



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Wershmin Noori og Robert Sund Midtlund

Veileder: Gunvor V. Stensrud

## Kreft og smertelindring

## Cancer and pain relief

Antall ord: 12718

Bachelor i sykepleie, kull 122

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv  
Brage:

JA

NEI

## Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	4
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemstilling .....	5
1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven .....	5
1.4 Oppgavens disposisjon.....	6
<b>2.0 Metode</b> .....	7
2.1 Litteratursøk .....	8
2.2 Presentasjon av forskningsartikler .....	8
2.3 Kildekritikk .....	11
<b>3.0 Teoridel</b> .....	12
3.1 Joyce Travelbee's sykepleietenkning.....	12
3.1.1 Menneske til menneske forhold .....	12
3.1.2 Menneskesyn og lidelse .....	14
3.1.3 Kommunikasjon .....	14
3.1.4 Håp .....	15
3.2 Patologisk forklaring på kreft.....	16
3.2.1 Lungekreft .....	17
3.2.2 Spredning, behandling og prognoser.....	17
3.3 Smerteteori .....	18
3.3.1 Hva er Smerte.....	18
3.3.2 Smertefysiologi og smerteopplevelse.....	18
3.3.3 Kreftsmerte.....	19
3.3.4 Årsaker til smerte utløst av lungekreft med metastaser .....	20
3.3.5 Grunnlaget for smertelindring .....	21
3.3.6 Kartlegging av smerte .....	21
3.3.7 Medikamentell smertebehandling .....	22
3.3.8 Smertetrapp .....	23
3.3.9 Alternativ smertebehandling .....	24
3.3.10 Observasjon, evaluering og dokumentasjon i sykepleie .....	25
3.4 Palliasjon .....	26
<b>4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere lindre smerter hos pasienter med kreft i palliativ fase?</b> .....	<b>27</b>
4.1 Hvordan kan sykepleiere møte pasienten i det innledende møte? .....	27
4.2 Hvordan kan sykepleiere bevare håp hos pasienter med kreft? .....	29
4.2.1 Observasjon, dokumentasjon og evaluering i sykepleie .....	31
4.3 Hvordan kan sykepleieren kartlegge smerter hos kreftpasient?.....	32

4.4 Sykepleierens ansvar og funksjon i smertelindring.....	35
4.4.1 Hvordan sykepleiere kan bruke medikamentell og ikke – medikamentell behandling som et lindrende tiltak?.....	37
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	41
<b>6.0 Litteratur</b> .....	42
Sammendrag.....	47
Vedlegg 1) ESAS- skjema og VAS Skala .....	48

## 1.0 Innledning

### 1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt tema kreft og smertelindring i palliativ fase. Kreft er en sykdom som involverer mange mennesker, enten som pasient, pårørende eller venner. I sykehuspraksis opplevde vi at pasienter med diagnosen kreft ble innlagt, og årsaken var ofte behovet for smertelindring. Disse pasientene utgjorde majoriteten av de innlagte pasientene. Grunnen til at vi har valgt å skrive om dette emnet er at vi har sett på hvilket ansvar vi som sykepleiere har overfor denne pasientgruppen. Som studenter har vi opplevde ulike utfordringer i forhold til smertelindring hos pasienter med kreft. En av utfordringene har vært forståelsen av smerTERS intensitet og å ta pasientens smerter på alvor. Vi har også opplevd at høye doser opioid ikke har vært tilstrekkelig for å lindre pasientens smerter, og kjent på usikkerheten rundt administrering av disse medikamentene. I vår oppgave ønsker vi å få økt innsikt i hvordan kreftpasienter kan oppleve bedre smertelindring, og hva som er sykepleierens ansvar i forhold til smertelindring.

Temaet kreft og smertelindring er sentralt i vår tid. Dette ser vi ved at statistikk fra 2010, registrerte 28271 nye krefttilfeller i Norge. 53 prosent av tilfellene var blant menn og 47 prosent var blant kvinner (Kreftregisteret, 2012). Derfor vil vi i denne oppgaven se nærmere på hvordan vi sykepleiere kan hjelpe til med god smertelindring, slik at pasientene opplever en bedre livskvalitet.

Taraldsen et al. (2010) mener i sin studie at kreftpasienter som er i palliativ fase, ikke er godt nok smertelindret. Noen får ikke smertebehandling i det hele tatt, noen får ikke de riktige medikamenter mot smertene de plages med, mens andre får for lite medikamenter mot smertene (Sykepleien, 2010). Vi har erfart at noen pasienter unnlater helt å fortelle om sine smerter. Forskning viser at det er mulig å oppnå god lindring ved 90 % av smertene i forbindelse med kreft, men likevel blir mange pasienter underbehandlet og lider derfor unødvendig (Ibid.). Kongsgaard et al. (2005) skriver at god kvalitet av lindrende smertebehandling ved kreft er avhengig av kunnskap, kompetanse og av hvordan behandling er arrangert.

## 1.2 Problemstilling

Ut fra tema *kreft og smertelindring* har vi valgt følgende problemstilling:

*”Hvordan kan vi som sykepleiere lindre smerter hos pasienter med kreft i palliativ fase?”*

## 1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven

Sykepleie til pasienter med kreftsykdom er et svært omfattende område. Vi ønsker å konsentrere oss om sykepleierens ansvar ved smertelindring av pasienter med lungekreft i palliativ fase. Vi velger å avgrense oppgaven til pasienter over 60 år med lungekreft med spredning i skjelett i en palliativ fase. Vi ønsker å vektlegge relasjon mellom pasient og sykepleiere, sykepleieres kompetanse og kontinuitet i arbeid. Grunnen til at vi har valgt pasienter med skjelettmetastaser er fordi denne typen spredning kan oppstå når som helst i sykdomsforløpet, og smertene er ofte det første symptomet. Lungekreftpasienter står ofte i fare for å ha dyspné, hvor symptomet er svært belastende og kan skape angst hos denne typen pasienter.

Vi beskriver ikke dyspné i vår teoridel, men vil komme inn på dette i drøftingsdelen på grunn av at dette symptomet kan forårsake psykiske smerter hos lungekreftpasienter. Med palliativ fase mener vi at pasienten er ferdig med kurativ behandling, slik at de nå er inne i den fasen hvor sykdommen er uhelbredelig, og de kun trenger smertebehandling. Som vi har nevnt tidligere, har vi erfart i praksis på sykehuset at mange pasienter med kreftdiagnose ble lagt inn, og vi så at behovet for smertelindring ofte var årsaken til innleggelse.

I oppgaven omtaler vi sykepleierens ansvar og funksjon i smertebehandling, og betydningen av kartleggingsverktøy, observasjon og kommunikasjon i smertebehandling. Vi tar for oss medikamentell smertebehandling og ikke-medikamentell smertebehandling som et smertelindrende tiltak. Medikamentell smertelindring følges ofte av bivirkninger. Disse vil vi ikke omtale i oppgaven, men det betyr ikke at de er mindre viktige i sykepleierens ansvarsområde. Vi har brukt begreper som smerte, lindring, palliasjon, kreft i vår problemstilling, og utdyper disse i vår teoridel. I oppgaven benytter vi ”vi” når det snakkes om sykepleier, og bruker ”han/hun” når vi omtaler pasienten.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

I kapittel 1.0. Her presenterer vi valg av tema og begrunnelse for hvorfor vi har lyst til å fokusere på dette. Vi har presentert problemstillingen, avgrenset og presisert oppgaven.

I kapittel 2.0. Her skriver vi definisjon som handler om metoden vi har benyttet oss i denne litteraturstudien. Vi har også fremlagt hvilke databaser og søkeord vi har brukt. Vi presenterer de forskningsartiklene vi mener er relevant til tema.

I Kapittel 3.0. I dette kapittelet tar vi for oss oppgavens teoridel. Her beskriver vi hva slags litteratur som vi mener er relevant til tema for vår problemstilling. I starten av kapitlet skriver vi om vår sykepleierteoretiker, hvor vi har valgt Joyce Travelbee. Videre forklarer vi forskjellige begreper, hvor vi har med teori om patologisk forklaring på kreft, lungekreft, spredning, behandling og prognose. I smertedelen har vi med hva smerte er, smertefysiologi, kreftsmerte, årsaker til smerte utløst av lungekreft med metastaser, grunnlaget for smertelindring, kartlegging av smerte, medikamentell smertebehandling, smertetrapp, alternativ smertebehandling, observasjon, evaluering og dokumentasjon i sykepleie. Til slutt har vi også skrevet noe om palliasjon/palliative fase. Her har vi skrevet om definisjon på palliasjon og livskvalitet.

I kapittel 4.0. Her har vi drøftet teori opp mot vår problemstilling.

I kapittel 5.0. Her viser vi til oppgavens konklusjon.

I kapittel 6.0. Her har vi lagt alle kildene vi har brukt i oppgaven.

## 2.0 Metode

Slik som vi forstår metode, er veien for å utvikle vår kunnskap, et redskap for å samle data om det spesifikke tema. Metode forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å anskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012).

En forutsetning for å gjøre litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig litteratur og forskning rundt tema som kan belyse problemstillingen. I følge Forsberg & Wengstrøm (2008) må det være nok antall studier av god kvalitet tilgjengelig, som skal bidra til diskusjon og en konklusjon. Oppgaven er basert på fem kvalitative forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som har relevant innhold i forhold til vår problemstilling. Vår litteraturstudie er kvalitativ. ”Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste og måle” (Dalland, 2012, s.112).

Dalland hevder at tilnærmingen i kvalitativ metode fokuserer på å tolke og skape mening og forståelse i menneskets subjektive opplevelse av verden. Vi har også brukt kildekritisk metode. Det er den metoden som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Vi har forsøkt å holde et sykepleiefaglig fokus gjennom valg av kilder. Vi har vektlagt at de kildene vi har benyttet oss av, i størst mulig grad skal være skrevet med tanke på sykepleie. Det har vært viktig for oss at litteraturen vi har brukt er valid og har reliabilitet. Med validitet menes at kilden må være relevant og gyldig for det problemet som undersøkes (Dalland, 2007, s.64).

For å finne svar på vår problemstilling har vi brukt fagbøker relevant til tema og sykepleie som vi har lånt fra biblioteket på Høgskolen i Hedmark. Vi har også søkt i forskjellige databaser som Høgskolen har tilgang til, hvor vi fant forskjellige artikler med stor tidsdifferanse. De forskningsartiklene vi har valgt er fra nyere dato, og har relevans for vår problemstilling. Artiklene inneholder fagstoff om ESAS, pasientenes barrierer i smertebehandling og pasienter med kreft som er innlagt på sykehus.

For å finne statistikk har vi benyttet oss av kreftforeningen for å finne de nyeste tallene, sånn at oppgaven vår i mest mulig grad skal være i samsvar med dagens situasjon.

Det var ikke oppført noe årstall på kreftforeningen sin side om lungekreft, men da vi tok kontakt med kreftforeningen å spurte om oppdateringsdato, fikk vi bekreftet at det var oppdatert februar 2013.

Vi har benyttet oss av tre engelske og tre norske forskningsartikler. Ulempen med bruken av de engelskspråklige artiklene er at vi kan ha misforstått språket, og kanskje mistolket detaljer, og hva som egentlig blir presentert i artiklene. På den måten kan det hende vi ha gjort feiltolkninger.

## 2.1 Litteratursøk

Vi har brukt fag- og forskningsartikler, pensumlitteratur, litteratur fra skolens bibliotek, skolens søkedatabaser, internettsider vi anser som relevante for denne problemstillingen. Vi har også lest tidligere studentoppgaver for å få inspirasjon. For å finne artikler og annen relevant litteratur søkte vi på databaser som høgskolen er koblet opp til. Vi har benyttet oss av databaser som Svemed +, Cinahl, medline, Pubmed, ovid nursing, sykepleien.no, hvor vi har prøvd å søke om lungekreft og sett hva slags smerter som er relatert til denne kreftformen. Vi fikk treff på mange artikler i bibsys, cinahl og pubmed. Vi har søkt etter artikler som begrenser seg innenfor det som er relevante for vår problemstilling og tema. Så har vi lest igjennom og plukket ut noen artikler som er relevant i forhold til smerter, lungekreft, kreftpasienter med smerte og palliasjon.

