



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Kreft og smertelindring

Cancer and pain management

Innleveringsdato: 24.05.2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10200

Antall ord: 7091

Sammendrag

Problemstilling:

«Hvilke faktorer kan påvirke smertelindringen hos pasienter med kreft?»

Metode:

Oppgaven er et litteraturstudium, jeg har utført systematiske søk for å finne relevant forskning, disse er gjennomgått nøye og jeg finner de relevant for min problemstilling. Jeg har funnet både kvalitative og kvantitative studier for å skape dybde i oppgaven.

Funn:

Ulike faktorer påvirker smertelindringen hos kreftpasienter. Pasientenes barrierer viser seg å være kompliserte og ha stor påvirkning på deres smertelindring og smerteopplevelse. Sykepleiernes holdninger og kunnskaper er på noen områder gode, mens de på andre områder mangler innsikt. For å skape kontinuerlig vurdering av smertene og effekten av lindringen er det utvist gode resultater ved bruk av smertedagbok for pasientene.

Drøfting:

Drøfter funnene fra forskningsartiklene opp mot teori og Joyce Travelbee's interaksjonsteori. Pasientenes barrierer i forhold til smertelindring kan føre til dårlig behandling, men hvis sykepleierne bruker sin kunnskap og informasjonsplikt, kan dette snu til noe positivt. Sykepleiernes evne til å informere kan også føre til at pasienten forstår sin sykdom bedre og symptomene som kan oppstå. Manglende kunnskap hos sykepleierne kan være en årsak til at pasientene ikke får tilstrekkelig smertelindring.

Konklusjon:

Både pasientenes barrierer, relasjonen mellom sykepleier og pasient, evnen til å kartlegge å vurdere og sykepleiernes kompetanse og holdninger har innvirkning på hverandre, og hver og en kan påvirke smertelindringen i enten positiv eller negativ forstand.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	I
1.1 Innledning til tema.....	I
1.2 Bakgrunn for valg av tema – utledes i en problemstilling	I
1.3 Definisjon av sentrale begrep i problemstilling	II
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	II
1.5 Oppgavens oppbygning.....	III
2. Metode	III
2.1 Beskriv metoden.....	III
2.2 Vitenskapelig tilnærming	IV
2.3 Søkehistorikk i tabell.....	V
2.4 Valg av litteratur.....	VI
2.5 Kildekritikk	VI
3. Empiri.....	VII
3.1 Artikkelmatrise	VII
3.2 Sammenfattet empiri	IX
4. Teoretisk referanseramme.....	X
4.1 Sykepleierens rolle og ansvar i smertelindringen.....	X
4.1.1 Relasjonsbygging	XI
4.1.2 Kartlegging, observasjon og vurdering	XII
4.1.3 Veiledning og informasjon.....	XIII
4.2 Smerter	XIV
4.3 Hva kjennetegner kreftsmarter	XV
4.4 Smertelindring hos kreftpasienter	XVII
5. Diskusjon.....	XVIII
5.1 Innledning.....	XVIII
5.2 Påvirker pasientenes barrierer, smertelindringen?	XVIII
5.3 Kartlegging og vurdering, i samhandling med pasienten.....	XX
5.4 Har sykepleiernes kunnskap og holdninger noe å si for smertelindringen?.....	XXII
6. Konklusjon.....	XXIV
Referanseliste	XXVI

1. Innledning

1.1 Innledning til tema

I Norge fikk rundt 33 000 mennesker beskjed om at de hadde fått kreft i 2016. Av disse var 46% kvinner og 54% menn. (Kreftregisteret, 2016) Symptomet smerte er det mest fryktede hos pasienter med kreft (Kongsgaard, 2017). Med dagens legemidler kan man yte tilfredsstillende smertelindring til mer enn 90 prosent av pasientene. Dagens kreftbehandling er mer effektiv. Dette fører til at flere overlever og at flere må leve med kroniske smerter som følge av kreftbehandling og/eller kreftsykdom (Kongsgaard, 2017). Sterke smerter kan påvirke pasientens psykososiale behov og utvikle frykt og angst (Danielsen *et al.*, 2016). I følge nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen skal sykepleiere forstå og ha erfaringskunnskap og handlingskompetanse for smertebehandling og annen symptomlindrende behandling (Aass *et al.*, 2015). For å oppnå tilstrekkelig smertelindring hos pasienter med kreft kreves det kunnskap om temaet.

1.2 Bakgrunn for valg av tema – utledes i en problemstilling

Siden forekomsten av kreft øker, vil behovet for smertelindring bli større i fremtiden. Personlig ønsker jeg å få økt kunnskap om hvordan man skal håndtere utfordringer knyttet til smerter hos kreftpasienten. Å lindre kreftpasienters smerter finner jeg sykepleiefaglig relevant fordi dette kan knyttes opp i mot de syv ansvars- og funksjonsområdene sykepleiere har. De består av behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, helsefremming og forebygging, undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse og fagutvikling (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Det finnes mange faktorer som virker både hemmende og fremmende i smertelindringen hos denne pasientgruppen. Derfor valgte jeg nettopp smertelindring hos kreftpasienter som tema. Min problemstilling lyder som følgende:

Hvilke faktorer kan påvirke smertelindringen hos pasienter med kreft?

1.3 Definisjon av sentrale begrep i problemstilling

Smertebehandling: «Målet for smertebehandlingen er å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet» (Den norske legeforening, 2009). Begrepet palliasjon brukes også som lindrende. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Helsedirektoratet (2015)).

Kreft: Kreft kan oppstå i alle organer eller vev. Man skiller mellom to ulike celledeling, benign og malign. Den benigne (godartede) celledelingen sprer seg ikke og vokser langsomt, men trekker ikke inn i omliggende vev. Mens den ondartede (malign) celledelingen sprer seg og vokser raskt, trenger også inn i omliggende vev og fører ofte til spredning. Ved kreft har det oppstått skader (mutasjoner) i cellens arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert. Etter hvert som disse kreftcellene fortsetter å dele seg ukontrollert, skjer det en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet. Det vil etter hvert dannes en kreftsvulst (Wyller, 2014).

Smerte: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse.» Smerte er alltid subjektiv. Smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold. Begrepet «total pain» brukes ofte i palliasjon for å beskrive denne kompleksiteten. (Kongsgaard, 2017)

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Faktorer som påvirker smertelindringen kan være både fremmende og hemmende, og disse kan være direkte og indirekte. Direkte faktorer går på det pasientnære, mens de indirekte går på systemet. Jeg har valgt å fokusere på sykepleier-pasient-forholdet, og sykepleierens kompetanse på fagområdet. Jeg har i tillegg valgt å se bort i fra faktoren som dreier seg om kulturelle forskjeller. Barn under 18 år er ikke inkludert i denne oppgaven.

Innen smertelindring hos kreftpasienter er alle de syv ansvars- og funksjonsområdene relevante. I denne oppgaven har jeg hovedfokus på lindring, men som en del av lindringen og

funn i utvalgte forskningsartikler blir det relevant å ta opp kartlegging, undervisning og veiledning for å besvare problemstillingen.

Det er flere sykepleieteoretikere som kunne vært relevant for denne oppgaven. Jeg har valgt Joyce Travelbees sykepleieteori som handler om det pasientnære. Det relasjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient.

1.5 Oppgavens oppbygning

Metodekapitlet starter med en introduksjon om valg av metode, altså et litteraturstudium. Her vil jeg også fremvise hvilken litteratur jeg skal bruke i denne oppgaven, hvordan jeg fant den, samt en kritisk vurdering av de kvalitative og kvantitative forskningsartiklene. Empirikapitlet viser en kort oversikt over valgte forskningsartikler og en sammenfatning. Deretter tar teorikapitlet for seg teori om kreftrelaterte smerter, smerter som fenomen, sykepleierens rolle og funksjon i smertelindringen, relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier, med Joyce Travelbee som teoretiker. Disse kapitlene danner grunnlag for diskusjonen. I dette kapitlet vil jeg se på de faktorene jeg har funnet i den utvalgte forskningen og drøfte for og i mot om disse påvirker smertelindringen hos kreftpasienter. Her vil også Travelbees sykepleieteori drøftes i forhold til funn i forskningsartikler og forøvrig annen teori. Oppgaven avsluttes med en konklusjon hvor jeg svarer på problemstillingen.

