



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Lindring av smerter hos kreftpasienter**

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK 3003

Kandidatnummer: 10130

Antall ord: 8703

# Sammendrag

## **Tittel:**

Lindring av smerter hos kreftpasienter.

## **Introduksjon:**

Denne bacheloroppgaven handler om sykepleierens møte med kreftpasienter som har kreftsmarter. Kreftsmarter kan være vanskelige å få kartlagt og lindret godt, da det ofte kan være sammensatte smerter. Oppgaven fokuserer på hvordan sykepleieren kan tilnærme seg pasienten for å lindre smertene, med utgangspunkt i relasjon, kommunikasjon og kartlegging. Kommunikasjon er viktig for å kunne forstå pasienten, slik at pasienten får fortalt om sine plager. For å styrke kommunikasjonen bør det ligge en god relasjon til grunn mellom sykepleier og pasienten, og med en god relasjon har pasienten lettere for å åpne seg opp. Jeg har i praksis sett at det kan være vanskelig å lindre smerter hos kreftpasienter, da de ofte benekter smerte på grunn av eventuelle barrierer som ligger til grunn. For å kunne avdekke slike barrierer er det viktig at pasienten har en god relasjon til sykepleieren, da det øker sjansen for at pasienten åpner seg. Det finnes ulike kartleggingsverktøy for å avdekke smerte, men ikke alle er like presise på kreftsmarter. Målet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleieren kan håndtere pasienter med kreftsmarter, hvilke kartleggingsverktøy som egner seg og betydningen av den gode relasjonen mellom pasienten og sykepleier.

## **Problemstilling:**

*«Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre smerter hos kreftpasienter?»*

## **Metode:**

Oppgaven er basert på et litteraturstudium, der det er anvendt forskning, pensumlitteratur, annen faglitteratur og erfaringsbasert kunnskap. Det blir presentert 7 relevante forskningsartikler i oppgaven. Forskningen er funnet ved systematisk søk i PubMed, SveMed+ og Chinahl.

## **Konklusjon:**

Som sykepleier møter man pasienter som har kreftsmarter, og for å kunne lindre disse må sykepleieren danne en god relasjon til pasienten. Sykepleieren bør bruke seg selv terapeutisk og ha en intellektuell tilnærming i møte med pasienten. Dette for å kunne gjennomføre en god kartlegging av plager hos kreftpasienten, og for å kunne avdekke andre lidelser. Det mest optimale kartleggingsverktøyet er Edmonton Symptom Assessment System som er valgt som standard i Norge. Likevel er det vanskelig å skille smertetyper med dette verktøyet. Derfor bør man forske bedre på smerter hos kreftpasienter og utarbeide et bedre kartleggingsverktøy for å avdekke og skille ulike typer smerter. Dette vil resultere i en optimal og individuelt tilpasset behandling.

## **Nøkkelord:**

Kreftsmarter, kartlegging, kreftpasienter, kommunikasjon, relasjon, sykepleie.

# Innhold

Tabeller .....	iv
1. Innledning .....	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2. Presentasjon og presisering av problemstilling .....	2
1.3. Definisjon av sentrale begreper.....	2
1.4. Oppgavens disposisjon .....	3
2. Metode.....	4
2.1. Beskrivelse av metode.....	4
2.2. Søkehistorikk.....	4
2.3. Valg av litteratur og kildekritikk .....	6
3. Empiri .....	7
3.1. Sammenfattet empiri .....	10
4. Teori.....	12
4.1. Krefstmerter.....	12
4.1.1. Ulike typer smerter .....	12
4.1.2. Dokumentasjon og kartlegging av smerte.....	13
4.2. Palliativ behandling.....	14
4.3. Relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient .....	14
4.3.1. Menneske-til-menneske forhold .....	15
4.3.2. Kommunikasjon .....	15
5. Diskusjon.....	17
5.1. Sykepleierens funksjon ved smertelindring.....	17
5.2. Relasjon mellom sykepleier og pasient .....	18
5.3. Betydningen av kartlegging av smerter .....	20
6. Konklusjon.....	23
Litteraturliste.....	24
Vedlegg .....	27

# Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell .....	4
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	7

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

I 2018 døde nesten 11.000 nordmenn av kreft. Kreftutviklingen i Norge er nokså stabil, det er en lav økning tilfeller hvert år. Nye krefttilfeller i 2018 ble registrert til 34.190. Dødeligheten fra kreft er på vei ned, og overlevelsen øker. Kreftformene som oftest fører til dødsfall er kreft i lunge, prostata, tykk- og endetarm og brystkreft (Kreftregisteret, 2020). Kreft er den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer. Forekomsten av kreft øker med alderen, og mer enn tre firedeler av pasientene som får påvist kreft er over 60 år. Kreftregisterets beregninger tilsier at i 2030 vil nesten 40.000 personer få kreft årlig, dette på grunn av at levestandarden øker, livsstilsfaktorer og bedre diagnostikk. Dette, samt økning av eldre i befolkningen vil stille store krav til sykepleietjenesten (Lorentsen & Grov, 2017).

40–50 % av pasienter med kreft opplever smerter, og ved langtkommen kreftsykdom angir 70-80 % at de har behandlingskrevende smerter. Mange pasienter med kreft er redd for å oppleve smerte. Smerteproblemene er størst hos pasienter som har spredning til skjelett, slik som ved brystkreft, prostatakreft og lungekreft. Pasienter har ofte flere typer smerter samtidig, noe som krever ulik behandling eller en kombinasjon (Lorentsen & Grov, 2017). Helsedirektoratet ga i 2019 ut et oppdatert nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliativ behandling i kreftomsorgen. Målet med programmet er å forbedre behandlingen av de med inkurabel kreftsykdom og begrenset levetid. Programmet kan også benyttes til pasienter tidlig i forløpet, som ved behandling av kvalme og smerte. (Helsedirektoratet, 2019).

Jeg synes derfor det er interessant å undersøke om pasienter med kreft opplever tilstrekkelig med smertelindring og hvordan sykepleier anvender kartlegging av smerte i praksis. Da jeg var i medisinsk praksis, møtte jeg en del kreftpasienter i en palliativ fase. Mange av pasientene hadde sterke smerter og var avhengig av å få opiatere for å bli smertelindret. Pasientene fikk utdelt skjemaet European Association for Palliative Care (EAPC) for å kartlegge smerte, hvor noen klarte å fylle ut dette selv, mens andre måtte ha bistand fra sykepleieren. Jeg vil undersøke om det finnes noen forskning rundt kartlegging av smerter hos kreftpasienter på sykehus. Samtidig vil jeg undersøke om kreftpasienter opplever at de blir tilstrekkelig smertelindret når de er innlagt på en medisinsk avdeling ved et sykehus. Jeg vil også se på relasjonen mellom pasient og sykepleier for å kunne utøve god sykepleie i forbindelse med smertelindring. Å lindre smerte hos kreftpasienter finner jeg relevant for sykepleiefaget, fordi dette kan knyttes opp mot de syv ansvars- og funksjonsområdene sykepleieren har. De omhandler lindring, behandling, helsefremming og forebygging, rehabilitering og habilitering, veiledning og undervisning, administrasjon, ledelse og fagutvikling. Relasjonsbygging er viktig i grunn når man har som mål å lindre smerte. Sykepleieren lærer pasienten å kjenne, og sannsynligheten for at pasienten betror seg til sykepleieren øker. Kartlegging av smerte er viktig for å finne ut hvilken type smerte det er, hvor den er lokalisert, intensiteten og hvor hyppig den oppstår. Når man har kartlagt dette er det større sjanse for at pasienten får riktig smertelindring (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2012).

## 1.2. Presentasjon og presisering av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre smerter hos kreftpasienter?»

Jeg har valgt å fokusere på pasienter som har en diagnostisert kreftsykdom med metastaser. Jeg har begrenset pasientgruppen til de som er minst 60 år og som er under palliativ behandling med kort forventet levetid. Palliativ fase er når pasienten ikke lenger har virkning av helbredende behandling. Målet i den medisinske behandlingen vil være livsforlengende behandling, symptomlindring og best mulig livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2017). Fokuset i oppgaven vil være hva sykepleier kan gjøre for å bidra til god smertelindring gjennom relasjon mellom pasient og sykepleier, kommunikasjon og bedre kunnskap. Det blir ikke fokusert på medikamentelle tiltak i oppgaven, men hvordan sykepleieren kan kartlegge smerte hos pasienten. Jeg vet at et tverrfaglig samarbeid er viktig og vesentlig hos palliative pasienter, men jeg har valgt å ikke inkludere dette i oppgaven da jeg vil fokusere på sykepleierens rolle. Alle de syv ansvars- og funksjonsområdene er relevante ved smertelindring hos kreftpasienter, hvor jeg har hovedfokus på lindring og kartlegging. Det er mange sykepleieteoretikere som kunne vært relevant i oppgaven, men jeg har valgt å inkludere Joyce Travelbees sykepleieteori som omhandler det relasjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient.

## 1.3. Definisjon av sentrale begreper

**Palliativ behandling:** WHO definerer palliativ behandling som en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienter og deres familier som står overfor livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, behandling av smerter og andre problemer (psykososiale, fysiske og åndelige). Palliativ behandling gjelder både til pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2019).

**Kreft:** Kreft opptrer når det er skader (mutasjoner) i en celledelingsstoff (DNA), hvor cellen deler seg ukontrollert. Kreftcellen fortsetter å dele seg ukontrollert, og det skjer en opphopning av kreftceller i det organet hvor veksten startet. Det er da det dannes en kreftsvulst. Kreft er samlenavnet på ca. 200 ulike kreftformer, med mange fellestrekk og forskjeller. Sykdomsforløpet, behandlingen og overlevelse vil variere fra pasient til pasient (Lorentsen & Grov, 2017).

