

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Smertelindring til kreftpasienter

Pain relief for cancer patients

Marthe Hagen Molstad og Irene Nordsveen

Veileder: Cecilie Ruud Dangmann

Bachelor i sykepleie

Antall ord: 11 471

2017

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere bidra til smertelindring hos pasienter med kreft?*

Bakgrunn og hensikt: Kreft er et økende problem i Norge, og er den vanligste kreftsykdommen hos menn er prostata-, lunge- og tykktarmskreft, mens hos kvinner er brystkreft den vanligste kreftformen, etterfulgt av lunge- og tykktarmskreft (Kreftforeningen, 2013). Av disse kreftpasientene lider flertallet av sterke smerter. Hensikten med temaet er å kunne bidra til bedre smertelindring hos pasienter med kreft, og belyse sykepleierens ansvar i smertelindring. Sykepleieren skal bidra til bedre smertelindring slik at livskvaliteten til pasienten kan bli bedre.

Metode: Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie. For å kunne besvare vår problemstilling har vi brukt pensumlitteratur, i tillegg til at vi har funnet selvvalgt litteratur og fire engelskspråklige forskningsartikler. Våre valgte forskningsartikler vil gi oss svar på vår problemstilling.

Resultat: Forskningen belyser hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at kreftpasienter blir bedre smertelindret. Her viser vi at både medikamentell og ikke-medikamentell behandling kan ha god effekt hos disse pasientene. Sykepleiere har generelt for dårlig kompetanse innen område smerte og smertelindring. Kunnskapsnivået må økes, og kartlegging av pasientens smerter må bedres.

Konklusjon: I flere av våre valgte studier ser vi at det er mangel på kunnskap om smerter og smertelindring hos sykepleieren. Hvis smertelindringen skal bli optimal, må sykepleieren ha nødvendig kunnskap, fremme håp og vise respekt for pasienten. Sykepleieren må prioritere tiden på en god måte for å observere pasienten og følge opp iverksatt smertebehandling. Vi har sett at kartlegging må prioriteres hos kreftpasienter med smerter. Ulike kartleggingsverktøy er gode hjelpemidler til å kartlegge og behandle smerte hos kreftpasienter, som blant annet ESAS-skjema og VAS-skalaen.

Innhold

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning og presentasjon for valg av tema	5
1.1 Presentasjon av problemstilling	5
1.2 Avgrensing og presisering av oppgaven	6
1.3 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teoridel	8
2.1 Kreft	8
2.1.1 Kreftpasienten	8
2.1.2 Livskvalitet.....	9
2.2 Smerte.....	10
2.2.1 Opplevelse av smerte	10
2.2.2 Kreftsmerte er komplekst	11
2.2.3 Kartlegging av smerte	12
2.3 Medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling	13
2.3.1 Medikamentell behandling	13
2.3.2 Smertetrapp	13
2.3.3 Ikke- medikamentell behandling	14
2.4 Sykepleierens ansvar og funksjonsområde	15
2.5 Joyce Travelbee.....	15
2.5.1 Lidelse	15
2.5.2 Kommunikasjon	16
2.5.3 Håp	16
2.5.4 Menneske-til-menneske-forhold	16
3.0 Metode.....	18
3.1 Fordeler og ulemper med litteraturstudie	18
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode	18

3.3 Litteratursøk som metode	19
3.4 Litteratursøk	19
3.4.1 Valg av litteratur.....	20
3.5 Kildekritikk	21
3.6 Etske vurderinger	21
4.0 Resultat.....	22
5.0 Drøfting	25
5.1 Kartlegging av smerte hos kreftpasienter.....	25
5.2 Sykepleierens funksjon og ansvar i smertelindring.....	27
5.3 Bruk av medikamentell og ikke-medikamentell behandling i palliativ fase	31
5.3.1 Medikamentell behandling	31
5.3.2 Ikke-medikamentell behandling	33
6.0 Konklusjon	36
7.0 Litteratur.....	37
Vedlegg 1 – Datasøk	41
Vedlegg 2 – ESAS kartleggingsskjema	44
Vedlegg 3 – VAS smerteskjema	45

1.0 Innledning og presentasjon for valg av tema

Vårt tema er smertelindring til kreftpasienter. Kreft er en alvorlig diagnose som berører mange parter, som pasienten selv, pårørende og bekjente. I vår praksisperiode ved medisinsk avdeling møtte vi mange pasienter med ulike kreftdiagnoser. Hovedårsaken til innleggelse av disse pasientene var smerter, og et stort behov for god smertelindring. Ved disse innleggelsene har vi fått et lite innblikk i hvilket ansvar vi som sykepleiere har overfor denne pasientgruppen, og vi ønsker å få økt innsikt i sykepleierens ansvarsområde. Erfaringene fra praksis har gitt oss motivasjon i forhold til å finne ut mer om smertelindring hos pasienter med kreft. Smerter kan påvirke både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle dimensjonene (Rosland & Tjølsen, 2008). Vårt fokus vil derfor være hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at kreftpasienter får optimal smertelindring.

Kreftpasienter får ulik smertebehandling. Noen pasienter får ikke smertebehandling, noen får ikke smertestillende som er riktig for dens plager, mens noen får for lite medikamenter til smertenes intensitet. Smertebehandling må tilpasses hver enkelt pasient, da alle pasienter er forskjellige og har ulike behov. Taraldsen et. al. (2010) mener at kreftpasienter ikke er godt nok smerte lindret. Forskning viser at det er mulig å oppnå smertelindring ved nesten alle kreftmerter, men allikevel får mange pasienter får dårlig smertelindring (Taraldsen, Bjordal & Rustøen, 2010). For å oppnå tilstrekkelig smertelindring ved kreft kreves det kunnskap om temaet.

Ved å se på statistikk fra 2015 ved kreftregisteret, ser vi at det er registrert 32 592 nye krefttilfeller i Norge. For eksempel så er det 3035 nye tilfeller som blir rammet av lungekreft i Norge årlig, og lungekreft er den kreftformen som tar flest liv på verdensbasis hvert år (Kreftregistret, 2015). Ut ifra denne statistikken vil det være relevant å se på hvordan vi som sykepleiere kan bidra med god smertelindring til kreftpasienter, da temaet kreft og smertelindring er svært sentralt i vår tid.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Temaet for vår oppgave er «smertelindring til kreftpasienter». Dermed har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere bidra til smertelindring hos pasienter med kreft?

1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven

Sykepleie til kreftpasienter er et omfattende område. I vår oppgave har vi valgt å fokusere på sykepleierens ansvar ved smertelindring til pasienter med en kreft diagnose. Vi ønsker ikke å gå inn på en bestemt kreftform, men ønsker å skrive om kreftpasienter generelt da mange av kreftformene gir sterke smerter. Vi har valgt å bruke de «nasjonale retningslinjene for palliasjon i kreftomsorgen» da vi har erfart at pasienter i palliativ fase ofte har intense og uutholdelige smerter. I en statistikk fra kreftregisteret ser vi at over 10 000 mennesker dør av kreft hvert år (Kreftforeningen, 2017). Ivaretagelse av pasienter som har fått en kreftdiagnose ser vi som svært sentralt, og vi ønsker derfor å vektlegge relasjonen mellom oss som sykepleiere og pasient, samt sykepleierens kontinuitet og kompetanse i arbeidet.

I vår oppgave tar vi for oss sykepleierens funksjon og ansvar i smertebehandling, samt viktigheten av observasjon, kartlegging og kommunikasjon i smertebehandling. Vi vil vise ulike kartleggingsverktøy, og betydningen av disse. Som smertelindrende tiltak vil vi ta for oss medikamentell- og ikke-medikamentell smertebehandling for å belyse forskjellen ved disse behandlingsmetodene. Vi har valgt å ta med et lite avsnitt om livskvalitet i vår teoridel, da vi har erfart at smerte og livskvalitet henger tett sammen hos kreftpasienter. I oppgaven benytter vi «vi» når det snakkes om sykepleier, og «han/hun» når vi omtaler pasienten.

Ut ifra denne avgrensingen vil vi, i vår oppgave ta for oss problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere bidra til smertelindring hos pasienter med kreft?*

1.3 Oppgavens disposisjon

Vi vil dele oppgaven vår inn i ulike kapitler for å få en ryddig og oversiktlig oppgave.

Kapitel 1.0 gir en presentasjon av valgt tema og sier noe om hvorfor vi ønsker å skrive om dette temaet. I dette kapitlet presenterer vi vår problemstilling, samt avgrense og presisere oppgaven.

Kapitel 2.0 gir en presentasjon av oppgavens teoridel. Her tar vi for oss ulik litteratur som vi ser på som relevant for å drøfte vår problemstilling. Først vil vi ta for oss teori om kreft, deretter smerteteori og til slutt vil vi presentere valgt sykepleieteoretiker, Joyce Travelbee.

Kapitel 3.0 omhandler vår metodedel. Her presenterer vi hva metode er, fordeler og ulemper ved en litteraturstudie, litteratursøk, kildekritikk og etiske vurderinger.

Kapitel 4.0 gir en presentasjon av våre fire valgte forskning artikler.

Kapitel 5.0 er vårt drøftingskapittel. Her vil vi drøfte teori opp mot vår problemstilling.

Kapitel 6.0 tar vi for oss oppgavens konklusjon/oppsummering.

Kapitel 7.0 vil vi gi dere en oversikt på hvilke kilder vi har anvendt i oppgaven.

2.0 Teoridel

I denne delen vil vi presentere relevant teori, som vi vil trekke inn i drøftingsdelen for å belyse vår problemstilling.

2.1 Kreft

«Ved kreft har det oppstått skader (mutasjoner) i cellens arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert. Etter hvert som disse kreftcellene fortsetter å dele seg ukontrollert, skjer det en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet. Det vil etter hvert dannes en kreftsvulst» (Kreftforeningen, 2013).

I 2015 fikk hele 32 592 nordmenn en kreftdiagnose. Risikoen for å få kreft øker med alderen, men den rammer alle aldersgrupper. Hvert år dør over 10 000 mennesker av kreft. I Norge er kreft den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer. Hos menn er de vanligste kreftsykdommene prostata-, lunge- og tykktarmskreft, mens hos kvinner er det bryst-, lunge- og tykktarmskreft som er de mest vanligste kreftsykdommene. Sykdomsforløpet, behandling og overlevelse vil være ulik fra pasient til pasient. Hos pasienter med kreft oppleves smerte forskjellig og smertene kan komme av tanker rundt sykdommen, av behandlingen eller av kreftsykdommen selv (Kreftforeningen, 2013).

2.1.1 Kreftpasienten

Som sykepleier må man ha god kunnskap om det man jobber med. Når det gjelder kreft og smertelindring må man ha god kunnskap om kreftsykdommen, smerte og smertelindring, samt at man må kjenne pasienten. For å få god kunnskap må sykepleieren kunne oppdatere seg på ny forskning og etterprøvd kunnskap, for så å sette den nye kunnskapen ut i praksis. I tillegg til å ha god kunnskap innebærer god sykepleie å vise empati overfor pasienten (Bjørge, 2010).