Litteraturen er valgt etter kriteriene som holdbarhet, årstall for utgivelse, gyldighet, troverdighet, forfatterens bakgrunn, objektivitet og nøyaktighet, og hvor relevant teksten er for problemstillingen og temaet. Vi har benyttet søkeord som *Pain relief*, *Lung neoplasms*, *bone metastasis*, *cancer pain*, *quality of life*, *pain And Gender difference*, *pain og communication*, *smertekartlegging*, *smertelindring*, *behandling*, *smertebarrierer*, *sykepleierens rolle i smertebehandling*, *alternativ smertebehandling*, *massasje som komplementær behandling*, hvor vi videre har prøvd å avgrense søkene til nordiske og engelske artikler.

## 2.2 Presentasjon av forskningsartikler

I dette punktet vil vi kort presentere forskningsartiklenes bakgrunn, hensikt, metode og resultat. Vår fremgangsmåte ved artikkelsøk var å benytte skolens databaser som vi har nevnt ovenfor. Artikkeltreff varierte fra database til database, avhengig av deres relevans til tema. Etter å ha gjort mange søk, og lest sammendrag, har vi valgt ut seks forskningsartikler som vi presenterer i oppgaven.



1) ”Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling”,

Forfatter: Taraldsen, Bjordal & Rustøen (2010)

**Studiens bakgrunn**, ulike faktorer hos helsepersonell, pasienten selv eller i rammefaktorene kan forklare mangelfull smertelindring hos kreftpasienter. Hos pasientene kan barrierer for optimal smertebehandling være tilbakeholdenhet med å rapportere smerte og å følge anbefalte smerteregimer. Det kan forklares med feil oppfatning, misforståelser eller manglende kunnskap om smerte og smertebehandling. Hensikten med forskningen var å beskrive pasientenes barrierer i forhold til smerte og smertebehandling.

**Metode**, Studien er en beskrivende tverrsnittundersøkelse med 217 polikliniske kreftpasienter som har smerte og bruker smertestillende medikamenter som barrierer mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av barriereskjema. Studiens resultat var at mange av pasienten var redde for å bruk av smertestillende kunne føre til avhengighet. Oppsummering av denne studien er at mange pasienter har barrierer mot smertebehandling.

2) ”Smerte hos kreftpasienter innlagt i sykehus”,

Forfatter: Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005)

**Studiens bakgrunn**, Mangel på kunnskap om lindrende behandling på sykehus.

**Metode**, Spørreskjemaet Brief pain inventory ble brukt. Resultatet viste at 51 % hadde smerte mens de var innlagt ved sykehuset. Enkelte av de pasientene med mest smerte brukte ikke analgetika. Gjennombruddsmerter rapporteres hos bare en av tre av de spurte. Det vises til svik rundt basale prinsipper i smertebehandlingen, bruk av smertetrappen og bruk av opioide.

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

Forfatter: Baba & Lindh (International journal of Palliative Nursing, 2007).

**Studiens hensikt**, Hensikten var å evaluere gjennomførbarheten av et modifisert ESAS-skjema for overvåking av symptomer ved onkologisk og palliativ omsorg.

**Metode,** ESAS- skjema ble utdelt til 28 pasienter med langt kommet cancer, og spørsmålsskjema til personalet angående bruk av ESAS ble delt ut. Resultatene var at 11 av 21 svarte at bruk av ESAS er veldig god for å samle inn informasjon av pasientens symptomer. 17 av 24 pasienter som har deltatt i undersøkelsen svarte at ESAS- skjema var enkelt å fylle ut.

**4) Palliative care nurses perceptions of the Edmonton symptom assessment scale: a pilot survey.**

Forfatter: Watanabe, McKinnon, Macmillan & Hanson (International journal of Palliative Nursing, 2006)

**Studiens hensikt,** å evaluere sykepleierens oppfatninger av ESAS- skjemas gjennomførbarhet og nytte.

**Metode,** alle sykepleiere som arbeider innenfor Edmonton palliative care program var utstyrt med et dokument som inneholder 5 utsagn om fordeler og gjennomførbarhet av ESAS. 77 deltakere av forskjellige helsepersonell, var oppfatningene av ESAS best blant de 22 sykepleierne. Hvorav 21 mente ESAS hjalp personalet til å ta vare på pasientene. 17 mente at pasientene hadde nytte av konseptet. De fleste sykepleiere mente at ESAS tok lite tid og kreft å gjennomføre. I studien kom det også frem at fagarbeidere og pleieassistenter ikke hadde god erfaring med ESAS.

**5) Pain control at the end of life, a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients.**

Forfatter: Steindal, Bredal, Sørbye, Lerdal (2011)

**Studiens hensikt,** å finne ut om det var forskjell på dokumentasjon av smerte hos pasienter med kreft og pasienter uten kreft. Man ville også undersøke hva slags smertestillende som ble administrert hos døende kreftpasienter sammenlignet med vanlige pasienter de siste tre dagene av livet.

**Metode,** Data til undersøkelsen ble hentet fra en studie gjort på sykehus av 220 avdøde personer, hvor 110 hadde kreft, mens 110 døde av andre årsaker.

Resultatet viste at helsepersonell konsekvent dokumenterte mer smerter hos kreftpasienter enn hos de som ikke hadde kreft. I likevel så viste seg at den døendes smerteintensitet ble dårlig dokumentert. Styrken på smerte var fire ganger høyere hos de med kreft, og det ble også vist at disse fikk fire- fem ganger mer smertestillende.

**6) Bruk av alternativ behandling ved norske sykehus.**  
Forfattere: Salmonsens, Grimsgaard, Fønnebo, (2003)

**Studiens hensikt,** Formålet av undersøkelsen var å beskrive bruken av alternativ- medisinsk behandling ved norske sykehus.

**Metode,** Et spørreskjema ble sendt til sjefslegene ved alle landets sykehus. Resultatet var at alternativ behandling ble brukt i 28 av sykehusene i forskjellige former som akupunktur, oljemassasje, alternativt kosthold og musikkterapi.

## 2.3 Kildekritikk

Vi har forsøkt å holde et sykepleiefaglig fokus gjennom valg av kilder. Vi har vektlagt at de kildene vi har benyttet oss av, i størst mulig grad skal være skrevet med tanke på sykepleie. Det har vært viktig for oss at litteraturen vi har bruket er valid og har reliabilitet. Validitet betyr at kilden må være relevant og gyldig for det problemet som undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet og omhandler at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 40 ). Validitet og reliabilitet har vi forsøkt å oppnå ved anskaffelse av primærlitteratur, benytte anerkjent litteratur og en del nyere utgivelser. Fremfor å benytte kildene de refereres i, har vi anvendt primærkilden. På noen områder fant vi mye litteratur om temaet vi skriver om, noe som førte til vanskeligheter med å velge de mest relevante og anerkjente kildene. I andre tilfeller har det vært lite litteratur om det aktuelle temaet, som førte til at det ble vanskeligere for oss å utføre en litteraturstudie. Grunnlaget for oppgaven baserer seg på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur med vekt på kreftsykepleie.

I en litteraturstudie brukes ofte sekundærkilder, noe som vi også har gjort i enkelte tilfeller, hvor vi ikke har klart å få tak i primærkilden. Det betyr at en forfatter tolket det en annen har skrevet (Dalland, 2012, s.86).

### 3.0 Teoridel

I følge Dalland (2007) er teori den enkleste og mulig treffende beskrivelse av virkeligheten. Teori er et forsøk på å ordne mange isolerte observasjoner, erfaringer som er knyttet til en eller flere tilfeller (s.111).

#### 3.1 Joyce Travelbee's sykepleietenkning

I dette kapitlet presenterer vi sykepleieteori. I vårt arbeid har vi valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1926-1973) sin tenkning om sykepleie. Vi har erfart at dårlige holdninger hos sykepleiere skaper konflikt mellom pasient og sykepleier, og derfor har vi valgt å bruke Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold fordi sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleier assisterer hvert enkelt menneske eller familie til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 2001). Vi anser at hennes teori og holdninger passer inn i vår oppgave fordi vår problemstilling handler om kreft og smerte, som er faktorer til håpløshet og dårlig livskvalitet. Vi har brukt bøkene *Mellommenneskeligforhold i sykepleie* (2001), *Grunnleggende sykepleie* bind 4 (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005), Kirsti Torjuul sine forelesningsnotater basert på Joyce Travelbee's sykepleierteori (2001) og Kirkevold (1998) som kilde for hele punkt 3.1.

##### 3.1.1 Menneske til menneske forhold

Det som kjennetegner et menneske- til- menneske forhold er at både sykepleieren og pasienten opplever og forholder seg til hverandre som unike personer, ikke som stereotypene. Forholdet er en prosess og et middel til å møte den sykes behov for pleie (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Travelbee har definert mellommenneskelige forhold slik:

*”Et menneske -til- menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringer er at den syke eller familie til den syke får sine behov ivaretatt”* (Kirkevold, 1998, s. 126).

Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som innehar og anvender en disiplinert, intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Et menneske – til – menneske forhold beskrives ved at pasientens behov for sykepleie og omsorg blir tilfredsstilt på en konsistent og ubetinget måte (Kristoffersen et al. 2005). Et menneske – til – menneske forhold etableres ved at sykepleieren og pasienten arbeider seg gjennom fem faser som går over i hverandre (Ibid.).

**Det innledende møtet** som preges av at sykepleieren og pasienten observerer og vurderer hverandre. Førsteintrykket er ofte preget av tidligere erfaringer, enstonige rolleoppfatninger og forventninger. Sykepleieren må være klar over dette, og prøve å bryte ut av denne kategoriseringen for å se pasienten som et særegent individ (Ibid.).

**Fremvekst av identiteter** sees ved at sykepleieren og den syke etter hvert får bedre kjennskap til hverandres identiteter og personligheter. Sykepleieren skiller mellom det som er felles for alle pasienter, og det som er unikt for den bestemte pasient og hans situasjon (Ibid.). Dette er grunnlaget for empati, som er en dypere forståelse for pasienten. Sykepleieren oppfatter pasienten som forskjellig fra andre pasienter og begynner og forstå hvordan nettopp denne pasienten opplever sin situasjon. En kreftpasient har kreftrelatert smerte som er annerledes enn andre smerter, denne gruppe pasienter er unik og har annerledes sykdoms opplevelse enn andre pasienter (Ibid.).

**Empati** er en erfaring som finner sted mellom to eller flere mennesker. Det er evnen til å gå inn i eller dele og forstå en annen persons psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk. Ved empati blir pasientens særpreg og individualitet mer klart forstått og verdsatt. Å kunne forutsi adferd er målet i empatifasen. Empati er avhengig av lik erfaringsbakgrunn mellom sykepleier og pasient (Ibid.). Ifølge Travelbee er ikke empati en kontinuerlig prosess, men noe som kan oppleves i enkeltsituasjoner (Ibid.).

**Sympati** er ikke en fase i prosessen, men den er et steg videre i den forstand at sympati er knyttet til et ønske om å avhjelpe lidelse. Sympati er ekte bekymring for den andres lidelse, og dermed kan ikke vi sykepleiere erfare sympati og samtidig opprettholde en distanse til pasienten. Sykepleiere må opptre på en profesjonell måte (Ibid.).

**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. Det er en opplevelse og erfaring som pasient og sykepleier oppfatter samtidig (Ibid.). Når vi ser at kreftpasienter har smerter, må vi gå inn med tiltak for å lindre denne plagen. Å lindre betyr å lette, minske, fjerne, moderere og gjøre noe lettere. Sykepleieren kan ikke alltid helbrede, men kan hjelpe pasienten til å mestre opplevelser og minske plagsomme konsekvenser av sykdom og behandling (Torjuul, 2001). Gjensidig forståelse og kontakt er avhengig av sykepleierens kunnskap, ferdigheter og profesjonalitet. Travelbee hevder at for å nå denne fasen, er man avhengig av sykepleierens praktiske menneskesyn. Gjensidig forståelse og kontakt gjenkjennes ved at pasienten og sykepleieren forholder seg til hverandre som individuelle personer. Dette forholdet er ikke uprofesjonelt, men to mennesker som samhandler uten behov for distanse (Ibid.).