**Smerte:** Smerte er en sensorisk og ubehagelig følelsesmessig opplevelse som forbindes med skade eller noe som føles ut som en skade i en del av kroppen. Smerter er subjektive, noe som vil si at smerter er individuelle og de oppfattes og opptrer forskjellig fra person til person. Pasientens smerte er ikke alltid relatert til de medisinske årsakene, men kan være sammensatte (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016). Psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle faktorer og tidligere erfaringer kan ha betydning for smerteopplevelsen. Smerter kan deles inn i fire typer: nevropatisk, idiopatisk, psykogen og nociceptiv (Bjørge, 2004).

**Relasjon:** Å være i relasjon til et annet menneske innebærer at vi selv også påvirkes av situasjonen til den andre personen. Man påvirkes følelsesmessig av situasjonen til personen, som har betydning for sykepleierens forståelse av blant annet pasientens ubehag og livskvalitet (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2012).

**Lindrende:** De fleste kan oppnå god smertelindring ved riktig behandling. Den kan ikke alltid føre til smertefrihet, men bidra til å lindre smertene slik at pasienten føler kontroll

over smertene. Hvor lindrende smertelindringen blir avhenger av smertetypen, behandlingstilbudet, hvor sterke og hvor mange smerter man har og hvor godt pasienten responderer på medisinen (Bjørger, 2004).

## 1.4. Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt opp i seks hovedkapitler; Innledningen presenterer tema og problemstilling. I kapittel to presenteres vitenskapelig metode, valg av litteratur, søkehistorikk og kildekritikk. I artikkelmatrisen blir relevansen til artiklene kort presentert. Empirikapitlet presenterer valgte forskningsartikler som er anvendt i oppgaven og en kort sammenfatning av disse. Teorikapitlet presenterer teori om kreft og kreft smerter, palliativ behandling og relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Joyce Travelbees sykepleieteori kommer også frem i teorikapitlet.

I drøftingskapitlet drøftes problemsstillingen ved å belyse relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier, sykepleierens betydning når det kommer til smertekartlegging og ulike kartleggingsmetoder for å få mest mulig optimal smertelindring. Oppgaven avsluttes med en konklusjon hvor jeg oppsummerer resultatene i diskusjonen.

## 2. Metode

Hensikten med metodekapittelet er å vise hvordan kunnskapen som er anvendt i oppgaven er innhentet, og hvilken type litteratur som er brukt. Metoden forteller oss hvordan vi fremskaffer eller prøver kunnskap, og hjelper oss å innhente data (Dalland, 2018).

### 2.1. Beskrivelse av metode

Opgaven er basert på litteraturstudium, der kunnskap er innhentet gjennom forskningsartikler. I en litteraturstudie skal valg av primærlitteratur/studier gjøres systematisk (Dalland, 2018). Søkene ble gjennomført strukturert i databasene; PubMed, SveMed+, Cinahl, Oria og Google Scholar. PICO-skjema er benyttet som et verktøy for å strukturere søkene, de er strukturert i tabell 2.1. Relevante artikler til problemstillingen ble funnet i de tre førstnevnte databasene. Artiklene som er valgt i oppgaven er vurdert ut i fra tittel og sammendrag, de som virket interessant ble videre lest gjennom for vurdering av kvalitet og relevans. Det er anvendt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven, for å få ulike aspekter til å belyse oppgavens problemstilling.

I tillegg til forskningsartikler er det brukt pensumlitteratur og annen relevant litteratur for å besvare problemstillingen. Litteraturen som er anvendt omhandler tema som palliativ behandling, kartlegging, relasjon og sykepleierteori. Det blir også anvendt egen erfaring fra praksis i drøftingen. Retningslinjene til skolen blir fulgt i denne oppgaven. Brukt litteratur blir referert til ved hjelp av APA-stilens referansesystem, og ved hjelp av referanseprogrammet Zotero. Egne erfaringer fra praksis er anonymisert ut i fra retningslinjer for bruk av pasientdata NTNU.

### 2.2. Søkehistorikk

**Tabell 2.1 Søketablell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	11.4.2020	S1.	Cancer		4 102 059	1 (A)
		S2.	Nurse		896 935	
		S3.	Mapping		421 557	
		S4.	Pain		825 500	
		S5.	Palliative care		78 779	
		S6.	Hospital		5 115 538	
		S7.	S1 AND S2. AND S3. AND S4. AND S5. AND S6.	Free Full text, in the last 5 years.	4	
PubMed	20.04	S1.	Breakthrough cancer pain		107	1 (D)
		S2.	Assessment		481 773	



		S3.	Pain management		19 660	
		S4.	Nurse		896 935	
		S5.	S1 AND S2. AND S3. AND S4.	In the last 10 years.	26	
SveMed+	13.4. 2020	S1.	Pain		5 306	2(B) (C)
		S2.	Cancer		9 031	
		S3.	Hospital		8 803	
		S4.	S1 AND S2. AND S3.	Peer Reviewed, fulltext online.	12	
SveMed+	05.05 . 2020	S1.	Adult		36 141	1 (F)
		S2.	Neoplasms		8 903	
		S3.	Pain measurement		932	
		S.4	S1 AND S2. AND S3.	Peer reviewed tidsskrifter, Läs online.	13	
Cinahl Complete	15.04 . 2020	S1.	Nursing assessment		19 183	1 (E)
		S2.	Pain measurement		50 179	
		S3.	Terminal care		69 377	
		S4	S1 AND S2. AND S3.	Full text, abstract available, 2004-2020, English.	6 054	
Cinahl Complete	08.05 . 2020	S1.	Cancer pain		11 337	1 (G)
		S2.	Analgesia		24 514	
		S3.	Palliative care		47 429	
		S.4	S1 AND S2. AND S3.	Full text, Europe	23	

#### Inkluderte artikler:

- A. Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: a focus group study. (2017). *ERJ Open Research*
- B. Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. (2019). *Sykepleien Forskning*
- C. Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. (2005). *Den Norske legeforening*
- D. How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this on patients` daily lives – results of a European survey. (2013). *European Journal of Oncology Nursing*
- E. Learning pain assessment and management: a goal of the end-of-life nursing education consortium. (2004). *The Journal of Continuing Education in Nursing*
- F. Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. (2010). *Sykepleien Forskning*
- G. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study (2013) *Palliative medicine*

## 2.3. Valg av litteratur og kildekritikk

For å finne nye innfallsvinkler og aspekter knyttet til teoriene, er det benyttet både kvantitative og kvalitative forskningsartikler i oppgaven. Den kvantitative metoden brukes for å vise sikker kunnskap og kan måles i tall. Mens den kvalitative tilnæringsmetoden handler om kvalitetene eller egenskapene et fenomen har, som tar sikte på å beskrive data og forskning som ikke lar seg måles eller tallfestes (Dalland, 2018). Det er skrevet en del forskning som omhandler smerter til kreftpasienter, likevel var det vanskelig å finne god forskning. Jeg erkjenner at det kan eksistere relevant forskningsbidrag som jeg har oversett og ikke anvendt i oppgaven. Under søkeprosessen fant jeg en god del forskning på norsk, jeg valgt ut noen av disse. For å få større bredde i kunnskapen valgte jeg også ut 4 artikler som var skrevet på engelsk og gjennomført i andre land.

Artiklene i oppgaven er primærlitteratur, som forsterker validiteten. I følge Dalland (2018) er primærlitteratur hvor forfatteren presenterer sin egen forskning, og ikke inneholder andre tolkninger. Jeg anvendte bibliotekets søketjeneste, Oria. Søketjenesten hadde tilgang på alle de utvalgte artiklene, som alle er kvalitetssikret ved fagfelle vurdering. For at artiklene skal bli fagfelle vurdert hevder Dalland (2018) at artiklene blir godkjent og vurdert av noen som er eksperter innen fagfeltet. I søkeprosessen fant jeg flere artikler som kunne vært relevant for å besvare problemsstillingen, men jeg valgte bort disse da de ble gjennomført i land som ikke illustrerte organiseringen av helsevesenet. De utvalgte artiklene er på norsk og engelsk og de fleste studiene er gjennomført i Norge, hvor 3 er gjennomført i Europa, USA og Storbritannia. Kulturelle forskjeller kan påvirke smerteopplevelsen, derfor finner jeg det mest hensiktsmessig å bruke de utvalgte studiene. Kildekritikken inneholder en vurdering av validitet og gyldighet for min problemsstilling. Før jeg begynte å søke bestemte jeg meg for å ekskludere artikler eldre enn 10 år. Disse kriteriene oppfylte alle artiklene utenom to. Jeg valgte likevel å inkludere de som var eldre enn 10 år, da jeg finner disse studiene like relevant i dag som for 16 år siden. Det har også vært viktig at sykepleierens rolle kommer fram i forskningsartiklene, samtidig som jeg har inkludert artikler med synspunkter fra pasienter. Artiklene følger IMRAD-strukturen, som er et kvalitetsmerke. Når man ser på litteraturlistene til artiklene, ser man at de er riktig formulert og det er lett å finne igjen litteratur som er anvendt i oppgaven. Alle de utvalgte forskningsartiklene er publisert i tidsskrifter som gir en god oversikt over struktur og forfattere. Jeg har anvendt fagbøker som ikke er av den nyeste utgaven grunnet COVID-19 og begrenset tilgang til biblioteket. Andre bøker er hentet fra Nasjonalbiblioteket.

### 3. Empiri

Kapittelet inneholder en oversikt over forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven. Artiklene er valgt ut med bakgrunn av å gi ulike perspektiver og resultater som kan brukes i drøftingen, for å besvare problemstillingen. Artiklene er listet opp i tabell 3.1 med hensikt, metode, resultat og kommentar. Kapittel 3.2 presenterer en sammenfattet empiri av artiklene.