I studien til Steindal, Bredal, Sørbye & Lerdal (2011) vises det at styrken på smerte hos kreftpasientene er fire ganger så ille som hos de andre pasientene med andre diagnoser. Dette viser oss at kreftpasienter har et stort behov for god smertelindring. Smerte hos kreftpasienter er et svært fryktet symptom, og i studien til Taraldsen et. al. (2010) kan vi se at mange pasienter har barrierer mot smertelindring. Dette går blant annet ut på at mange kreftpasienter er engstelige for avhengighet og for å utvikle toleranse for smertestillende medikamenter slik at de venter med å innta medikamenter inntil smerten blir sterkere. En annen barriere kan være at pasienten ikke ønsker å bry sykepleieren eller at de ikke ønsker å være den vanskelige

pasienten som hele tiden klager over smerter. Noen pasienter velger å se på smertene som en utvikling av kreftsykdommen, og av den grunn ønsker de ikke å ta smertestillende medikamenter. Det er også mange kreftpasienter som ikke får optimal smertelindring (Steindal et. al., 2011). Taraldsen et. al. (2010) viser at det er ulike faktorer som kan forklare mangelfull smertelindring hos kreftpasienter. Dette kan være hos pasienten selv, hos helsepersonellet eller i rammefaktorene. Mangel på optimal smertelindring kan komme av tilbakeholdenhet ved rapportering av smerte og at pasientene ikke følger anbefalt smerteregime. Feiloppfatninger, misforståelser og manglende kunnskap om smerte og smertelindring kan være årsaken til dette.

To av tre kreftpasienter har smerter i forløpet av sykdommen, tross økt kunnskap om smertebehandling til kreftpasienter blir de ikke god nok smertelindret. Mange av kreftpasientene blir ikke rutinemessig spurt om sine smerteopplevelser, og smerteproblematikken blir ofte skjøvet til side. En systematisk registrering kan sannsynligvis fange opp pasientens smerter, her kan ulike kartleggingsverktøy som blant annet VAS skalaen og ESAS skjema brukes. For å bedre kvaliteten på smertebehandling må sykepleiere få økt kunnskap om behandling av kreftrelaterte smerter samt kunne gjennomføre ulike kartlegginger hos den enkelte pasient (Holtan, Kongsgaard & Ohnstad, 2005)

2.1.2 Livskvalitet

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

Kreftpasienter med sterke smerter vil få nedsatt livskvalitet, og det vil påvirke livssituasjonen i høy grad. Det er ulike faktorer som vil påvirke pasienten livssituasjon og livskvalitet. Blant annet så vil det å ha et håp ha en stor betydning for kreftpasienter, det å ha et håp om å få bli smertefri og få leve et godt liv (Berterö, Vanhanen & Appelin, 2008). I studien til Berterö et. al. (2008) er det forsket på at livskvaliteten ble økt betydelig, om kreftpasienten opplevde håp under sykdommen. Hvis pasientene opplevde god støtte rundt sykdommen, ville det også være med på å øke livskvaliteten. Støtten kunne blant annet komme fra sykepleiere, og sykepleiere ble generelt nevnt som en viktig faktor for økt livskvalitet. I de fleste tilfeller vil det nok være urealistisk å oppnå komplett livskvalitetsfølelse hos pasienter med en

kreftsykdom. Sykepleiere må derfor tilstrebe å hjelpe pasienten på en slik måte at vedkommende får en følelse av å ha det godt, til tross for kreftsykdommen (Rustøen, 2001).

2.2 Smerte

I denne delen vil vi presentere smerteteori. Å kunne takle kreftpasienter sin smerte er en viktig del av sykepleieansvaret. Som sykepleiere vil vi også ta del i utredning og behandling av smerte da det er vi som gjør mest observasjoner rundt pasientene. Vi vil gå kort igjennom hva smerte er, opplevelse av smerte, kreftsmerte, kartlegging av smerter og medikamentell- og ikke medikamentell behandling.

Smerte blir definert på mange ulike måter, men vi har valgt å bruke definisjonen som står i «Nasjonale retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» da vi anser denne som relevant for vår problemstilling da smerteopplevelsen ofte er størst hos kreftpasienter i palliativ fase.

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv. Smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold. Begrepet «total pain» brukes ofte i palliasjon for å beskrive denne kompleksiteten». (Helsedirektoratet, 2015).

2.2.1 Opplevelse av smerte

I litteraturen deles smerte inn i 3 hovedgrupper, nociseptive smerter, nevrologiske smerter og idiopatiske smerter (Fors, 2014). Vi har valgt å ta med alle tre hovedgruppene av smerte, da vi anser alle som svært sentrale hos kreftpasienter. Som sykepleier er det nødvendig å vite hva slags smerter kreftpasienter kan bli utsatt for.

Noiceptive smerter

Nervefibrer med smertereseptorer kalles noiceptorer, og akutt vevsskade stimulerer disse noiceptorene. Dette er den vanligste smerten man kjenner, og alle mennesker vil oppleve denne smerten flere ganger i livet, som eksempel at man brenner seg på ovnen, klemmer fingeren i døren eller strekker en muskel på fotballtrening, eller ved sår hals. Ved disse smertene aktiveres noiceptorene. Smertene kan også komme fra indre organer og aktivere noiceptorene, men da kalles det visceral smerte. Visceral smerte er ofte diffuse og vanskelig å lokalisere (Fors, 2014).

Nevropatiske smerter

Nervesmerter, disse smertene lokaliseres i nervesystemet, perifert eller sentralt. Fors har et godt eksempel i boken om hvordan opplevelsen av nevropatisk smerte oppleves, og det er hvis man slår albuen mot noe hardt opplever man et slags støt som iler nedover mot fingrene - dette støtet har mange kallenavn som «kjerringstøt», «heksehyl», og «enkemannstøt». Dette er nevropatiskliknende smerte (Fors, 2014). Smerten i det perifere og sentrale nervesystemet kan komme av en tumor som klemmer av eller blokkerer nerver, som kan føre til at det blir en nerveskade eller en funksjonsforandring i nerven (Bjørge, 2010).

Idiopatiske smerter

Fors skriver at dette er uttrykket for smerte med ukjent årsak. Denne typen smerte er ofte sammensatt av det fysiske og psykiske hos pasienten. Det er viktig for å kartlegge smerten hos en pasient at legen eller sykepleieren også kartlegger det psykiske hos pasienten. Er smertene uutholdelige og intense, skapes emosjonelle svingninger og frustrasjon hos pasienten (Fors, 2014).

2.2.2 Kreftsmerte er komplekst

Kreftmerter er smerter som oppstår grunnet kreftsykdom. Smertene kan være akutte eller langvarige, eller en kombinasjon av dette. Kreftmerter er ofte sammensatt av psykiske, fysiske, åndelige og sosiale faktorer. Når en pasient har fått beskjed om alvorlig sykdom som kreft, kommer ofte reaksjoner som angst, skyldfølelse, sinne og fornektelse. Skyldfølelsen hos blant annet lungekreftpasienter er ofte stor da lungekreft ofte skyldes røyking. Dette kan skape psykiske smerter. Noen vil ha behov for angstdempende medisiner og samtaler med fagpersoner (Kaasa, 2008).

Kreftsmerte kan også gi sterke fysiske smerter. Selve svulsten kan forårsake smerter da den kan presse på ulike organer og deler i kroppen, som blant annet skjelettet. Smerte er derfor et av de vanligste symptomene på kreft. En annen type smerte kan komme av kreftbehandling. Stråling og cellegift kan forårsake smerter i blant annet nervevev og muskler. Kroniske kreftmerter påvirker ofte den fysiske funksjonen, og derfor minskes livskvaliteten. Disse faktorene vil være avgjørende for hvordan pasienten opplever smerte og hvordan smertene skal behandles (Kaasa, 2008).

Hvis kreftsykdommen oppdages sent, er det sannsynlig at kreften kan ha spredd seg, blant annet er spredning til skjelettet vanlig ved kreft som blir oppdaget sent i forløpet. Det er

metastaser i skjelettet som ofte gir størst smerteproblem hos kreftpasienter. Spredning til skjelettet er hyppigst hos krefttyper som mammae, prostata og lunge. Metastaser er ofte murrende og verkende smerter som øker ved bevegelse og ved belastning spesielt av de mest vekt bærende kroppsdelene som bekken, underekstremitetene og columna (Bjørø, 2010).

I palliativ fase er tiltak rettet mot det psykiske, fysiske, åndelige og sosiale i fokus. Målet er at pasienten skal få best mulig livskvalitet ved at pasientens smerter skal lindres. For at målet om at pasienten skal få en god lindrende behandling skal lykkes, er tverrfaglig samarbeid nødvendig. Mange ulike fagområder er nødvendig for at dette skal fungere optimalt (Kaasa, 2008). Blant annet er et godt samarbeid mellom lege og sykepleier nødvendig. Hovedmålet i den palliative fasen hos kreftpasienter vil være å tilrettelegge for best mulig livskvalitet. Ved å dempe smerten med tilstrekkelig smertelindring vil livet kunne forlenges og livskvaliteten øke. Tilstrekkelig smertelindring vil være å behandle de psykiske og fysiske smertene som har oppstått på grunn av kreftsykdommen. Metoden som brukes for å lindre de ulike smertene, er avhengig av hva slags smerter pasienten har (Kaasa, 2008).

2.2.3 Kartlegging av smerte

Ved å kartlegge og gjøre gode undersøkelser av pasienter med smerter blir smertediagnosen enklere å stille og smertebehandlingen lettere å igangsette. Ved å lokalisere hvor smerten sitter og smertetypen kan man finne ut hvilke organ eller vev som er berørt. Hva slags smertetype pasienten har vil da avgjøre behandlingsmetoden (Bjørø, 2010).

Smerte er vanskelig å kartlegge, men ved å bruke smerteskala, som VAS - visuell analog skala, kan pasienten angi sin smerte på linje fra 0 – 10, der 0 angir ingen smerte og 10 er uutholdelig smerte. VAS gir muligheten til å vise hvordan pasienten opplever smerte i øyeblikket. Ved å gjenta smerteskalaen etter smertelindring kan skalaen vise hvilken effekt pasienten opplever av smertebehandlingen (Bjørø, 2010). Videre kan man kartlegge tidsrammen på smertene, når de startet, hvordan utviklingen i smerten har vært, effekten av medikamentene og hvor langvarig effekten er. Dette er for å skape et best mulig intervall for mengde og dose medikament for å holde det stabilt. Det er viktig å ta hensyn til andre faktorer som kan spille inn på smerteopplevelsen, som nevnt tidligere, i forhold til hvordan pasienten har det psykisk (Bjørø, 2010).

Ved kartlegging av smerter hos kreftpasienter er også Edmonton Symptom Assessment System (ESAS skjema) et nyttig verktøy. Skjemaet kan gi en symptomregistrering innen

livskvalitet og smerte slik pasienten selv ser det. Skjemaet er enkelt å bruke, og pasienter fyller ut skjemaet selv eller sammen med sykepleier (Baba, Fransson & Lindh, 2007).