2. Metode

2.1 Beskriv metoden

Metoden brukes som redskap når noe skal undersøkes. Blant annet komme frem til ny kunnskap og etterprøve kunnskap som allerede foreligger (Dalland, 2012). Jeg har valgt litteraturstudie som metode, hvor jeg har brukt fagdatabaser for å finne forskningsartikler som gir grunnlag for å svare på min problemstilling. Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler er brukt for å forstå ulike aspekter ved faktorene jeg har valgt ut. Jeg har også prøvd å finne litteratur som ikke er eldre enn 18 år, med unntak av en artikkel. Jeg har også sett på hvor deltakere som var med i studien, for å utvise reliabilitet. Samtidig har jeg

vært bestemt på å bruke norske studier for at overføringsverdien til sykepleie i Norge skal være gyldig. Uten om det har jeg brukt faglitteratur, pensumlitteratur, retningslinjer og lovverk.

2.2 Vitenskapelig tilnærming

Målet for vitenskapsteori er å erverve seg kunnskap om mennesket, samfunnet og naturen. Det finnes to ulike retninger innen vitenskapsteori, positivismen og hermeneutikken. Positivismen fremhever menneskets erfaringer gjennom sansene, mens hermeneutikken bygger på allmenn teori som man kan forstå og tolke. Både subjekter og objekter (Thomassen, 2011). Det finnes i hovedsak to tilnæringsmetoder: kvalitativ og kvantitativ. Den kvalitative metoden handler om egenskapene eller kvalitetene et fenomen har. Da snakker vi om fenomener som ikke kan måles eller tallfestes. Kvalitativ metode bygger på den hermeneutiske retningen.

På den andre siden er den kvantitative tilnæringsmetoden. Den brukes for å avdekke sikker kunnskap (Aadland, 2011). Disse fenomenene kan måles i tall og hviler på den positivistiske metoden (Dalland, 2012). I oppgaven har jeg både med artikler som er kvalitative og kvantitative, for å belyse ulike sider for å dekke teorien på best mulig måte og få nye innfallsvinkler.

Travelbees sykepleieteori bygger på samhandling mellom pasient og sykepleier. Hun er også sentral i interaksjonsteorien og hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleierens mål blir å hjelpe pasienten til å forebygge, finne mening ved lidelse og sykdom, eller å mestre sin egen sykdom. Samtidig hevder hun at det er gjennom kommunikasjon vi utveksler egne meninger og opplevelser med hverandre (Travelbee, 1999). Gjennom en profesjonell tilnærming kan man oppnå resultatet ved å kommunisere målrettet med pasienten. Samtidig må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk i samhandlingen (Travelbee, 1999). Et viktig aspekt i interaksjonsteorien er også at sykepleieren må skape en autentisk og mellommenneskelig relasjon til brukeren. På denne måten kan man fremme velvære, utvikling og helse (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Det er da viktig at man har fokus på å være likeverdige mennesker og ikke har fokus på hvilke roller de har. For å opprettholde en slik relasjon er det viktig at det utvikler seg over tid og at pasienten har tillit til sykepleieren. Forholdet utvikler seg gjennom fem faser som Travelbee beskriver slik: innledende møte,

framvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

2.3 Søkehistorikk i tabell

Tabell 1

Database søkedato	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Utvalgt funn
Svemed+ 05.04.18	S1 Neoplasms		8561	2	2	Sykepleieres erfaring med smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter. (1)
	S2 Pain management		239			
	S3 Nursing		10081			
	S1 and S2 and S3		2			
Medline 02.05.18	S1 Neoplasms		3058740	15	9	The usefulness of a daily painmanagement diary for outpatients with cancer-related pain. (2) Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. (3)
	S2 Pain management		42410			
	S3 Nursing		525441			
	S4 Affect or influence or importance or challenges		2183898			
	S1 and S2 and S3 and S4		61			
Pubmed 31.04.18	S1 Neoplasms		3055853	15	6	Barriers to effective pain management (4)
	S2 Pain management		106754			
	S3 Nursing		701986			
	S4 Affect or challenges or influence or importance		2185241			
	S1 and S2 and S3 and S4		202			
	S1 and S2 and S3 and S4	Gratis full tekst	35			
Medline 05.05.18	S1 Neoplasms or cancer		2857728	19	5	Cancer patient's barriers to pain management and psychometric properties of the Norwegian version of the Barriers Questionnaire II. (5) Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). (6)
	S2 Pain management		42637			
	S3 Barriers		11087			
	S1 and S2 and S3		333			

Hånd søk

Tabell 2

Database og søkedato	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Anvendt funn
Svemed+ 05.04.18	S1 Neoplasms		8561	7	2	Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. (7)
	S2 Pain measurement		900			
	S1 and S2		49			
	S1 and S2	Fulltekst	21			

2.4 Valg av litteratur

Det har vært en krevende prosess å finne gode forskningsartikler som belyser min problemstilling. Jeg har brukt i hovedsak «Pubmed» og «Medline», men for å finne norske forskningsartikler brukte jeg «Svemed+». Gode søkeord for «faktorer» var utfordrende å finne. Om jeg brukte «factors» som søkeord fikk jeg ingen/få treff. Derfor måtte jeg finne ulike søkeord for påvirke. Jeg valgte først å kombinere et søk med «affect» OR «importance» OR «influence» OR «challenges», for så gjøre et fullt, strukturert søk med «nursing» AND «neoplasms» AND «pain management». Søkene ga mange treff, men kun noen var relevante for min problemstilling. «Svemed+» er en liten fagdatabase, så jeg forventet ikke å få mange treff der. Allikevel fant jeg en forskningsartikkel som var relevant. Ved å ha sett på andre bacheloroppgaver om smertelindring hos kreftpasienter fant jeg en forskningsartikkel som kunne være relevant. Jeg brukte søketabellen fra den bacheloroppgaven for å finne frem til artikkelen. Etersom søkeordene ikke var forenelig med de jeg allerede hadde brukt, valgte jeg å kalle denne for hånd søk og derfor er det søket i egen tabell.

2.5 Kildekritikk

Alle utvalgte forskningsartikler er hentet fra vitenskapelige tidsskrifter. I tillegg er alle artiklene primærlitteratur. Det er med på å utvise validitet. I følge Dalland (2012) innebærer det originalartikler og teoretiske artikler der forfatteren har presentert sin egen forskning og inneholder ikke annens tolkning av studien. Jeg gjennomførte et søk med alle artiklene i bibliotekets søketjeneste, Oria. Søketjenesten hadde tilgang på alle de syv utvalgte artiklene. Gjennom Oria fant jeg ut at alle forskningsartiklene er kvalitetssikret ved fagfelle vurdering.

Dalland (2012) hevder at artiklene blir vurdert og godkjent av noen som er eksperter på fagfeltet. Når jeg søkte etter artikler, fant jeg også andre artikler som kunne vært relevant for min problemstilling. Grunnen til at jeg ikke valgte disse var at studiene ble gjort i land der jeg er usikker på hvordan helsetjenestene er organisert og fungerer. Derfor benytter jeg kun studier fra Norge, Australia og USA. Artiklene er på norsk og engelsk, jeg finner det mest hensiktsmessig fordi kulturelle forskjeller kan påvirke smerteopplevelsen og barrierene hos pasienter og sykepleier og dette kunne påvirket min oppgave. Artiklene følger også IMRAD-strukturen, noe som kan gi en pekepinn på om de er sikre kilder. Litteraturlisten hos alle artiklene er også riktig formulert og man kan enkelt finne igjen andre artikler ved å bruke studienes litteraturliste. Alle forskningsartiklene er publisert i tidsskrifter og gir en god oversikt over hvem forfatterne er. Fire av forskningsartiklene er eldre enn ti år gamle, men jeg anser resultatene i studiene som relevante tross alder. Ved to av forskningsartiklene bruker de samme spørreskjema som i studien fra 2009 (BQ-II). Dette viser at studiene fremdeles er relevante. Jeg sammenlignet resultatene fra studiene om pasientenes barrierer der spørreskjemaet BQ-II var brukt. De viste ingen signifikante forskjeller.