### **3.1.2 Menneskesyn og lidelse**

Travelbee hevder at sykepleieren må forstå begrepene sykdom og lidelse som erfaringer hos hvert enkelte menneske. Travelbee mente at uten denne innsikten vi som sykepleiere kan aldri forholde oss til den syke i en mellommenneskelig relasjon, der sykepleiere gi omsorg og meningsfull hjelp til pasienten (Travelbee, 2001).

Vi sykepleiere må bruke oss selv terapeutisk for å oppnå en god relasjon med pasienten. Ifølge Travelbee kjennetegnes den profesjonelle sykepleier gjennom hennes evne til å bruke seg selv terapeutisk, det betyr at hun anvender sin personlighet, teoretiske innsikt og praktiske erfaringer målrettet for å etablere et menneske – til – menneske forhold over for den syke hun har omsorg for (Ibid.).

### **3.1.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å opprette et menneske – til – menneske forhold til pasienten, og gjennom dette oppnår målet for sykepleie (Travelbee, 2001). Kommunikasjon er en gjensidig prosess, og sykepleieren bruker denne prosessen til å søke og gi informasjon, og finne en metode å bruke til å hjelpe den syke.

Pasienten formidler- gjennom ord, ansiktsuttrykk, adferd og holdning – sin personlighet og gir sykepleiere mulighet til å bli kjent med den syke som et unikt individ, slik at man kan ivareta pasientens individuelle sykepleiebehov.

*“ Å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket ”*  
(Travelbee, 2001, s. 141).

Non- verbal kommunikasjon er en kontinuerlig prosess som finner sted i hvert møte mellom mennesker. Dette skjer både bevisst og ubevisst. Hvis budskapet er oppfattet og tolket rett har kommunikasjon funnet sted. Gjennom observasjon og kommunikasjon vil sykepleieren bli klar over pasientens behov, det første nødvendige skrittet i planleggingen av sykepleietiltak (Ibid.).

### **3.1.4 Håp**

Travelbee hevder at sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder å fremme håp til den lidende pasient. Håpet er sterkt relatert til avhengigheten av andre. I håpet ligger forventinger om andre menneskers hjelp, særlig når ens egen ressurs er redusert. Håp er fremtidsorientert knytte til våre valg, ønske, mot og tillit til mennesker rundt oss (Travelbee, 2001, s. 118-122). Travelbee definerer håp på følgende måte:

*”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).

Mennesket trenger håp for å oppleve livet som meningsfylt i her og nå situasjoner, men trenger også håpet for å ha tro på forventninger om fremtiden (Kristoffersen et al, 2005). I følge Travelbee kan følelsen av håpløshet oppstå når mennesket har lidt fysisk og åndelig alt for intenst igjennom alt for lang tid uten hjelp av lidelseslindring.

Å fremme håp og unngå håpløshet er av den grunn sterkt knyttet opp mot å lindre pasientens lidelse. Travelbee hevder at sykepleierens oppgave er å gjenvinne håp hos pasienter som har opplevd håpløshet (Travelbee, 2001, s. 122-123).

### 3.2 Patologisk forklaring på kreft

Betegnelsen kreft brukes om ondartet (malign) svulst. Kreft er greske ord som betyr krabbe som sender armer eller klør ut i omkringliggende vev (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Kreftformene har mange fellestrekk, men det er også mye som deler de fra hverandre. Derfor vil sykdomsforløpet, behandling og overlevelse være ulik fra pasient til pasient. Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsykdommer (Ibid.). Vanligste kreftsykdommene hos menn er prostata, tykk- og endetarm og lunge, mens hos kvinner er brystkreft den vanligste formen, etterfulgt av tykk- og endetarmskreft og lungekreft (Kreftforeningen, 2013).

Kreftsykdommen oppstår i normale celler som forandres slik at de blir mindre påvirkbare for nervesignaler, hormoner og sine indre reguleringsprosesser (Novartis Norge, 2013).

I denne forandringen endres cellens arvestoff, altså det vi kaller DNA, oppskriften på alle proteiner som cellen kan lage finnes i vår arvestoff. Oppskriften for et protein kalles for et gen (Ibid.). I en kreftcelle er det forandringer i flere ulike gener. Forandring i et gen fører til dannelsen av både mindre og mer av proteinet genet er oppskrift på eller at de kan endre formen (Ibid.). Derfor kan cellene ikke klarer å dele seg som de skal, i stedet begynner de å dele seg ukontrollert og utfører ikke de oppgavene de friske cellene ville ha gjort, dette kalles en mutasjon. Det vil si, en varig forandring av genmaterialet i cellekjernen (Ibid.).

Kreft kan dele seg når celler løsriver seg og føres med blod- og lymfebaner til andre deler av kroppen. Kreftcellene kan da gå inn i veve i andre organer og danne nye svulster og betegnes som metastase (Kåresen & Wist, 2009). Kreft er en sykdom som starter i en celle, men utvikle seg til å skade et organ, et organsystem eller en hel organisme (Ibid.).

Det er to hovedgrupper av svulster: de godartede (benigne) og de ondartede (maligne). En malign svulst vokser vanligvis raskt, og kan infiltrere og ødelegge annet vev, mens de godartede svulstene som vokse oftest langsomt, og er oftest klart avgrensede og vokser ikke inn i omgivende vev (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

Årsaker og risikofaktorer er forskjellige, men likevel forstår vi ikke i detalj hvordan genene blir forandret og hvordan de påvirker hverandre. Mange av krefttilfellene i Norge kan knyttes til livsstil som røyking og soling, samt at en del kreftformen kan ha en sammenheng med kosthold (Novartis Norge, 2013).



### 3.2.1 Lungekreft

Lungekreft er betegnelse for alle kreftformer i lunger og luftveier (bronkier). Det er to hovedtyper lungekreft, ikke- småcellet og småcellet. Disse to er forskjellig fra hverandre og derfor er også behandlingen ulik (Kreftforeningen, 2013). Småcellet lungekreft utgjør ca. 15 %, og ikke- småcellet utgjør 85% av lungekreft. Blant de ikke- småcellet typene er forskjell mellom adenokarsinom, plateepitelkarsinom og storcellekarsinom (Ibid.). Adenokarsinom er den hyppigste formen for lungekreft, og utgjør ca. 40 % av alle lungekrefttilfeller og plateepitel er nest hyppigst og utgjør ca. 20 % av lungekreft tilfeller (Ibid.).

Symptomene på lungekreft varierer fra person til person og er avhengig av svulstens beliggenhet og størrelse. Det vanlige symptomene er hoste, pustevesker, blodig oppspytt, luftveisinfeksjoner, smerter i brystet og smerter mellom skulderblader (Ibid.). Generelle symptomer som slapphet, nedsatt appetitt og vekttap er også vanlige hos pasienter med lungekreft (Ibid.).

Lungekreft utgjorde 10 % av årlig antall nye krefttilfeller i Norge for menn og 9 % for kvinner i perioden 2006- 2010. Av totalt 2826 nye lungekrefttilfeller i Norge i 2010 er 1559 hos menn og 1267 hos kvinner (Oncolex, 2012).

Teoriene om hva som forårsaker kreft er mange og ufullstendige. Asbest er den vanligste yrkesmessige risikofaktoren, men sigarettøyking er den absolutt vanligste årsaken til lungekreft både blant menn og kvinner. Røyking er ansvarlig for 80-90 % av alle tilfeller av lungekreft (Norsk Helseinformatikk, 2012). I 1973 var 51 % av mennene og 32 % av kvinnene daglige røykere her i Norge. Men i 2007 så var det kun 22 % av befolkningen som opplyste at de var daglige røykere, omrent like mange kvinner som menn (Reitan & Schjøllberg, 2010).

### 3.2.2 Spredning, behandling og prognoser

Lungekreft er en alvorlig sykdom med relativt dårlig prognose. Begge typer lungekreft har tendens til å spre seg til andre organer. Spredningen skjer via lymfe eller blodbanen, mens de vanligste organer som blir ramt er skjelett, lever, binyrer og hjerne (Kreftforeningen, 2013). Men det varierer fra pasient til pasient, og fra svulst til svulst, når svulster oppdages tidlig, kan noen pasienter helbredes ved operasjon. Lungekreft behandling er kirurgi, cellegift og strålebehandling som er enten alene eller i kombinasjon av hverandre (Ibid.).

Behandlingen velges ut ifra sykdomsutbredelse, stadium og celle type (småcellet og ikke-småcellet). Disse behandlingene kan gi forbigående bivirkninger og seneffekter som tretthet, kvalme og nedsatt matlyst, hodepine, reaksjon i huden og hårtap (Ibid.).

### **3.3 Smerteteori**

Totalomsorgen er en viktig del av det å håndtere kreftpasienters smerter, og deltar også som en samling for utredning og behandling. For at vi som sykepleiere skal kunne bidra til å lindre den totale smerten, må vi samarbeide på tvers av helsefeltet (Den norske legeforening, 2009). I dette kapittelet vil vi gå igjennom hva smerte er, smerte fysiologi, smerteopplevelse kreftsmerte, årsak til smerter uløst av lungekreft med metastaser, grunnlaget for smertelindring, kartlegging av smerte, medikamentell behandling av smerte, smertetrapp og alternativ smertebehandling.

#### **3.3.1 Hva er Smerte**

En betydning av smerte er ”å ha vondt” eller ha noe som er sterkt ubehagelig (Jensen, Dahl & Nielsen, 2009). Smerter er i følge International Association for the Study of Pain (IASP) definert som en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade, eller oppfattet som dette (Kaasa, 2008, s. 272). Det er slik at sosiale og psykiske forhold vil kunne påvirke smerteopplevelsen. Men hvordan hver enkelt person uttrykker smerte, vil være forskjellig fra personlige erfaringer og egenskaper (Ibid.). Forholdene som virker inn på den totale smerteopplevelsen er fysisk, sosial, psykisk og eksistensiell. Psykiske, sosiale og åndelige faktorer påvirker felles opplevelsen av fysisk smerter (Almås, 2001, s. 99). Vedvarende smerter kan føre til at pasienten føler seg oppgitt, og medvirke til sosial isolasjon. Smertene kan i tillegg føre til andre problemer, som kvalme, angst, depresjon og søvnvanskeligheter. Siden vi er alle forskjellige, smerte opplevelse er også forskjellige fra person til person, men smerter er en ensom opplevelse (Ibid.).

#### **3.3.2 Smertefysiologi og smerteopplevelse**

Smertestimuli registreres i sensoriske nervefibrer med smertereseptorer som kalles nociseptorer. Noen av smertefibrene oppfatter sterk og overfladisk smertestimuli som oppstår raskt og varer kort, mens andre smertefibre registrerer dyp, borende og langvarig smertestimuli (Jensen, Dahl & Nielsen, 2003, s. 23).

Nociseptorene danner synapser med sensoriske nervefibre i ryggmargens bakhorn. Strømmen som sendes videre, kan påvirkes av stimuli fra andre sensoriske nervefibrer. Disse kan bremse videreføringen av smerteimpulsene (Ibid.). Smerteimpulsene ledes opp til thalamus og den somatosensoriske delen av hjernebarken, hvor smertene lokaliseres og analyseres. Kroppen kan selv hemme smerteimpulsene ved hjelp av endogene (kroppsproduserte) opioider, som for eksempel endorfiner (Ibid.).

For å oppfatte smerter har vi egne nervefibre som reagerer på smertestimuli. Smerteimpulsene sendes gjennom spesielle nervebaner til ryggmargen og videre gjennom sentralnervesystemet til de når hjernen. På turen påvirkes de av både hemmende og framkallende transmittorstoffer som påvirker hvordan smerteopplevelsen blir. Når de når hjernen blir smerteimpulsene bearbeidet og tolket (Almås, 2001).

### **3.3.3 Kreftsmerte**

Det finnes 4 typer smerte, idiopatisk, psykogen, nevropatisk og nociseptisk. Kreftrelaterte smerter kan beskrives som uttrykk av fysiologiske typer smerte som for eksempel somatiske, visceral (indre organ) og nevropatisk smerte. Pasienter med kreft kan oppleve smerter som elementer av alle disse typene fysiologisk smerte (Tønnessen, referert i Kaasa, 1998). Denne smerten er ofte referert til bakgrunnsmerter, som kan være konstant eller vedvarende (Ibid.).

