omsorg.
4	Kvalitativ forskning	<i>Use of a modified ESAS in cancer patients: A pilot study of patient and staff experience</i> (Baba, Fransson & Lindh, 2007).	Database: Oria Søkeord: Modified ESAS and cancer and experience	317 treff, avgrenset fra 2007 – 2016: 164 treff.	Forskningen vurderer gjennomførbareheten av et modifisert ESAS – skjema for overvåking av symptomer ved onkologisk og palliativ omsorg	Svært relevant da den omhandler både pasienters og sykepleierens syn på ESAS – skjemaet. I studien konkluderer deltakerne med at ESAS er lett å anvende og bør benyttes som et kartleggingsverktøy for daglig rutine.
5	Kvantitativ	<i>The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it?</i> (Ferreira, Kimura & Teixeira, 2006).	Database: Oria Søkeord: Analgesic ladder and neoplasms	104 treff, avgrenset til engelske artikler fra 2005 – 2016: 94 treff.	Handler om evaluering av pasienter med kreftsmerte som behandles i henhold til Verdens helseorganisasjon (WHO) sin smertetrapp.	Høy relevans fordi den konkluderer med at smertetrappen kan være et hjelpemiddel for sykepleiere, slik at pasientene kan oppnå en optimal smertelindring. Med forbehold om at sykepleiere har gode kunnskaper.
6	Kvalitativ	<i>Cancer-related</i>	Database: CINAHL	1370 treff,	Denne studien tar høyde for at	Relevant da den ser på

	forskning	<i>pain in palliative care: patients perceptions of pain management</i> (Bostrøm, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2003)	Søkeord: Cancer and pain management and palliative care	avgrenset til full tekst fra 2003 – 2016: 548 treff.	smerte er et stort problem for mange pasienter med kreft, tross mange retningslinjer og behandlingsoalternativer som er relatert til kreftsmerte	viktigheten av hva som er best for pasienten når det kommer til smerte i en palliativ fase.

Vedlegg 2

WHO's Pain Relief Ladder



Vedlegg 3

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (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
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

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

8/12-2010

Vedlegg 4

VAS- skalaen