**Tabell 3.1 Artikkelmatrise**

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar
<b>A: Hjorth, Haugen &amp; Schaufel, (2017).</b> <i>Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: a focus group study.</i>	Forberedelse til instruksjon av AVS (advance care planning) I Norge. Som er en kommunikasjonsprosess for å kartlegge pasientens ønsker og prioriteringer for omsorg ved livets slutt.	4 fokusgruppeintervjuer på et norsk undervisnings-sykehus, med et utvalg på 13 pasienter som lider av KOLS, lungekreft, lungesykdom eller lungefibrose.	Så langt det er mulig skal AVS for pasienter med livstruende lungesykdom legge vekt på et etablert forhold mellom pasient og lege/sykepleier, og bevissthet om vendepunkt i pasientens progresjon av sykdommen. AVS kan styrke pasientenes motstandskraft under sykdommen. Ved hjelp av resultatene i AVS kan man tilby pasient og pårørende skreddersydd informasjon.	Relevant for oppgaven siden den tar for seg et kommunikasjonsverktøy som legger vekt på å etablere et forhold mellom pasient og sykepleier. Selv om deltakerne i studien er bare pasienter med livstruende lungesykdom finner jeg den relevant til andre pasienter med kreft også.
<b>B: Ihler &amp; Sæteren (2019).</b> <i>Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter.</i>	Studien skal utforske sykepleieres erfaringer med bruk av ESAS kartleggingsverktøy, for kartlegging av symptomer til inneliggende pasienter med kreft i en palliativ fase.	Studien er basert på kvalitative dybdeintervjuer av seks sykepleiere fra to onkologiske sengeposter fra et sykehus i Helse Sør-Øst RHF. Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide i intervjuene.	Sykepleierne anser ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy som gir et bilde av pasientens subjektive symptomopplevelse, og som en inngangsport til samtale om deres symptomer. ESAS brukes i varierende grad, noe som påvirker hvorvidt skjemaet bidrar til å	Tar for seg sykepleiernes erfaring med bruk av ESAS og hvordan gjennomføringen av ESAS bidrar til å systematisere kartleggingen av pasientens plager. Relevant for oppgaven siden ESAS er et godt kartleggings-

			systematisere symptom-kartleggingen. Sykepleierne identifiserer flere barrierer og forbedringstiltak for rutinemessig bruk av ESAS.	verktøy når det kommer til plager hos kreftpasienten. Studien beskriver hvordan sykepleiere anvender dette i praksis.
<b>C: Holtan, Kongsgaard &amp; Ohnstad (2005).</b> <i>Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus.</i>	Kartlegge smerter hos inneliggende pasienter ved norske sykehus og påvise eventuelle hindringer for en bedret smertebehandling.	Gjennomført en endags prevalensstudie hos inneliggende kreftpasienter i Helseregionen Sør. Ved bruk av spørreskjemaet Brief Pain Inventory ble brukt, og spørsmål om diagnose, behandling, gjennombruddsmerter og nevrologiske smerter.	Funn i studien viste at halvparten av pasientene har smerter når de er innlagt på sykehus. Noen av de med de største smertene brukte ikke sterke smertestillende. Pasienter med nevrologisk smerte og gjennombruddsmerter får ofte ikke adekvat behandling, og de har det ofte verre enn andre kreftpasienter.	Undersøker smerter hos kreftpasienter på sykehus og sammenhengen mellom smerter og behandling. Relevant for oppgaven da det kommer fram at pasienter med nevrologiske- og gjennombruddsmerter ikke får god nok behandling. Slike smerter går igjen hos mange kreftpasienter.
<b>D: Rustøen, Geerling, Pappa, Rundstrøm, Weisse, Williams, Zavrtnik &amp; Wengstrøm. (2013).</b> <i>How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives- Results of a European survey</i>	Hensikten ved studien var å øke kunnskapen om hvordan sykepleiere vurderer gjennombruddsmerter og om det er vanskelig å skille dette fra bakgrunnsmerter.	1241 sykepleiere fra 12 forskjellige land deltok i studien. Alle sykepleierne hadde bakgrunn fra kreftsykepleie.	Sykepleiere trenger bredere kunnskap om hvordan de skal håndtere gjennombruddsmerter. 39% av de som deltok i studien hadde ikke noe kartleggingsverktøy til å skille mellom smertetyper, men 95% av de som brukte et kartleggingsverktøy fant det nyttig. Videre ble det rapportert at 37 % hadde problemer med å skille smertene fra hverandre. Det ble rapportert om at gjennombruddsmerter påvirket pasientens	Undersøker om det finnes kartleggingsverktøy til å håndtere gjennombruddsmerter og bruken av kartlegging i praksis. Det er relevant for oppgaven da mange sykepleiere synes det er vanskelig å skille smerter fra hverandre, og denne studien belyser mangelen på et slikt verktøy som sykepleierne kan benytte seg av.

			hverdagsaktivitet som førte til redusert livsglede.	
<p><b>E: Sherman, Matzo, Paice, McLaughlin &amp; Virani. (2004).</b> <i>Learning pain assessment and management: a goal of the end-of-life nursing education consortium.</i></p>	<p>Forbedre smerteevaluering og smertelindring hos kreftpasienter, da det er høye statistikker for smerter hos disse pasientene.</p>	<p>En studie som er gjennomført i New York, hvor de tok for seg læreplaner hos sykepleierstudenter i forhold til smertevurdering og pleie ved livets slutt.</p>	<p>Ved å se på smerten hos pasienter ved begrenset levetid og livsbegrensende sykdommer, kan kvaliteten av behandlingen og smerteevalueringen bli forbedret. Ved god smertelindring forbedres pasientens livskvalitet.</p>	<p>Undersøker læreplanene til sykepleiestudenter om hvilken kunnskap en nyutdannet sykepleier skal ha om smertebehandling. Det er relevant for oppgaven da de belyser at god smertelindring kan forbedre pasientens livskvalitet, og da må kunnskapen hos sykepleierne bli bedre. De mener det er behov for mer fokus på smertelindring på sykepleiestudiet.</p>
<p><b>F: Valberg, Bjordal &amp; Rustøen. (2010).</b> <i>Kreft-pasienters barrierer mot smerte-behandling</i></p>	<p>Å identifisere pasientrelaterte barrierer til smerte og smertebehandling til noen norske sykehuspasienter. Undersøke om barrieren påvirker pasientens smerteintensitet og funksjon.</p>	<p>Tverrsnittundersøkelse med 217 polikliniske kreftpasienter som har smerter eller bruker smertestillende medikamenter hvor barriere mot smertebehandling og smerte undersøkes. Ved bruk av et barriereskjema.</p>	<p>De største barrierene rundt smertelindring blant pasienter er blant annet avhengighet og toleranse. Engstelige for å ikke klarer og observere nye symptomer. Pasientene er redsel for bivirkningene som kan komme av smertelindringen og nye plager.</p>	<p>Det er relevant for oppgaven da pasientens barriere mot smertebehandling kan påvirke smertelindringen hos pasienten, på grunn av at de holder tilbake informasjon om smertene.</p>
<p><b>G: Gibbins, Bhatia, Forbes &amp; Reid (2013)</b> <i>What do patients with advanced incurable cancer want</i></p>	<p>Å undersøke hvordan pasienter med avansert kreft føler kontroll over smertene sine, og hvilke krav de har til smertelindring.</p>	<p>Intervju av 12 pasienter med spørreskjema for å utforske synspunktene og erfaringene på smerteopplevelsen til pasienter med</p>	<p>Pasientene avgjorde om smertene var under kontroll, i forhold til om de kunne delta eller ikke i hverdagen og med familien/venner uten at smertene holdt de tilbake. Numerisk</p>	<p>Undersøker hva pasientene ønsker å oppnå med smertebehandling og hva de verdsetter i hverdagen. Relevant for oppgaven siden man ser det fra</p>

<i>from the management of their pain? A qualitative study.</i>		langtkommen kreft.	skala så ikke ut til å være til nytte for disse pasientene. Mange av pasientene holdt tilbake graden av smerteintensitet i redsel for forverring av sykdommen.	pasientenes perspektiv og hva de la vekt på når de mente at smertene var under kontroll.
--	--	--------------------	--	--

### 3.1. Sammenfattet empiri

For å undersøke hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til at kreftpasienten blir tilstrekkelig smertelindret har jeg inkludert syv forskningsartikler. Artiklene Ihler et al. (2019) og Hjorth et al. (2018) omhandler kartleggingsverktøy som sykepleierne kan ta i bruk for å kartlegge smerter og behovene hos pasientene. ESAS gir et bilde av pasientens subjektive symptomopplevelse, og danner grunnlaget for en samtale (Ihler & Sæteren, 2019). AVS ble gjennomført hos pasienter med livstruende lungesykdom, deriblant lungekreftpasienter. De påpeker viktigheten til et godt og etablert forhold mellom pasient og sykepleier. Resultatene som kommer fram i AVS-kartleggingen kan bidra til å gi pasient og pårørende skreddersydd informasjon, og hjelpe til med å oppfylle pasientens ønsker ved livets slutt. Denne kartleggingen kan gjennomføres hos de fleste pasienter med en kreftdiagnose, ikke bare hos lungekreftpasienter (Hjorth, Haugen, & Schaufel, 2018).