Kreftsmerte kan også være forårsaket av selve svulsten, fordi den kan presse på kroppens andre organer, som skjellet eller nerver (Kaasa, 2008). Smerte kan også være relatert til behandling av kreft: Cellegift og stråling, som kan skade viscerale muskel og nervevev. Kreftsmarter kan derfor være akutt eller kronisk. Akutt smerte fungerer som en advarsel av sykdom eller trussel mot kroppen (Ibid.). Denne typen smerte kan vare noen dager til flere måneder. Kroniske smerter varer fra flere måneder, år eller gjennom hele livet.

Kronisk smerte kan forvirre eller forsterkes med tiden, og kan påvirke den fysiske funksjonen, sosiale toleransen og generell livskvalitet (Ibid.). Mange kreftpasienter opplever episoder med gjennombruddssmerter (Tønnessen, referert i Kaasa, 1998). Gjennombruddssmerter defineres som en forbigående forverring av sterk smerte, som forekommer til tross for ellers god smertelindring. Smerteanfallene kommer brått, og de er ikke lette å forutse (Ibid.). Smerte er også et av de vanligste symptomene på lungekreft.

Pasientene har ofte metastaser i andre organer, hvor smertene oftest kan komme av innvekst i pleura eller brystveggen. De kroniske metastasesmertene er murrende, verkende og øker i intensitet ved bevegelse og belastning (Kvåle, 2002).

### **3.3.4 Årsaker til smerte utløst av lungekreft med metastaser**

Smerter hos lungekreft pasienter er direkte forårsaket av sykdommen, eller antitumorbehandling (Reitan & Schjølberg, 2010). Skjelettmetastaser er hyppigst ved brystkreft, lungekreft og prostatakreft, og kan oppstå når som helst i sykdomsforløpet. Smerter er ofte først symptom og variere fra pasient til pasient.

Noen ganger kommer smertene nærmest akutt, mens det hos andre kan øke gradvis. Metastaser deles inn i Osteolytiske. Det er en tilstand hvor beinvev løser seg og Osteosklerose, er en tilstand hvor beinvev blir tettere enn normalt (Kassa, 2008, s. 298). Som vi tidligere har nevnt vil skjelettmetastaser i betydelig grad påvirke livskvalitet i den palliativ fase. Skjelettmetastaser er den hyppigste årsak til smerter og den vanligste symptomgivende formen for metastaser hos kreftpasienter.

Beindestruksjonen fører til nedsatt bevegelse, patologiske frakturer, truende tverrsnitt lesjon, innklemming av større nerver - inklusive hjernenerver, hyperkalsemi og fortrenningsreaksjoner i benmarg med anemi, leukopeni og trombocytopeni. Ofte vil flere av disse symptomene og tegn være til stede samtidig (Bruland, 2008). Lungekreftpasienter opplever dyspné, og dyspné har mange forskjellige årsaker. Pusteproblemene oppstår oftest av at lungene blir oppfylt av tumoren, og det gir tungpusthet hos pasienten (Reitan & Schjølberg, 2010, s.459).

Tumorer kan forårsake kompresjon av ryggmargen og vil ofte gi smerter og føre til lammelse. Antitumorbehandling av alle typer, kan forårsake smerte hos lungekreftpasienter. Cellegift kan gi smertefull forandringer og nedsatt funksjon i flere nerver. Strålebehandling kan gi fibrose og smertene som kommer, ofte etter strålebehandling, er av nevrogen type, som ofte er kronisk og føre til lengre smertebehandling (Kassa, 1998, s. 433 - 443).

### 3.3.5 Grunnlaget for smertelindring

Å lindre pasientens lidelse dreier seg først og fremst om å ikke krenke deres verdighet, fordom og misbruke makt. Forutsetningen for å lindre er at vi sykepleiere skaper en sykepleiekultur, hvor mennesket føler seg velkommen, respektert og pleid.

Sykepleiekultur er en pleiekultur, hvor mennesket opplever at man har rett og plass til å være pasient (Eriksson, 2010).

Hovedmålet i den palliative fasen hos kreftpasienter er at de skal ha en best mulig livskvalitet, hvor man tilrettelegger og bedrer så godt som mulig for å opprettholde dette. Tilstrekkelig smertelindring hos den palliative pasienten vil kunne forlenge livet litt, men det viktigste er at selve smerten blir dempet (Kaasa 2008). Mange i denne gruppen har problemer med smerte og det er derfor viktig med en tilstrekkelig smertebehandling (Jensen, Dahl & Nielsen, 2009). Hva slags metode man bruker for å lindre pasientens lidelse, varierer fra hva slags smerter dem har. Det å behandle den totale smerten omfatter særlig de fysiske og psykiske smerter som en kreftsykdom påvirker. Flere undersøkelser som er gjort viser at depresjon og smerte har en sammenheng. En dårlig behandlet smerte kan derfor øke forekomsten av depresjon, som tilsvarende vil forverre smerteintensiteten. Dette vil gjøre det mye vanskeligere å lindre smerten tilstrekkelig (Ibid.).

### 3.3.6 Kartlegging av smerte

Målet med kartleggingen av smerter er å gi pasienten en forståelse av mekanismene bak smerteopplevelsen og av at smerter kan lindres. En målsetting med kartleggingen blir å danne seg ett bilde over smertens karakter, årsak og intensitet. Hvor man ofte kan komme frem til hvilke type smerter man er utsatt for, og kan iverksette de nødvendige tiltakene for å behandle (Kaasa, 2008). Ofte er det slik at pasienter unnlater å fortelle/rapportere om sine smerter. Derfor er det viktig for oss som sykepleiere å kartlegge ved å stille målrettede spørsmål, vi må observere pasientens kroppsspråk, om pasienten ligger anspent og virker urolig, eller om de beveger seg normalt (Ibid.). Som en kartlegging av smerter hos kreftpasienter er også Edmonton Symptom Assessment System (ESAS -skjema) ett nyttig verktøy (Nordby et al, 2012). Pasienten skal fylle ut skjemaet selv, og det skal gi en symptomregistrering innenfor smerte og livskvalitet slik de selv ser det. Verktøyet er nyttig for kartlegging av pasientens plager og for oppfølging av behandlingen som er iverksatt (Ibid.).

For at smertebehandling skal kunne iverksettes kan og bør disse punktene følges:

**Smertelokalisasjon** kan sammen med smertetype bestemme hvilken vevsstruktur eller organ som er utgangspunktet for smerte. Ofte er det slik at 80 % av pasientene har smerte på flere lokaliserte steder. Hva slags smerte det er snakk om, kan ha stor betydning for behandlingsmetode (Reitan & Schjølberg, 2010, s.201- 202).

**Smerteintensitet.** For å se intensiteten eller styrken på smerte, brukes ofte ett hjelpemiddel kalt VAS skala (Visuell analog skala). Dette er en linje med grad 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er utholdelig smerte.

Pasienten setter merke for smertegrad, som vil gi ett øyeblikksbilde av situasjonen. Ved å gjøre dette før og etter man har gitt smertestillende, vil man se om det er behandlingseffekt (Ibid., s.201).

**Tidsaspekt.** Når begynte smerten? Hvordan har den utviklet seg? Og er det døgnvariasjon? Når fungerer medikamentene, og hvor lenge har den effekt? Ved slike opplysninger kan man lettere justere medikamentdosen, og doseintervallene. Andre faktorer som viser smerte kan være bevegelsesrelatert og en dårligere kroppsfunksjon som kan tilskrives smerte. Det å få frem det emosjonelle i smerteopplevelsen er viktig (Ibid., s.202).

### 3.3.7 Medikamentell smertebehandling

Medikamentell behandling og antitumorbehandling utgjør til sammen behandling hos mer enn 95 % av alle pasienter med kreftmerter (Ibid., s. 203). Praktiske råd er at når ikke- opioid analgetika alene ikke gir tilfredsstillende smertelindring, skal det skiftes til sterke opioid. Svake opioider i kombinasjonspreparater kan forsinke etableringen av god smertekontroll (Ibid.). Taraldsen et al (2010) har vist i sin teori at mange kreftpasienter får fortsatt dårlig smertebehandling både på grunn av redsel for opioid og mangel på kunnskap hos sykepleiere. Bjørge (referert i Reitan & Schjølberg, 2010), forklare at bruk av ikke – opioide analgetika er viktig etter start av sterk opioid. Og etter start av sterk opioid er god smertelindring i ro et primært mål for lege og sykepleiere.

Vi har erfart på praksisfeltet at god smertelindring etablerer et godt søvnmønster hos lungekreft pasienter som har sterke smerter. Ved bruk av sterk opioid, for eksempel morfin eller oksykodon, får pasienten hjelp til å holde en jevn vevskonsentrasjon (Ibid.). Tilstrekkelig store doser i begynnelsen hjelper for å oppnå sikker analgetisk effekt (Ibid.).

I sykehuspraksisen har vi fått forklaring på at hvis smertene øker kraftig etter en lengre stabil periode, må både sykdom og smertebehandling revurderes. Bjørgo (referert i Reitan & Schjøberg, 2010) skriver at hvis det oppstår raskt behov for øking av morfin uten effekt, kan det gi mistanke om nevropatisk smerte som kan krever endring av analgetika regimet (Ibid., s. 204).

### 3.3.8 Smertetrapp

#### Smertetrapp



Fig. 1 (Tidsskriftet for den Norske Legeforening, 2004, 124:337-8)

De fleste pasienter med smerter har behov for medikamenter som en behandling.

WHO's tretrinns smertetrapp oppsummerer hovedprinsipper i denne typen behandling. Den er bygd opp slik at man trapper opp etter hvert som pasienten har behov for mer smertestillende.

**Trinn 1**, omfatter paracetamol og NSAID (ikke-steroid antiinflammatoriske midler) som tilhører gruppen ikke-opioide analgetika. Denne gruppen av legemidler har både sentrale og perifere angrepspunkter. Som ett alternativ for NSAIDs har vi paracetamol, som hovedsaklig virker på sentralnervesystemet, og er ett preparat som tolereres av de fleste pasienter (Bjørgo, referert i Reitan & Schjøberg, 2010).

**Trinn 2**, Kombinasjonspreparater er en kombinasjon av preparater som består av et svakt opioid, hvor kodein er vanligst, og ett ikke-opioid analgetikum som kan være paracetamol. Hos pasienter med nociseptive smerter har denne blandingen som oftest god effekt. En viktig observasjon hos pasienter med denne typen behandling er obstipasjon (Ibid.).

**Trinn 3**, Kroppen har opioidreseptorer, disse reseptorene binder seg til ett legemiddel som ser til at kroppen får i seg opioider. Når reaksjonen inntreffer, vil smertetransmisjonen i sentralnervesystemet hemmes. Hos kreftpasienter er behandling av morfin det første valget, da dette er ett effektivt medikament (Ibid.).

### 3.3.9 Alternativ smertebehandling

Alternativ behandling brukes som støtte - og symptomlindrende behandling, for å øke pasientens velvære og oppleve livskvalitet. Slike behandlinger har ikke helbredende effekt på selve sykdommen. Det finnes mange typer av alternativ behandling, men vi vil i dette punktet nevne: Fysisk aktivitet og massasje. Vi har brukt Kaasa, 1998, & 2008, Kap. 14 og Reitan & Schjøberg, 2010, Kap. 23 for hele dette punktet.

Frem til 2004 var alternativ behandling forbudt for kreftpasienter, men i 2004 ble loven erstattet med at pasienter som ikke lenger hadde noe tilbud fra etablert behandling, kunne man på lovelig vis benytte metoder som hører til komplementær og alternativ medisin. Loven slo fast at pasientene kunne få hjelp til å styrke immunsystemet og lindre plager (Bruset, referert i Reitan & Schjøberg, 2010, s.352).

**Fysisk aktivitet.** Sykepleierens mål med den fysiske aktiviteten hos kreftpasientene er å ivareta størst mulig grad av selvstendighet, funksjon, forebygging av komplikasjon som følge av immobilitet, samt å forebygge og lindre smerte og andre symptomer. Stimulering av pasientens egne ressurser for å bedre mestring står sentralt i sykepleie. Bevegelse og berøring bidrar til velvære (Kaasa, 1998). Alle mennesker har behov for bevegelse. På grunn av ett sammensatt sykdomsbilde hos palliative pasienter, kan det føre til inaktivitet med nedsatt fysisk funksjon. Det å ha en nedsatt fysisk funksjon kan føre til forvirring av eksterne symptomer, engstelse for å bevege seg og tap av selvstendighet i daglige gjøremål. Målet til en sykepleier er å hjelpe pasienten med å vedlikeholde funksjon, begrense funksjonstapet mest mulig, eller tilpasse seg ett endret funksjonsnivå i den palliative fasen.

