

**PROFESJONSHØGSKOLEN  
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG  
BACHELOR I SYKEPLEIE**

**SY180H 000 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE**

**TEMA: SMERTEBEHANDLING**

**KANDIDATNUMMER: 37 OG 85**

**KULL 07H  
VÅREN 2010**

## INNHALDSFORTEGNELSE

|  |    |
|--|----|
| 1.0 Innledning .....                                       | 1  |
| 1.1 Bakgrunn for oppgaven og for valg av tema .....        | 1  |
| 1.2 Problemstilling .....                                  | 2  |
| 1.3 Avgrensning av problemstillingen .....                 | 2  |
| 1.4 Oppgavens oppbygning .....                             | 3  |
| <br>   |    |
| 2.0 Metode .....   | 4  |
| 2.1 Kvalitativ metode .....                                | 4  |
| 2.2 Positivismen/hermenuetikken .....                      | 4  |
| 2.3 Metodevalg .....                                       | 4  |
| <br>   |    |
| TEORIDEL .....   | 6  |
| <br>   |    |
| 3.0 Lungekreft .....                                       | 6  |
| 3.1 Sykdomshyppighet, utbredelse og årsaker .....          | 6  |
| 3.2 Spredning og prognoser .....                           | 6  |
| 3.3 Behandlingsalternativer .....                          | 7  |
| <br>   |    |
| 4.0 Smerte teori .....                                     | 8  |
| 4.1 Definisjon på smerte .....                             | 8  |
| 4.2 Ulike typer av smerte .....                            | 8  |
| 4.3 Kulturelle og individuelle forskjeller på smerte ..... | 9  |
| 4.4 Kartlegging av smerter .....                           | 10 |
| 4.5 Behandling av kreft smerter .....                      | 10 |
| 4.6 Grunnlaget for smertelindring .....                    | 12 |
| 4.7 Smertetrappen .....                                    | 13 |

|  |    |
|--|----|
| 5.0 Sykepleieteori .....   | 14 |
| 5.1 Joyce Trawelbees sykepleieteori .....  | 14 |
| <br>   |    |
| DRØFTINGSDEL .....   | 16 |
| 6.0 Case .....   | 16 |
| <br>   |    |
| 7.0 Hvilke utfordringer gir denne pasientgruppen oss som sykepleiere? .....                  | 17 |
| <br>   |    |
| 8.0 Hvordan kan sykepleieren arbeide for å kartlegge kreftpasienters smerteopplevelse? ..... | 20 |
| <br>   |    |
| 9.0 Hvordan kan sykepleieren bidra til å gi god smertelindring? .....                        | 24 |
| <br>   |    |
| 10.0 Kulturelle og individuelle forskjeller i forhold til smerteopplevelser .....            | 29 |
| <br>   |    |
| 11.0 Avsluttende kommentar .....   | 32 |

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for oppgaven og for valg av tema**

Vi er to sykepleierstudenter som studerer siste året på sykepleien ved Høgskolen i Bodø, og dette er vår avsluttende eksamen i Bachelor i sykepleie.

Oppgaven omhandler smertebehandling av kreftpasienter, samt sykepleierens rolle og ansvar i den medikamentelle smertebehandlingen til denne pasientgruppen.

Vi vet at de fleste pasienter med uhelbredelig/ ikke-kurabel kreftsykdom trenger behandling for smerte i løpet av sykdomsperioden. Smerte forringer pasientens livskvalitet betraktelig og er den kreftrelaterte plagen som pasientene frykter mest.

God kvalitet av lindrende smertebehandling ved kreft avhenger av kunnskap, kompetanse og av hvordan behandlingstilbudet er organisert. Til tross for økte kunnskaper om hvordan smerte hos kreftpasienter kan lindres, er det fortsatt den dag i dag pasienter rundt omkring ved norske sykehus som ikke får god nok smertelindrende behandling.

Det utvikles stadig nye legemidler, og praktiske prosedyrer forbedres. Vi får dermed større muligheter både for å forebygge og behandle kreftsykdommer. Dessuten endrer utbredelsen av kreftsykdommer seg i befolkningen, og kunnskap om dette er viktig i forhold til behandling av denne pasientgruppen.