Holtan et al. (2005) undersøkte smerter hos kreftpasienter innlagt på sykehus, og kartlegging av smerter til kreftpasienter. Det kommer fram at mange har sterke smerter under sykehusopphold. De pasientene med nevropatisk smerte og gjennombruddssmerter får ikke god nok smertelindring, og har ofte mere smerter enn andre kreftpasienter (Holtan, Kongsgaard, & Ohnstad, 2005). I studien til Rustøen et al. (2013) kommer det fram at sykepleiere trenger bredere kunnskap om hvordan de skal behandle og håndtere gjennombruddssmerter hos kreftpasienter, og i landene som deltok i studien hadde de ikke verktøy for å skille mellom smertetyper. De som brukte et kartleggingsverktøy fant det nyttig, da det viser seg at pasienter med gjennombruddssmerter får redusert livsglede, da det går ut over hverdagsaktiviteten (Rustøen et al., 2013). Det er derfor svært viktig at sykehusene får inn en god rutine på kartlegging av smerter hos inneliggende kreftpasienter, da det er høye statistikker for smerter hos disse pasientene. I intervjuet som Gibbins et al. (2013) gjennomførte med 12 kreftpasienter om hvordan de håndterer smertene og om de begrenser hverdagen, angir pasientene om smertene er kontrollerte eller ikke. Samtidig hvordan de kommuniserer med helsepersonell angående smertene sine, kommer det fram at en del pasienter i studien holder igjen informasjon om smertene (Gibbins, Bhatia, Forbes, & Reid, 2013).

I studien til Sherman et al. (2004) gjennomført i New York tok de for seg læreplanene til sykepleierstudenter, i forhold til innholdet rundt smertevurdering og pleie ved livets slutt. De belyser viktigheten av god kunnskap rundt smertehåndtering, kombinasjonen av smertehistorie, etiologien til smerten og smertesymptomer. Dette er for å forhindre barrierer mot smertelindring blant sykepleiere, pasient og pårørende. Med bedre kunnskap i bunn øker kvaliteten i pleien, og pasienten opplever bedre livskvalitet ved livets slutt (Sherman DW, Matzo ML, Paice JA, McLaughlin M, & Virani R, 2004). Valberg et al. (2010) undersøkte barrierene til pasienter rundt smertelindring, de største barrierene knyttet til avhengighet, toleranse og bekymring for bivirkninger. Pasientene er også bekymret for at

de smertestillende medikamentene skal skjule progresjon av sykdommen (Valberg, Bjordal, & Rustøen, 2010).

## 4. Teori

### 4.1. Kreftsmarter

Menneskekroppen består av milliarder av celler. Når kreftceller oppstår skjer det en feil slik at cellen deler seg ukontrollert, i organet der den ukontrollerte veksten startet skjer det en opphopning av kreftceller. Slik dannes en kreftsvulst. Tiden fra celledelingen starter og til den blir oppdaget kan ta mange år eller andre ganger veldig raskt. Kreftcellene har evne til å metastasere seg via blod eller lymfesystem og infiltrere seg til sideliggende organer. Når en blir rammet av kreftsykdom rammes man både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt (Lorentsen & Grov, 2017).

Kreftpasienter kan oppleve smerte på grunn av ulike årsaker. Ved kreftformer som prostatakraft, brystkreft og lungekreft, med spredning til skjelettet, er smerteproblemet størst. Pasienter langt i sykdomsforløpet har ofte sterkere smerter enn de med et kortere sykdomsforløp. Kreftsmarter er ikke bare én type smerte, men det kan være flere typer smerter samtidig, det kan kreve forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling. Blant pasienter med langtkommen kreft angir 70–80 % å ha behandlingskrevende smerter (Lorentsen & Grov, 2017).

#### 4.1.1. Ulike typer smerter

Man kan ha akutte og kroniske smerter, enten hver for seg eller samtidig. Debutsmerter er et varselsignal på at noe er galt og framkommer i akutte smerter. Årsaken til smerte kan fjernes med strålebehandling eller en operasjon, men smerten kan komme tilbake hvis kreftsykdommen residiverer eller metastaserer. Pasienter med inkurabel kreftsykdom har ofte en blanding av kroniske og akutte smerter. Kroniske smerter er langvarige, varer mer enn 3 måneder, og smertene forekommer vanligvis daglig. Akutte smerter er kortvarig og avtar når årsaken til smertene leges (Lorentsen & Grov, 2017).

Gjennombruddssmerter er en spesiell form for akutt smerte. Smertetoppene kommer i tillegg til den kroniske smerten, den kan oppstå spontant eller utløses ved fysisk aktivitet. Gjennombruddssmerter kan være både nociseptiv og nevropatisk, de starter hurtig og kan nå topp intensitet etter få minutter. Varigheten kan være mellom 5 og 10 minutter, og kan være svært vanskelige å behandle medikamentelt. Nociseptive smerter oppstår ved skade eller truende skade i en del av kroppen, ved kutt, varme, slag og betennelse. Nevropatiske smertetilstander kan komme av skader i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet. Disse smertene kan oppstå etter strålebehandling, hjerneslag, traumer mot ryggmargen eller hjernen og kirurgisk inngrep (Jensen, 2015). En pasient kan ha idiopatiske smerter og det er smerter som er tilstede uten at det er synlig vevsskade, og uten at pasienten har en psykisk lidelse som ligger til grunn for smerte. Psykiske faktorer kan forårsake psykogen smerte, hvor fysikk og psyke påvirkes gjensidig. Man må ha en psykisk diagnose med smerte som et viktig symptom for å ha psykogene smerter (Danielsen et al., 2016).

Kreftsmarter oppstår som oftest i forbindelse med vevstraume, men kan også oppstå av skade i nervesystemet. Smerteopplevelsen påvirkes av tidligere smerteopplevelser og emosjoner. Selve smerteopplevelsen er et resultat av en bred impulsmodulering som foregår sentralt og perifert. En forutsetning for å yte god og effektiv smertelindring med



medikamentell eller ikke-medikamentell tilnærming, er god kunnskap om de ulike smertemoduleringsmekanismene og hvordan disse påvirkes (Rosland & Tjølsen, 2007).

#### 4.1.2. Dokumentasjon og kartlegging av smerte

Pasienter opplever smerter ulikt og de endrer seg over tid. I «De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere» står det at et av sykepleiernes ansvarsområder er å lindre lidelse (Danielsen et al., 2016). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sikrer alle pasienter sikker og nødvendig helsehjelp. Den sier noe om at alle pasienter skal ha lik tilgang på ulike tjenester av god kvalitet, og de har rett på nødvendig helsehjelp fra både kommune og spesialisthelsetjenesten. Denne loven påtegnr også at pasienten har rett på informasjon som gir innsikt i egen helsetilstand, og hva helsehjelpen inneholder. Loven beskriver også at sykepleiere er lovpålagt å gi palliative pasienter med kreft en omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlig behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Systematisk oppfølging av pasienten vil være nødvendig for å få en oversikt over effekten av behandlingen og smertetilstanden. Pasientens tidligere erfaringer med smerte og tanker kan påvirke hvordan pasienten opplever og forholder seg til smerte. Den primære målsettingen for smertekartlegging er å få en oversikt over smertenens karakter, intensitet og årsak. Slik får man som regel en oversikt over smertetyper, om den er nevrogen, nociseptiv eller annen karakter. Denne kunnskapen er nødvendig for igangsetting av smertebehandling. Det er viktig å få en oversikt og kartlegging over ressursene til pasienten, både fysiske og psykiske sider og bakenforliggende årsaker. Kommunikasjon og en god samtale er viktig for å oppnå en god kartlegging av smerte, sammen med smerteanamnese og en klinisk undersøkelse (Kaasa, 2008).

Sykepleieren møter pasienten i avdelingen og tilbringer store deler av dagen med pasienten, og har ansvar for å kartlegge pasientens smerte. Både den fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle smerten. Sykepleieren har også ansvar for å observere smerten over tid og beskrive eventuelle endringer. Som sykepleier kan man få ansvar for å innhente data om smerten, da må man kartlegge smerteintensitet, lokalisasjon, kvalitet og lindrende eller utløsende faktorer. I tillegg til subjektive data innhentes også objektive data som ansiktsuttrykk, mimikk, emosjonelt uttrykk, hudfarge, kroppsholdning, svetting, blodtrykk, puls og respirasjonsmønster. Systematisk kartlegging av smerte er derfor svært viktig for å unngå at pasienten ligger med ubehandlet smerte. Pasienter som selv klarer å kommunisere at de har smerte kan benytte flere ulike skåringsverktøy som angir smerteintensitet. De kan bruke Visuell Analog Skala hvor pasienten markerer smerteintensiteten på en 10 cm linje, hvor ytterpunktene er ingen smerte og den verst tenkelige smerte. Ved angivelser på 3 cm eller mer vil de fleste ha behov for behandling (Bjørgero, 2004). Numeric Rating Scale er et annet kartleggingsverktøy, en tallskala fra 0 som er fravær av smerte, og 10 med verst tenkelige smerte, hvor pasienten oppgir det tallet som indikerer opplevd smertenivå (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008).

Edmonton Symptom Assessment Schedule har blitt anbefalt som standard kartlegging i palliasjon i Norge av Norsk forening for palliativ medisin. Kartlegging av de mest sentrale kreftsmertesymptomene har vært ulik i de nordiske landene. Det har vist seg at det er en stor enighet om å bruke en nasjonal versjon av symptomkartleggingsverktøyet ESAS. Kartleggingen ved bruk av ESAS avdekker 9 av pasientens symptomer; smerte, slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tung pust, depresjon, angst, velvære og annet problem. Symptomene skåres fra 0–10 på en numerisk skala fra ingen plage til verst tenkelige plage. Det følger også med et kroppskart hvor man kan markere hvor smerten befinner seg. Siden symptomene er subjektive har det vist seg at det er viktig med systematisk kartlegging-

ESAS er et slikt verktøy. Det er lagt tilrette for å utføre gjentatte målinger av pasientens symptomintensitet med så lite belastning som mulig for pasienten (Loge, Bjordal, Paulsen, & Kaasa, 2007).