3. Empiri

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 3

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat, diskusjon	Kommentarer
Molnes, S. I. (2014) Sykepleieres erfaring med smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter. (1)	Hva sykepleierne syntes var utfordrende og tilfredsstillende i smertelindringen til hjemmeboende pasienter med kreft.	Kvalitativ forskning. Halvstrukturerte intervju med ti sykepleiere.	Avdekket dilemmaer knyttet til relasjon. Uenigheter om bruk av smertestillende. Sykepleierne ønsket mere tid til faglig oppdatering. Vanskelig å utføre en samtale om åndelige behov.	Undersøker sykepleiernes barrierer, som kan påvirke pasientenes smertelindring.

<p>Schumacher K. L. <i>et al.</i> (2002) The usefulness of a daily painmanagement diary for outpatients with cancer-related pain. (2)</p>	<p>Beskrive nyttigheten av å bruke en pasientdagbok i smertelindringen</p>	<p>Randomisert klinisk studie. 155 pasienter og 90 pårørende.</p>	<p>Pasientene fikk en økt kontroll over egen smerte, den økte deres bevissthet i forhold til smerte, veiledet de gjennom smertehåndterings atferd og lettet kommunikasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier.</p>	<p>Viser at ved å gi pasientene selv muligheten til å kartlegge, styrker smertelindringen.</p>
<p>McMillan, S. C. <i>et al.</i> (2000) Knowledge and Attitudes of Nurses in Veterans Hospitals About Pain Management in Patients With Cancer (3)</p>	<p>Vurdere og beskrive sykepleiernes kunnskap og holdninger om smertelindring.</p>	<p>En utforskende, beskrivende studie. 85 tilfeldig utvalgte sykepleiere.</p>	<p>Dårlig kunnskap om smertefysiologi, farmakologi, betydningen av ikke-medikamentell smertelindring. God kunnskap om viktigheten av å spørre pasientene om smerte, mekanismene til analgetika, toleranse og kulturelle forskjeller innen smerte. Kontinuerlig vurdering førte til god smertelindring.</p>	<p>Viser sider ved sykepleiernes kompetanse og holdninger som kan påvirke smertelindringen både positivt og negativt.</p>
<p>Yates, P. M. <i>et al.</i> (2002) Barriers to effective pain management. (4)</p>	<p>Undersøke kreftpasienters tro og holdninger til kreftsmerte og smerteopplevelser og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.</p>	<p>Tverrsnittundersøkelse. 114 kreftpasienter på australske sykehus</p>	<p>Pasientene stiller høye krav til smertelindringen. Pasienter som ikke hadde snakket med noen om sin smerte, ville snakke med en sykepleier, fremfor en lege. Lite informasjon om smertestillende medikamenter. Redsel for kvalme.</p>	<p>Viser også andre barrierer som de andre forskningsartiklene om barrierer ikke tok for seg.</p>

Valeberg, B. T. <i>et al.</i> (2009) Cancer patient's barriers to pain management and psychometric properties of the Norwegian version of the Barriers Questionnaire II. (5)	Undersøke hvilke barrierer norske kreftpasienter har i forhold til smertelindring.	Kvantitativ forskning. 321 kreftpasienter deltok i studien.	Frykt for avhengighet av smertestillende medikamenter, bivirkninger, toleranse, smertestillende kan skjule utviklingen av kreften.	Ser på hvilke barrierer som kan påvirke smertelindringen.
Gunnarsdottir, S. <i>et al.</i> (2002) Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II. (6)	Undersøke hvilke barrierer kreftpasienter har mot smertelindring.	Kvantitativ forskning. 1. studie: 27 opplærte sykepleiere innen smertelindring og 12 kreftpasienter. 2. studie: 172 kreftpasienter	Viser at pasientene har høyere forekomst av barrierer enn de opplærte sykepleierne og at kreftpasientene som allerede hadde optimal smertelindring hadde mindre barrierer enn de som hadde utilstrekkelig smertelindring.	Gjennom barrierekartleggings skjemaet BQ-II kan man se på hvilke barrierer pasientene har og hvor mange som opplever disse barrierene.
Valeberg, B. T., Bjordal, K. og Rustøen, T. (2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. (7)	Beskrive hvilke barrierer kreftpasienter har i forhold til smerte og smertebehandling og om disse påvirker smerteintensitet og funksjoner.	Tversnittundersøkelse. 217 kreftpasienter på poliklinikk.	Redsel for avhengighet, toleranse, nye smerter, bivirkninger (spesielt dødsighet) og monitorere symptomer i forhold til sin egen helsetilstand.	Viser hvilke barrierer som kan påvirke pasientenes smertelindring i Norge.

3.2 Sammenfattet empiri

For å finne svar på hvilke faktorer som påvirker smertelindringen hos pasienter med kreft har jeg sett på fellestrekk og variasjoner i de syv ulike forskningsartiklene. Et fellestrekk ved faktorer som påvirker er pasientens barrierer, som fire av artiklene hevder. Eksempler på pasientenes barrierer var redsel for avhengighet, toleranse, bivirkninger, spesielt dødsighet og kvalme. Pasientene følte de hadde liten kontroll over egen smerte. (Gunnarsdottir *et al.*, 2002; Yates *et al.*, 2002; Valeberg *et al.*, 2009; Valeberg, Bjordal og Rustøen, 2010) Dette var konsekvensen av dårlig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, samt. dårlig

informasjon fra helsepersonell. I studien til McMillan *et al.* (2000) trekkes det frem at sykepleierne har dårlig kunnskap om smertefysiologi, farmakologi, betydningen av ikke-medikamentell smertelindring, samtidig viser den at sykepleierne har god kunnskap om viktigheten av å spørre pasientene om smerte, mekanismene til analgetika, toleranse og kulturelle forskjeller innen smerte. Holdningene hos sykepleierne var at det var de som skulle planlegge smertelindringen. Pasientene og pårørende skulle ikke ta del i den. På den andre siden hadde de reflektert over at pasientene kunne ha smerte selv om de ikke uttrykte det og at kontinuerlig vurdering av smertene fører til god smertelindring for kreftpasienter. Forskning gjort av Schumacher *et al.* (2002) viser at dersom pasientene bruker en pasientdagbok der de noterer smerteintensitet, beskrivelse av smertene, når de har vondt og hvor lenge de har vondt, førte dette til at de fikk en kontroll over sin egen smerte. De opplevde økt bevissthet overfor sine smerter og mente at de fikk større kontroll over sin egen smertelindring og smerteopplevelsen. Molnes (2014) undersøkte sykepleiernes barrierer. Eksempler på disse er; lite rom for oppdatering av faglig kunnskap, utilstrekkelig smertelindring og uenigheter om hva optimal smertelindring er.

4. Teoretisk referanseramme

4.1 Sykepleierens rolle og ansvar i smertelindringen

Sykepleiere har syv forskjellige ansvars- og funksjonsområder. De består av behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, helsefremming og forebygging, undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse og fagutvikling.

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 og Beebe, 1996). Sykepleieren har et bredt ansvar innen smertelindring. De ulike ansvars- og funksjonsområdene omfatter datainnsamling, kartlegging, observasjoner og vurdering av smerter hos pasienten, administrering og vurdering av effekten av både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. I tillegg innebærer ansvaret også at sykepleieren har et relasjonelt forhold til pasienten, koordinering av tjenesten og samarbeid med kolleger (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Noen pasienter administrerer

legemidlene selv. Der sykepleierens ansvar blir å gi tilstrekkelig informasjon og veiledning. Dette gjelder også informasjon og undervisning til pårørende, dersom behovet er der.