Vi vet at et av fellestrekkene ved de ulike kreftsykdommene er at det over hele verden pågår et enormt arbeid for å forbedre diagnostikk og behandling av dem. Vi vet også at antall kreftpasienter øker jevnt, blant annet på grunn av et økende antall eldre mennesker. Ingen andre sykdommer skaper så mye angst og usikkerhet som kreft. Vi kommer med sikkerhet til å møte pasienter med kreftsykdommer eller pårørende til kreftpasienter som fremtidige sykepleiere!

Vi ønsker med denne oppgaven å få økt innsikt i hvordan lungekreftpasienter kan oppleve bedre smertelindring. Vi har valgt å skrive om smertelindring på grunn av at det er noe som interesserer oss, samtidig som vi håper på en lærerik prosess.

I løpet av vår praksisperiode var vi i kontakt med flere kreftpasienter, og opplevde at medikamentell smertebehandling er et område som mange sykepleiere, og også leger, ikke

føler seg trygge på/kompetente til. Vi vet at antallet krefttilfeller i landet er økende, og dermed er behovet for opplæring av smertebehandling stort slik at pasientene kan få den behandlingen de har krav på og trenger. Vi satser på å tilegne oss masse ny kunnskap om denne problematikken slik at vi som ferdigutdannede sykepleiere står ”bedre rustet” til å takle smerteproblematikkens utfordringer når den tid kommer, noe som vi mener er veldig viktig.

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta den medikamentelle smertebehandlingen ovenfor pasienter med lungekreft, slik at pasienten kan oppleve god smertelindring?

## **1.3 Avgrensning av problemstillingen**

Vi velger å avgrense oppgaven til at det gjelder voksne kreftpasienter i slutfasen innlagt på medisinsk avdeling. Grunnen til at vi har valgt å konsentrere oss om voksne er at det er egne prinsipper for smertebehandling av barn med kreft.

Med å *ivareta* den medikamentelle smertebehandlingen mener vi at vi som sykepleiere har som oppgave å administrere medikamenter, observere effekt, bivirkninger og så videre. Det er viktig at vi som sykepleiere er i tett dialog med legen, da det er legen som har det medisinske hovedansvaret.

Vi har begge vært i praksis ved lungemedisinsk avdeling hvor vi møtte mange pasienter med langt kommet lungekreft. Disse pasientene hadde ofte spredning/metastaser til andre organer (lymfe, skjelett, lever osv), så vi skal derfor ta for oss den generelle smertelindringen ovenfor de komplikasjoner lungekreft kan gi. Sykepleiere møter ofte store utfordringer i møte med slike pasienter, da lungekreftpasienter med spredning forårsaker mye mere smerter.

Denne oppgaven vil omhandle kun den medikamentelle smertelindringen av fysisk smerte. Vi går ikke inn på andre smertedimensjoner som psykisk smerte, sosial smerte, åndelig og eksistensiell smerte. Vi tar heller ikke for oss alternativ behandling som massasje, avslapning, akupunktur etc. fordi omfanget av oppgaven da blir for stort.

Vi har også valgt å belyse de individuelle og kulturelle utfordringene i forhold til smertebehandlingen.

## 1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven vår starter med kapittel 1.0 som er innledningen. Videre i første kapittel sier vi litt om bakgrunnen for oppgaven og for valg av temaet, vi presenterer problemstillingen, samt avgrensning av problemstilling.

Kapittel 2.0 er om metode – kvalitativ metode, positivismen/hermenuetikken og til slutt metodevalg.

Teoridelen begynner med kapittel 3.0 som omhandler lungekreft. Vi belyser sykdomshyppighet, utbredelse og årsaker. Spredning og prognoser, samt behandlingsalternativer.

Kapittel 4.0 omhandler smerte teori. I dette kapitlet trekker vi frem definisjonen på smerte, ulike typer smerte, kulturelle og individuelle forskjeller på smerte, kartlegging av smerte, behandling av smerte, grunnlaget for smertelindring og helt til slutt illustrerer vi smertetrappen.

Kapittel 5.0 omhandler sykepleieteori, og 5.1 Joyce Trawelbees sykepleieteori.

Så går vi over til drøftingsdelen. Kapittel 6.0 er en case. Her prøver vi å gi leseren et ”bilde” av en ”typisk” kreftpasient med metastaser, og et komplisert smertebilde.