## 4.2. Palliativ behandling

Når helbredende behandling ikke lenger gir nytte til pasienten, endres det medisinske behandlingsmålet til livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet. En inkurabel sykdom kan holdes i sjakk lang tid med målrettet og livsforlengende behandling. I den palliative fasen er ivaretagelse av pasient og de pårørende sentralt når kreftsykdommen er uhelbredelig og pasienten nærmer seg livets slutt (WHO, 2014). Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon som følger: «*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnærming som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familie i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art*» (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Best mulig livskvalitet står som hovedbudskap bak all behandling, pleie og omsorg. Palliativ behandling hverken fremskynder døden eller forlenger dødsprosessen, men ser på dette som en del av livet. I den palliative fasen er symptomene og de helserelaterte behovene komplekse, noe som er svært utfordrende ved igangsetting av tiltak. I sykepleie og behandling er symptomlindring sentralt, den er også rettet mot eksistensielle bekymringer og plager av psykisk og sosial karakter (Lorentsen & Grov, 2017). Avdelinger på sykehus med pasienter som trenger lindrende behandling eller har kreft, skal kunne grunnleggende palliasjon. Et tverrfaglig team sammensatt av personalet og ressurspersoner som har et ansvar for palliasjon skal være etablert (Haugen, Jordhøy, & Hjermstad, 2007). For å oppnå optimal palliativ behandling er planlegging og igangsetting av nødvendige tiltak på rett tidspunkt i sykdomforløpet viktig. Det er en krevende periode for pasienten, familien og sykepleieren når behandlingen går fra kurativ til livsforlengende, eller fra livsforlengende til palliativ behandling. Sykepleieren bør alltid reflektere over pasientens problemer, for å kunne kartlegge behovene for hjelp. De har som regel flere plager samtidig. Noen er direkte forårsaket av kreftsykdommen, slik som kvalme på grunn av tumorobstruksjon, smerter på grunn av skjelettmetastaser, eller andre plager som bivirkning av opioider. Pasienter kan også bli plaget med angst og depresjon som en indirekte plage av kreftsykdommen (Kaasa, 2007).

## 4.3. Relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient

Gjensidig tillitt mellom pasient og sykepleier er avgjørende for å kunne oppnå best mulig smertelindring. En forutsetning for å klare å yte best mulig hjelp er at sykepleier har tillitt til pasientens opplevelse av egen smerte, og pasienten må ha tillitt til at sykepleieren ønsker å hjelpe. Sykepleieren har ansvar for å skape god relasjon og tillit til pasienten, dette legger premisser for arbeidet sammen. Så langt det lar seg gjøre bør pasienten tas med i planleggingen av smertebehandlingen. Det er viktig å lytte til pasienten og ta pasientens egne erfaringer og meninger alvorlig, slik kan pasienten føler kontroll over situasjonen. Pasientens følelse av trygghet, respekt og tillitt forsterker smertelindringen (Danielsen et al., 2016). Det er ikke uvanlig å høre at pasienter har en større engstelse for smerte og lidelse som sykdommen medfører enn selve døden (Sæteren & Reitan, 2010).

#### 4.3.1. Menneske-til-menneske forhold

Joyce Travelbee er sentral i interaksjonsteorien, og hun mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Hun beskriver sykepleierens mål; å hjelpe pasienten til å forebygge, finne mening ved lidelse og sykdom eller mestre sin egen sykdom. Sykepleierens oppgave omtaler Travelbee (2001) som å anerkjenne pasienten som unik og uerstattelig. Utvikle et «menneske til menneske»-forhold til pasienten for å kunne tilfredsstille behovene til pasienten og pårørende. Ved å kommunisere målrettet med pasienten og ha en profesjonell tilnærming kan man oppnå resultater. Hun mener også at man med kommunikasjon kan utveksle egne meninger og opplevelser med hverandre. Sykepleieren bør bruke seg selv terapeutisk i samhandlingen med pasienten (Travelbee, 2001b). Travelbee mener det er viktig å fokusere på at man er likeverdige mennesker, og ikke på de rollene man har i situasjonen. Interaksjonsteorien handler også om at sykepleieren må skape en autentisk og mellommenneskelig relasjon til pasienten. For å utvikle en slik relasjon er det viktig med nok tid og at pasienten får tillit til sykepleieren. Forholdet må gå igjennom fem faser: Innledende møte, framvekst av identiteter, empati, sympati, gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

#### 4.3.2. Kommunikasjon

I helsevesenet benytter man seg av hjelpende kommunikasjon, som er direkte rettet mot pasienten og pårørende, og er ment for å tydeliggjøre de viktigste kjennetegnene ved kommunikasjon. Den skal skape trygghet, tillit og være anerkjennende, og kan også hjelpe å formidle informasjon som bidrar til å løse problemer og hjelpe pasienten til å mestre situasjonen. En stor del av kommunikasjonen mellom to parter er nonverbal kommunikasjon. Den kommer ofte til uttrykk igjennom et spontant smil, en rynke i ansiktet eller et kremt. Nonverbal kommunikasjon kan ofte formidle et budskap mye bedre enn ord, men mottaker må alltid tolke budskapet (Eide & Eide, 2010).

For å kunne bygge en god relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende er kommunikasjonsferdighetene til sykepleieren avgjørende. Dette krever at sykepleieren har evne til speiling, aktiv lytting, og til å variere mellom åpne og lukkede spørsmål. Sykepleierens viktigste redskap for å etablere en god relasjon til pasienten vil være kommunikasjon, og hvordan man tilnærmer seg pasienten. Det blir enklere å planlegge sykepleien i tråd med hva pasienten ønsker, når det ligger en god relasjon til grunn (Eide & Eide, 2010). Kommunikasjon har en dynamisk kraft som kan ha innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner; den kan brukes til å trekke mennesker nærmere, til å gi hjelp, til å støte bort eller til å såre. Sykepleierens oppfatning av andre mennesker og ens grunnleggende intensjoner blir alltid kommunisert i sykepleiesituasjonen. Gjennom kommunikasjon kombinert med sykepleierens observasjon kan sykepleieren forstå pasientens behov. Kommunikasjon anvender man i kartlegging av smerter hos pasienter, hvor pasienten kommuniserer verbalt eller nonverbalt. Det er sykepleieren sitt ansvar å motta og tolke det pasienten kommuniserer (Travelbee, 2001a). Tegn og signaler fra pasienten, enten de er verbale eller nonverbale, må fortolkes av sykepleieren. Sykepleieren må anvende profesjonell kommunikasjon når de kommuniserer med pasienten. De må være konsekvent på at det de uttrykker stemmer overens både verbalt og nonverbalt. Sykepleierens fremtreden har stor betydning for hvordan pasienten opplever helsehjelpen, og for hvordan relasjonen blir mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2010).

Kommunikasjon er et verktøy for å opprette menneske-til-menneske-forhold som kan bidra til å realisere sykepleiens formål. Travelbee (2001) formulerer formålet på denne

måten «å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn til å unngå eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse og, eventuelt, å finne mening i denne opplevelsen» (Eide & Eide, 2010, s. 136). Det vil si at kommunikasjon bidrar til å bli kjent med pasienten, møte og forstå pasientens behov, og hjelpe pasienten til å mestre sykdom, ensomhet og lidelse. Sykepleieren kan anvende informasjonen som kommer fram under en samtale til å planlegge og iverksette sykepleietiltak. Gode kommunikasjonsevner innebærer å ha en disiplinert intellektuell tilnærming og bruke seg selv terapeutisk. Travelbee mener at sykepleieren bør inneha disse ferdighetene og alltid forbedre dem (Eide & Eide, 2010). Når sykepleieren er terapeutisk dreier det seg om at sykepleieren har evnen til å bruke sin egen personlighet målrettet og bevisst i forsøk på å etablere et forhold til pasienten. Det innebærer å ha selvinnikt, selvforståelse, evne til å tolke egen og andres atferd, samt innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd- noe som betyr at sykepleieren bruker fornuft og intelligens. Dette er en kunst og en vitenskap som krever disiplin. Å bruke seg selv terapeutisk må kombineres med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problemer. Ved å anvende og utnytte begreper og prinsipper fra sykepleievitenskapen, medisin, biologi, fysikk og atferdsvitenskapen. Videre anvendes skjønn ved vurdering om man trenger mer kunnskap og innsikt, og vet hvor man skal henvende seg for å få bistand til å løse foreliggende helseproblemer. De som anvender og har en disiplinert intellektuell tilnærming, har en åpen holdning uten å være kunnskapsløs (Travelbee, 2001b).

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg drøfte rundt problemsstillingen «*Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre smerter hos kreftpasienter?*» ved å anvende presenterte forskningsartikler, faglitteratur og egne erfaringer fra praksis.