4.1.1 Relasjonsbygging

Menneske-til-menneske-forholdet står sentralt hos Joyce Travelbee. Som sykepleier har man et ansvar for å etablere og opprettholde en relasjon til sine pasienter. Å etablere en god relasjon vil bidra til at både pasienten og sykepleieren forstår hverandre bedre og kommuniserer på en måte som begge forstår (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Pasientene har ofte problemer med å sette ord på opplevelsen av smerte til andre, slik at de får innsikt i hvordan smertene kjennes. Opplevelsen av smerten kan være vanskelig å beskrive på en måte som andre forstår og klarer å sette seg inn i opplevelsen (Travelbee, 1999). Derfor er det viktig at sykepleieren bruker sine egne erfaringer, men samtidig husker på at det er pasienten som kjenner smerten og seg selv. Som sykepleier har man et valg om å ha tillit til eller tvile på pasientens forklaring. Om sykepleieren ikke registrerer pasientens smerteuttrykk, kan sykepleieren bli et hinder i smertebehandlingen (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013). En relasjon utvikles over tid. Travelbee (1999) deler denne utviklingen i fem ulike interaksjonsfaser: Det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Det innledende møtet foregår ved første gangen sykepleieren og pasienten møtes. Ingen av partene kjenner hverandre, men møtes med forventninger og oppfatninger. Etterhvert får de et innblikk i hverandre gjennom identitet og personlighet. Sykepleieren danner seg et bilde av pasientens situasjon og pasienten lærer seg å kjenne deg som en person og ikke bare som en rolle/hjelper. Empati utvikles etter hvert, men er ikke en konstant handling. Empati er et ønske om å forstå den andre personen. Sympati er neste steg videre i prosessen. Sympati handler om ønsket av å avhjelpe pasientens lidelse. Sympati oppstår ikke uten at man opplever nærhet til den man ønsker å hjelpe. Når alle disse fasene er gjennomgått kan begge partene føle en gjensidig forståelse og kontakt. Dette relasjonelle forholdet opprettholdes ved å kommunisere. Da overfører man tanker og følelser til hverandre.

Travelbee hevder at empati og sympati ikke er nok for å hjelpe pasienten. Man må også kunne bruke seg selv terapeutisk. Det vil si at sykepleieren ikke bare kan ha et ønske om å hjelpe, men også inneha de kunnskapene og ferdighetene som trengs for å hjelpe og støtte. Samtidig er denne medfølelsen med på å videreutvikle en gjensidig forståelse og kontakt. Dette blir da

starten på et menneske-til-menneske-forhold, altså en relasjon. Gjensidig tillit anser Travelbee som et viktig element ved utvikling av relasjon. Dette innebærer at man må ha evne til å forstå hverandres følelser, og at tilliten oppleves som meningsfull og viktig for både pasienten og sykepleieren (Eide og Eide, 2007). Sykepleierens evne til å forstå pasientens situasjon kan være avgjørende for at pasienten skal føle seg ivaretatt (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Gjennom kommunikasjon kan man bli bedre kjent med pasienten og samtidig både identifisere og imøtekomme hans behov mener Travelbee (1999). Det som også er viktig for at pasienten skal føle tillit, er sykepleierens holdninger og atferd (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Hvis det opparbeides en god relasjon mellom sykepleier og pasient, som innebærer trygghet, respekt og tillit vil det kunne føre til at metodene for smertelindring har bedre effekt (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Hummelvoll (2014) mener også at relasjonen er avgjørende for pasientens utbytte av behandling og omsorg.

4.1.2 Kartlegging, observasjon og vurdering

Kartlegging av smerter er et av ansvarsområdene som er nedfelt i «De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere,» der står det at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse. For å kunne oppnå optimal smertelindring er det avgjørende at sykepleiere kan observere og utføre en kartlegging av pasientens smerter (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013).

Administrering av medikamenter, kartlegging av smerter og evaluering av tiltak er områder under det «lindrende» ansvars- og funksjonsområdet som sykepleieren har ansvar for (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

Det finnes tre måter å observere smerter hos en pasient på. Det er å lytte til pasienten, snakke med pasienten og se på pasienten. Siden smerteopplevelsen kan være vanskelig å beskrive kan det være hensiktsmessig å se på pasienten samtidig som man snakker med og lytter til vedkommende.

Ansiktsuttrykk.

Smerter kan føre til at pasienten får et ansent ansiktsuttrykk. Rykninger rundt øyne og nese kan spesielt oppstå ved akutte smerteanfall, slik som gjennombruddssmerter. Ufrivillige tårer kan også presses frem i øyekroken. Pasienter som har smerter over lang tid vil ofte være utslitte og se trøtte ut.

Huden.

Kaldsvette og blek hud fører ofte med seg ved sterke smerteopplevelser.

Respirasjon og puls.

Rask respirasjonsfrekvens og overfladisk pust kan ofte sees. Gispende lyder eller at pasienten holder pusten kan være tegn på sterk smerte. Pulsen blir også da raskere.

Kroppsholdning.

Opptrykte skuldre, foroverbøyd stilling ved gange eller i sittestilling tyder på smerter som har vedvart en god stund. Dette tyder på at kroppen er anspent. Beinsmerter fører ofte til at pasienten ligger helt urørlig, da disse smertene blir verre ved bevegelse.

Andre observasjoner.

Smerte fører ofte med seg andre problemer. Engstelse, irritabilitet, humørsvingninger og søvnproblemer er noen eksempler. Noen pasienter isolerer seg, blir ensomme og kan utvikle depresjon.

4.1.3 Veiledning og informasjon

Et annet aspekt ved sykepleierens ansvars- og funksjonsområder er den undervisende funksjonen. Denne funksjonen innebærer informasjon, undervisning og veiledning av pasienter, pårørende, men også medarbeidere og studenter. Dette skal være med på å fremme trygghet hos pasienten, men også være med på å hjelpe pasienten og pårørende til å forstå konsekvensene av sykdommen og behandlingen (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

Gjennom å gi pasienter med kreft tilgang til kunnskap og informasjon, myndiggjøres pasienten ved å få innflytelse i sin egen situasjon. Det er derfor vesentlig at pasienter med kreft får adekvat og korrekt informasjon, slik at de kan delta i beslutningsprosessen om sin egen behandling og ta reelle valg. Valgene kan gjelde både behandlingsstrategi eller behandlingsmål, enten det skulle dreie seg om et kurativt mål eller palliativt (Reitan og Schjølberg, 2017).

4.2 Smerter

Siden det sentrale og perifere nervesystemet reagerer med individuell styrke på smertestimuli, oppfattes smerteopplevelsen forskjellig fra person til person (Tønnessen, 1998). Siden opplevelsen er på varierende, vil muligheten for å forstå andres smerter bli ufullstendig (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013). McCaffery og Beebe (1996) definerer smerte slik: «Det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte».

De ulike smertetyperne:

Nociceptive smerter oppstår ved stimulering av nociseptorene. Nociseptorene finnes i flere vev, slik som hud, sener, beinhinne og muskler. Lynende smerter som ofte kan lokaliseres til det spesifikke organet. Smertene beskrives ofte som verkende, murrende, konstante smerter. Inflammasjon eller økning i tumorstørrelse er ofte årsaken, og smertene kommer ofte akutt (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013).

Skade på nervesystemet er årsaken til nevropatiske smerter (Kaasa og Borchgrevink, 2008). Både det perifere og sentrale nervesystemet kan skades. Det er selve skadene av nervene som kan gi opphav til smerte. Smertene viser seg gjennom huggende, stikkende eller brennende smerter, og kan oppfattes som lynende. Hos noen viser smertene seg ved å være snørende eller klemmende (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013).