2.3 Medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling

Det fins ulike smertelindringsmetoder. Ikke-medikamentell behandling bør brukes som et supplement til medikamentelle tiltak, da disse to behandlingsmåtene henger tett sammen (Bjørø & Torvik, 2008).

2.3.1 Medikamentell behandling

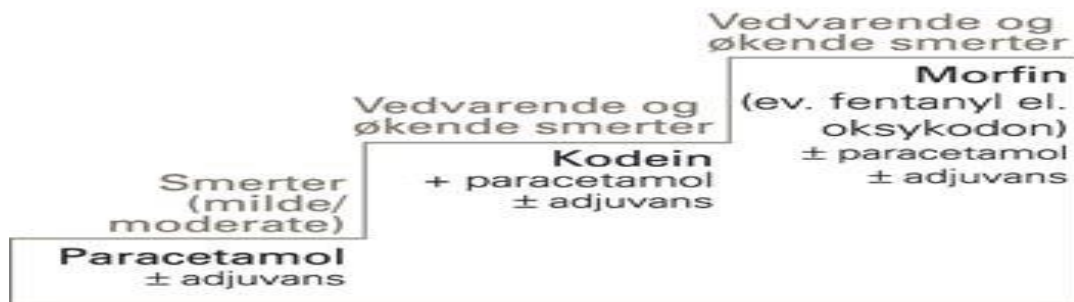
«Medikamentell behandling og antitumorbehandling utgjør til sammen behandlingen hos mer enn 95 % av alle pasienter med kreft smerter» (Bjørø, 2010, s 203). Når det gjelder smertebehandling skal det skiftes til sterkere opioider, når ikke-opioide analgetika alene ikke gir en nødvendig smertelindring. Taraldsen et. al. (2010) viser i sin studie at for lite kunnskaper hos sykepleiere og redsel hos pasienter for avhengighet av medikamenter i mange tilfeller kan gi en inadekvat smertebehandling. Ved oppstart av sterk opioid er god smertelindring hos pasienter et primært mål, og et viktig prinsipp man må understreke er at kreftpasienter som får opioider som morfin mot sine smerter ikke havner i misbruk eller avhengighet, og at dette derfor ikke er et problem. Ikke-opioide analgetika kan redusere behovet av sterke opioider, derfor skal pasienten fortsatt bruke dette etter oppstart av sterke opioider (Bjørø, 2010).

Det er anbefalt at kreftpasienter med sterke smerter står på langtidsvirkende analgetika som for eksempel morfin. Dette vil gi en jevn vevskonsentrasjon, men det kan allikevel komme smertetopper. Sykepleieren kan da tilføye et hurtigvirkende opioid. Ved oppstart av sterke opioider kan ulike bivirkninger oppstå, og dette må pasienten få informasjon om (Bjørø, 2010).

2.3.2 Smertetrapp

Den medikamentelle behandlingen relateres til pasientens allmenntilstand, smerteklassifikasjonen og intensiteten av smertene. WHO's smertetrapp er det grunnleggende prinsippet for behandling av smerter hos kreftpasienter. Hovedprinsippet er faste doser peroralt samt behovsmedisinering for gjennombruddssmerter (Bjørø, 2010).

Smertetrapp



Hentet fra «Tidsskriftet for den Norske Legeforening, 2004)

Trinn 1: Ikke-opioide analgetika

Mot milde/moderate smerter er paracetamol og ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) anbefalt. Paracetamol har en gunstig bivirkningsprofil, mens NSAID er effektiv på smerter ved inflammasjon relatert til tumor og skjelettaffeksjon. Disse to preparatene kan kombineres, og dette har vist god effekt ved akutte smerter (Bjørøgo, 2010).

Trinn 2: Opioider ved svak til moderat smerte

Ved vedvarende og økende moderate smerter anbefales en kombinasjon av ikke-opioide analgetika + et svakt opioid, ofte brukt er kodein (Bjørøgo, 2010).

Trinn 3: Opioider ved sterke smerter

Mot vedvarende og økende sterke smerter er førstevalget hos kreftpasienter å prøve morfin, da dette er et effektivt medikament. Morfin er også et medikament som tolereres godt og ikke gir organskader selv ved langtidsbruk (Bjørøgo, 2010).

2.3.3 Ikke-medikamentell behandling

Ikke-medikamentell behandling bør brukes i tillegg til medikamentell behandling. Ikke-medikamentell behandling kan blant annet bidra til å dempe angst og redusere stress. Ved for eksempel å lytte til pasienten viser sykepleieren at hun bryr seg om og viser omsorg for pasienten, og dette kan virke inn på hvordan pasienten har det. Sykepleieren må forsøke å gjøre situasjonen så lett som mulig. Dette gjøres i stor grad gjennom sykepleierens holdninger, berøring, blikk, stemmens varhet og oppmerksomhet. Sykepleierens nærhet til og kontakt med pasienten viser at en er tilgjengelig, noe som i de fleste tilfeller fører til at pasienten føler seg bekreftet som person. Sykepleierens tilstedeværelse og atferd spiller en

viktig rolle for å skape selvbekreftelse og trygghet, som er en viktig forutsetning for håp hos pasientene (Lorentzen & Grov, 2010).

2.4 Sykepleierens ansvar og funksjonsområde

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, 2011). Sykepleie er et praktisk yrke, som innebærer mange forskjellige roller og funksjoner. Disse ulike rollene og funksjonene utgjør det som kalles for sykepleierens ansvars- og funksjonsområde. Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde er delt inn i sju grunnleggende områder som består av undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, helsefremming og forebygging, rehabilitering og habilitering, behandling, lindring og fagutvikling. Hva som dominerer den enkelte sykepleiers arbeid, er avhengig av hvor sykepleieren arbeider (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

I følge «Nasjonale retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» har sykepleieren en sentral rolle når det gjelder smertebehandling av kreftpasienter. Blant annet er sykepleierens ansvar å administrere ordinerte smertestillende medikamenter. Sykepleierens ansvarsområde innen smertelindring til kreftpasienter går ut på datainnsamling, observasjoner, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, administrering av medikamentelle og ikke- medikamentelle smertelindrende tiltak og evaluering av tiltakenes effekt. Et annet viktig ansvarsområde hos sykepleiere er undervisning. Som sykepleier skal man kunne informere, veilede og undervise pasienter, noe som skal være med på å fremme trygghet og forståelse hos pasienten.

2.5 Joyce Travelbee

I dette kapitlet presenterer vi Joyce Travelbee's sykepleietenkning. Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee (1926-1973) sin tenkning om sykepleie da hun har fokus på den mellommenneskelige prosessen der den profesjonelle sykepleieren assisterer hvert enkelt menneske til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Vi anser Travelbee's sykepleietenkning som relevant for vår oppgave fordi vårt tema omhandler kreft og smertelindring.

2.5.1 Lidelse

Travelbee (1999) skriver at lidelse er en erfaring alle mennesker skal oppleve som en del av livet. Man vil kjenne lidelse i sykdom eller smerte, både fysisk, psykisk, ved åndelig lidelse, eller i møtet med døden. Hvert individ opplever lidelsen forskjellig, og det er basert på

erfaring hvor stor lidelsen vil oppleves for hvert enkelt menneske. Lidelse er noe mennesket ikke kan spares for, og det er noe alle må lære seg å leve med (Kristoffersen, 2011).

2.5.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et verktøy for å skape menneske-til-menneske-forholdet, ved kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som personen den er. Dette er måten mennesket formidler hva man tenker og føler, og uten kommunikasjon blir det vanskelig å kunne gi rett behandling til pasienten. Kommunikasjon deles inn i to grupper – verbal kommunikasjon hvor man bruker ord for å kommunisere, verbalt eller skriftlig. Ved non-verbal kommunikasjon kommuniserer man ved å bruke ansiktsuttrykk og utseende, holdninger og atferd, manerer og gester, berøring og lukt. Non-verbal kommunikasjon brukes bevisst og ubevisst, det foregår kontinuerlig mellom mennesker og inviterer til den verbale kommunikasjon. Hvis budskapet blir oppfattet og tolket riktig, har kommunikasjon funnet sted (Travelbee, 1999, s.138)

2.5.3 Håp

«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 1999, s. 117).

Mennesker som opplever tap og tragedier, lidelse og vanskelige situasjoner klarer å mestre dette hvis håpet er til stede. Håp gir styrke og motivasjon til den som ønsker å overkomme vanskelige prosesser i kampen de kjemper (Travelbee, 1999). I tidlig fase av en kreftsykdom kan håpet være å overvinne kreften, underveis i prosessen kan håpet endres og trues av hva som skjer i forløpet av kreftsykdommen og i sluttfasen av kreft kan håpet dreie seg om å få leve til neste sommer, oppleve den siste julen. Håpet skiller seg fra et ønske ved at håpet er realistisk, mens et ønske er urealistisk ved at man kan ønske å bli frisk når man vet at kreften er uhelbredelig (Kristoffersen, 2011, s. 271).

2.5.4 Menneske-til-menneske-forhold

Å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom den syke og sykepleieren begynner da sykepleieren lærer den syke å kjenne. Det tar tid å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold hvor man ser på hverandre som enkeltindivid og ikke ut i fra sine titler.

«En annen viktig grunntanke for at menneske-til-menneske-forholdet etableres etter at sykepleieren og den hun har omsorg for, har gått gjennom fire forutgående, sammenhengende faser.» (Travelbee, 2001, s. 172). Et menneske-til-menneske-forhold etableres igjennom ulike faser. Dette er fire ulike faser som går over i hverandre. Fasene beskrives slik:

Det innledende møtet

Ved det første møtet mellom sykepleier og pasienten, oppfattes og tolkes førsteinntrykket om vedkommende man møter fra begge parters side. Ut ifra hva man opplever i møtet oppstår følelsene, og relasjonen mellom dem bygges opp. Det er viktig at sykepleieren er klar over karakterene som allerede er bygget opp ved at pasienten vil se på sykepleieren som «en sykepleier» og sykepleieren vil se pasienten som «en pasient», slik at man klarer å bryte ut av dette og se på hverandre med hver sin identitet. Ut i fra dette skapes et grunnlag for empatien sykepleieren får overfor sin pasient (Travelbee, 1999).

Empati

Empati er evnen til å kunne forstå den andres situasjon og psykiske tilstand. Empatien oppstår mellom to eller flere mennesker og oppleves i en enkeltsituasjon. Sykepleier og den syke opplever en forståelse seg i mellom som gjør at de kan få sterkere kontakt og nærhet (Travelbee, 1999).

Sympati og medfølelse

Fra den empatiske prosessen kommer sympati og medfølelse for andre individer. Det er et ønske om å lindre eller å hjelpe den som lider. Sykepleieren ønsker å avlaste den sykes plager med å lindre, den syke skal kjenne støtten og omsorgen sykepleieren gir som en motivasjon til å kjempe. Sympati og medfølelse brukes både verbalt og non-verbalt ved at man ikke bare uttrykker verbalt at man ønsker å lindre smertene til den syke, men non-verbalt ved at man uttrykket medlidenhet og ømhet i måten man hjelper den syke på (Travelbee, 1999).