Det er viktig å opprettholde funksjoner som gjør det mulig for pasienten å være selvstendig i daglige gjøremål så lenge som mulig. For eksempel forflyttingsevne, gangfunksjon, å forebygge komplikasjoner av kreftbehandling og immobilisering, smertelindring og lindring av andre ubehagelige symptomer på sykdom og behandling (Ibid., s.538- 539).



**Massasje**, benyttes for å lindre smerte, påvirke sirkulasjon, oppnå avspenning og generell velvære (Reitan & Schjølberg, 2010). Kreftsykdommen fører til usikkerhet, isolasjon, frykt for sykdomsutvikling, tilbakefall av sykdom og død. Mange kreftbehandlinger nedsetter immunforsvaret, slik at pasienten blir isolert fra andre, noe som fører til ensomhet og mangel på kontakt med mennesker (Ibid.). Massasje er en non- verbal kommunikasjon som går mellom pasient og massøren. En virkningsmekanisme ved massasje er at det frigjøres oxycontin. Dette er ett hormon som fremmer fysisk avslapning, mental ro, tilheling og sosiale interaksjon (Ibid., s.359).

### **3.3.10 Observasjon, evaluering og dokumentasjon i sykepleie**

Observasjon av pasienten er grunnleggende i sykepleie. Ved å observere pasienten bruker sykepleieren sine sanser som er knyttet til syn, lukt, hørsel og berøring. Slike observasjoner kalles også det kliniske blikk i sykepleie (Kristoffersen et al, 2005). Evaluering er en systematisk prosess som innebærer en samling av opplysninger i den hensikt å bedømme kvaliteten av noe i ett bestemt mål. Evaluering i forbindelse med smerteopplevelse hos kreftpasienter har til hensikt å bedømme effekten av det medikamentet som er gitt (Kristoffersen et al, 2005). Det er to typer evaluering, formativ og summativ. Formativ foregår kontinuerlig i hele perioden vi er i kontakt med kreftpasienten, mens summativ gjøres når sykepleier har planlagt tiltak og forventer mål (Ibid.).

Sykepleiedokumentasjon dreier seg om å ta faglig ansvar og lede sykepleietjeneste. Når sykepleieren dokumenterer synliggjør de sine faglige vurderinger (Heggdal, 2001). Sykepleiedokumentasjon er definert som en selvstendig del av pasientjournalen, og er en del av sykepleierens ansvarsområde (Ibid.). I dokumentasjon er pasienten en primærkilde, mens pårørende blir en sekundærkilde. Målet med sykepleie er at pasienten beveger seg fra en tilstand av lidelse til helse og velvære. Hvilke vurderinger og tiltak sykepleieren skal sette i verk for å nå er mål skal beskrives i sykepleiedokumentasjonen. For å bedømme effekten og kvaliteten av pleie og behandling er dokumentasjon et godt redskap (Ibid.).

I følge helsepersonelloven § 39 (2000) skal:

*”Den som yter helsehjelp, nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient”*

Dokumentasjon bidrar til pasientens sikkerhet og kontinuitet i sykepleie og behandling. For eksempel når smerte er beskrevet i sykepleiemål, og tiltakene er dokumentert og evaluert, vil det være tydelig om sykepleietiltakene har ført til smertelindring eller om det er nødvendig og forandre på tiltakene (Heggdal, 2001) Vi mener at det kreves kunnskap både i sykepleie og dokumentasjon for å dokumentere god sykepleie.

### **3.4 Palliasjon**

Palliasjon er behandling, pleie og omsorg for pasienter med en uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Målet er å gi pasienten best mulig livskvalitet. I palliativ fase møter sykepleiere pasienter hvor kreftbehandlingen er avsluttet, som betyr at det er ikke noe mer å gjøre, fordi sykdommen ikke lenger responderer på tumorrettet behandling. For mange pasienter vil dette være tidspunktet da palliativ behandling starter (Iversen, 2012). Palliasjon er en svært aktiv behandling, som handler om mye mer enn bare rent medisinske. Like viktig er det å ha det så godt som mulig når man lever med en uhelbredelig sykdom.

Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak som er rettet mot psykiske, sosiale og åndelig/ eksistensielle problemer. Målet er å gi pasienten og pårørende best mulig livskvalitet (Ibid.). Den palliative fase er definert til å gjelde fra sykdommen som ikke lengre kan helbredes, og inntil død. I denne fasen er målet å lindre plager, samt å gi behandling som ikke unødvendig forlenger en lidelse. Tverrfaglig teamsamarbeid er veldig viktig i denne fasen for å lindre pasientens smerter på den best mulige måte (Kaasa, 2008).

## **4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere lindre smerter hos pasienter med kreft i palliativ fase?**

Drøftingskapitlet bygger på teoriene vi har belyst tidligere i oppgaven for å forsøke å svare på problemstillingen. Vi bygger drøftingen opp mot vår teori og bruker Travelbee sine meninger om pasientens behov i kommunikasjon med sykepleiere.

### **4.1 Hvordan kan sykepleiere møte pasienten i det innledende møte?**

Menneske til menneske forhold er at sykepleiere og pasienter forholder seg til hverandre som unike personer. Sykepleieren hjelper mennesket til å mestre lidelse og sykdom gjennom en prosess som består av ulike faser som følgende: Første fasen er det innledende møte, hvor pasienten og sykepleier ikke kjenner hverandre (Torjuul, 2001).

Det er viktig for en sykepleier å kjenne lungekreftpasienten før hun kartlegger deres behov. For å hente opplysninger om pasienten må sykepleier lese dokumentasjon, og snakke sammen med kollegaer. Dette vil hjelpe oss som sykepleiere å danne et bilde av situasjonen og forventningene som pasienten har. Første møte med en lungekreftpasient i palliativ fase vil bygge på sykepleierens kunnskap om lungekreft, og forståelse av pasientens reaksjon på smerte og utfordringer som sykdommen gir.

Erfaringer vi har med lungekreftpasienter er at sykdommen kan gi mange plagsomme symptomer som gir en varierende intensitet, for eksempel pustevansker. Dette gir leger og sykepleiere utfordring med å lindre symptomene. Kvåle (2002) skriver at det er viktig at sykepleiere er kjent med pasienten, er nøye i sin observasjon og kartlegging, og foreskriving av tiltak.

Ifølge Kristoffersen et al (2005) må sykepleiere bli kjent med kreftpasienten og pasientens smerteopplevelse for å avdekke hans ønsker om hvordan hjelpen skal utføres for minst mulig opplevelse av ubehag. Vi har erfart i sykehuspraksis at for mange pasienter er det veldig viktig at sykepleierne er dyktige, viser respekt, og tar pasientens erfaring på alvor fordi at pasienter med smerter trenger forståelse slik at han kan få den smertelindring som er nødvendig. Vi har også erfart at hvis sykepleierne ikke tar pasienten på alvor og ikke tror på pasienten, blir smertelindringen ikke optimal og pasienten blir dermed skadelidende.

Travelbee hevder at første møte mellom sykepleier og pasient vil bygge på vurdering av hverandre ut fra deres holdning, handling og væremåte. Sykepleieren skaper trygghet i sin rolle, og med sine handlinger kan sykepleieren etablere et trygt og tillitsfullt forhold til den pasienten hun har ansvar for (Torjuul, 2001). Kreftpasienter opplever ofte dyspné (Tungpusthet), og mange av dem uttrykker redsel for ikke å få puste, og de er redde for å bli kvalt (Reitan & Schjølberg, 2010). Gjennom vår praksis har vi erfart at pustebeviser kan medføre betydelig angst, og påvirker livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse. Dette gjelder både for pårørende og pasienten selv.

Vi mener at som sykepleier kan det være utfordrende og krevende å stå i situasjonen sammen med pasienten når de opplever dyspné. Det er viktig at vi sykepleiere identifiserer plagene så tidlig som mulig for å minimalisere pustebeviserets påvirkning på pasientens funksjon og livskvalitet. Det å gå inn i andre menneskers nåværende psykologiske tilstand, og forstå reaksjonene kaller Travelbee empati (Torjuul, 2001).

Sympati handler om et ønske eller å ha en trang til å lindre lidelse. Både empati og sympati krever åpenhet og mental frihet til å bruke egne erfaringer for å forstå og sette pris på pasientens opplevelse (Ibid.). Kaasa (2008) skriver at pasienter med skjelettmetastaser ofte har sterke smerter, hvor den viktigste oppgaven for sykepleiere er å utføre sykepleiehandlinger så skånsomt som mulig, og vise pasienten sympati og kjærlighet. Hvis sykepleieren ikke viser medfølelse og sympati, mener Travelbee at vi opptrer mekanisk, upersonlig og skaper en avstand til pasienten (Torjuul, 2001).

Slik vi ser det, handler store deler av sykepleieransvaret rundt pasienten om respekt, sympati og empati. I følge sykepleierens retningslinjer bygger sykepleie på barmhjertighet, respekt for menneskerettighetene og kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vår erfaring viser at respekt først og fremst er forbundet med å tro på pasienten, og tar han på alvor, når han sier at han har vondt. Den siste fasen i etableringen av menneske til menneske- forholdet er at sykepleieren viser sin kunnskap og ferdigheter, og gir klart uttrykk for at hun er til å stole på (Ibid.).

En forutsetning for at sykepleieren skal kunne utvikle kontakt til denne fasen, er at de har kunnskap og ferdigheter for å sette i gang sykepleietiltak og ønske om å hjelpe pasienten med hans plager (Ibid.).

Slik som vi forstår fra Travelbee (2001) kan vi sykepleiere hjelpe en annen ved å anerkjenne vedkommende og prøve å se situasjonen fra deres side. Vi mener at sykepleiere må akseptere den andre med sine ressurser og begrensninger. På denne måten kan vi unngå å ta over og umyndiggjøre pasienten, men heller legge til rette for at pasienten føler seg trygg og respektert.

#### **4.2 Hvordan kan sykepleiere bevare håp hos pasienter med kreft?**

Sykdom og smerte er en trussel mot håp (Rustøen & Wahl, 2008). Som Travelbee sier, er den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast på håpet, og unngå håpløshet (Travelbee, 2001). Vi er enige i at håp er viktig for at pasientene skal kunne ha en best mulig livskvalitet, og symptomer som kvalme, fatigue, smerte og dyspné hos lungekreft pasienter er trussel mot håp. Både smerte og håp er subjektive opplevelser, hvor håpet har et kurativt aspekt ved sykdom og behandling (Rustøen & Wahl, 2008).

Det er klart at andre viktige faktor som kan styrke håpet er familie, venner og sosiale aktiviteter. Ut i fra vår erfaring er sykepleiere personer som lytter godt, har humor og som behandler pasienten som et fullverdig menneske. Samtidig skaper de tillit og håp hos den syke. I følge Travelbee er den viktigste faktoren ved å bære menneskets byrde av sykdom og lidelse, nettopp håp (Ibid.). Vi mener at behandling av plagsomme symptomer hos kreftpasienter er av essensiell betydning for at den enkelte pasienten skal kunne oppleve en så stor grad av håp som mulig. Vi er enige med Travelbee i at håp gjør mennesket i stand til å mestre stressfulle situasjoner, kjedsomhet, ensomhet og lidelse (Travelbee, 2001).

En pasient som er i palliativ fase av en uhelbredelig sykdom, kan håpe på å bli frisk, selv om muligheten for at dette vil skje, ikke er til stede. Man vil kalle dette ett urealistisk håp, selv om håpet i seg selv kan være virkningsfull for pasienten (Ibid.).

Reitan & Schjølberg (2010) skriver at sykepleiere på grunn av sin kunnskap, rolle og sine personlige egenskaper har unik mulighet til å påvirke pasientens håp. Det er derfor vår jobb som sykepleiere å fremme håp gjennom den kontakten vi har med pasient og pasientens nærmest.