I kapittel 7.0 drøfter vi hvilke utfordringer denne pasientgruppen (som presentert i caset) gir oss som sykepleiere.

Kapittel 8.0 handler om hvordan vi som sykepleiere kan arbeide for å kartlegge kreftpasienters smerteopplevelse.

Kapittel 9.0 er om hvordan sykepleierne kan bidra til å gi god smertelindring.

I kapittel 10.0 belyser vi de kulturelle og individuelle forskjeller i forhold til smerteopplevelser.

Og helt til slutt i kapittel 11.0 runder vi av med en avsluttende kommentar.

Oppgavens omfang er på 10 125 ord.

## **2.0 METODE**

### **2.1 Kvalitativ metode**

Ved hjelp av kvalitativ metode skal vi prøve å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2007). Formålet ved bruk av kvalitativ metode er å få samlet inn data som gjør det mulig å forstå et fenomen. Vi tar sikte på å få frem sammenheng og helhet ved hjelp av den data som samles inn.

### **2.2 Positivismen/hermenuetikken**

Ved hjelp av hermeneutiske perspektiver og kvalitative metoder skal vi forsøke å finne klarhet eller mening i det vi studerer.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og det innebærer å forsøke og finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet til noe som fremstår som uklart. Når man fortolker tekster ser vi på det som skal utforskes gjennom vår egen forforståelse (Dalland 2007). De tanker, følelser, inntrykk og kunnskaper vi har, vil være de "brillene" vi ser gjennom når senere skal drøfte det materialet som vi har funnet frem til. Vår teoretiske forforståelse vil gjenspeile seg i den teorien vi har valgt, og som vi betegner som vårt teoretiske perspektiv. Ved hjelp av hermeneutikken kan vi nærme oss en forståelse av hva det vil si å ha kreft; angsten, usikkerheten, smerteopplevelsen osv. Hvordan opplever pasienten det egentlig?

### **2.3 Metodevalg**

Vi har valgt å bruke Dalland (2007) *"Metode og oppgaveskriving for studenter"* som rammeverk for vår metode. Dette er hovedsakelig et litterært studie basert på litteratur fra pensum, i tillegg til at vi har funnet en del selvvalgt litteratur. Et litteraturstudie er bygd opp på kunnskap fra sykepleierrettede og andre skriftlige kilder. Til dette har vi brukt søkemotorene *BIBSYS* og *SCHOOLAR* for å finne relevant litteratur og pensumlitteratur. Viktige søkeord har vært *lunsecancer*, *smertelindring*, *medikamentell behandling* og *cancer*, både i kombinasjon og som enkeltsøk.

Forskningsartiklene er hentet fra "Tidsskrift for den Norske Legeforening" og fra "Journal of Pain and Symptom Management", og brukes for å få frem viktige poeng i oppgaven. Vi har også vært i kontakt med en kreftsykepleier som har lånt oss relevant litteratur.

I tillegg kommer vi også til å bygge oppgaven vår på egne erfaringer og opplevelser som vi har hatt ute i vår praksis som sykepleierstudenter.

Vi har bevisst valgt og ikke bruke intervju eller spørreundersøkelse som en metode i oppgaven vår, fordi vi tror det vil bli ganske tidkrevende med utarbeidelse av spørsmål, ut i felten å intervju og deretter bearbeiding av intervjumateriale. I tillegg er det ingen av oss som har brukt denne metoden tidligere, og dermed så har vi ingen erfaring med det.

Vi har heller valgt å kontakte ei avdeling på et av sykehusene i Nord-Norge som er spesialisert i smerteproblematikk. Dette blir da en primærkilde som skal dele sine erfaringer med oss gjennom en samtale, slik at vi får et viss innblikk i gitte situasjoner som omhandler vårt tema og deretter bruke dette i drøftingsdelen i oppgaven vår.



## **TEORIDEL**

### **3.0 LUNGEKREFT**

#### **3.1 Sykdomshyppighet, utbredelse og årsaker**

Lungekreft innebærer ondartede svulster i lungene. I Norden, som i resten av verden, er lungekreft den vanligste kreftformen. I Norge er det den nest hyppigste kreftformen hos menn og den tredje hyppigste hos kvinner. Antall tilfeller hos kvinner har økt de siste ti årene (Kvåle 2002:103).