Gjensidig forståelse og kontakt

I den siste fasen vil sykepleieren og den syke ha lagt vekk de stereotypiske rollene og se på hverandre som enkelt individer, menneske til menneske, og dette er målet innenfor sykepleie (Travelbee, 1999).

3.0 Metode

En metode er et redskap som sier noe om hvordan man bør gå til verks for å samle data om et spesifikt tema og utvikle vår kunnskap. Metode sier noe om hvordan man bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metode hjelper oss med å finne nødvendig informasjon for at vi skal klare å svare på en problemstilling. Bakgrunnen for å velge en bestemt metode er at man mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet på en god måte. Dalland (2012) gjengir sosiologen Vilhelm Aubert sin definisjon på metode slik: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (s. 111).

For å få en god litteraturstudie må oppgaven inneholde ulike studier av god kvalitet, som kan bidra til diskusjon og konklusjon (Dalland, 2012).

3.1 Fordeler og ulemper med litteraturstudie

Ved en litteraturstudie gjennomfører man en undersøkelse som er basert på litteratur som noen andre har skrevet fra før. Litteraturstudie som metode gir oss en bred og faglig forståelse fordi data allerede finnes. I vår litteraturstudie har vi tatt utgangspunkt i forskningsartikler som er fagfellevurdert. Dette vil si at artiklene er godkjent og vurdert av eksperter på fagfeltet (Dalland, 2012). Fordelen med dette er at man får forskningsresultater som det ville ha vært vanskelig å finne på egenhånd, særlig med tanke på den tiden vi har til rådighet.

En litteraturstudie har også negative sider. Litteraturen man finner kan blant annet være feilaktig og upålitelig, noe som kan være med på å påvirke resultatet. Vi har erfart at en litteraturstudie derfor krever et nøye og godt forarbeid, både i søkeprosessen og i arbeidet med å være kildekritisk (Dalland, 2012). Engelskkunnskaper kan også være en utfordring da mye forskning er skrevet på engelsk. Dårlige engelske språkkunnskaper kan føre til misforståelse av forskningens innhold, noe som kan være med på å påvirke resultatet i en litteraturstudie.

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

I forskning bruker man enten kvantitativ eller kvalitativ metode for å samle inn relevant informasjon for å klare å besvare en eventuell problemstilling (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Når vi leser ulike forskningsartikler, må vi vite hva forskjellen mellom en kvantitativ og kvalitativ metode er. Kvantitativ metode går i bredden og innhenter data via flere undersøkelser. Dette kan blant annet være fra spørreskjemaer. Denne metoden gir oss

informasjon i form av målbare enheter, den skal telle opp fenomener. At man skal klare å formidle forklaringer er hensikten med kvantitativ studie (Dalland, 2012). Kvalitativ metode går i dybden og kjennetegnes av egenskapene til det som studeres. Denne metoden skal fange opp opplevelser og meninger som ikke kan tallfestes eller måles. Kvalitativ metode kan for eksempel være å innhente opplysninger via et intervju. At man skal klare å formidle forståelse, er hensikten med kvalitativ metode (Dalland, 2012). Vi har valgt forskningsartikler med både kvalitativ og kvantitativ metode.

3.3 Litteratursøk som metode

Litteratursøk har som hensikt å gi et innblikk i valgt fremgangsmåte for å finne teorier som er tilpasset problemstillingen som undersøkes (Dalland, 2012).

Metoden vi bruker er en litteraturstudie. Denne metoden hjelper oss å finne relevant forskning som kan hjelpe oss med å besvare vår problemstilling om kreft og smertelindring. Vi har også valgt å bruke noen internettsider som vi mener er relevante for vår problemstilling. Når vi har søkt etter forskning, har vi valgt å skrive funnene inn i et skjema som vi legger ved som et vedlegg (vedlegg 1). Vi har valgt å bruke et slikt skjema for å vise en god oversikt over søkene vi har gjort.

3.4 Litteratursøk

For å finne relevante vitenskapelige artikler og annen relevant teori søkte vi på ulike databaser. Databasene vi har benyttet oss av er svemed+, cinahl, og pubmed da disse gir oss fagfelleverderte forskningsartikler rettet mot sykepleie. Vi anser derfor disse databasene som sikre og pålitelige kilder. Vi har begrenset søket innenfor det som er relevant i forhold til vår problemstilling. Vi har lest igjennom mange artikler og plukket ut de artiklene vi ser på som relevante i forhold til vår problemstilling, som omhandler kreftpasienter med smerter. Vi har benyttet norske søkeord som *kreft, lungekreft, ESAS, kreftpasienter, smerter, smertelindring, pasient og smertekartlegging, behandling, sykepleierensrolle i smertebehandling*. Vi har brukt engelske søkeord som *cancer, pain relief, cancer pain, nurses, cancer patients, experiences, palliative care, end of life, pain, lung cancer, quality of life, life situation, nursing, patients with pain, cancer treatment, WHO analgesic*. Vi har vært kritiske i forhold til kildene vi har anvendt i vår oppgave. Vi har hatt fokus på kildenes holdbarhet, troverdighet, årstall for utgivelse og forfatterens bakgrunn. Eksempler på hvordan vi har gjort dette er blant annet å søke opp forfatterne, og se på deres bakgrunn. Vi har vært opptatt av at artiklene skal være fagfelleverderte artikler, for å være sikre på artiklenes troverdighet. I følge Dalland (2012) har

fagfellevurderte artikler gjennomgått en streng kvalitetssikring der eksperter på området har vurdert og godkjent forskningens innhold.

I starten valgte vi å søke mer generelt og fant noen artikler vi anser som relevante i vår teoridel, deretter gjorde vi smalere søk og gikk inn i dybden for å finne relevant forskning som kan besvare vår problemstilling. Søk i svemed+ og cinahl resulterte i få artikler som vi så på som særlig relevante for vår problemstilling. Artikkene handlet ikke om det temaet vi ønsket å få svar på, nettopp smertelindring til kreftpasienter. Databasene ga oss veldig mange treff ved å søke på «kreft» og «sykepleie», men få eller ingen relevante treff når vi skrev «smerte» eller «smertelindring» i tillegg. Treffene vi fikk på smertelindring omhandlet andre pasienter enn kreftpasienter. Ved å sette sammen ulike søkeord i pubmed fant vi mange relevante artikler for vårt tema. På grunn av mange relevante treff i pubmed valgte vi å ikke benytte flere søkeord i de andre databasene. Vi fant fire engelskspråklige forskningsartikler som vi anser som relevante for å besvare problemstillingen vår. Vi har valgt å ta med disse artiklene fordi de vektlegger hvordan sykepleieren kan bidra til bedre smertelindring hos kreftpasientene, hva pasientene selv mener om smertelindring og ulike verktøy som kan brukes av blant annet sykepleiere.

I tillegg til pensumlitteratur, forskning og faglitteratur har vi valgt å benytte oss av Helsedirektoratets og Kreftforeningens internettsider. På Helsedirektoratets internettsider har vi tatt i bruk «*Nasjonale faglige retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg*». Retningslinjene forteller oss om sykepleierens rolle i smertelindring og hvordan vi kan bidra til bedre smertelindring hos kreftpasienter. Vi valgte å benytte oss av disse retningslinjene da smertene hos kreftpasienter ofte er størst i palliativ fase. Kreftforeningen har gitt oss nyttig informasjon om blant annet statistikk hos kreftpasienter.

3.4.1 Valg av litteratur

I vår oppgave har vi valgt å bruke ulik pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen. Denne litteraturen har vi valgt da vi anser den som relevant for vår oppgave, samt at vi mener det er pålitelige kilder som er anbefalt av Høgskolen. Vi har med 543 sider med selvvalgt litteratur, som vi har markert med en * foran i litteraturlisten. Vårt fokus har vært på primærlitteratur, men vi har også med noe sekundærlitteratur. Våre forskningsartikler har vi lest nøye igjennom, og mener disse er veldig relevante for å besvare vår problemstilling.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode man bruker for å fastslå om en kilde er troverdig. Kildekritikk handler om at vi må grundig vurdere kildene vi velger å bruke. Det første spørsmålet vi har tilt oss ved hver artikkel er: «Er denne relevant for å besvare vår problemstilling?». Vi har igjennom hele søkeprosessen forstøkt å holde et sykepleiefaglig fokus. Vi har også stilt oss andre spørsmål i søkeprosessen, som blant annet: «Når er denne teksten skrevet?», «Er den fagfelleverdert?», «Er dette et anerkjent tidsskrift?». Ved å stille seg disse spørsmålene kan man i følge Dalland (2012) vurdere om litteraturen er reliabel og valid. Reliabilitet betyr pålitelighet og omhandler om hvor nøyaktig kilden er. Validitet betyr relevans og gyldighet, og betyr at litteraturen vi bruker må være relevant og gyldig i forhold til problemstillingen.

I vår søkeprosess har vi forsøkt å bruke de mest oppdaterte bøkene som omhandler kreft og smertelindring, men vi har også valgt å bruke noen eldre bøker da vi anser disse som relevante i forhold til vårt tema. Helsedirektoratets og Kreftforeningens nettsider har vi valgt å bruke da vi anser disse som anerkjente og oppdaterte internettsider, samt at kildene er reliable. Vi valgte å begrense søket etter forskning fra tidsrommet år 2005 – 2017. Vi forsøkte å søke i mange tidsrom, men valgte å ikke bruke forskning som var eldre enn fra 2005 fordi det er vesentlig at man oppsøker den nyeste forskningen. Eldre forskning kan være utdatert, og nyere forskning kan ha et annet resultat. Eldre forskning kan derfor gi oss et feilaktig resultat. Vi har valgt å ta med fire engelskspråklige artikler. Kravene til valgte forskningsartikler var at de fleste skulle være engelskspråklige, de skulle være fagfelleverdert, være fra anerkjente tidsskrifter og besvare vårt tema.

3.6 Ethiske vurderinger

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 erfaringer fra praksis, og trekke inn ulike situasjoner vi har opplevd. Her vil sted og personer være anonymisert, dette for å ivareta vår taushetsplikt.

4.0 Resultat

Retningslinjene for bacheloroppgaven vår krever at vi må anvende minst fire forskningsartikler, hvorav to må være engelskspråklige. Vi har valgt å anvende fire engelskspråklige forskningsartikler. Vi har valgt å anvende to artikler om ESAS kartleggingsverktøy, grunnen til dette er at begge har relevans for vår problemstilling. Den ene artikkelen beskriver godt sykepleierens erfaring og den andre tar for seg pasientens erfaringer. Vi mener at begge artiklene gir oss svar på vår problemstilling. Her vil vi gi en presentasjon av våre fire valgte forskningsartikler.

Artikkel nr. 1

Skrevet av Watanabe, McKinnon, Macmillan & Hanson (2006).

“Palliative care nurses perceptions of the Edmonton symptom assessment scale: a pilot survey”.

Formålet med studien var å evaluere sykepleierens oppfatning av ESAS-skjemaets nytte og gjennomførbarhet hos pasienter i palliative fase.