### 5.1. Sykepleierens funksjon ved smertelindring

Sykepleieren har en spesiell rolle når det kommer til observasjon og kartlegging av smerter hos palliative kreftpasienter. De nasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremhever dette i punkt 2. Sykepleieren skal ivareta pasientens integritet og verdighet. Under dette ligger retten til faglig, forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt retten til medbestemmelse og ikke å bli krenket. Punkt 2.10 sier noe om sykepleieren sitt ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre smerte («Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», 2019). Paragraf 2-1b i Helsepersonelloven sier at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Med egne erfaringer har jeg opplevd at det er sykepleieren som tilbringer mest tid med pasienten og er den som får inntrykk av hvordan pasienten har det. De har derfor mulighet til å være med på å kartlegge, evaluere og vurdere behandlingen. Sykepleiere på en medisinsk avdeling har ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov, kartlegge smerte og administrere medikamenter. Vurdering av pasientens smerter bør gjøres hyppig, og riktig evaluering bør tas for å kunne oppnå riktig smertelindring. Slik kan nødvendige tiltak settes i gang, og man kan tilpasse en individuell smertelindring (Kaasa, 2008). Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, likevel er det mange pasienter som ikke opplever tilfredsstillende smertebehandling (Holtan et al., 2005). Det kan skyldes at en del kreftpasienter har flere typer smerter samtidig, som kan gi en vanskelig behandling og krever en bredere kunnskap. Valberg et al. (2010) viser til at 47 % av pasientene tror at bruk av smertestillende medikamenter kan skjule progresjon av sykdommen eller nye smerter. Dette viser hvor nødvendig det er at sykepleieren tar seg god tid til å snakke med pasienten og svare på spørsmål pasienten har (Valberg et al., 2010).

Uavhengig av hvilken smerte og diagnose pasienten har, vil sykepleieren ha en plikt til å lindre lidelse til pasienten. Om pasienten har kreft smerter, gjennombruddsmerter eller hodepine, skal tilstrekkelig smertelindring gis. Adekvat smertelindring er avhengig av pasientens smertetype og hvilke medikamenter som brukes (Lorentsen & Grov, 2017). Dette synliggjør behovet for økt og god kunnskap hos sykepleiere, og de bør øke sin individuelle kunnskap ved kartlegging, observasjon og medikamentell behandling. Pasienten vil da motta en bedre kvalitet i helsehjelpen, og det gir større sjanse for å kunne lindre pasienten.

Sykepleiere har fått økt kunnskap rundt smertebehandling gjennom smerteforskning, men det kommer fram at mange sykepleiere fremdeles har for lite kunnskap om smertebehandling (Danielsen et al., 2016). Dette kan være uheldig fordi pasientene kunne fått bedre behandling av smertene. Det kan skyldes fordommer relatert til avhengighet av analgetika eller holdninger om at med kreft fører det alltid med smerte. En del kan også tro at det ikke finnes noen måte å lindre kreftsmertene på (Valberg et al., 2010). I praksis

møtte jeg mange pasienter med kreftsmarter. Sykepleierene ble ofte spurt av legen om hvilken dose pasienten skulle få til å lindre smertene. Derfor bør sykepleieren tilegne seg kunnskap om smertelindring når de arbeider med kreftpasienter, siden det dessverre finnes leger med for lite kunnskap om dette på avdelingene. Det mest ideelle er å ha leger og sykepleiere med spesialisering innen onkologi på slike avdelinger hvor kreftpasienter er innelagt, dette målet er dessverre ikke oppfylt på enkelte små sykehus.

Manglende kunnskap hos sykepleiere og redsel for bivirkninger og håndteringen av disse kan påvirke smertelindringen negativt. Samtidig kan pasienten og pårørendes barrierer til smertebehandling og lindring innvirke (Holtan et al., 2005). I møte med pasienten må sykepleieren kartlegge om pasienten har noen barrierer. Da mange pasienter er redde for å bli avhengige og bivirkningene til behandlingen (Valberg et al., 2010). Sherman et al. (2004) nevner viktigheten av kunnskap og god opplæring i studieprogrammene om palliasjon og behandling ved livets slutt hos sykepleierstudenter for å yte kvalitetspleie. Det kommer fram at ved dårlig opplæring og lite kunnskap kan det begrense hvordan sykepleier håndterer smerter. I tillegg til at sykepleiere skal ha kunnskap om prinsippene om smertebehandling, må de også ha kunnskap om passende bruk av nonopioider, opioider og adjuvante terapier, samt hvordan de oppnår raskest mulig effekt av medikamentet. Sykepleieren må ha kunnskap om hvordan man håndterer bivirkninger av behandlingen, samtidig som de skal forebygge at bivirkninger oppstår. Ved å ha en god studieplan hos sykepleierstudenter som inneholder smertelindring og pleie ved livets slutt, gjør det sykepleierne bedre forberedt på å ta opp smerter og andre symptomer i møte med pasienter og pårørende med en kreftsykdom. Det er sykepleierens ansvar å sikre at pasienten er tilstrekkelig smertelindret gjennom observasjon og kartlegging og videreformidling til lege for å tilpasse riktig dose smertestillende (Sherman DW et al., 2004). På grunn av ulike skift og turnus, må sykepleierne være god til kunnskapsoverføring fra den sykepleieren som er i kontakt med pasienten til de som tar over ansvaret. Dette kan skje via dokumentering i pasientjournal, og det viktigste kan stå på rapportarket. Slikt sparer det pasienten for mye gjentakelser og bidrar til at alle sykepleierne kan danne en like god relasjon, dette forhindrer at pasienten blir avhengig av å ha en bestemt sykepleier.

## 5.2. Relasjon mellom sykepleier og pasient

Sykepleiere bør fokusere på å få til et godt samarbeid med pasienten og skape et tillitsforhold. Det er vesentlig at det er gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier, og det er avgjørende for å gi god smertelindring. Pasienten må ha tro på at sykepleieren kan hjelpe med smertelindringen og sykepleieren må lytte til pasienten. Sykepleiere bør tilrettelegge slik at pasienten får delta aktivt i planleggingen og i vurderingen av hvilke smertelindringsmetoder som skal anvendes. Ved å vektlegge pasientens egne meninger og erfaringer om hva som kan hjelpe. Pasientens opplevelse av trygghet, tillit og respekt kan være med på å forsterke effekten av smertebehandlingen (Valberg et al., 2010). I følge Sæteren (2010) er mange pasienter redde for smerte og lidelse som kreftsykdommen fører med seg, de kan være mer engstelig for dette enn selve døden. I møte med disse pasientene må sykepleieren ta seg tid til å snakke med pasienten for å skape trygghet. Man bør forsikre pasienten om at rapportering av smerte vil øke sjansen for å finne en behandling som kan lindre smertene. Forklare pasienten at alt som kan gjøres for å lindre smertene vil bli gjort, og at pasienten ikke blir overlatt til seg selv. Et av målene i sykepleie er å lindre smerte, det er nettopp dette sykepleieren gjør i møte med disse pasientene (Sæteren & Reitan, 2010).

For å kunne oppnå sykepleiens mål og hensikt beskriver sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee betydningen av god relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette dannes gjennom det Travelbee omtaler som menneske-til-menneske-forhold. Kreftpasienter er i en sårbar situasjon og trenger omsorg, empati og sympati fra sykepleieren (Lorentsen & Grov, 2017). Sykepleieren forsøker å etablere et menneske-til-menneske-forhold gjennom god kommunikasjon. God relasjon kan gi pasienter trygghet og gi de en følelse av at de har noen å stole på. Ved at sykepleier viser pasienten tillit, åpner pasienten opp for å fortelle om følelsene sine. Sykepleiere bør ta i bruk sine evner til å bruke seg selv terapeutisk og med en intellektuell tilnærming, noe som vil si at sykepleieren har evnen til å sette seg inn i situasjonen til pasienten, men fortsatt være en profesjonell sykepleier (Travelbee, 2001b). Slik kan sykepleierne tilstrebe å forstå hva pasienter kommuniserer og anvende denne informasjonen i behandlingen, slik at pasienten får best mulig smertelindring.

Kristoffersen og Nortvedt (2012) hevder forutsetningene for å skape en god dialog med pasienten er å lytte, tro og skape en allianse. Det kan være positivt å benytte aktiv lytting for å høre pasientens meninger. Da viser sykepleieren at hun er tilgjengelig for pasienten og pasienten føler seg sett og bekreftet (Lorentsen & Grov, 2017). I møte med nye pasienter bør sykepleieren sette seg inn i sykehistorien til pasienten og lese det som er tilgjengelig, slik at sykepleieren er best mulig forberedt (Bjørger, 2004). Hovedvekten av palliative pasienter som er innelagt på sykehus er kreftpasienter, og det karakteristiske ved palliasjonfilosofien er å tilrettelegge for god livskvalitet ved livets slutt både for pasienten og pårørende (WHO, 2014). Sykepleieren kan utføre dette ved å anvende den relasjonen som er skapt til pasienten og pårørende, til å lytte til dem, besvare spørsmål om sykdommen, behandlingen og bivirkningene.