Idiopatisk smerte brukes for smerter som er til stede, men som ikke har en kjent årsak. Her er det viktig å være ekstra påpasselig med å ikke konkludere at det er innbilte smerter. Det er ofte frustrerende at det ikke finnes noen åpenbar årsak (Berntzen, Danielsen og Almås (2013).

Psykogen smerte er smerter som skyldes psykisk lidelse eller sykdom der smerte er et symptom. Pasienten må ha fått en psykiatrisk tilstand, med smerter som symptom for at smertene skal benevnes som psykogene (Berntzen, Danielsen og Almås (2013).

4.3 Hva kjennetegner kreftsmarter

Smerter som kan sees i sammenheng med kreftsykdom blir ofte omtalt som kreftrelaterte smerter, maligne smerter eller kreftsmarter. Siden det kan være mange ulike årsaker til smerte, samt at det kan oppstå flere ulike smerter på samme tid, blir kreftsmarter ofte definert som kompliserte (Jensen, 2015a).

I den kurative fasen har 30-50% av de som rammes av kreft, mens i den palliative fasen opplever 70-90% smerte (Fitzgibbon, 2001). Smerter hos kreftpasienten kan oppstå under ulike faser. Dette vil si under diagnostisering, under behandling, men også som konsekvens av behandlingen. Den kan til og med oppstå mange år etter behandling. I tillegg ved den terminale fasen, ved uhelbredelig sykdom. Tre faktorer som er grunnleggende for å forstå pasientens smerteopplevelser er utredning, diagnostisering og tverrfaglig samarbeid. Dette fører til at man kan planlegge god smertelindring. Selv om man har behandlet pasienten og kreften er helbredet, kan smerte likevel oppstå. Skader på vev, skader på grunn av kirurgisk behandling, stråle- eller cytostatikabehandling eller generell svekkelse på grunn av sykdom er de ulike årsakene. I 70 prosent av tilfellene er kreftrelaterte smerter forårsaket av sykdommen. Hos de resterende 30 prosentene er det smerter som følge av behandlingen. Det er også viktig å huske på at pasienter med kreft kan ha smerter av en ikke-malign årsak (Reitan og Schjøllberg, 2017). Det finnes mange ulike type smerter. Dette kan begrunnes med at det finnes mange ulike tumortyper, hvor de oppstår og utbredelse. Smertene kan forsterkes av både psykiske, sosiale, eksistensielle eller åndelige forhold, i tillegg til dårlig smertelindring over lang tid.

I kreftomsorgen er det et begrep som heter «total pain», altså helhetlig smerte. Dette begrepet omhandler både fysisk, psykisk, sosial, åndelig og eksistensiell smerte. Smerter hos kreftpasienter kan bestå av flere dimensjoner samtidig.

Fysisk smerte

Den ene typen omhandler smerter som oppstår på grunn av aktivisering av smertereseptorer i sammenheng med vevsødeleggelse. Inflammasjon eller økning i tumorstørrelse er ofte årsaken, og smertene kommer ofte akutt. De omtales som nociseptive smerter (Jensen, 2015b). Disse symptomene kan man som oftest lindres med medikamenter.

Nervesmerter er smerter som oppstår når nervesystemet har fått en skade eller når nervecellene ikke fungerer slik de skal. Disse deles igjen i to – nevrogene eller nevrologiske. Disse smertene er vanskeligere å lindre med medikamenter. Pasienter som har hatt kreftdiagnosen lenge, har ofte nevrologiske smerter (Reitan og Schjølberg, 2017). Det kan sees i sammenheng med innvekst av kreftsvulsten med trykk eller ødeleggelse av perifere nerver (Rosland og Tjølsen, 2008).

Gjennombruddssmerter er intense smerter som er kortvarige. Pasienter med uhelbredelig kreft opplever ofte å ha kroniske smerter, med episoder av gjennombruddssmerter (Kaasa og Borchgrevink, 2007). Denne typen smerte krever medikamentell behandling som er tilpasset intensiteten og krever medikamenter som er hurtigvirkende. Den fysiske smerten omhandler ikke bare vevsødeleggelse, men også kvalme, tørste, tretthet og lignende. Skjelettsmerter, eller som mange kaller det – beinsmerter. Smertene skyldes som oftest metastaser i ryggmargen. Disse smertene kjennes ofte ut som en jevn, murrende smerte og vil øke i intensitet ved bevegelse (Rosland og Tjølsen, 2008).

Psykisk smerte

Psykisk smerte er angst eller psykiske reaksjoner som oppstår som følge av sykdom og lidelse. Den begynner ofte med en sorgreaksjon når de får beskjeden om at de har kreft. Påfølgende angst og depresjon er ikke uvanlig. Fornektelse og raseri ender ofte med akseptering til slutt. Mange føler skyldfølelse, fordi de ofte må ta i mot mer hjelp de var vant med fra før og de kan kjenne på at de er en byrde for menneskene i rundt seg (Kaasa og Borchgrevink, 2007).

Sosial smerte

Sykdom og lidelse er ensomt. Sosial smerte betyr bekymringer for familie, arbeid, økonomi, og det å være avhengig av hjelp for noen (Kaasa og Borchgrevink, 2007).

Åndelig og eksistensiell smerte

Pasienters håp og mening, tro og livssyn foreligger under denne smerten. Det å lete etter meningen med livet ved alvorlig sykdom, å definere selvbildet på nytt, hvorfor skal akkurat jeg bli syk? Dette er spørsmål som kan gi en indre smerte (Kaasa og Borchgrevink, 2007).

4.4 Smertelindring hos kreftpasienter

Hvilken type smertelindring som egner seg best, avgjøres ved å kartlegge hvilken type smerte pasienten har, samt smerteintensitet.

Generelle prinsipper for smertelindring er utarbeidet for å gi pasientene den beste smertelindringen. De lyder som følgende:

- Pasienten skal få en helhetlig vurdering av sitt smerteproblem.
- Smerteintensitet og smertetype bestemmer hvilken medikamentell behandling som skal brukes.
- WHO's smertetrapp skal brukes
- Dersom smertene tilsier det skal pasienten ha faste doser peroralt, samt behovsmedisin ved gjennombruddssmerter
- Kontinuerlig oppfølging og dosejustering dersom smertene avtar/øker.
- Laksantiaprofylakse ved bruk av opioider, for å unngå obstipasjon
- Bruk av behandlingsopplegg som lar seg gjennomføres praktisk (Helsedirektoratet, 2015).

WHO's smertetrapp

Trinn 1: Ikke-opioide analgetika. Det vil si Paracetamol eller NSAIDs (Ikke-sterioide antiinflammatoriske midler). Hvis smertene vedvarer forsøker man trinn 2.

Trinn 2: Opioider ved svak til moderat smerte. For eksempel Kodein. Man bruker da ikke-opioide analgetika som grunnmur, slik at opioidene har bedre effekt.

Trinn 3: Opioider ved sterke smerter. Her brukes også paracetamol eller NSAIDs i bunnen i tillegg til sterkere opioider, som for eksempel morfin, fentanyl eller metadon. Paracetamol foretrekkes på grunn av bivirkningsprofil. Kombinasjonen med ikke-opioider kan føre til tilfredsstillende smertelindring eller redusere behovet for større doser opioider (Helsedirektoratet, 2015).

Ved at sykepleieren bruker WHO's smertetrapp kan man tilrettelegge smertelindringstiltakene hos pasienten. De siste tiårene har fokuset på individualisert smertelindring blitt bare større og større. Sykepleierne kan ved hjelp av denne iverksette hensiktsmessig medikamentell smertelindring for sine pasienter, med legens ordinasjoner. Smertetrappen var i første omgang tenkt for å lindre smerter hos pasienter med kreft, men i senere tid ser man at den også er

relevant for ikke-maligne smerter. Ut i fra denne trappen kan sykepleiere evaluere og vurdere smerteintensitet, samt velge om det er behov for sterkere smertestillende (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013).