Metoden som ble brukt i studien er kvalitativ metode. Studien går ut på at alle sykepleierne som arbeider innenfor Edmonton palliative care program var utstyrt med et dokument der man skulle gi en uttalelse på 5 utsagn om fordeler og gjennomførbarhet av skjemaet.

Resultatet viser at alle sykepleierne som var med i studien mener at ESAS er et godt hjelpemiddel til at de skal klare å ta vare på pasientene. De fleste sykepleierne mente at dette var en kartlegging som tok lite tid og krefter til å gjennomføre. Resten av deltakerne ved undersøkelsen hadde for lite erfaring med ESAS, dette var pleieassistenter og fagarbeidere.

Artikkel nr. 2

Skrevet av Baba, Fransson & Lindh (2007).

”Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences”

Formålet med studien var å evaluere og vurdere gjennomførbarheten av et modifisert ESAS-skjema for å overvåke symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase.

Metoden som er brukt er kvalitativ metode. Studien tok for seg 28 pasienter med langt kommet kreft som fikk utdelt et ESAS-skjema de skulle fylle ut, mens personalet fikk et spørsmålsskjema med ulike spørsmål de skulle svare på angående ESAS.

Resultatet var at over halvparten av personalet mente at ESAS-skjemaet var et nyttig verktøy for å innhente informasjon om pasientens symptomer. Det var også mange av pasientene som deltok som mente at skjemaet var enkelt å forstå og fylle ut.

Vi har valgt å ta med denne studien da den er relevant for oss som sykepleiere, og den omtaler både sykepleierens og pasientens syn på ESAS-skjemaet. Deltakerne i studien forteller at skjemaet er lett å forstå og anvende, og at det derfor bør brukes som et kartleggingsverktøy for daglige rutiner.

Artikkel nr. 3

Skrevet av Rustøen, T, Gaardsrud, T, Leegaard, M og Wahl, A, K. (2009)

“Nursing pain management - a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment.”

Formålet med studien omhandlet å utforske pasientenes erfaringer i forhold til smerte, pasientens erfaringer i forhold til tildelt sykepleier i smertebehandlingen og forventninger de hadde til sykepleieren. Studien skulle utdype forståelsen av kreftpasienters erfaring i forhold til smertelindring.

Metoden som ble brukt er kvalitativ metode. Studien er basert på intervjuer utført av en sykepleier i en periode på ett år. Det er 18 kreftpasienter som er inkludert i studien, derav 11 kvinner og 7 menn.

Resultatet viser at det var fire ulike punkter som var viktig for kreftpasientene i smertebehandlingen. Sykepleieren skulle dele sin kunnskap og gi god informasjon til pasientene. Sykepleierne skulle kjenne igjen tegn på smerte uten at pasientene trengte å si

noe. Sykepleierne skulle ha gode kunnskaper om medikamenter som ble gitt, og sykepleieren skulle være til stede og opptre støttende.

Denne artikkelen viser mye i forhold til smerte og sykepleierens rolle i smertebehandling. Denne har vi valgt å ta med da den gir oss mange gode svar på vår problemstilling.

Artikkel nr. 4

Skrevet av Ferreira, Kimura & Teixeira (2006).

“The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it?”

Formålet med studien er å evaluere kreftpasienter med smertesom som behandles i henhold til WHO's smertetrapp.

Metoden som er brukt er kvantitativ metode da den har undersøkt rapporter av ulike pasienter og er basert på disse opplysningene.

Resultatet viser at smerte er stort problem hos mange kreftpasienter. Det var 45 % - 100 % av pasientene som ble tilstrekkelig smertelindret ved bruk av behandlingsmetoden i smertetrappen. Noen av pasientene kunne oppleve noen bivirkninger i forhold til behandlingen. Skal man klare å bruke smertetrappen riktig, er leger og sykepleiere avhengig av tilstrekkelig kunnskap om interaksjoner og bivirkninger.

Vi valgte å ta med denne artikkelen grunnet at vi anser den som relevant for vår oppgave, da vår problemstilling omhandler smertelindring av kreftpasienter. Denne studien viser at smertetrappen er et anbefalt behandlingsregime og at smertetrappen er et godt hjelpemiddel for sykepleiere til å bidra til optimal smertelindring hos kreftpasienter, med forbehold om at sykepleierne har gode kunnskaper om temaet smerte og smertebehandling. Bruk av smertetrappen er også anbefalt i retningslinjene (Helsedirektoratet, 2015).

5.0 Drøfting

I denne drøftingsdelen vil vi belyse ulike sider av problemstillingen ved å dra frem sentrale funn i litteraturstudien og benytte relevant teori som vi har skrevet om tidligere i oppgaven. Våre fire valgte forskningsartikler anser vi som relevante for å gi oss et svar på vår valgte problemstilling «*Hvordan kan sykepleiere bidra til smertelindring hos pasienter med kreft?*».

5.1 Kartlegging av smerte hos kreftpasienter

Grunnlaget for god smertelindring hos kreftpasienter er god kartlegging av pasientens smerter. En grundig kartlegging vil være grunnlaget for planlegging og iverksetting av smertebehandling. Den vil være med på å bidra til at smertelindringen blir tilpasset pasientens tilstand og behov. For å kartlegge smerte kreves det en klinisk undersøkelse. Vi har sett at det ofte er enklere å diagnostisere kreftsmarter enn det er å diagnostisere ikke- kreftsmarter (Almås, 2010). Kartleggingens fokus skal være smertetype, hvor smertene er, smerteintensitet og hvor ofte pasienten har smerter. Ved bruk av denne kartleggingen skal en sykepleier, i samarbeid med lege kunne klare å komme fram til hva slags smerte pasienten har og hva som er årsaken til smerteproblematikken. For at pasienter skal få nødvendig smertebehandling er en slik kartlegging viktig i forhold til vurdering av pasienten, og dette vil gi oss et godt bilde av pasientens smerter (Almås, 2010).

Vår erfaring med kreftpasienter omhandler at pasientene ofte er smertepåvirket. Pasientene lider av mange plagsomme smerter, som blant annet ryggsmarter, magesmerter, kronisk hoste og dyspnè. Smertene er ofte svært varierende fra pasient til pasient, noe som gjør det utfordrende for leger og sykepleiere å gi disse pasientene god smertelindring. For at smertelindringen skal ha optimal effekt er det viktig at vi er gode på kartlegging, nøyte i ulike observasjoner, blir godt kjent med pasienten og følger opp de iverksatte tiltakene (Kvåle, 2002). Før man kan kartlegge kreftpasienters behov er det viktig at vi kjenner pasientene. Vi må danne oss et bilde av pasientens situasjon. Dette kan gjøres ved å innhente informasjon fra kollegaer og pasienten selv og lese dokumentasjon. Ved å bli kjent med pasienten vil vi få informasjon om hvilke ubehag pasienten opplever og få et innblikk i hvordan pasienten ønsker at hjelpen skal utføres (Rustøen et. al., 2009).

Gode observasjoner er viktig for å sikre god smertelindring hos kreftpasienter. For å gjøre gode observasjoner står kommunikasjon sentralt. Som sykepleier må man forstå hele budskapet. Under kartleggingen er ansiktsuttrykk og kroppsholdning like viktig som det verbale budskapet, da pasienten selv kan kvie seg for å fortelle om smertene. I vår praksisperiode så vi at ved å stille pasienten ulike spørsmål om hans situasjon fikk pasienten en følelse av at sykepleierne brydde seg om han, og at de var der for å hjelpe. Så enkle spørsmål som: «Hvordan har du det i dag, har du noen smerter?» var nok til å skape trygghet og tillit hos pasienten (Kristoffersen et. al., 2005). Rustøen et. al. (2009) viser i sin studie at de fleste mener at smertene som oftest kommer i forbindelse med fysiske aktiviteter. Pasientene som var med i studien kan fortelle om en smerte som er verkende eller stikkende, som å få juling eller å føde. De beskriver det som kraftig tannpine nederst i ryggen. Det er mange kreftpasienter som ikke klarer å formidle sin smerte til sykepleierne, og det er mange pasienter som har mer smerte enn de ønsker å gi uttrykk for. Noen velger å skjule smertene da de ikke ønsker å være til bry for sykepleieren. Hos disse pasientene kan det være nødvendig å bruke tid på å fylle ut kartleggingsskjema sammen med pasienten.

Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005) viser i sin forskning at bare halvparten av kreftpasienter som er innlagt på sykehuset får god nok smertelindring. Noen pasienter har også svært sterke smerter uten å få opioider. Det er mangel på registrering og vurdering av pasientens smerter. I vår praksisperiode så vi at smertelindring hos kreftpasienter kunne være svært utfordrende. Vi observerte mangel på generell kunnskap om smerte, som førte til dårlige vurderinger og kartlegginger av smerteproblematikken hos disse pasientene. På en annen side så vi at noen sykepleiere brukte god tid på å lære seg å kjenne pasienten, og ved hjelp av ulike kartleggingsskjemaer og god kunnskap kan sykepleiere avdekke forhold som har innvirkning på pasientens smerter. Almås (2010) skriver at det er sykepleieren sitt ansvar å kartlegge pasientens totale smerte, både psykisk, fysisk, sosialt og åndelig.

Smerteopplevelsen til pasienten er subjektiv. Det vil si at det kun er pasienten selv som vil kunne gi oss informasjon om hva slags smerter pasienten har. Om sykepleieren aksepterer at det pasienten sier er sant og ikke lar seg styre av objektive holdninger til og meninger om smerte, så vil sykepleierens vurdering av smerte bli god (McCaffery & Beebe, 1996). I palliativ behandling er lindring av symptomer sentralt. Vi ser det som sentralt å bruke smertekartleggingsverktøy, for at pasienten skal få oppnå så god smertelindring som mulig. ESAS – Edmonton Symptom Assessment System er et skjema der man selv kan rapportere

noen av de vanligste symptomene hos kreftpasienter, som blant annet smerte. Dette skjemaet er lite tidkrevende å fylle ut og er lett å forstå. I studien til Baba, Fransson & Lindh (2007) vises det at pasientene på en kreftavdeling mener at ESAS er et skjema som er enkelt å bruke, og at skjemaet inneholdt viktige spørsmål som dekker ulike symptomer de har. Skjemaets formål er å få en bedre kartlegging av pasientens symptomer, som skal gi økt kvalitet på pleie og behandling (Bergh & Bjerkeset, 2013). I studien til Watanabe, McKinnon, Macmillian & Hanson (2006) konkluderes det med at ESAS er et enkelt selvrappoteringskjema som det tar ca. seks minutter å gjennomføre, og at det er lett å skjønne for pasientene. Dette er et skjema som er nyttig for å evaluere effekten av tiltak som blir iverksatt rundt blant annet smerte.

I studien til Baba et. al. (2007) konkluderes det med at sykepleiere så på ESAS som et relevant kartleggingsverktøy for å få nyttig informasjon om pasientenes symptomer. De mente at skjemaet var et godt verktøy for å få verdifull informasjon om blant annet smerter hos pasientene. Studien til Watanabe et. al. (2006) viser oss at ESAS er med på å bedre kvaliteten på sykepleien og fremme en systematisk tilnærming hos pasienten. Skjemaet er med på å skape gode rutiner, og får frem pasienten sin subjektive oppfatning av egen situasjon og egne behov. I studien vises det at en stor fordel kan være at en slik kartlegging gjør at sykepleieren raskt kan få innblikk i pasientens situasjon.