Kreftpasienter kan få følelsen av at de er hjelpeløse og ute av stand til å ta kontroll over egen situasjon (Gibbins et al., 2013). Det er da veldig viktig for disse pasientene å møte sykepleiere som er villig til å danne en god relasjon, slik at pasienten blir trygg til å stille de spørsmålene en sitter med. Det første møtet med helsevesenet og sykepleierne etter man har fått diagnosen, har mye å si for hvordan pasienten opplever sykdommen sin, og behandlingen på sykehus. Hvis en pasient får et dårlig førstemøte med sykepleier vil dette mest sannsynlig prege pasienten resten av sykdomsforløpet siden pasienten har fått for seg hvordan det er på sykehuset. Derfor er det viktig at alle som arbeider som sykepleiere prøver å danne en god relasjon for å skape tillit til pasienten, som kan føre til en bedre behandling. Hvordan holdningene, stemningsleie og sykepleierens varhet er, har mye å si for hvordan pasienten oppfatter sykepleieren (Lorentsen & Grov, 2017). Sykepleieren må være empatisk for å få en forståelse av hvordan pasienten opplever situasjonen. Eksempelvis når man skal snu ei gammel dame, er man ekstra varsom hvis hun uttrykker smerter igjennom ansiktsuttrykk eller verbalt (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Psykiske og sosiale forhold kan påvirke pasienter som har kort forventet levetid i en palliativfase, eksempelvis plager som angst og depresjon. Derfor bør man se på den totale smerteopplevelsen hos pasienten, som også omtales som *total pain*. Under dette begrepet ligger nemlig fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell smerte (Helsedirektoratet, 2019). Studien til Gibbins et al. (2013) beskriver kreftpasienters forventninger til smertebehandling. Pasientene mente de var nok smertelindret når de klarte å utføre dagligdagse gjøremål, hobbyer og opprettholde det sosiale nettverket. Det kommer fram at kreftpasienter ønsker å være mest mulig selvstendig, noe de kan klare om de er riktig smertelindret. Når pasienten ikke lenger klarer å ta hånd om seg selv påvirker det livskvaliteten negativt. Noen av deltakerne lot smertene begrense deres aktivitet istedenfor

å ta medikamenter, mens andre begynte å ta medikamenter når smertene begynte å gå utover hverdagen (Gibbins et al., 2013). Sykepleieren kan støtte pasienten til å opprettholde sin kompetanse på flest mulig områder, såfremt pasientens helsetilstand tilsier dette. Dette kan støtte pasientens egenverd og troen på at det er mulig å organisere sitt liv til tross for funksjonsnedsettelse (Reitan, 2010). Sykepleieren kan ved å uttrykke følelsesmessig støtte styrke pasientens tilfredshet med sykepleieren, ved tilstedeværelse, ivaretagelse, uttrykke empati og bry seg om pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Kommunikasjon er nøkkelen til å danne en god relasjon med pasienten (Eide & Eide, 2010). Slik som Hjorth et al. (2018) beskriver viktigheten av sikkerhet rundt behandling og menneskelige forhold til pasienter med livstruende sykdom. I livets slutfase nevner pasientene at det er viktig med støtte, informasjon og åpenhet og at det var viktig å ha den trøstende sikkerheten. Pasientene foretrakk å ha en dialog med sykepleieren på diagnostidspunktet og på forskjellige vendepunkter i sykdommen. Sykepleieren må forstå når pasienten har behov for en samtale, ta i mot eller gi invitasjon til samtale. Hjorth et al. (2018) kom fram til at pasienter foretrakk å ha en samtale med noen som var jevn gammel eller eldre enn seg. «*Fordi jeg har begrenset tid igjen å leve, vil jeg vite alt som kan skje med meg. Jeg vil ha fagpersoner på sykehuset som informerer meg om mine rettigheter og fordeler, forventet sykdomsforløp og den siste fase for å oppfylle mitt ønske om verdighet ved livets slutt*» sitat fra ei dame med langtkommen lungekreft (Hjorth et al., 2018, s. 5). Når sykepleieren har dannet relasjon med pasienten, er det lettere for pasienten å møte utfordringer som kommer når det nærmer seg livets slutt. Sykepleieren kan gi trygghet med sin tilstedeværelse og kunnskap, som gir pasienten bedre livskvalitet. Sykepleieren må informere pasienten om dens rettigheter og hvilke tjenester sykehuset tilbyr ved livets slutt. (Lorentsen & Grov, 2017).

### 5.3. Betydningen av kartlegging av smerter

Kreftsmarter blir ofte definert som kompliserte og vanskelig å finne årsaken til, spesielt ettersom det kan være flere smerter samtidig. Det kan for eksempel være en blanding av nevrologiske og nociseptive smerter, som ofte sees hos pasienter med metastaser. Smerter som forekommer under en aktiv kreftsykdom, blir ofte omtalt som kreftrelaterte smerter eller kreftsmarter (Jensen, 2015). Bjørgo (2010) mener at det er enklere å diagnostisere kreftutløste smerter i motsetning til ikke-maligne smerter. Fremdeles er det 50 % av kreftpasientene med kjent smertediagnose som ikke får god nok behandling for smertene sine. Pasienter i en palliativ fase har ofte sammensatte symptomer, og ofte en god del andre plager utover smertene, og dette kan påvirke smerteintensiteten (Kaasa, 2008). På bakgrunn av dette gir det en forutsetning at sykepleiere har kunnskap om kartlegging av symptomer hos denne gruppen pasienter. Man må ta utgangspunkt i pasientens beskrivelse og opplevelse av smerte i kartleggingen. For pasienter i palliativ fase står den totale smerte sentralt i diagnostikk og behandling, derfor er det sykepleierens ansvar å kartlegge pasientens totale smerte (Kaasa, 2007).

Når sykepleieren skal kartlegge smerte må fokuset være på hva pasienten føler, samt lytte til hvordan smertene opptrer og hvor den lokaliseres. Man må se på smertens lokalisasjon, smertetype, intensitet og tidsaspekt for å kunne kartlegge godt. Pasienten kan beskrive sine egne smerter som brennende, stikkende eller sviende. Dette er pasientens subjektive følelse av smerte noe man bør ta på alvor. På bakgrunn av disse opplysningene fra pasienten kan sykepleieren komme frem til smertetypen, om det er nevrologiske smerter, nociseptive smerter eller en annen type smerte (Bjørgo, 2004). På bakgrunn av dette har



sykepleieren sammen med legen en sjanse til å finne riktig smertebehandling. I registreringen av smerte kan sykepleieren bli et hinder hvis man ikke klarer å tolke pasientens smerteuttrykk. Hvis pasienten ikke er i stand til å uttrykke smertene verbalt, må sykepleieren anvende sine grunnleggende kunnskaper ved å observere og hjelpe å beskrive smerten (Danielsen et al., 2016).

I studien til Rustøen et al. (2013) kommer det fram at det ikke finnes et optimalt verktøy som kan skille gjennombruddssmerter fra vanlige smerter. De presenterer at det ofte blir brukt Visuell Analog Skala og Numeric Rating Scala til å kartlegge smerter hos pasienter. Gjennombruddssmerter hos kreftpasienter påvirker hverdagen negativt, noe som går utover blant annet aktivitet, søvn og livskvalitet (Jensen, 2015). Gjennombruddssmerter er vanskelige å evaluere og diagnostisere, derfor er det vanskelig å lage et godt kartleggingsverktøy som skal kunne avdekke disse smertene. Sykepleierne er viktig når pasienten er inneliggende på sykehuset siden de er med pasienten, administrerer medisiner og evaluerer smertelindringen. Derfor må sykepleieren ha kunnskap og føle seg trygg når de behandler pasienter med gjennombruddssmerter. Likevel viser det seg at det fremdeles er mangel på kunnskap på smertelindring til kreftpasienter blant sykepleiere. Sykepleiere må øve inn en god rutine på bruk av kartleggingsverktøy, som gir en bedre kvalitet på pleien pasienten mottar. I studien Rustøen et al (2013) kommer det også fram at det er enklere for erfarne sykepleiere å anvende kartleggingsverktøy, enn det er for de mer uerfarne. Sykehusavdelinger må legge inn kartlegging som en standard i pleien, hvor det er klare retningslinjer på hvor ofte man skal kartlegge. VAS og NRS er ikke optimal til å skille vanlig smerte fra gjennombruddssmerter fordi det kun gir informasjon av tilstedeværelsen av smerte og smerteintensiteten, ikke informasjon til å skille smertetyper (Rustøen et al., 2013).

Slik som i studien til Gibbins et al. (2013) fant pasientene å rangere smerte på en skala fra 0 til 10 ikke hjelpende, men derimot om man kartlegger smertene ut i fra hva smertene begrenser de i å gjøre i hverdagen, hadde det større betydning. Pasienter rapporterer sjeldent dette selv når smertene blir kartlagt. Det er da ideelt å utvikle et nytt kartleggingsverktøy som blir individualisert, som går spesifikt på smertenes betydning ved daglige oppgaver, pasientens rolle og aktivitetsoversikt. Kartleggingen vil gå ut i fra de punktene over blant annet i forhold til når smerten oppstår, i hvilken aktivitet, intensiteten og hvordan smerten påvirker hverdagen. Dette kan være nyttig kartlegging hos kreftpasienter, siden det hjelper de i å formidle hva som er viktig for dem, og hva de ønsker å gjøre den siste levetiden (Gibbins et al., 2013). Sykepleieren kan motivere pasienten til å dokumentere smertene selv, ved å skrive ned beskrivelse av smerte og tidspunkt. Pasienten bør også inkludere om det var noe som utløste smertene eller om de oppsto uprovosert (Rustøen et al., 2013).

Den palliative pleien fokuserer på mer enn bare den fysiske, men også det psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige smerten. Dette perspektivet har gitt opphavet til begrepet total smerte, som strekker seg helt tilbake til etableringen av fagfeltet palliasjon (Kaasa, 2007). Den palliative fasen er fra når sykdommen blir uhelbredelig til pasientens død. Palliative pasienter bør regelmessig kartlegges ved å bruke Edmonton Symptom Assessment System, for å se om pasienten har det optimalt eller om det trengs endringer. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen anbefaler å bruke ESAS som kartleggingsverktøy (Helsedirektoratet, 2019). ESAS ble utviklet med formålet til å bedre kartlegging av pasientens symptomer, bidra til at flere lidelser avdekkes, slik at pasienten skal få bedre kvalitet på pleie og behandling. I studien til Ihler et al. (2019) gjennomførte de et dybdeintervju med sykepleiere på norske sykehus om bruk av ESAS.