5. Diskusjon

5.1 Innledning

Med utgangspunkt i min valgte problemstilling: «Hvilke faktorer kan påvirke smertelindringen hos pasienter med kreft?» vil jeg nå diskutere funnene fra de ulike forskningsartiklene og presentert teori.

5.2 Påvirker pasientenes barrierer, smertelindringen?

Det finnes ulike årsaker til at pasientenes barrierer mot smertelindring oppstår. Dette kan være misforståelser mellom pasient og sykepleier, feiloppfatninger og manglende kunnskap om smerte og smertebehandling. Når det viser seg at to tredjedeler av kreftpasienter ikke har noe som helst kunnskap om smertestillende medikamenter, er det ikke rart at barrierer i forhold til smertelindring oppstår (Yates, 2002).

Pasienter med kreftrelaterte smerter opplever mange barrierer mot smertelindring. I pasientrettighetsloven § 3-2 (1999) står det at pasienten har rett på informasjon om den helsehjelpen han får. Dette innebærer også informasjon om legemidler. Hvilken type medikament, hvorfor han får medikamentet, administrasjonsmåte og hvilken virkning eller bivirkninger som kan oppstå. Forskning viser at pasientene har lite kunnskap i forhold til avhengighet og toleranse, men også om smertestillende medikamenter (Gunnarsdottir *et al.*, 2002; Yates *et al.*, 2002; Valeberg *et al.*, 2009; Valeberg, Bjordal og Rustøen, 2010). Pårørende er også bekymret med tanke på medikamentavhengighet hos sine nærmeste. Frykten oppstår fordi pasientene ikke får nok informasjon på forhånd og dermed ikke forstår mekanismene ved avhengighet (Yates *et al.*, 2002). Sterke smertestillende medikamenter kan være vanedannende. Morfin og morfinlignende preparater kan ved lang tids bruk skape avhengighet. Det finnes to ulike former for avhengighet. Det er fysisk avhengighet og psykisk

avhengighet. Fysisk avhengighet dreier seg om bruk av opioider over lang tid og gradvis nedtrapping er nødvendig for å unngå abstinenser. Det pasientene trolig forbinder med avhengighet er når man utnytter opioider for å oppnå en annen ønsket effekt enn smertelindring. Dette kalles psykisk avhengighet. Det er sjelden slik avhengighet utvikler seg for pasienter som inntar opioider for behandling av smerter (Passik, Portenoy og Lundberg, 1999). Dersom pasientene ikke forstår disse mekanismene er det ikke urimelig at de ikke følger smertelindringsregimet og dermed ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring. I følge forskning viser det seg at opioidavhengighet er et av områdene sykepleiere har dårligst kunnskap om (Granheim *et al.*, 2015). I følge WHO's smertetrapp endres medikamenttypene eller dosene økes ved økende intensitet på smerten. En bivirkning som ofte oppstår da er døsighet. Dette er en av bivirkningene pasientene frykter mest (Valeberg, Bjordal og Rustøen, 2010; Molnes, 2014). For å forhindre at pasienten ikke reduserer dosen på grunn av frykt for døsighet, er det viktig at pasienten og sykepleieren snakker sammen og planlegger på hvilket tidspunkt det passer best for pasienten å øke dosen. Døsighet på grunn av doseøkning varer i ca. en ukes tid, dermed kan pasienten gå glipp av sosiale sammenkomster eller andre ting som han synes er betydningsfullt.

I tillegg er det også mange kreftpasienter som tror at ved å bruke smertestillende medikamenter mot smerter med lav intensitet, vil ikke medikamentet fungere like godt senere hvis smertene øker (Valeberg, Bjordal og Rustøen, 2010). Dette kalles for toleranseutvikling. Man kan utvikle toleranse for en uønsket bivirkning. Et eksempel på det er kvalme. Ved førstegangs inntak av et medikament kan pasienten oppleve kvalme som en bivirkning, desto lengre tid man bruker medikamentet, jo mindre kvalm blir han. Dette fører da til en hensiktsmessig toleranse ovenfor det medikamentet, pasienten blir kvitt bivirkningen etter en stund. Dersom pasienten tar smertestillende medikamenter kan dette skape toleranse for virkningen. Pasienten må stadig øke sin dose av smertestillende for å eliminere smertene. Ved å undervise og informere om WHO's smertetrapp kan dette føre til bedre forståelse hos pasienten og pårørende for hvilke prinsipper helsepersonell bruker ved smertelindring og bedre forståelse av konsekvensene ved å ikke ta forordnede smertestillende medikamenter, hvis behovet er der. Det kan også føre til økende tillit til sykepleieren og økt kontroll over smertene og smertelindringen hos pasienten. Et annet perspektiv er at i studien til Gunnarsdottir, S. *et al.* (2002) fant de ut at kreftpasientene som hadde oppnådd optimal smertelindring hadde mindre barrierer enn de som hadde utilstrekkelig smertelindring. Dette kan tyde på at barrierene pasientene har til smertelindringen kan være forutinntattheter som de ser ikke stemmer overens med virkeligheten når de har fått økt kunnskapen sin. Ved å

informere og gi pasienter med kreft mer kunnskap om nettopp smertestillende medikamenter og behandlingsprinsipper som brukes kan pasienten bli mer delaktig i sin egen behandling. Adekvat og korrekt informasjon er vesentlig for at pasienten skal bidra til å ta avgjørelser og få mer innflytelse på sin generelle helsesituasjon. Dette gjelder både innenfor kurativt og palliativ setting (Reitan og Schjølberg, 2017). Kristoffersen og Nortvedt (2011) mener at forutsetningene for å få en god dialog med pasienten er å tro, lytte til og skape en allianse. Å sette seg ned å lytte til pasienten kan være positivt. Dette viser at sykepleieren er tilgjengelig for pasienten og pasienten kan føle seg sett og bekreftet (Grov og Lorentsen, 2013).

5.3 Kartlegging og vurdering, i samhandling med pasienten.

I forkant av kartleggingen må sykepleier bruke et av de syv ansvarsområdene, og det er den undervisende og veiledende funksjonen. Det er viktig å informere og veilede pasienten og eventuelt pårørende om hvorfor man utfører en kartlegging. Dette kan fremme trygghet for pasienten og pårørende og bidra til bedre forståelse av sykdommen og symptomene som oppstår (Nortvedt og Grønseth, 2013). Som tidligere nevnt er det viktig at sykepleierne bruker sine egne erfaringer under smertekartlegging og smertelindringen. I studien til Molnes (2014) var det flere av sykepleierne som hadde opplevd at sykepleiere som hadde vært pårørende i lignende situasjoner hadde lett for å uttrykke personlige meninger. Som regel fører dette til positiv gevinst, men man skal også være klar over at det kan oppfattes som uprofesjonell yrkesutøvelse for andre.

Sykepleiere bruker sjelden kartleggingsskjema ved vurdering av pasientenes smerte. Kun 3 av 10 sykepleiere hadde benyttet seg av ESAS (Edmonton Symptom Assessment System). Sykepleierne hevder at det er nok at de spør pasientene om smertene (McMillan *et al.*, 2000; Molnes, 2014). I følge annen forskning gir smertekartleggingsskjemaer bedre forståelse for hvordan pasientene føler seg og pasientene opplevde at de kunne uttrykke smertene mer presist (Layman, Horton og Davidhizar, 2006).