Bruk av smerteskala kan gi oss et innblikk i pasientens opplevelse av egen smerte. VAS, visuell analog skala, er en smerteskala vi har god erfaring med fra praksis. Denne skalaen er enkel og kan gi oss et raskt innblikk i pasientens smerteopplevelse der og da. Som sykepleiere har vi et ansvar for å forklare hensikten med skalaen og hvordan pasienten skal bruke denne (Almås, 2010). Hvis VAS skalaen ble fylt ut regelmessig sammen med pasienten, kunne sykepleieren tydeligere se når pasienten hadde behov for smertelindring. Hvis skalaen brukes på en god måte, er dette et effektivt verktøy i smertelindring av kreftpasienter. Vi mener at sykepleieren kan tilegne seg en forståelse av pasientens egenvurdering av smerte, igjennom bruk av kartlegging.

5.2 Sykepleierens funksjon og ansvar i smertelindring

Travelbee (1999) sin teori, slik vi forstår den, handler om at sykepleieren skal sette seg inn i pasientens situasjon og anerkjenne vedkommende. Vi vil unngå å ta over og umyndiggjøre pasienten ved å akseptere pasientens begrensinger og ressurser. Som sykepleier skal man heller kunne legge til rette for at pasienten skal føle respekt og trygghet. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten med hans plager, må tilfredsstillende ferdigheter og kunnskap

være tilstede (Norsk sykepleieforbund, 2011). McCaffery & Beebe (1996) hevder at sykepleieren sitt ansvar i smertelindring til kreftpasienter er stort fordi det er sykepleieren som tilbringer mest tid sammen med pasienten.

I følge «Nasjonale retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» er det sykepleiere som har ansvaret for å følge opp ulike iverksatte behandlingsregimer, som for eksempel invasiv smertebehandling. Sykepleiere som gir behandling og pleie til kreftpasienter skal forstå, ha erfaringskunnskap og handlingskompetanse i forhold til kreftsykdommer og ulike behandlingsformer for kreft. Sykepleierne skal også ha kunnskap om palliasjon som fagfelt, da kreftpasienter i palliativ fase ofte lider av sterke smerter. Når det gjelder smertelindring skal sykepleiere kunne gi råd og veiledning til pasienter, og ha faglige kunnskaper om ulik smertebehandling. Vi skal kunne gjennomføre en systematisk symptomkartlegging og utføre gode observasjoner og evalueringer av pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Videre i de nasjonale retningslinjene står det at sykepleieren har den nærmeste kontakten med pasienten, og det er sykepleieren som har ansvaret for å vurdere pasientens smerter for så å videreformidle sine observasjoner og vurderinger til legen. Sykepleiere diskuterer daglig med lege når det gjelder medikamenthåndtering, fordi det er sykepleieren som ser pasientens behov for smertelindring og behandlingens effekt. Her er det viktig at en sykepleier har god kunnskap og god vurderingsevne (Helsedirektoratet, 2015).

Rustøen et. al (2009) viser i sin studie at det er en forutsetning med god faglig kompetanse hos sykepleiere hvis de skal klare å utføre optimal smertelindring hos kreftpasienter. Med faglig kompetanse menes både kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det er sykepleierens oppgave å fremme eller å gjenvinne håpet hos den syke som kjenner håpløshet, og det er en sykepleiers oppgave å hjelpe den syke med å holde fast ved håpet (Kristoffersen, 2011). Berterö, Vanhanen & Appelin (2008) skriver at kreftpasienter blir kastet mellom fortvilelse og håp. På en side er det alltid håp hos pasienten, men på den andre siden er diagnosen svært sjokkerende. Vi mener derfor at en viktig funksjon hos sykepleiere er å jobbe med å opprettholde og fremme håp hos pasienten.

I følge Travelbee (1999) er en viktig oppgave for sykepleieren å hjelpe den syke pasienten til å unngå håpløshet, og klare å holde fast ved håpet. Håp er nøkkelen til at pasienter skal kunne være godt smertelindret og ha best mulig livskvalitet. Kreftpasienter opplever mange trusler mot håp, og sykdom og smerte er i seg selv en stor trussel mot håp (Rustøen & Wahl, 2008).

På grunn av våre personlige egenskaper og kunnskaper som sykepleiere skal vi kunne, på en god måte, påvirke pasientens håp. Vår oppgave er å fremme håp hos pasienten og pasientens pårørende gjennom den kontakten vi opparbeider oss (Reitan et. al., 2010). At sykepleiere gir god støtte til pasienten er et viktig punkt for å klare å fremme håp. Berterö et. al. (2008) skriver i sin studie at støtte fra sykepleiere er en viktig faktor som påvirker hvordan sykdommen og behandlingen blir oppfattet. Videre skriver de at pasientene føler seg trygge på at sykepleiere har kunnskaper, og at helsepersonell alltid er tilgjengelige for å gi støtte til dem når det trengs. Hvis pasienten opplever sosial støtte, vil de få mindre angst og ubehag, samt mindre smerter.

I vår praksisperiode ved medisinsk sengepost hadde en av oss en kreftpasient med mye smerteproblematikk. Pasienten hadde problemer med dyspné, noe som var en stor byrde i hans hverdag. Pasienten var selvhjulpent, og klarte seg selv i stillesituasjoner til vanlig. Etter morgenstellet var han stort sett utslitt og helt tappet for krefter på grunn av problemer med pusten. Denne morgenen spurte studenten om pasienten ønsket hjelp, noe han raskt takket ja til. Studenten brukte god tid i selve stellet, og tok seg også tid til å snakke med pasienten om hans situasjon og smerteproblematikk. Etter denne stunden så studenten at pasienten hadde det bedre, og at det virket som om smertene også ble mer borte. Pasienten uttalte seg at det var godt at noen hadde tid til han. Hos denne pasienten så studenten at det å skape gode øyeblikk gir pasienten håp og glede i en ellers så problematisk hverdag. Ved å gi pasientene litt tid, der sykepleierne er tilstede både fysisk og psykisk, vil de gi pasientene en følelse av verdi og et håp til å fortsette å leve. Økt livskvalitet og ivaretagelse av håp har vi erfart at man kan skape hos kreftpasienter ved et godt stell, en god frokost, tilstrekkelig smertelindring og respekt. Respekt er grunnleggende for å styrke pasientens håp. I praksis fortalte en pasient at hans kreftsykepleier hadde stor respekt for han som pasient ved at hun var opptatt med å hjelpe og fullføre mål, samt at sykepleieren alltid holdt avtaler. Dette viser gode holdninger og handlinger, som gjør det mulig å yte god individuell sykepleie (Travelbee, 1999). For at sykepleieren skal klare å unngå håpløshet hos pasienter ved sykdom og lidelse, er det nødvendig at sykepleieren har en innstilling som skal gi og styrke håpet (Travelbee, 1999).

I følge Tavelbee (1999) er den viktigste faktoren ved å bære menneskets byrde av sykdom og lidelse, nettopp håp. Sykepleiere som behandler pasienter som et fullverdig menneske er de som lykkes best med å skape håp og tillit hos de syke. At sykepleieren tar seg tid til å lytte har vi erfart som en viktig egenskap. Det finnes mange viktige faktorer som kan styrke håpet hos pasienter, blant annet venner, familie og det sosiale. For eksempel kan pasienter i palliativ

fase ha et håp om å bli frisk, selv om dette aldri vil skje. Et slikt mål kan man kalle for et urealistisk mål, men dette håpet kan allikevel ha en positiv effekt på pasienten. Et urealistisk mål kan øke pasientens livskvalitet med at håpet om å bli frisk er tilstede (Berterö, Vanhanen & Appelin, 2008). Sykepleierens handlinger og holdninger er sentralt for å skape god relasjon mellom pasient og sykepleier. Pasienten skal være delaktig i eget liv, og derfor skal beslutninger bli tatt i fellesskap. Håp kan styrkes ved en positiv holdning, dette kan skapes ved at pasienten får god relasjon og kommuniserer godt med sykepleieren. Berterö et. al. (2008) skriver at kreftpasienter trenger å føle en viss form for kontroll over egen situasjonen og kropp. Ved god smertelindring vil de oppleve et håp som kan være med på å forlenge livet.

Rustøen et. al. (2009) hevder i sin studie at sykepleiere helt klart bør ha en klar rolle i smertebehandlingen av kreftpasienter. Resultatet i deres studie viste at det var legene som ofte snakket med pasientene om deres smerter, mens sykepleierne kun administrerte medikamentene. Dette var med på å gjøre pasientene usikre på hva de kunne forvente av sykepleierne. I studien kom det frem at pasientene mente at sykepleierne var flinke i administrasjonen av medikamentene. Pasientene var klare på at det var sykepleierne som observerte pasientene og de mener at det er viktig å få god smertelindring i forkant av smerteutbruddet, og at det er sykepleierne som kan lese når pasientene har smerter. Rustøen et. al. (2009) hevder i sin studie at sykepleieren har mange viktige oppgaver i tillegg til administrering av medikamenter. Det kan være å dele av sin kunnskap og gi pasienten god informasjon. En sykepleier skal være til stede hos pasienten, vise empati, lytte, gi god kommunikasjon og omsorg, samt ha en god forståelse av smerte og behandlingen av smerte. Vi mener også at dette er de viktigste oppgavene til sykepleieren i behandlingen av smerter hos kreftpasienter. Vi så at medikamenter hadde bedre effekt om sykepleieren i tillegg utførte alle de andre oppgavene som er nevnt over, dette ga pasienten trygghet og tillit til sykepleieren. Travelbee (1999) mente at dersom en sykepleier ikke viste sympati og empati overfor pasienten sin, så opptrer sykepleieren upersonlig, jobber mekanisk og skaper en avstand mellom seg selv og pasienten.

Hvis sykepleieren tar seg god tid hos pasienten til å forklare om alternative behandlingsmetoder og svare på spørsmål som pasienten har om diagnosen og behandlingen, vil dette vise respekt og bidra til å skape tillit (Reitan & Schjølberg, 2010). Om pasienten har noen spørsmål vi ikke kan svare på, er det sykepleierens oppgave å tilby pasienten en samtale med legen for å få svar de det han lurer på rundt sin situasjon. Igjennom observasjon av

pasienten vil det gi et godt bilde av smerteopplevelsen, og et innsyn i smertebehandlingens virkning. Ved observasjon kan vi diskutere med legen hvordan behandlingen skal foregå videre (Almås, 2010). I vår praksisperiode erfarte vi at pasientens totale smerteopplevelse ble påvirket av pasientens velvære. Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov er svært sentralt i smertelindring. I studien til Taraldsen et. al (2010) står det at mange pasienter ikke forteller om sine smerter. Vi har sett flere tilfeller av dette i praksis. Mange av pasientene ønsker ikke å forstyrre oss, da de ser at sykepleieren har det travelt. Sykepleierne må bli flinkere til å vise at de har tid til hver pasient.