Pasienter med lungekreft kommer til lege med forskjellige symptomer. Symptomene er avhengige av hvor tumoren sitter, og utbredelsen. Det foreligger ofte metastaser allerede på diagnosetidspunktet (Kvåle 2002:103).

Det er røyking som er hovedårsaken til lungekreft. Rundt 90 % av sykdomstilfellene skyldes røyking (Kåresen og Wist 2006:107).

#### **3.2 Spredning og prognoser**

Lungekreft kan vokse inn i nærliggende organer eller spre seg til andre områder enn utgangspunktet. Spredningen kan skje via lymfe- og blodbanen. Den første spredningen skjer vanligvis til lymfeknutene. Andre steder lungekreft kan spre seg til er lever, binyrer, skjelett, hjerne eller den andre lungen. Av og til kan spredningen skje til beinmargen også (Kvåle 2002:105).

Generelt må man dessverre si at prognosen for lungekreft er dårlig. Av de pasientene som kan opereres er det bare 30-40 % av dem som er i live etter 5 år. Prognosen kan være bedre ved tidlig behandling (Jacobsen m.fl. 2006:160).

### **3.3 Behandlingsalternativer**

Det finnes tre behandlingsmetoder ved lungekreft – kirurgi, cellegift og/eller strålebehandling.

I tilfeller der det er mulig blir pasienter operert. Men det er bare 20-25 % av pasientene som er operable. Grunnen til dette er som regel svulstens sentrale plassering, fjerne metastaser, innvekst i naboorganer eller fordi pasienten er for dårlig på grunn av redusert lungefunksjon eller svekket allmenntilstand. Pasienter som dette får palliativ behandling. Cellegift og strålebehandling kan gis i tillegg til operasjon, men kan også brukes hver for seg. Behandling med laser kan være aktuelt dersom svulsten stenger for luftveiene, eventuelt innleggelse av stent for å holde luftveien åpen (Jacobsen m.fl. 2006:160).

I følge Brunsvik (2006) har strålebehandling lindrende effekt på symptomene hos 60 – 80 % av pasientene. Samtidig bedres også pasientenes livskvalitet, noe som ofte er vel så viktig på behandlingseffekten som forlenget overlevelse (Brunsvik i Reitan og Schjølberg 2006:333).

## **4.0 SMERTE TEORI**

Smerte er en opplevelse sammensatt av bl.a. sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner. Aktivering av det sensoriske nervesystem og i noen grad også det autonome nervesystemet, er den nervofysiologiske basis for somatisk smerte. Vevsskade eller trussel om vevsødeleggelse, såkalt nocisepsjon, er alltid stimulus ved akutt smerte og i mindre grad ved kroniske smerter. I andre tilfeller oppstår det kroniske smerter uten påviselig pågående vevsødeleggelse. Smerte er altså et symptom og ikke en sykdom (Bjørø i Reitan og Schjølberg 2006:139).

I følge Kåresen og Wist er smerter et av de vanligste symptomene vi mennesker opplever. Når smerter oppstår hos en kreftpasient, vil det nesten alltid oppleves som en trussel mot ens eksistens. Dette er et tegn på at sykdommen progredierer. Pasientens psykiske og sosiale forhold vil medvirke til hvordan smerter oppleves og uttrykkes (Kåresen og Wist 2006:101).

Smerter er også et vanlig symptom ved lungekreft. Allerede på diagnosetidspunktet har 40 % smerter (på grunn av primærtumors beliggenhet og utbredelse eller metastaser), og 70 % vil erfare smerter en eller annen gang under sykdomsforløpet (Kvåle 2002:107).

### **4.1 Definisjon på smerte**

Smerte defineres av International Association for the Study of Pain (IASP) som “en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsskade eller truende vevsskade, eller beskrevet med ord som for en slik skade”.

(International Association for the Study of Pain)

### **4.2 Ulike typer av smerte**

Kreftmerter klassifiseres som akutte eller kroniske, med en varighet på tre måneder eller mer. Vi kan skille mellom ulike smertetyper: Nociseptive smerter, nevropatiske smerter, ideopatiske smerter og psykogene smerter (Bjørø i Reitan og Schjølberg 2006:142).

Vi skal ikke gå inn på de to siste smertetyper da behandlingen er så ulik det vi har valgt å fokusere på i vår oppgave.