Tilbakemeldingene var «ESAS inneholder de viktigste punktene for å kunne kartlegge pasienten» og «Det er pasientens egen kartlegging. Det er ikke vi som anslår noe» (Ihler & Sæteren, 2019) . Mine erfaringer er ved å anvende ESAS til pasienten, åpner det opp for samtale hvor pasienten kan fortelle om andre symptomer og plager. Sykepleieren kan fange opp andre symptomer som ikke kartlegges på skjemaet ved hjelp av samtalen som oppstår. Eksempelvis om pasienten har problemer med obstipasjon eller diaré, dårlig matlyst eller har vonde tanker. Deretter kan sykepleieren prøve å gå i dybden på symptomets karakter og hvordan det påvirker pasienten, noe som får pasienten til å føle seg sett og tatt på alvor. Det positive med ESAS er at det uttrykker pasientens subjektive opplevelse, ikke sykepleierens mening.

I forkant av kartleggingen må sykepleier bruke den veiledende og undervisende funksjonen, for å informere både pasient og pårørende om hvorfor og hvordan vi kartlegger symptomene. Sykepleieren kan gjøre dette ved å ta seg tid til å gå i dybden ved kartleggingen sammen med pasienten og pårørende, og forklare hvordan man vil behandle de ulike symptomene som eventuelt avdekkes. Dette fremmer trygghet hos pasienten og pårørende, og bidrar til en bedre forståelse av symptomene som pasienten opplever (Nortvedt & Gønseth, 2016). Det beste er om pasienten selv fyller ut skjemaet, men om pasienten ikke er i fysisk eller kognitiv i stand til å gjøre det selv kan sykepleier eller pårørende bistå. Når pasienten fyller ut skjemaet selv blir det 100 % pasientens subjektive opplevelse, og dette kan påvirkes hvis andre fyller det ut for pasienten (Ihler & Sæteren, 2019) . I praksis ga vi ESAS-skjemaet til pasienten på morgenen, etter at vitale parametere var målt. Man spør alltid pasienten om han/hun/hen er i form til å fylle ut det selv, eller om de behøver bistand. Jeg har erfaring med at veldig syke kreftpasienter med lite energi, vanligvis ønsker bistand til å fylle ut skjemaet.

Dessverre kommer det fram i forskningen til Ihler et al. (2019) at det er varierende bruk av ESAS i klinisk praksis, og at det varierer fra avdeling til avdeling. Hos noen ble ESAS-skjemaet ofte bare et papir i bunken, og ikke brukt til å tilpasse behandlingen. Andre avdelinger hadde en fast rutine på gjennomføring av ESAS ved innkomst, en dag i uken og ved endringer i helsetilstand. Sykepleierne som deltok i studien uttrykte at de følte det var uklare rutiner rundt dette, som førte til ulik praksis. Fordelen med å anvende ESAS hos palliative kreftpasienter er at man får et øyeblikksbilde av pasientens symptomopplevelse, hvor flere symptomer kan fanges opp, og man kan følge opp symptomer og effekten av tiltak over tid (Ihler & Sæteren, 2019). Symptomene som kommer fram er individuelle, men kan eksempelvis være kvalme, smerte, redusert matlyst og søvnproblematikk. Sykepleieren kan ved å gjennomføre systematisk kartlegging, fange opp endringer tidlig og effektivt. Noen pasienter rapporterer ikke om symptomer selv siden de tror at det er en vanlig bivirkning ved sykdommen, og de må leve med det. På bakgrunn av dette ser man hvor viktig det faktisk er å gjennomføre kartleggingen systematisk for å kunne avdekke symptomer, med mulighet til å lindre (Kaasa & Loge, 2007). I praksis har jeg gjennomført mange ESAS-kartlegginger til kreftpasienter, og det er interessant å sammenligne tidligere resultater og se etter endringer. Skåringene på de ulike punktene kan ha mye å si for sykdommens progresjon og for å se på om pasienten er godt nok lindret. Hvis resultatene er vesentlig endret fra siste utfylte skjema, kan det være nødvendig å diskutere resultatene sammen med pasienten med faglig begrunnelse.

## 6. Konklusjon

Pasienters holdninger og barrierer, relasjonen mellom sykepleier og pasienten, samt sykepleierens holdninger og kunnskap har en innvirkning på smertelindring til pasienten. Barrierene til pasientene henger sammen med mangel på kunnskap om medikamenter som følge av toleranse og avhengighet, og dette kan føre til at de ikke ønsker å motta behandlingen og må leve med smerter som reduserer livskvaliteten. Dette viser at sykepleieren bør ta i bruk sine evner til å danne en god relasjon med pasienten, for å kunne avdekke pasientens barrierer. De kan avdekkes i kartleggingen av smerter og kommunikasjonen rundt kartleggingen. Pasientene bør få god informasjon før man iverksetter smertelindring for å hindre at det skaper barrierer hos pasienten. Dette forutsetter en kunnskapsfull sykepleier som kan tolke verbal og nonverbal informasjon fra pasienten.

For å oppsummere hvordan sykepleieren kan lindre smerter hos kreftpasienter, kan sykepleierne ta i bruk ulike egenskaper og verktøy. Eksempelvis kan dette være å vise omsorg, bruke seg selv terapeutisk og ha en disiplinert intellektuell tilnærming. Ved å skape en god relasjon med pasienten etablerer man gjensidig tillit, som fører til at pasienten tør å være åpen om sine smerter og bekymringer, og kan resultere i at pasienten involveres i samarbeidet om bedre kartlegging og vurdering. Det er blitt presentert ulike kartleggingsverktøy i oppgaven, og den som kartlegger flest plager hos pasienten er Edmonton Symptom Assessment System. Denne bør implementeres bedre i organisasjonen som en rutine, og alle sykepleiere bør få god opplæring for å bli trygge på anvendelse og tolkning av resultatene, uten at det havner i «papirbunken». Det viser seg at kontinuerlig kartlegging av smerter er hensiktsmessig for å sørge for at pasientens smertefølelse blir tatt på alvor. Fremdeles har kartleggingsverktøy til kreftsmarter forbedringspotensiale, da det bør gjøres nyere forskning på hvilke plager som går igjen hos kreftpasienter.

Travelbee belyser hvorfor god kommunikasjon er viktig fra og med første møtet med pasienten. Hun beskriver nødvendigheten av en god etablert relasjon, for å lindre smerte. I forskning har det vist seg å ha stor betydning, da det blir enklere for pasienten å fortelle mer nyansert om sine lidelser til sykepleieren.

Avslutningsvis har jeg fått økt kunnskap om smertelindring hos palliative kreftpasienter. Siden smerteopplevelsen påvirkes både av psykisk, fysisk, sosiale og eksistensielle faktorer, er det viktig at sykepleieren har kunnskap om den totale smerte, samtidig som man ivaretar både den medikamentelle og ikke-medikamentelle smertebehandlingen. Videre har jeg fått økt kunnskap av viktigheten av god relasjon mellom pasient og sykepleier. Etter arbeidet med denne oppgaven er jeg klar for å møte pasienter med respekt, ydmykhet og åpenhet. Til slutt vil jeg påpeke det faktum at man aldri blir utlært, og at utfordringen vil ligge i de utallige individuelle personlighetene, smertetyperne og evnen til å formidle smerte og følelser under de ulike fasene i sykdomsforløpet.

# Litteraturliste

- Bjørger, S. (2004). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient—Utfordring—Handling* (2. utg., s. 139–146). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 40-60, 149-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381–423). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg., s. 130-162). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., & Reid, C. M. (2013). *What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study*. 28(1), 71–78.
- Haugen, D. F., Jordhøy, M. S., & Hjermstad, M. J. (2007). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 197–211). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet.
- Hjorth, N. E., Haugen, D. F., & Schaufel, M. A. (2018). Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: A focus group study. *ERJ Open Research*, 4(2), 00101–02017. <https://doi.org/10.1183/23120541.00101-2017>
- Holtan, A., Kongsgaard, U. E., & Ohnstad, H. O. (2005). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2005/02/originalartikkel/smerter-hos-kreftpasienter-innlagt-i-sykehus>
- Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, (79585), e-79585. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>
- Jensen, N.-H. (2015). Cancerrelaterede smerter. I N.-H. Jensen, M. Høgh, & A. P. Pickering, *Smerte bogen* (s. 200–220). København: Munksgaard.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, F. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (2. utg., s. 83–127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2. utg., s. 16–20). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaasa, S. (2007). Palliativ medisin—En introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon Nordisk lærebok* (2. utg., s. 29–46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kaasa, S. (2008). Smertediagnostikk. I *Palliasjon Nordisk lærebok* (2. utg., s. 286–289). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2007). Diagnostikk innen palliasjon—En generell innføring. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon Nordisk lærebok* (2. utg., s. 77–81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Loge, J. H., Bjordal, K., Paulsen, Ø., & Kaasa, S. (2007). Den palliative konsultasjonen. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon Nordisk lærebok* (2. utg., s. 63–72). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397–429). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, P., & Gønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17–28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om Pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 11. mai 2020, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. (s. 72–99). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Rosland, J. H., & Tjølsen, A. (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon Nordisk lærebok* (2. utg., s. 312–325). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rustøen, T., Geerling, J. I., Pappa, T., Rundström, C., Weisse, I., Williams, S. C., ... Wengström, Y. (2013). How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 402–407. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.12.002>
- Sherman DW, Matzo ML, Paice JA, McLaughlin M, & Virani R. (2004). Learning pain assessment and management: A goal of the end-of-life nursing education consortium. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(3), 107–142.
- Sæteren, B., & Reitan, A. M. (2010). Omsorg for døende pasienter. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (s. 235–255). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte* (1. utg., s. 31–65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001a). Begrepet kommunikasjon. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg., s. 135–166). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (2001b). Hva er sykepleie. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg., s. 29–47). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Valberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. (4), 266–276.
- WHO. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Hentet fra <https://ldh.brage.unit.no/ldh-xmlui/bitstream/handle/11250/2416574/403.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2019). Hentet 11. mai 2020, fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

# Vedlegg

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

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

---

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

---

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fyllt ut av (sett ett kryss):

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