5.3 Bruk av medikamentell og ikke-medikamentell behandling i palliativ fase

5.3.1 Medikamentell behandling

En viktig og nødvendig del av smertebehandling hos kreftpasienter er bruk av medikamenter. Ved smertebehandling er det viktig at behandlingen planlegges godt, målene må være realistiske og pasientens smerter skal behandles så fort som mulig med store nok doser. For at dette skal fungere optimalt må en sykepleier ha gode faglige kunnskaper rundt temaet smertelindring, blant annet se virkningen av og bivirkninger rundt medikamentene (Almås, 2010). Sykepleierne er også pliktig til å dokumentere observasjoner de gjør angående medikamenter i pasientens journal.

I Steindal et. al. (2011) sin studie ble det dokumentert at kreftpasienter ofte hadde gjennombruddssmerter, og at tallene var større hos kreftpasienter enn hos pasienter med annen uhelbredelig sykdom. Rustøen et. al. (2013) hevder at gjennombruddssmerter er en vanlig tilstand som ofte sees hos kreftpasienter, og at smertene ofte er et stort problem hos blant annet lungekreftpasienter i palliativ fase. Kreftpasienter som har spredning til skjelett er ofte plaget av store smerter. De helserelaterte behovene og symptomene i palliativ fase er ofte omfattende, noe som kan gjøre det problematisk og utfordrende å iverksette lindrende tiltak. Smertelindring til kreftpasienter er heller ikke bare rettet mot det fysiske, men også mot plager av psykisk og sosial karakter (Lorentzen & Grov, 2010).

Pasientene mener i denne studien at det er viktig å få smertelindring i forkant av smertene, og at dette er sykepleieren sitt ansvar. Sykepleieren skal kunne lese pasienten, uten at pasienten trenger å si i fra om smertene (Rustøen et. al., 2009). I følge helsedirektoratet (2015) er WHO sin smertetrapp anbefalt som grunnleggende behandling hos kreftpasienter. Dette er en

smertetrapp som er bygd opp etter bestemte retningslinjer for å klare å smertelindre kreftpasienter på en optimal måte. Som sykepleiere må vi ha god kjennskap til denne smertetrappen, og det samme gjelder for legene. Ferreira et. al. (2006) viser at smertetrappen er et redskap til standardisering av behandling av kreftsmarter. Det er legene som har ansvaret for å iverksette, endre, fortsette eller avslutte en handling, men det er sykepleierne sin oppgave å administrere medikamentene som legen har forordnet. Holtan et. al (2005) skriver i sin studie at leger ikke kjenner godt nok til WHO sin smertetrapp, og at det anbefalte smerteregime ikke blir fulgt. I studien til Ferreira et. al. (2006) konkluderes det med at smertetrappen er et godt hjelpemiddel og kan være til god nytte for sykepleiere. Resultatet i studien viser at 45 - 100 % av pasientene ved bruk av smertetrappen ble tilstrekkelig smertelindret. Noen av pasientene som deltok i undersøkelsen opplevde noen bivirkninger ved bruk av smertetrappen, dette var bivirkninger som blant annet forstoppelse og kvalme. Ved riktig anvendelse av smertetrappen og økt kunnskap om interaksjoner og bivirkninger, kan bivirkningene unngås. Funnene fra denne studien viser at behovet for å ha større fokus på smertetrappen er nødvendig for at kreftpasienter skal bli tilstrekkelig smertelindret, samt at kunnskaper om interaksjoner og bivirkninger må være til stede hos sykepleierne (Ferreira et al., 2006).

I følge studien til Rustøen et. al. (2009) følte pasientene at sykepleierne kun administrerte medikamenter, og de ble derfor usikre på hva de kunne forvente av sykepleierne. Pasientene mener at sykepleierne helt klart må ha en tydeligere rolle i smertebehandlingen. En av sykepleierens viktigste oppgave når det gjelder smertelindring er ikke bare administrering av medikamenter, men også observasjon og dokumentasjon av virkning og bivirkninger. Herunder kan man se viktigheten av å følge de 7 R-er, da dette er sykepleierens ansvar. En sykepleier som deler ut medikamenter, har ansvar for at den **riktige pasienten** får **riktig legemiddel** i **riktig legemiddelform**, samt **riktig styrke** og **riktig dose** på **riktig måte** til **riktig tid** (Holm & Notevarp, 2001). Denne studien som viser at pasientene følte at sykepleierne kun administrerte medisiner, viser en stor svakhet hos sykepleierne som blir omtalt i studien. En stor del av sykepleierens ansvar ved smertelindring er å se hele mennesket i tillegg til å administrere medikamenter. For at sykepleierne skal kunne bidra til at pasienten blir godt nok smertelindret, er det nødvendig at sykepleieren og pasienten har en god dialog. Sykepleieren må observere pasientens smerter og smerteintensitet, og formidle dette videre til legen som forordner medikamenter til pasientene (Rustøen et. al, 2009).

Nortvedt & Nesse (1997) skriver at det er nødvendig at sykepleieren har kunnskap om fysisk og psykisk smerte. Og at sykepleieren har kunnskap om kreftsykdom, og har gode kommunikasjonsferdigheter for å lykkes i å gi profesjonell omsorg til pasienter med lungekreft og smerter.

5.3.2 Ikke-medikamentell behandling

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

Helsedirektoratet (2015) hevder at viktige faktorer for å lindre smerte hos kreftpasienter er å få oppmerksomheten på andre ting enn selve smerten. Dette kommer i tillegg til å administrere den medikamentelle behandlingen. I følge Rustøen et. al. (2009) bør ikke-medikamentell og medikamentell behandling kombineres for å gi økt effekt ved smertelindring. Det å være støttende og tilstede er i følge studien til Rustøen et al. (2009) noe pasientene forventer at skal være sykepleieren sin rolle i smertelindring. Disse pasientene forventer at sykepleieren skal dele deres lidelse ved å være et medmenneske, og lytte til pasientens problemer. Sykepleieren har en oppgave med å hjelpe pasienter til å mestre lidelse gjennom ulike faser av sykdommen. Her kommer menneske- til- menneske- forholdet inn, som går ut på at sykepleiere og pasienter skal forholde seg til hverandre som unike personer. Sykepleierens møte med kreftpasienter handler om sykepleierens kunnskap om kreft. Sykepleieren må ha en forståelse av hva kreft er og hva smerte er, og de ulike utfordringene dette kan by på. Vi erfarte selv i praksis at mange pasienter ikke blir tatt på alvor, noe som resulterte i at smertelindringen ikke ble optimal. På den andre siden erfarte vi at sykepleieren viste pasientene forståelse og respekt. Disse sykepleierne viste dyktighet i sitt arbeid, som resulterte i god og nødvendig smertelindring (Travelbee, 1999).

Studien til Rustøen et. al. (2009) fant at pasientene opplevde mindre angst, smerter og usikkerhet når sykepleieren var god til å gi tilfredsstillende informasjon om smertebehandlingen. Videre viser studien at pasientene beskrev deres smerte på svært mange ulike måter. Dette mener vi at viser hvor individuell smerteopplevelsen kan være og hvor viktig det er at sykepleieren fanger opp hvert enkelt individ og setter seg inn i deres beskrivelse av smerter. I praksis har vi opplevd at det kan være vanskelig og krevende å stå i situasjoner der pasienter lider av ulike typer smerter. Mange av disse pasientene opplever angst og redsel, og dette medfører nedsatt livskvalitet da redselen for at dette skal være resten av livet er til stede (Reitan & Schjølberg, 2010). Å leve med

sterke smerter er for de fleste pasienter uholdbart. Sykepleiere må indentifisere pasientens plager og sette inn ulike tiltak for å minimalisere smertene, noe som kan bidra til å bedre pasientens livskvalitet. Om dette skal gjennomføres på en forsvarlig måte, må sykepleiere ha gode fagkunnskaper. Travelbee (1999) hevder empati handler om å forstå reaksjonene til andre ved å gå inn i deres nåværende psykologiske tilstand, og at det første møtet mellom sykepleier og pasient vil handle om å bli kjent med hverandres væremåte, holdning og handling. Empati handler om at man må tørre å kjenne på de samme følelsene som den andre har. Ut i fra dette vil sykepleieren planlegge god sykepleie med trygghet for og tillit til de ulike pasientene (Torjuul, 2001).

Kreftpasienter med spredning lider ofte av sterke smerter, og sykepleierens viktigste oppgave blir da å vise pasienten kjærlighet og sympati, og gi pasienten god smertelindring (Kaasa, 2008). Ved å vise sympati har man egenskapen til å vise følelser som følge av en annen persons lidelse, eller følelser. Det handler om å forstå og sette seg inn i andre sine følelser. For at sykepleien vi utfører ikke skal skape avstand til pasienten, bli mekanisk og upersonlig, mener Travelbee at sykepleieren må vise sympati og medfølelse (Torjuul, 2001). I de yrkesetiske retningslinjene er det beskrevet at sykepleieansvaret handler om å bygge sykepleien på kunnskap, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Vi ser at respekt, empati og sympati for pasienten er en stor del av vårt ansvar. Med respekt mener vi at pasienten skal bli sett, hørt og tatt på alvor når han har smerter (Norsk sykepleieforbund, 2011). I vår praksisperiode så vi tydelig at der hvor sykepleieren evner å vise sympati og medfølelse overfor pasienten, blir hele behandlingsprosessen enklere, og pasienten føler seg bedre ivaretatt og sett i avdelingen.

I praksis erfarte vi at ikke alle smertene kunne lindres med ulike medikamenter, men at den beste smertelindringen i noen tilfeller var sykepleieren selv. Vi opplevde at smertelindrende tiltak kunne være å bruke god til sammen med pasienten, at sykepleieren satte seg ned ved pasienten og lyttet til det pasienten hadde å si. Sykepleieren oppgave er å forsøke å gjøre situasjonen så lett som mulig for pasienten, dette kan gjøres ved stemmens varsomhet, blick og god holdning (Lorentzen & Grov, 2010). Å vise omsorg overfor den syke er viktig. For at det mellommenneskelige forholdet skal bli etablert er det i følge Travelbee (1999) viktig at man kommuniserer godt med pasienten for å oppnå mål og hensikt. Via kommunikasjon blir sykepleieren bedre kjent med sin pasient, man bruker tid sammen og sykepleieren evner å se pasienten for det individet den er. Hvis man klarer å skape det menneske til menneskeforholdet som Travelbee (1999) står for, vil gjensidig kontakt oppnås, og pasienten vil ha tillit

til sykepleieren som sterkt vil bidra til smertelindring da pasienten ikke trenger å bruke energi på å engste seg over sykepleieren som behandler. Det å være til stede for pasienten har vi igjennom praksis erfart at er svært viktig for behandlingen man skal gjøre, og hos en pasient som ikke er tilstrekkelig smertelindret vil man forverre smertene og skape angst hvis man som sykepleier ikke er til stede i situasjonen, både psykisk og fysisk.