Her beskriver vi en situasjon som en av oss opplevde i praksis: Det var en dame på medisinsk avdeling på sykehus, med lungekreft, som hadde mye smerteproblematikk.

Hun trengte hjelp med morgenstellet, hvor studenten brukte god tid, smurte henne på kroppen, og småsnakket med henne. De snakket litt om hennes smerter og situasjonen hun var i. Det ble funnet rene klær til henne, og pasienten ble sminket litt. Studenten spurte hva hun ønsket til frokost, og fant noe godt drikke til henne. De satt og snakket litt, og hun uttrykte at det var godt at noen hadde tid til henne. Hun mente at det ikke var mange andre sykepleiere som gjorde det. Etter denne stunden de hadde sammen, virket det som hun hadde mindre smerter og virket mer fornøyd.

Vi synes at det å oppleve gode øyeblikk gir pasienten håp til å fortsette å leve og kjempe mot sykdommen. Vi mener at det ved å være til stede både fysisk og psykisk, viser sykepleiere at vi kan tåle deres depresjon og motløshet og gi pasienten en følelse av verdi, og dermed hjelpe pasienten ut av håpløshet. Håp om å få en god frokost, stell, respekt fra helsepersonell, og håp om å få god smertelindring er i forhold til vår erfaring viktig for god livskvalitet og ivaretagelse av håp.

I sykepleier- pasient relasjon er respekt grunnleggende, og for å styrke pasientens håp er dette vesentlig. En måte å vise pasienten respekt på er å være opptatt med å hjelpe og fullføre mål (Ibid.). Vi mener at sykepleieren kan vise respekt til sin pasient gjennom sine handlinger og holdninger. Sykepleierens kunnskap og forståelse av en pasient som et unikt individ, gjør det mulig å yte individuell sykepleie (Ibid.).

Vi mener at en god relasjon mellom pasient og sykepleier, hvor beslutninger blir tatt i felleskap, gir pasienten en følelse av å ha kontroll over sitt eget liv, noe som vil frigi håp og krefter. En pasient som får god relasjon og kommuniserer godt med sykepleieren, vil fort merke en positiv holdning, noe som vil styrke håpet. Når en sykepleier prøver å hjelpe pasienten til å finne håp eller unngå håpløshet ved sykdom og lidelse, er det Ifølge Travelbee nødvendig at sykepleiere har en innstilling som stimulerer til håp (Travelbee, 2001).

Vi synes derfor at det er viktig at sykepleiere har en god kroppsholdning, og at ansiktsuttrykk og tone gir positive signaler. Ut i fra vår erfaring i praksis på sykehus og sykehjem har tilgjengelighet større betydning for at pasienten skal oppleve kontroll og ro. Derfor synes vi denne tilnæringsmåten kan overføres til andre situasjoner der pasienten har smerter.

#### 4.2.1 Observasjon, dokumentasjon og evaluering i sykepleie

Observasjon av pasienten er veldig viktig i sykepleierutøvelsen. Gode observasjon sikrer god smertebehandling hos kreftpasienter som er i palliativ fase. Å observere pasienten vil si å bruke sansene for å innhente data om pasientens tilstand. Ikke bare synet, men også hørsel, lukt og berøring er viktige i observasjon av pasienten (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005).

Vi mener at uten observasjonsevnen er sykepleieren unyttig. Det kan hende i noen tilfeller at pasienten er forsiktig når det kommer til å uttrykke sine behov. Reitan & Schjølberg (2010), skriver at lungekreftpasienter ofte har skamfølelse på grunn av røyking, og dette fører til at pasienten ikke orker å snakke om det med noen. Vi mener at hvis pasienten kvier seg for å formidler sine plager og smerte, så er det sykepleierens oppgave å forsøke å fange opp det usagte i sine samtale med pasienten. Sykepleierens observasjon er knyttet til pasientens tilstand og endringen i den. Hensikten med å observere pasientens smerte og plager er å opprettholde god smertebehandling og velvære (Kristoffersen et al, 2005).

Som nevnt tidligere i oppgaven er kommunikasjon mellom sykepleie og pasient sentralt, og den innebærer både verbal og non – verbale. Det betyr at vi må ikke bare høre på hva pasienten sier eller forstå det verbale budskapet. Oppfattelse av non- verbale budskap fra pasienten er også viktig. Vi mener at pasientens kroppsholdning og ansiktsuttrykk er viktig å observere. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal, og pasienten bruker nonverbale kommunikasjon for å vise sykepleiere umiddelbart noe mer av seg selv. Kroppslige reaksjoner som smerte, spenning, tretthet og kvalme kan har utspring gjennom spontan reaksjoner (Eide & Eide, 2008). Travelbee beskriver forskjellige kommunikasjonsferdigheter og teknikker, som en forutsetning for god kommunikasjon (Travelbee, 2001). Slik som vi forstår, finnes det ingen fasit på hvordan man etablerer kontakt.

Vi synes at ved å stille spørsmål som: Har du smerte, har du det ikke noe bra, eller er det noe som plager deg, viser sykepleieren at de tar initiativ og viser pasienten at ”jeg bryr meg om deg, og jeg er her for deg”. Sykepleierens initiativ gjør at pasienten åpner seg og forteller sykepleieren hva som plager og hvor sterk smerter han har. Vår observasjon og bruk av alle våre sanser er viktig i pasientens smertebehandling.

I følge Travelbee (2001) kan observasjon brukes til å lære å kjenne den syke som et individ. Ved å gjøre denne prosessen, har vi som sykepleiere tatt første skritt i etableringen av menneske – til – menneske forholdet. Nortvedt (2006) skriver at observasjon handler om å: ”Ta imot pasienten, ikke bare i hans styrke og selvstendighet, eller i hans sårbarhet og svekkethet, men også å gi styrke, tilføre livsmot og understøtte den trengende”.

Vi mener at dokumentasjon i sykepleie er å sikre kvalitet og kontinuitet i smertebehandling, fordi vi vet fra vår erfaring at kontinuitet i oppfølging og pleie er nødvendig for at pasienten skal få en bedre tilstand og oppleve større grad av velvære. Samtidig synliggjør dokumentasjon en forsvarlig samhandling mellom pasient og sykepleiere, og sykepleiere og andre personalgrupper. Dahl, Heggdahl & Standal (referert i Kristoffersen et al, 2005) støtter vår mening om at dokumentasjon av sykepleie skal tydeliggjøre sykepleierens hjelp enten det gjelder behandling, lindring av lidelse, styrking og mestring eller tiltak som fremmer pasientens livskvalitet.

Steindal, Bredal, Sørbye, Lerdal (2011) viser i en studie at helsepersonell var flinke til å dokumentere smerte hos døende kreftpasienter, mens det var mangelfullt på dokumentasjon av smerteintensiteten. Vi mener at undervurdering av smerte kan være hemmende for en god smertebehandling. Vi er enige i at dokumentasjon er ett håndfast dokument som sykepleiere kan gå tilbake til å hente nyttig informasjon fra, både med tanke på videre smertebehandling og evalueringsprosess. Slik kan sykepleierne vurdere virkning og bivirkning av smertebehandling, og på den måten gjøres ny kartlegging av pasientens smerte.

#### **4.3 Hvordan kan sykepleieren kartlegge smerter hos kreftpasient?**

I mange tilfeller er det enklere å diagnostisere kreftutløste smerter enn ikke- kreftsmerter. En riktig smertediagnose krever en klinisk undersøkelse. Kartlegging av smerte danner grunnlaget for en god smertebehandling (Almås, 2001). I kartlegging av smerte er det viktig at sykepleieren fokuserer på smertens lokalisasjon, smertetypen, smerteintensitet og tidsaspekt. Basert på denne kunnskapen kan sykepleiere som regel komme fram til smertetype, om den er nociseptiv, nevrogen eller en annen årsak (Ibid.).

Vi er enige med Almås (2001) at med bruken av denne metoden, igangsettes nødvendige tiltak for å behandle smerten. En god samtale med pasienten er viktig i forhold til vurdering av smerter. Kartlegging i form av ulike type skjemaer i kombinasjon med samtale gir et godt bilde av pasientens plager (Ibid.).



Vi har erfart i praksis at det ikke er alle pasienter som klarer å formidle sin smerte direkte og muntlig til personalet. De prøver å skjule at dem har smerte, men ut i fra smerteskalaer kan man fange opp at de har mer smerter enn de gir uttrykk for. Noen pasienter har behov for hjelp til å fylle ut kartleggingsskjemaet. Vi har opplevd at noen ser på utfyllingen med så stort alvor at enkelte opplever prestasjonsangst og redsel for å gjøre feil. Smertekartlegging blir ikke alltid tatt på alvor, og bruk av ulike kartleggingsverktøy blir ikke utført hyppig nok. Dette har ført til at pasientene har opplevd sterkere smerte og håpløshet, og gjorde det også vanskeligere å få smertene ned.

Holtan et al. (2005) viser i sin forskning at kartlegging av kreftsmerte ikke blir godt nok utført på sykehusene. Mange kreftpasienter blir ikke spurt rutinemessig om deres smerteopplevelse. Systematisk registrering av pasientens smerter, gjør det lettere å fange opp plagene. Mange sykepleiere har behov for mer generell kunnskap om smerte, systematisk evaluering av smerte og bruk av standard smertekartleggingsverktøy (Holtan, Kongsgaard & Onstad, 2005). Smertelindring hos kreftpasienter med sterk og langvarige smerter kan være en stor utfordring for sykepleiere. Ved hjelp av en grundig kartlegging, kan sykepleiere avdekke forhold som har innvirkning på pasientens smerter (Almås, 2001). Ifølge Travelbee (2001) må vi lære pasienten å kjenne for å kunne ivareta pasientens behov. Det er sykepleierens ansvar å kartlegge pasientens totale smerte, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig (Almås, 2001).

Vi er enige med Travelbee og Almås om at vi som sykepleiere må søke å etablere bånd til pasienten, strukturere sykepleiesituasjonene for å møte pasientens behov og hjelpe pasienten til å anerkjenne den menneskelige tilstanden – som sykdom og lidelse. Når vi viser pasienten engasjement og interesse, gir vi pasienten trygghet – som skaper tillit. Målet med bruk av smertekartleggingsverktøy er at pasienten skal oppnå optimal smertelindring. Registrering av smerte og evaluering av smertelindrende tiltak bør inngå som rutinemessige observasjoner for eksempel kontroll av puls, blodtrykk og temperatur (Almås, 2001).

Lindring av plagsomme symptomer står sentralt i palliativ behandling. Edmonton Symptom Assessment system (ESAS) er et kartleggingsverktøy som ble ferdigutviklet for å kunne utføre gjentatte målinger av symptomintensitet med minimal belastning for pasienten (Bergh, aass, Haugen, Kaasa & Hjermland, 2012).

Den originale versjonen av ESAS- skjemaet dekker de vanligste symptomene ved langtkommet kreftsykdom, smerte, tretthet, kvalme, depresjon, angst, appetittløshet, og tungpust. I tillegg kartlegges generell velvære (Ibid.).

Baba, Fransson, Lindh (2007) viser i sin studie at pasientene på en kreftenhet synes at ESAS dekker symptomene de har og er ganske enkel å bruke. ESAS Skjema er også et veldig bra hjelpemiddel i kommunikasjon mellom sykepleiere og pasient. I følge Travelbee er kommunikasjon en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å bygge et mellommenneskelig forhold til pasienten, og gjennom dette oppnå målet for sykepleieren (Torjuul, 2001).

Watanabe, McKinnon, Macmillan & Hanson (2006) viser til at ESAS er et gyldig og riktig instrument til å kartlegge 9 ulike symptomer til palliative pasienter. Helsepersonell kan med hjelp av ESAS- skjema kartlegge og tolke intensiteten av pasientens symptomer.

Watanabe et al (2006) viser i sin studie at sykepleierne mente at ESAS var lett å bruke og tar heller ikke så lang tid å gjennomføre, cirka 6 minutter. Fagarbeidere og pleieassistenter hadde dårlig erfaring med ESAS. De hadde problem med å forstå bruk av ESAS- skjema. Uttrykk som "tretthet" og "søvnighet" var vanskelig å forstå for noen pasienter. ESAS skjema er nyttig for å evaluere effekten av palliative behandlingstiltak.