I kartlegging og vurdering er sykepleierens evne til å kommunisere på en slik måte at pasienten får en følelse av å bli forstått viktig (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Travelbee hevder at det er vanskelig for en pasient å sette ord på sin smerte slik at den andre forstår hvordan smertene kjennes. Schumacher *et al.* (2002) har forsket på nettopp denne

utfordringen. For å oppnå en optimal kartlegging bør pasienten være i stand til å rapportere enten nonverbalt eller verbalt, både smertens karakter og intensitet, da smerte er en subjektiv opplevelse. Det er sykepleierens oppgave og ansvar å tolke den verbale eller nonverbale rapporteringen. Sykepleiere reflekterer over hvordan man skal tro på det pasienten sier eller skårer på kartleggingsskjema når pasienten ikke uttrykker noen ytre tegn til smerte (Nortvedt *et al.*, 2013). Samtidig viser forskning at sykepleierne forstår at pasientene kan føle smerte selv om de ikke uttrykker det. Pasientene kan være så slitne av smerte at de ikke greier å uttrykke det. (McMillan *et al.*, 2000) Som sykepleier har man et valg om å ha tillit til eller tvile på pasientens forklaring. Dersom sykepleieren ikke registrerer pasientens smerteuttrykk, kan sykepleieren bli et hinder i smertebehandlingen (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013). Når pasienten ikke er i stand til å rapportere smerten verbalt, kan man sykepleieren observere med sin grunnleggende kunnskap ved å se på pasienten, eller hjelpe pasienten å finne ord som beskriver smerten.

I hjemmebasert omsorg har man ikke mange tilsyn av sykepleier hver dag. Det kan være utfordrende å huske hvilke typer smerter og intensitet man hadde det forrige døgnet når sykepleieren kommer på tilsyn dagen etter. Dette kan også være et hinder for smertelindringen, da kontinuerlig vurdering er en viktig faktor for å lykkes med god smertelindring (McMillan *et al.*, 2000). Å ta i bruk en smertedagbok som et hjelpemiddel for kreftpasientene kan være hensiktsmessig for både vurderingen og kartleggingen av smertene og for selve behandlingen. I denne boken kan pasientene skrive ned hvilke typer smerter de opplever til en hver tid, hvordan høy intensiteten på smerten er, hvor lenge smertene varer, bivirkninger som de eventuelt opplever og dokumentere effekten av de smertestillende medikamentene. I studien Schumacher *et al.* (2002) undersøkte man nyttheten av en slik dagbok. 74% av pasientene mente at dagboken var betydningsfull. Den bidro til å økt bevisstheten og kontrollen over deres smerter og lettet smerteopplevelsen. Mange mente at kommunikasjonen med sykepleier og pårørende ble lettere også. Dette kan sees i sammenheng med at det er vanskelig å forklare sin smerteopplevelse, slik at andre skjønner den (Travelbee, 1999). Kun 10% av pasientene som opplevde smerte i studien til Yates *et al.* (2002) hadde snakket med familie eller venner om smerten. Dette kan nok også sees i sammenheng med hvor vanskelig det er å beskrive smerte. Ved bruk av en dagbok vil føle pasientene seg som en samarbeidspartner med sykepleieren om sin egen smertelindring (Schumacher *et al.*, 2002). Ved å inkludere pasientene i sin egen smertelindring tror jeg på

bakgrunn av punktene over, at man vil få en bedre smertelindring og styrke relasjonen mellom partene, samt bevare pasientens autonomi og likeverd (Eide og Eide, 2007).

Ved å kartlegge pasientenes barrierer med for eksempel skjemaet BQ-II, tror jeg man vil kunne forebygge at pasientene ikke tar sine medisiner, bekymringer rundt avhengighet og toleranse, generelt kreftpasienters barrierer. Ved å kartlegge barrierene før man kartlegger smertene, tror jeg det vil føre til at sykepleieren får en oversikt over hvilke emner han må informere pasienten om og hvilke barrierer som kan påvirke smertelindringen.

5.4 Har sykepleiernes kunnskap og holdninger noe å si for smertelindringen?

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleiere har et ansvar for å lindre smerter hos pasienten (NSF, 2011). Sykepleierne tilbringer mye tid sammen med pasientene og har en sentral rolle i smertelindringen som inneholder blant annet vurdering av smerte og smertebehandlingen (McCaffery og Beebe, 1996). Dette kan sees i sammenheng med Travelbees sykepleieteori, der hun hevder at ved all interaksjon med pasienten har sykepleieren mulighet til å opprettholde det relasjonelle forholdet mellom begge partene. Dette er nødvendig for å oppnå målene og hensikten sykepleieren har, som blant annet er å hjelpe pasienten til å mestre lidelse (Travelbee, 1999).

Som sykepleier har man et ansvar for å bygge opp en relasjon til pasienten, slik at pasienten har mulighet til å uttrykke sine behov og ønsker (Berntzen *et al.*, 2011). Hvordan sykepleieren utfører sitt arbeid, har mye å si for relasjonsbyggingen. Både varhet, holdninger, stemningsleiet og på hvilken måte sykepleieren ser pasientens behov på kan virke både negativt og positivt på oppbyggingen av relasjonen (Grov og Lorentsen, 2013). Holdninger hos sykepleierne bør være preget av respekt, innlevelse, vennlighet og omtanke (Molven, 2016). I studien til McMillan *et al.* (2000) hevdet 90 % av sykepleierne at det var de som skulle planlegge smertelindringen og ikke inkludere pasienten og deres pårørende. En del av planleggingen bør være kartlegging, siden smerte er en subjektiv opplevelse. Hvis man som sykepleier ikke skal involvere og samarbeide med pasientene i planleggingsfasen, har man ikke grunnlag for å starte lindring. På den andre siden svarte 80 % at de forsto viktigheten av å spørre pasientene om smertene. Her blir pasientene invitert til medvirkning, slik man kan

tolke det, og det har en positiv effekt på smertelindringen, som tidligere nevnt. Holdningene og kunnskapen hos disse sykepleierne tolker jeg som motsiende til hverandre.

Forskere som studerer smerte mener at manglende kompetanse kan være årsaken til at pasientene ikke får den behandlingen de har behov for. Dette kommer frem i Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen (2004) også. Som Travelbee (1999) hevder hjelper det ikke å oppnå en god relasjon med pasienten dersom man ikke har nok kunnskap til å hjelpe pasienten. Å forstå de ulike fysiske smertetyper og omfanget av total smerte, hvordan fysisk, psykisk, sosial, åndelig og eksistensiell smerte kan påvirke hverandre og føre til en komplisert smerteopplevelse for pasientene er vesentlig for å kunne hjelpe pasientene med å lindre smerte. Noen av sykepleierne i Molnes (2014) sin studie mente at pasientene måtte få optimal smertelindring på tross av at de ble døsig og at pårørende ikke fikk kontakt med dem. Det viktigste var at pasienten hadde det godt og at pårørende ble informert om pasientens situasjon. Jeg tenker at det er i slike situasjoner at relasjon og samarbeid mellom pasient, sykepleier og pårørende er spesielt viktig. Selv om sykepleieren synes det er viktig at pasienten er 100 prosent smertelindret i stedet for å være våken, er det ikke sikkert det er pasientens ønske. Dette er individuelt. Her ser man viktigheten med å ha en samtale med pasienten om hvilke ønsker og behov han anser som viktig. I slike situasjoner kan det være hensiktsmessig at sykepleieren viser sympati (dersom det relasjonelle forholdet er under utvikling eller har gjennomgått de fem fasene) og bruke seg selv terapeutisk for møte pasientens behov og hjelpe pasienten til å akseptere sin lidelse og sykdom. Det er også viktig at sykepleieren tilnærmer seg pasienten på en intellektuell måte. Da bruker sykepleieren sin fagkunnskap og innsikt for å finne ut hvilke behov pasienten har og hvordan hun kan hjelpe pasienten med å oppfylle ønskene (Travelbee, 1999).

Det viser seg at sykepleiere har lite kunnskap om smertepsykologi, farmakologi, målet for smertebehandlingen, og nytten av ikke-medikamentell behandling (McMillan *et al.*, 2000). Norsk forskning utført av Granheim *et al.* (2015) viser også at sykepleiere har for dårlig kunnskap om opioider og dens virkningsmekanisme. Frykten for å gi for stor dose med opioider eller frykten for å gjøre pasienten medikamentavhengig hindrer sykepleierne i å gi pasientene tilstrekkelig smertelindring. Sykepleierne gir derfor ineffektive doser med opioider eller venter med å gi (Molnes, 2014; Granheim *et al.*, 2015). I studien til Molnes (2014) ble sykepleiernes opplevelse av faglig oppdatering undersøkt. De ytret et sterkt ønske om å oppdatere seg faglig, men at arbeidsplassen ikke oppfylte deres behov. Ut i fra min egen

erfaring har man sjelden tid til å sette seg ned for å lese faglitteratur og det mangler ressurser for kursvirksomhet.