#### Nociseptive smerter:

Denne typen smerte oppstår ved akutte skader, ved at en kreftsvulst vokser og ved revmatiske tilstander når sykdommen er aktiv. Smertene kommer av at smertereseptorer blir stimulert av smertefremmende stoffer, kraftig trykk eller ved høy temperatur. De ulike kroppsorganene har smertereseptorer som er tilpasset de påvirkningene de kan utsettes for (Almås 2007).

Den nociseptive smerte responderer som regel godt på både ikke-opioide og opioide analgetika (Bjørge i Reitan og Schjølberg 2006:142)

#### Nevropatiske smerter:

Ved nevropatiske smerter er det en skade i selve nervesystemet, enten i det perifere nervesystemet eller i sentralnervesystemet.

Det kan oppstå nevropatiske smerter etter skade av nerver ved for eksempel kirurgiske inngrep, kroniske inflammatoriske sykdommer og ved strålebehandling (Almås 2007).

Ikke-opioide analgetika har liten eller ingen effekt på nevropatiske smerter. Man opplever også at sterke opioider svikter overfor slike smerter. Derimot kan analgetika som antiepileptika, antidepressiva og steroider gi god og vedvarende smertelindring (Bjørge i Reitan og Schjølberg 2006:142).

### **4.3 Kulturelle og individuelle forskjeller på smerte**

Enkelte pasienter tåler mindre smerter mens andre tåler mer før de gir uttrykk for at de har vondt. Selv ved sterke smerter kan behovet for ikke å vise smertereaksjoner utad gjøre at pasienten prøver å skjule hvor vondt han eller hun har det. Mens for en annen pasient kan det være naturlig å uttrykke med hele seg at en har vondt (Almås 2007:66).

Pasientens atferd er i stor grad påvirket av uskrevne normer i familien og nærmiljøet. Fra barndommen lærte man noe om hva som er akseptabel atferd ved smerter. En vil fortsatt bære preg som voksen av det som ble ”belønnet” i forbindelse med smerter da en var barn. Mens noen fikk positiv oppmerksomhet dersom de ikke gav seg over når de hadde vondt, fikk andre oppmerksomhet når de gråt fordi de hadde vondt. Slik oppstår det markerte forskjeller i pasientenes smerteatferd (Almås 2007:66).

Kulturen en person lever innenfor har også sterke normer for hva slags atferd som er akseptabel ved smerte. Vi lever i et flerkulturelt samfunn, og med utstrakt turisme, og møter stadig mennesker fra andre kulturer. Når en pasient fra en annen kultur blir syk eller skadet, er det viktig at enhver gruppe helsepersonell klarer å oppfatte og tolke deres reaksjoner på smerter riktig (Almås 2007:66).

#### **4.4 Kartlegging av smerter**

Når det gjelder å kartlegge pasientens smerter er det ifølge Almås (2007) veldig viktig at det blir gjort grundig og tilpasset den enkelte pasients behov og tilstand. Når det skal planlegges og igangsettes en smertebehandling som er virksom og systematisk er det viktig med en god kartlegging. For å få et godt innblikk i pasientens smerter kan man bruke flere typer verktøy, som for eksempel omfattende spørreskjemaer hvor pasienten beskriver smerten. Man kan også bruke enklere skalaer hvor pasienten viser hvor stor grad av smerte han/hun opplever. Når pasienten skal beskrive kvaliteten og styrken på smerten kan helsearbeiderne bruke disse verktøyene til å supplere hverandre, for å kartlegge best mulig. Når pasienten har akutte smerter vil det være komplisert og lite hensiktsmessig å bruke et omfattende spørreskjema, fordi å lese gjennom forskjellige beskrivelser for så å plassere smerten sin, vil være ganske vanskelig for pasienten. Derfor egner disse spørreskjemaene seg best til å beskrive smerter som går over tid (Almås 2007:73).