Det anbefales at ESAS fylles ut 1 gang per dag, viktig med regelmessighet (Iversen, 2012). På bakgrunn av funn fra flere studier, ble ESAS- skjema revidert i 2010, og det ble videreutviklet ny versjon som har forklaring på en del av symptomene, og er lettere å forstå for pasientene (Ibid.).

Bruk av smerteskala gir et innblikk i pasientens opplevelse av sin smerte. Slike skalaer er enkle, og for de fleste pasienter gir de en rask forståelse. Vi mener at sykepleieren må sikre seg at pasienten tenker seg abstrakt og skjønner forklaringen. Vi må forklare hensikten med smerteskalaer og forklare hvordan den brukes i pasientens behandling. Vi har erfart at det aller beste, hvis det lar seg gjøre, er at man klarer å ta denne gjennomgangen med pasienten før smertene kommer. Hvis sykepleiere bruker smerteskalskjema sammen med pasienten regelmessig og dokumenterer effekten av smertebehandling, er skalaen et effektivt hjelpemiddel som gjør det lettere å møte pasientens behov for smertelindring (Almås, 2001).

Det er to typer skalaer – visuell skala og verbal skala. Den verbale skalaen brukes det ord i stedet for tall. Den visuelle skalaen er fra 0 – 10, hvor 0 angir ingen smerte og 10 angir gjennombruddsmerter (Ibid.). Vi synes at det er viktig at disse kartleggingsverktøy skal være lett tilgjengelig for alle sykepleiere ved en sykehusavdeling, slik at det blir lettere for sykepleiere å ta dem i bruk. En annen mulighet er at utfylling av smertekartleggingsverktøy skal være en del av rutinen ved innleggelse. Vi har erfart både på praksisfeltet og arbeidsstedet at eldre pasienter ikke orker å svare på noen spørsmål eller fylle ut noe skjema. Det har også vært tilfeller hvor vi ser at mange ikke forstår tallsystemet 0- 10, men dette er enkelt for sykepleieren å gi god forklaring på slik at pasienten skjønner det.

Watanabe et al, (2006), bekrefter at det kan være vanskelig å bruke ESAS på svært dårlige pasienter eller eldre pasienter. Noen pasienter kan ikke svare, eller de kjenner ikke meningen med hvorfor dem skal svare på disse skjemaene. Oftest er det slik at de heller ikke orker. Medisiner som pasienter får i den palliativ fasen tar bort evnen til å uttrykke seg, slik at de heller ikke da orker å svare på noe spørsmål. Slik vi har sett det i praksis, gir god kartlegging av pasientens smerte, basert på kunnskap, et godt grunnlag for hvilke legemidler og smertebehandling lege og sykepleiere velger. Vi mener at gjennom kartlegging kan sykepleiere tilegne seg en forståelse av pasientens egenvurdering av smerte.

#### **4.4 Sykepleierens ansvar og funksjon i smertelindring**

Sykepleieren har ett stort ansvar i smertebehandling til pasientene fordi sykepleieren tilbringer mye tid sammen med pasienten, og derfor kan sykepleiere evaluere behandlingen hyppig (McCaffery & Beebe, 1996). Aktiviteten som i vår tid ofte er forbundet med sykepleie, er omsorg og lindring av smerte. Forskning viser at mange pasienter opplever at de ikke får god nok smertelindring. Hos pasienter som lever med kreftsykdom og langvarig smerte kan smertelindring og forebygging være en utfordring for sykepleiere (Almås, 2001).

*”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av det gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse, noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner avhengighet så fort som mulig” (Mekki, 2007, s.73)*

Almås (2001) bekrefter vår mening om at vi sykepleiere må ha kunnskap om gjeldende behandlingsprinsipper, og om virkning og bivirkning av medikamenter. Ett godt samarbeid med legen er helt nødvendig for ett godt resultat, fordi legen er den eneste i følge norsk lov som kan ordinere medisiner. Smertebehandling fungerer best når legen gir sykepleieren rammer for dosering av medikamentene, fordi sykepleieren er den personen som står pasienten nærmest under sykdom og smerte. Det er derfor viktig at pasienten er villig til å samarbeide med oss som sykepleiere, slik at de får en bedre behandling. Det handler også om å skape relasjoner og tillit, for å gjøre dette samarbeidet så godt som mulig.

I følge Bjørge (referert i Reitan og Schjølberg, 2010) vil det å ta seg tid sammen med pasienten og pårørende, før behandlingen, og gi god og grundig informasjon om eventuelle virkninger, bivirkninger og om alternative behandlinger, bidra til å skape tillit og vise respekt. Vi synes at det er legens jobb å forklare pasienten om mulig virkning og bivirkning av medikamenter, men det er også viktig at sykepleieren er i stand til å ta opp igjen det som legen har sagt, og kunne svare på spørsmål som pasient eller pasientens nærmeste stiller. Som vi har erfart er angst, depresjon, kraftløshet og nedsatt funksjon, symptomer som kreftsykdommen fører med seg. Vi mener det derfor er veldig viktig for pasientens livskvalitet at disse problemene behandles, fordi disse symptomene påvirker smertelindring.

I følge Almås (2001) gir observasjon av pasientens smerteopplevelse, et innsyn på medikamentenes virkning og hvordan behandlingen skal foregå videre. Ved å ivareta pasientens grunnleggende behov, og sørge for at pasienten opplever velvære, vil dette påvirke pasientens totale smerteopplevelse. Vi sykepleiere har et stort ansvar i smertebehandlingen fordi vi har tett kontakt med pasienten, hvor vi har store forutsetninger for å se pasientens opplevelse av smerter. I følge Taraldsen et al. (2010) unnlater mange pasienter å si ifra om sine smerter. Vi synes det kan være flere grunner til dette. For eksempel at pasienten ikke vil forstyrre oss. Vi mener dette fordi vi har erfart at sykepleiere er ”flinke” til å vise pasientene at de har det travelt. Gjennom et godt behandlingsmiljø der behandlerne har god kunnskap, og et ønske om å hjelpe og sørge for at pasienten får tillit til oss sykepleiere, vil vi oppnå våre sykepleiermål.

#### **4.4.1 Hvordan sykepleiere kan bruke medikamentell og ikke – medikamentell behandling som et lindrende tiltak?**

Bruk av medikamenter er en nødvendig del av smertebehandling hos pasienter med kreft. Viktige prinsipper i behandling av kreftpasienter er at behandlingsmiljøet er godt, målene må være realistiske, behandlingen må planlegges og være profylaktisk, store nok doser, medikamenter til gjennombruddssmerter skal være tilgjengelige og pasientens smerter skal behandles så fort som mulig (Almås, 2001). Vi har opplevd i sykehuspraksis at sykepleieren skal ha gode kunnskaper om behandlingsprinsipper, virkning og bivirkning av ulike medikamenter. Ved at sykepleieren har denne kunnskapen kan hun hjelpe pasienten med å få kjennskap om tilstanden sin, og til å kunne være i stand til å velge hvilken behandling han ønsker å få (Ibid.).

Kroniske smerter hos kreftpasienter blir bygd opp som et smerteregime etter bestemte retningslinjer (Ibid.). Det er viktig at sykepleiere og leger kjenner godt til verdens helseorganisasjons smertetrapp. Trappen begynner på det nederste trinnet og trapper opp medikamentering etter pasientens behov (Ibid.). I følge Holtan et al. (2005) kjenner ikke leger godt nok til smertetrappen fra verdens helseorganisasjons. Bjørgo (referert i Reitan og Schjølberg, 2010) skriver at smertetrappen er utviklet som et redskap til standardisering av behandling for kreftsmertner. Vi vet at sykepleierens oppgaver er å administrere medikamenter som legen har forordnet til pasienten. Administrasjon av medikamenter er en delegert oppgave til sykepleiere, men ansvaret for å endre, fortsette eller avslutte behandling er legens ansvar (Ibid.).

Sykepleiere har ansvar for å forholde seg til de 7 ”rette”. Når det gjelder utdeling av medikamenter, er en kort oppsummering av de 7 ”rette”, at sykepleieren skal gi rett pasient riktig medikament i rett dose, i riktig legemiddelform, på rett måte, til rett tid, og med rett informasjon (Holm og Notevarp, 2001). Erfaringer vi har tilegnet oss i praksis er at sykepleieren har i kraft av sin utdanning og sitt yrke, en sentral rolle når det gjelder medikamentell behandling av pasienter.

Vi mener at sykepleiere har ansvar for å observere pasienten med henblikk på legemiddeleffekter og bivirkninger, og er pliktet til å dokumentere sin observasjon angående medikamentenes virkninger i pasientens journal.

Alle medikament som gis til pasient må føres i medisinkurven, og sterke smertestillende medikamenter og narkotiske medikamenter skal føres i et eget skjema (Nordeng & Spigset, 2008). Travelbee hevder at for å kunne assistere individuelt er det absolutt nødvendig at sykepleieren forstår hvordan pasienten forstår og opplever sin sykdom (Torjuul, 2001). For å gi profesjonell omsorg til kreftpasienter som opplever smerte, må sykepleiere ha god kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om blant annet kreftsykdom, psykisk smerte, smertebehandling, og livskvalitet (Nortvedt & Nesse, 1997).

I følge Taraldsen et al (2010) får mange kreftpasienter fortsatt inadekvat smertebehandling både på grunn av redsel for opioider hos pasienter, og mangelfull kunnskap hos sykepleierne. Studien viser at mange sykepleiere har mangel på kunnskap om bruken av medikamenter, inkludert medikamentenes virkning og bivirkning, og redsel for å ikke mestre bivirkninger som respirasjonsdepresjon, obstipasjon og kvalme. Ut i fra vår erfaring i smertebehandling, kreves det at pasientene tar medikamenter regelmessig for å oppnå resultat.

I tillegg opplever mange pasienter bivirkninger av medikamenter, så det er viktig at vi sykepleiere gir god informasjon om hva som kan skje og hva de skal forvente seg (Rustøen & Wahl, 2008). Vi har erfart at hvis pasienten ikke får god informasjon om bivirkninger, vil de kanskje hoppe over noen doser for å redusere ubehag, noe som kan medføre økte smerter. Vi er enig med Rustøen & Wahl (2008) om at gjennombruddssmerte oppstår hvis pasienten ikke får dosen med medikamenter før ny smerte oppstår.

I følge Travelbee (2001) er smerte en menneskelig livserfaring og er en ensom opplevelse. Det er vanskelig å observere graden og intensiteten av smerte som et menneske opplever. Smerte påvirker hele mennesket og er ikke bare fysisk eller psykisk. Her er vår kunnskap viktig for å kunne utføre bedre sykepleie og for å bevisstgjøre sykepleieren om hennes funksjon (Torjuul, 2001 & Nortvedt & Nesse, 1997). Vi er enige med Kassa (2008), at det å oppfordre pasienten til å melde fra om smerter tidlig, kan hjelpe med å oppnå optimal smertelindring, fordi smerte som er ubehandlet, forårsaker reseptorer som er overfølsomme, og som gir økt overføring av smerteimpulser.

## ***Ikke- medikamentell behandling som komplementær smertelindring***

***“Sjeldent kurere, ofte lindre, alltid trøste ”*** (Hem, 2003)

Salmonsens, Grimsgaard, Fønnebø (2003) har gjennomført en studie på bakgrunn av at hver tredje nordmann har brukt alternativ medisin minst en gang i livet.

Formålet med denne studien var å undersøke alternativ medisinsk behandling ved norske sykehus. Resultatet var at 28 sykehus over hele landet angav at alternativ medisinske behandlingsformer ble benyttet hos dem. 19 sykehus brukte akupunktur som alternativ behandling, mens ved andre sykehus tilbudte de pasientene oljemassasje, alternativt kosthold, urette medisiner og nervestimulering. Vi har lite erfaring med komplementær behandling på våre arbeidsplasser og fra praksis, men vi vet at noen har prøvd massasje med god virkning. Privat har vi erfaring med at massasje gir god effekt på smerte og angst.