Kroppen er laget for at man skal bruke den, bevege seg. Pasienter med kreft har et sammensatt sykdomsbilde, dette kan hos mange føre til inaktivitet med nedsatt fysisk funksjon (Kaasa, 2008). Når man er kreftsyk og har sterke smerter er bevegelse noe vi ser at pasienten gjør lite av. I praksis har vi oppfordret pasientene våre til å mobilisere seg og prøve å vedlikeholde bevegelse i kroppen for å unngå at man blir stiv og får ømme muskler som en annen plage i tillegg til de kreftrelaterte smertene. Det handler om å gi fysisk velvære, samt at pasienten opplever en mestringsfølelse. Fysisk velvære kan vi også bidra til ved å gi pasienten et godt stell og godt sengeleie, og være oppmerksom slik at pasienten føler seg ivaretatt.

I studien til Rustøen et. al (2009) kom det frem at det var ulike faktorer som hadde positiv virkning på pasientenes smerteopplevelse. En faktor som pasientene opplevde som virkningsfull på deres smerteopplevelse var avledning. Gjennom blant annet å ha samtaler med sykepleier, se i bøker/på bilder sammen med en sykepleier, eller ved å drive med noe håndarbeid erfarte de at fokuset ble tatt vekk fra pasientens smerter, og at smertene derfor ble mindre intense. Vi har fra egen erfaring i praksis opplevd at berøring er en faktor som har hatt en god effekt for smertelindring, det å holde i hånden, støtte i ryggen eller å smøre føttene til pasientene har vist seg å ha en god effekt av velvære. Som ikke- medikamentell behandling har det hos flere kreftpasienter vært god effekt av å få massasje, da massasje har vist seg å være deltakende i å redusere angst, ansenhet og smerter. Massasje er en enkel behandling for en sykepleier å gi, det eneste som er viktig er å ta oss tid til å utføre det. I følge en undersøkelse fra nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling er massasje den ikke-medikamentelle behandlingen som er mest benyttet blant kreftpasienter som har smerter (Reitan & Schjølberg, 2010).

6.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien har vi ønsket å finne ut hvordan vi som sykepleiere kunne bidra til god smertelindring av kreftpasienter. Smerte er et sammensatt fenomen, og er svært ulikt fra individ til individ.

Pasienter med en kreftdiagnose opplever store belastninger både psykisk og fysisk, og en av disse belastningene går ut på smerter. Målet for smertebehandlingen er å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet. Våre erfaringer er at alle smerter hos kreftpasienter ikke kan lindres med sterke opioiddider. Ikke- medikamentelle behandlingsmåter står sentralt overfor disse pasientene, som blant annet å være til stede hos pasienten, skape god kommunikasjon, berøring, og rett og slett sykepleierens tilstedeværelse. Vi erfarte også at et godt stell og godt sengeleie hadde god effekt. For at smertelindringen skal ha ønsket effekt, må sykepleieren fremme håp hos pasienten, og vise hensyn og respekt i den palliative fasen.

Denne oppgaven har gitt oss økt kunnskap om smertelindring til kreftpasienter. Ut ifra vår drøfting kan vi se at mange kreftpasienter har smerter, og at smertene ofte er verst hos pasientene i palliativ fase. Mangel på kunnskap hos sykepleiere gjør at smerte hos pasientene blir undervurdert. Som sykepleiere ser vi viktigheten av å prioritere å ivareta den medikamentelle smertebehandlingen på en profesjonell måte.

For å bedre smertebehandlingen trengs det gode rutiner. Bruk av smertetrappen og kartleggingsverktøy som ESAS-skjemaet og VAS-skalaen, samhandling med pasienten og god dokumentasjon er sentralt ved smertelindring. I vår drøfting kan vi også se at relasjonen mellom pasient og sykepleier har en svært viktig betydning i behandlingen.

7.0 Litteratur

*Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) (2010). *Klinisk sykepleie 1*. Gyldendal Norske Forlag AS. S. 355 – 398 = 43 sider

*Baba, K., Fransson, P., & Lindh, J. (2007). *Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences*. = 2 sider. Lokalisert på:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&sid=e091a13e-e13e-40bc-bd04-c7f2852efce0%40sessionmgr198&hid=126&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009771980>

*Berterö, C., Vanhanen, M. & Appelin, G. (2008). Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. *Acta Oncologica*, 47 (5). 862-869. DOI: 10.1080/02841860701654333.

*Bjørø, K & Torvik, K. (2008). Smerte. M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*.(1.utg.,). Gyldendal Norsk Forlag AS. S. 333- 348 = 15 sider

*Bergh. I. & Bjerkeset. E. (2013) ESAS – Edmonton Symptom Assessment System. Oslo: Oslo universitetssykehus. = 3 sider. Hentet fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/esas-edmonton-symptom-assessment-system>

*Bjørø, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I:Reitan, A. M og Schjølberg. T. K. *Kreftsykepleie. Pasient- utfordring- handling*. 3. utg. Oslo: Akribe. S. 194-213 = 19 sider

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS. S. S. 112

*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?* Cumulative Index to Nursing and Allied Health. = 8 sider

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

*Fors, E A. (2014) *Hva er smerte?* Universitetsforlaget. S. 45-108 = 63 sider

*Helsedirektoratet (2015) «*Nasjonale handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*» S. 170 – 184. S. 61-75 = 30 sider. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

*Hem, E. (2003). Kunst og legekunst. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123: 3577-8. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/942480> = 5 sider.

*Holtan, A og Kongsgaard, U E, og Ohnstad, H O (2005). *Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Lokalisert på:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1144334. = 8 sider.

Holm, S. og Notevarp, J.O. (2001). *Klinisk legemiddelhåndtering*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørk AS.

Johannessen, A., Tufte P. A & Christoffersen, L (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt ISBN forlag

*Kaasa, S. (red.) (2008) *Palliasjon*. Gyldendal norske forlag AS. S. 259-283. S. 428. = 25 sider

*Kreftforeningen (2013). *Hva er kreft?* Lokalisert på: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> = 1 side.

*Kreftforeningen (2017). *Lungekreft – cancer pulm.* Lokalisert på:
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/lungekreft/> = 12 sider.

*Kreftregisteret (2015). *Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft*. Lokalisert på:
<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2016/arsrapport-2015-lungekreft.pdf> S. 14-19 = 6 sider.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie* (Bind 1-4). Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 271

*Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Gyldendal Norske Forlag AS. S. 15-70 = 55 sider

*Kåresen, R., & Wist, E. (red.) (2009). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*. Gyldendal Norske Forlag AS. S. 113-125. S. 463-475 = 24 sider.

*Lorentsen, V B & Grov, E K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås., Stubberud, D-G & Grønseth, R (red.). *Klinisk sykepleie 2* (4.utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS. S. 401-430 = 29 sider.

*McCaffery, M og Beebe, A. (1996). *Smertes, Lærebok for helsepersonell*. Ad. Notam Gyldendal AS. S. 16-20 = 4 sider.

*Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NFS. Lokalisert på: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf = 46 sider.

*Nortvedt, F., & Nesse, J.O. (1997). *Smertelindring – utfordring og muligheter*. Universitetsforlaget AS. S. 18-24. S. 129-132 = 11 sider.

*Reitan, A.M., & Schjølberg, T. K. (red.) (2010). *Kreftsykepleie- pasient- utfordring – handling*. Akribe AS. S. 359, 459-461 = 4 sider.

*Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Norsk Forlag AS. S. 18-32 = 15 sider

*Rustøen, T., & Wahl, A. K. (red.). (2008). *Ulike tekster om smerte- fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal Norske Forlag AS. S. 116-118, 258-265 = 11 sider

*Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M. & Wahl, A. K. (2009). Nursing pain management - A qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. *Pain Management Nursing*, 10(1), 48-55. doi: 10.1016/j.pmn.2008.09.003 S. 48-55 = 8 sider.

*Steindal, S., Bredal, I.S., Sørbye, L.W., Lerdal, A. (2011). *Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients*. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00892.x. = 4 sider

*Taraldsen Valeberg, B., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/.../vis?p>. = 11 sider.

*Torjuul, K. (2001). *Oversikt over Joyce Travelbees sykepleierteori*. [Publiserte forelesningsnotater]. Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag. S. 38-42 = 5 sider.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norske Forlag AS. S.98 - 123 S. 138 S. 169-217 = 74 sider

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norske Forlag AS. S. 172 =1 side

*Watanabe, S., McKinnon, S., Macmillan, K. & Hanson, J (2006). *Palliative care nurses' perceptions of the Edmonton Symptom Assessment Scale: a pilot survey*. Canada: International Journal of Palliative Nursing, Vol 12, No3. = 1 side.

Vedlegg 1 - Datasøk

Dato og Database	Søkeord	Treff	Avgrensing Nytt treff	Leste abstrakter	Artikler som er inkludert
07.04.17 Swemed+	Kreft, smertelindring	11		2	Ingen
07.04.17 Swemed+	Lungekreft, smertelindring,	Ingen	Engelsk språk Nye treff: Ingen	Ingen	Ingen
07.04.17 Swemed+	Kreft, ESAS	1		1	Ingen
07.04.17 Cinahl	Cancer AND pain relief AND nurses	466	Publiseringsdato 2005-2017 Full text References Available Nye treff: 38	4	Ingen
07.04.17 Pubmed	ESAS AND cancer patients AND experiences	2		2	1
07.04.17 Pubmed	Palliative care, ESAS, nurses	18	Publiseringsdato 2006-2017 Nye treff: 12	3	1
11.04.17 Pubmed	Cancer patients, end of life, pain	6		2	Ingen

11.04.17 Sykepleien	Kreftpasienter, smertelindring	11	Publiseringsdato 2010–2017. Nye treff: 7	2	Ingen
12.04.17 Svemed+	Smertekartlegging, Kreft	Ingen		Ingen	Ingen
12.04.17 Svemed+	Kreft, Sykepleierens rolle	Ingen		Ingen	Ingen
18.04.17 Pubmed	Lung cancer AND quality of life AND life situation	68	Publiseringsdato 2008-2017. Nye treff: 39	2	Ingen
18.04.17 Cinahl	ESAS OR pain relief AND nursing	3444	Publiseringsdato, alder og kjønn, 2007-2017, all adults, male. Nye treff: 476	5	Ingen
18.04.17 Cinahl	ESAS AND pain relief AND nursing	1		1	Ingen
18.04.17 Tidsskriftet	Kreftpasienter, smerter	6	Valgte originalartikkel Nye treff: 2	2	Ingen
18.04.17 Pubmed	Nursing AND pain AND patients with pain AND cancer	79	Publiseringsdato 2008-2012. Nye treff: 22	4	1

	treatment				
18.04.17 Pubmed	WHO analgesic AND pain relief AND cancer pain	133	Review og publiseringsdato 2006-2013. Nye treff: 43	3	1

Vedlegg 2 – ESAS kartleggings skjema



Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyllt ut av (sett et kryss):

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

Edmonton symptom assessment system, revidert versjon 2010 (ESAS-r)

Vedlegg 3 – VAS smerteskjema



Numerisk smerte intensitet scale