Helsepersonelloven (1999, §4) fastslår at sykepleiere har selv ansvar for å vurdere sin egen kompetanse i forhold til arbeidets oppgaver og at sykepleien skal utøves som faglig forsvarlig. Forskning viser at sykepleiere har for dårlig farmakologiske kunnskaper (McMillan *et al.*, 2000; Molnes, 2014). Nesten en tredjedel av kreftpasientene i studien til Yates *et al.* (2002) hadde ikke noe kunnskap om smertestillende medikamenter og omtrent to tredjedeler ønsket å vite mer. Det bør da være veldig essensielt at sykepleierne innehar kunnskap om de forskjellige smertestillende medikamentene, slik at de kan undervise pasientene om de akutte. I studien til Nortvedt *et al.* (2013) erkjente sykepleierne at behovet for økt kunnskap om smertefysiologi er der. Teoretisk kunnskap vil være et helt nødvendig grunnlag for utøvelsen av kompetent sykepleie (Kristoffersen, 2011).

6. Konklusjon

Både pasientenes barrierer, relasjonen mellom pasienten og sykepleieren og sykepleieres kunnskap og holdninger har innvirkning på smertelindringen. Pasientenes barrierer, altså mangel på kunnskap om smertestillende medikamenter, avhengighet og toleranse kan føre til at de ikke ønsker å motta behandlingen eller at de reduserer dosene på egenhånd (Valeberg, Bjordal og Rustøen, 2010). Dette viser viktigheten av at sykepleieren kartlegger disse barrierene før oppstart av behandlingen, og informerer og veileder pasienten ut i fra hvilke barrierer han har. For at denne informasjonen skal virke troverdig og korrekt, er det viktig at sykepleieren har tatt ansvar med å skape en relasjon til pasienten. Relasjon mellom sykepleier og pasient fører til gjensidig tillit og kan føre til at pasienten tørre å være åpen om sine smerter, samarbeide i vurdering og kartlegging og uttrykke sine bekymringer til sykepleieren. Hvilke holdninger sykepleieren har og viser til pasientene kan påvirke deres relasjon og en god relasjon og informasjon til pasientene kan igjen føre til at pasientenes barrierer blir mindre hemmende for smertelindringen. Kontinuerlig vurdering i samarbeid med pasienten vil ha stor gevinst for smertelindringen hos kreftpasienter. Det viser seg å være hensiktsmessig å bruke smertekartleggingsverktøy og smertedagbok for å opprettholde kontinuiteten og for å sørge at pasientens følelser på smerte blir tatt på alvor.

Sykepleiernes holdninger og kunnskaper i forhold til kreftpasienters smertepsykologi, farmakologien ved smertestillende medikamenter og sykepleiernes evne til å forstå viktigheten av informasjon til pasientene kan forbedres. I studien til Molnes ønsket sykepleierne at det skulle vært et større fokus på smertelindring i grunnutdanningen i sykepleie. Dette savner jeg også.

Selv om det stadig gjøres fremskritt teknologisk i smertebehandlingen, vil den kun ha begrenset verdi dersom de samfunnsmessige holdningene som skaper barrierer mot behandlingen ikke blir tatt tak i.

Referanseliste

Aadland, E. (2011) "Og eg ser på deg.." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Aass, N. *et al.* (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. IS-2285. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: «<https://helsedirektoratet.no/>» (Hentet: 7. april 2018).

Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2013) Sykepleie ved smerter, i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. (Red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 355-398.

Brønstad, A. og Skjetne, I. (2010) Helsefremmende arbeid. Oslo: Gyldendal undervisning, s. 138-149.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den norske legeforening (2009) *Retningslinjer for smertelindring*. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf> (Hentet: 4. april 2018).

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fitzgibbon, D. R. (2001) Cancer pain: management, i: Loeser, J. D. (Red.) *Bonica's management of pain*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, s. 659-702.

Granheim, T. H. *et al.* (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), s. 326-334. dio: <https://dio.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>.

Grov, E. K. og Lorentsen, V. B. (2013) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i Almås, H., Stubberud, D.-G og Grønseth, R. (Red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 401-437.

Gunnarsdottir, S. *et al.* (2002) Patient-related barriers to pain management: the barriers questionnaire II (BQ-II), *Pain* 99(3), s. 385-396. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00243-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00243-9).

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/behandling> (Hentet: 8. april 2018).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 7. april 2018).

Hummelvoll, J. K. (2014) *Helt- ikke stykkevis og delt*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, N.-H. (2015a). Cancerrelaterede smerter, i Høgh, M., Jensen, N.-H. og Pickering, A. P. (Red.), *Smerte bogen* København: Munksgaard, s. 201-221.

Jensen, N.-H. (2015b). Definition og klassifikation af smerter, i Høgh, M., Jensen, N.-H. og Pickering, A. P. (Red.) *Smerte Bogen*. København: Munksgaard, s. 45-56.

Kaasa, S. og Borchgrevink, P. C. (2007) Hva er smerte? Et klinisk perspektiv, i Kaasa, S. (Red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 271-283.

Kongsgaard, U. E. (2017) Smerter og smertebehandling, i Reitan, A. M. og Schjølberg. T. (Red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Kreftregisteret (2016) *Kreftstatistikk*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/> (Hentet: 10. mai 2018)

Kristoffersen, N. J. (2011) Sykepleie – kunnskap og kompetanse, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1. 2. utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 161-195.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (2011) Om sykepleie, i Kristoffersen, N. J., s. 15-28.

Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2011) Relasjon mellom sykepleier og pasient, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1. 2. utg.* Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 83-127.

Layman J, Y., Horton, F. M. og Davidhizar, R. (2006) Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), s. 412-421. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03735.x>.

McCaffery M og Beebe, A. (1996) *Smerter: lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

McMillan, S, C. *et al.* (2000) Knowledge and Attitudes of Nurses in Veteran Hospitals About Pain Management in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(9), s. 1415-1423. doi: <http://dx.doi.org/0190-535X>.

Molnes, S. I. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4 (2), s. 142-156. doi: <http://dx.doi.org/1892-26-78>.

Molven, O. (2016) *Sykepleie og jus*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Nortvedt, L et al. (2013) Kartlegging av smerte ga økt refleksjon. *Tidsskriftet sykepleien* 101(7), s. 38-41. doi: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0059>.

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 5. mai 2018)

Passik, S. D., Portenoy, R. og Lundberg, J. C. (1999) Substance abuse issues in cancer pain management. *Pain*, 23(9) Seattle: IASP Press, s. 9-23.

Reitan, A. M. og Schjølberg, T. (Red.) (2017) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Rosland, J. H., og Tjølsen, A. (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte, i Kaasa, S. (Red.) Palliasjon. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 311-326.

Schumacher, K. L. *et al.* (2002) The Usefulness of a Daily Pain Management Diary for Outpatients With Cancer-Related Pain. *Oncology Nursing Forum*, 29(9) s. 1304-1313. doi: <http://dx.doi.org/0190-535X>.

Thomassen, M. (2011) *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Valeberg, B. T., Bjordal, K. og Rustøen, T. (2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, 4(5), s. 266-276. doi: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0141>.

Valeberg, B. T. *et al.* (2009) Cancer patients' barriers to pain management and psychometric properties of the Norwegian version of the Barriers Questionnaire II. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23(3), s. 518-528. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00639.x>.

Wyller, V. B. (2014) *SYK 1*. 3 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Yates, P. M. *et al.* (2002) Barriers to Effective Cancer Pain Management: A Survey of Hospitalized Cancer Patients in Australia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), s. 393-405. doi: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00387-1](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00387-1).