Når en person blir massert synker pulsen og blodtrykket, musklene avspennes og kroppens skiller ut endofiner og oksytocin, lymfedrenasje øker og blodsirkulasjon fremmes (Johannessen, 2008). Når sykepleieren får tid til å kunne massere pasienten, fremmer de følelsen av å bli ivaretatt og en opplevelse av nærhet. Vi mener at nærhet og berøring knyttet til kjærlig omsorg er avgjørende for at en pasient med smerte opplever ivaretakelse. Samtidig mener vi at berøring er en viktig non- verbal form som kan uttrykke lindring, trøst og trygghet når vi for eksempel går inn til en kreftpasient med smerter og holder han i hånden. Jensen (referert i Johannesen, 2008) støtter vår mening i sin studie der han mener at berøring fører til økt tilfredshet, akseptasjon, nærhet, tillit, åpenhet og trygghet.

Reitan & Schjølberg (2010), bekrefter vår erfaring at flere sykehus som behandler kreftsyke, tilbyr massasje til sine pasienter. Og rapportert effekt av massasje på angst og smerte.

Almås (2001) skriver at i en del land er nakke og ryggmassasje en naturlig del av kveldsstellet til pasientene. Erfaringer fra våre arbeidsplasser er at tente lys, og rolig musikk kan hjelpe pasienten med å slappe av.

I følge Paltiel (referert i Kaasa, 1998) er bevegelse og respirasjon knyttet sammen, hvor en muskelkontraksjon får en eller flere kroppsdeler til å bevege seg. Vi mener at kroppen er bygget for bevegelse, men har sett at denne funksjonen er nedsatt hos lungekreftpasienter. Årsakene til dette mener Paltiel (1998) er smerter, dyspné, og muskelsvakhet.

Vi opplevde hos lungekreftpasienter at dyspné hindret funksjonelle aktiviteter som for eksempel gangfunksjon og påkledning. Med bevegelse og aktivitet er målet at pasienten skal føle trygghet, og hvor sykepleieren skal kartlegge pasientens egne mestringsstrategier. Med bevegelse mener vi ikke at lungekreftpasienten skal drive en form for idrett, men en form for aktivitet hvor man opprettholder sine daglige funksjonsevner, og lærer seg å bruke kroppen uten å bli mer dyspneisk.



## 5.0 Konklusjon

Vi har i dette litteraturstudiet jobbet med temaet kreft og smertelindring. Vårt fokus var å finne metoder en sykepleier kan bruke for å kunne lindre smerte hos pasienter med kreft i den palliative fasen. Smerte er en opplevelse som er veldig ulik fra individ til individ. Vi oppfatter det slik at det som fungerer for noen, kanskje ikke fungerer for andre. Fordelen av å ha god kunnskap om sykdom og smerte, på lik linje med kunnskap om kartlegging, observasjon, tiltak og evaluering ser vi er veldig viktig. Smerten er en personlig erfaring som kun pasienten selv kan beskrive. Vi vet at det ofte er vanskelig å uttrykke seg om nettopp dette til en ”ukjent” person, og har derfor valgt å dra inn Travelbee sin teori om menneske til menneske forhold for vise viktigheten av å ha et godt forhold sykepleier og pasient seg imellom. Grunnen er at både sykepleieren og pasienten opplever å forholde seg til hverandre som unike personer.

Denne oppgaven har gitt oss bedre kunnskap om smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase. Den viser mange elementer hvor tillit og respekt bryter barrierer, og hvor samarbeid er avgjørende for å kunne gi en tilfredsstillende smertelindring. Vi har lært fra oppgaven at ikke alle smertene kan fjernes, og veien til bedre smertelindring er både kompleks og sammensatt. Målet for smertebehandling er å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet. Holtan (2005) viser i sin studie at mange pasienter som blir innlagt på sykehus har smerter. Og grunnen til at pasientens smerte blir undervurdert, er at sykepleiere har mangel på kunnskap og bruker sine egne erfaringer og tolkninger om smerter. Vi mener det er viktig at sykepleieren prioriterer tiden på en god måte for å kunne ivareta den medikamentelle smertebehandlingen riktig, i stedet for å ha det travelt slik at hun skyver smerteproblematikken til side.

Gode rutiner ved bruk av kartleggingsverktøy, gode dokumentasjonsevner og samhandling med pasient, hjelper til en bedre smertelindring. Det viser seg ut ifra vår drøfting at relasjonen mellom pasient og sykepleier har en viktig betydning i behandlingen. Etter vår mening ser vi for lite av dette rundt på sykehus, og foreslår at sykepleiere videre bør ha ett større fokus på dette i den reelle utøvelsen av smertelindring. Vi tenker at klinisk erfaring, basert på et vitenskapelig fundament, alltid skal være de støttende elementene i all behandling og oppfølging av palliative kreftpasienter.

## 6.0 Litteratur

\*Almås, H. (red.) (2001). *Klinisk sykepleie 1*. Gyldendal Norske Forlag AS. s. 65- 112

\*Baba, K., Fransson, P., & Lindh, J. (2007). *Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences*. 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>.

\*Bergh, I., Aass, N., Haugen, D., Kaasa, S., & Hjermstad, M.J. (2012). Symptomkartlegging i palliativ medisin. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2012; 132:18-9 doi: 10.4045/tidsskr.11.1083.

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

\*Borchgrevink, P.C., Klepstad, P., Kongsgaar, U.E., Kaasa, S. (2004). *Bruk av opioider mot sterke kreftrelaterte smerter*. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. (Fig. 1) Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/967572> (Bilde)

\*Bruland, Ø. (2008). *Skjelettmetastaser: Noen epidemiologiske og tumorbiologiske aspekter*. Lokalisert på: [http://www.bruland.info/index.php?k=bruland/NIFS-hefte\\_v2&aid=5337](http://www.bruland.info/index.php?k=bruland/NIFS-hefte_v2&aid=5337).

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

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 64, 111.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning*. Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 86, 112.

\*Den norske legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Oslo: DNL. Lokalisert på: <http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

Eide & Eide (2008). *Kommunikasjon i relasjon*. Gyldendal Norske Forlag AS.

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

\*Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur. s. 33, 53- 55

\*Helsepersonelloven, LOV 1999-07-02 nr 64 ,§39. (2000). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#map008>.

\*Hem, E. (2003). Tilbake til Hippokrates? *Tidsskrift fra Den norske legeforening*. Lokalisert på: [http://www.tidsskriftet.no/?seks\\_id=942480#fotnote8](http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=942480#fotnote8).

\*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](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1144334).

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

\*Iversen, G. S. (2012). Kreftsykepleie. *Tidsskrift for kreftsykepleiere, nr.2*. s.10- 13.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingevaldsen, B., Buanes, T., & Røise.,O. (2009). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Jensen, T. S., Dahl, J.B. & Nielsen, L. A.(red.) (2009). *Smerte: Baggrund, Evidens og behandling*. Forfatterne og FADL` s forlag A/S,København. s. 15- 18

\*Jensen, T. S., Dahl, J.B. & Nielsen, L. A.(red.) (2003). *Smerte: Baggrund, Evidens og behandling*. Forfatterne og FADL` s forlag A/S, København. s.23

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2010). (4. utg.) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS. s. 40

- \*Kaasa, S. (1998) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 329 – 347, og 433 – 443
- \*Kaasa, S. (red.) (2008) *Palliasjon*. Gyldendal norske forlag AS. s. 272, 633- 634
- \* Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Gyldendal Norske Forlag AS. s. 126
- \*Kreftforeningen. (2013). *Hva er kreft?* Lokalisert på: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- \*Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie* (Bind 1-4). Oslo: Gyldendal Akademisk.  
Bind 1, s. 213- 214, Bind 3, s.141- 142, Bind 4, s. 25- 34
- \*Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Gyldendal Norske Forlag AS. s. 34- 35
- \*Kåresen, R., & Wist, E. (red.) (2009). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*. Gyldendal Norske Forlag AS. s. 43- 48
- \*Lorentsen, V.B. (2003). *Hvordan kan sykepleieren gi håp?*, 2003 91(21):38-41. doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0067.
- \*McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smerter – Lærebok for helsepersonell* Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 58- 68
- Mekki, T.E. (red.) (2010). *Sykepleieboken 1*. Akribe AS. s. 73
- \*Heggdal, K. (2001). *Sykepleiedokumentasjon*. Gyldendal Norske Forlag AS. s. 14- 16
- \*Nordby, T., Svensen, R., Johansen, M.J., Buitink, M., Ervik, B., Aasebø, U., Magnussen, K., & Boge, J. (2012). *Håndbok i lindrende behandling*. Universitetssykehuset Nord- Norge. s. 5-7

Nordeng, H., & Spigset, O. (red.) (2008). *Legemidler og bruken av dem*. Gyldendal Norske Forlag AS. s.

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

\*Nortvedt, P. (2006). *Sykepleierens grunnlag - Historie, fag og etikk*. Lokalisert på: <http://www.nb.no/nbsok/nb/be92a43eb350c27e6ca5e4629ec221df.nbdigital;jsessionid=92FE6B3E2DB8B8C72330DC07C6DA2594.nbdigital2?lang=no#3>.

\*Norsk helseinformatikk. (2012). *Lungekreft*. Lokalisert på: <http://nhi.no/sykdommer/kreft/lunger-kreft/lungekreft-2141.html?page=1>.

\*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](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\*Novartis. (2013). *Fakta om kreft*. Lokalisert på: [http://www.novartis.no/sykdommer/kreft/fakta\\_om\\_kreft.shtml](http://www.novartis.no/sykdommer/kreft/fakta_om_kreft.shtml)

\*Oncolex. (2012). *Lungekreft*. Lokalisert på: <http://www.oncolex.no/no/Lunge>.

\*Reitan, A.M., & Schjølberg, T. K. (red.) (2010). *Kreftsykepleie- pasient- utfordring – handling*. Akribe AS. s. 201- 204, 359, 459- 461

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

\*Salomonsen, L.J., Grimsgaard, S., & Fønnebø, V. (2003). *Bruk av alternativ behandling ved norske sykehus*. Lokalisert på: <http://www.alternativ.no/Nyheter/behsyk.html>.

Spicar, H. (2005). *Smärta och smärtlindring*. Lokalisert på: <http://www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html>.

\*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.

\*Taraldsen Valeberg, B., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. Lokalisert 15.09.2011 på:  
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/.../vis?p>.

\*Torjuul, K. (2001). *Oversikt over Joyce Travelbees sykepleierteori*. [Publiserte forelesningsnotater]. Trondheim: Høgskolen i Sør- Trøndelag. s. 6- 15

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norske Forlag AS. s.117

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norske Forlag AS. s. 112- 113, 117- 123, 141.

\*Tønnessen, T.I.(1998). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelaterte smerter. I: Kaasa, S. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 329- 347.

\*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.

## Sammendrag

### Tittel:

Kreft og smertelindring.

”Hvordan kan vi som sykepleiere lindre smerte hos pasienter med kreft i palliativ fase?”

### Introduksjon:

Vi skriver om smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase, men vi har avgrenset oppgaven til lungekreftpasienter som er innlagt på sykehus. Lungekreft er en av de hyppigste kreftsykdommene i Norge, og mange av disse pasientene går over til å bli palliative pasienter.

### Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleierens ansvar i smertelindring av kreftpasienter i palliativ fase på sykehus. Ved en bedre smertelindring skal sykepleieren hjelpe pasienten med å få en bedre livskvalitet.

### Metode:

Oppgaven er basert på en litteraturstudie, og det benyttet forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi har benyttet oss av søkeordene: *Pain relief, Lung neoplasms, bone metastasis, cancer pain, quality of life, pain And Gender difference, pain og communication, smertekartlegging, smertelindring, behandling, smertebARRIERER, sykepleierens rolle i smertebehandling, alternativ smertebehandling, massasje som komplementær behandling*, hvor vi videre har prøvd å avgrense søkene til nordiske og engelske artikler.

### Diskusjon:

I smertelindring er sykepleierens kunnskap, kommunikasjonsferdigheter, respekt og ivaretagelse av pasientens håp, viktige punkter i lindring av smerte hos kreftpasienter. Det er viktig at sykepleieren prioriterer tiden på en god måte for å kunne ivareta den medikamentelle smertebehandlingen riktig. Gode rutiner ved bruk av kartleggingsverktøy, gode dokumentasjonsevner og samhandling med pasient, hjelper til en bedre smertelindring.

## Vedlegg 1) ESAS- Skjema.

### 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 søvnnig)	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

(Bergh et al, 2005)

## VAS- Skala



(Spicar, 2005)