#### **4.5 Behandling av kreftsmarter**

Smerte vil ha stor innvirkning på pasientens liv. En vellykket smertebehandling kan gjøre til at livskvaliteten raskt forbedres. En pasient med langtkommet kreft vil ofte ha korte eller lengre perioder med smerter. Det er viktig å fange opp denne variasjonen gjennom en

systematisk kartlegging, slik at smertefulle perioder gjøres så korte som mulig. Når pasienten har fått en sikker kreftdiagnose, og smertene kommer av kreftsykdommen, skal de behandles umiddelbart på en adekvat måte. Kreftpasienter vil ofte ha smerter som varierer over tid, noe som innebærer at man må følge pasienten systematisk både for å få oversikt over smertetilstanden og/eller for å følge med på effekten av behandlingen. En kreftpasient har med andre ord sjelden en stabil smerte. Dette fører til at man må behandle, evaluere, behandle og reevaluere. Det er viktig at behandlingen tilpasses den enkelte pasient (Kaasa 2007:262).

Kreftsmerte er en kronisk tilstand, og behandlingen må innrettes deretter. Vedvarende smerter kan medvirke til sosial isolasjon, øke pasientens oppgitthet og samtidig gi en følelse av et uverdige liv. Smerte kan også i verste fall utløse tanker om døden. Ved vedvarende smerter skjer det fysiologiske forandringer som gjør at smerteimpulsen blir sterkere og dermed vanskeligere å behandle (Kaasa 2007:263).

Det er ikke all smerte som kan fjernes. Det er svært nødvendig å ha realistiske mål i forhold til hva man kan oppnå, selv om alle eksisterende midler tas i bruk for å lindre pasientens smerte.

Det skal være et mål at man skal gjøre alt for at livet til pasienten (og pårørende) blir så godt som overhodet mulig, med lavest mulig nivå av smerte og andre plagsomme symptomer (Kaasa 2007:263).

Behandlingen igangsettes umiddelbart når diagnosen er stilt. Medikamentet bør gis i tilstrekkelig store doser. Morfin har ingen øvre doseringsgrense. Dette gjelder også en del andre opiater. Døgndosen for optimal analgetisk effekt kan variere fra 40 mg med morfin til flere tusen mg. Det er viktig at i starten av behandlingen må dosen med opiat titreres og trappes opp etter pasientens behov. Det er pasientens smerte som avgjøres dosen, ikke antall mg som skal gis i døgnet. I ekstreme tilfeller kan det være nødvendig å øke morfindosen fra 60 mg i døgnet til 400-500 mg eller mer i løpet av et døgn. Dette for å oppnå tilfredsstillende smertelindrende effekt (Kaasa 2007:263).

I følge Kaasa 2007 skal man alltid vurdere andre tiltak for å lindre smerte i tillegg til eller istedenfor analgetika. Tilstander som skjelettmetastaser og affeksjon av nerver (nerveplexus), vil strålebehandling være den beste smertelindrende behandling. Andre pasienter vil ha god hjelp av hormonbehandling, cytostatika eller såkalt "targeted therapy" som består bl.a. av antistoffer med mer. Fysioterapi, fysisk aktivitet, sosial støtte, åndelig/eksistensiell støtte med mer bør også alltid vurderes (Kaasa 2007:265). Vi vil ikke gå mer inn på disse

behandlingsformene da det ikke er det vi skal fokusere på i vår oppgave. Vi vil bare presisere at det ikke bare er analgetika som er behandlingsmetoden for kreft smerter.

Det er også viktig å tenke på at ikke all smerte kan fjernes. Fordi om man tar i bruk alle tilgjengelige midler for å lindre smerte, så er det viktig at man har et realistisk mål i forhold til hva som er oppnåelig. Å lage målsetting ut fra pasientens funksjonsnivå må ansees som veldig fornuftig. Når det gjelder for eksempel analgesi ved bevegelse, så kan det hende at det vil kreve altfor høye doser med medikamenter. Noe som igjen fører til at bivirkninger som kvalme, trøtthet og sløvhhet, vil kunne oppheve den smertelindrende effekten av medikamentene. Pasienter med utbredte skjelettmetastaser og med kort forventet levetid er gode eksempler på dette. Hvis disse pasientene har svært dårlig allmenntilstand, kan den rette behandlingen være å oppnå analgesi ved sengeleie og ikke når pasienten er i bevegelse. Det er viktig å gjøre smertebehandlingen enkel, dette fordi pasientene da selv kan endre dosene sine ved behov etter at legen har gitt klare retningslinjer om dette (Kaasa 2007:261).

#### **4.6 Grunnlaget for smertelindring**

Hovedmålet for smertebehandlingen er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser. Man skal bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god *livskvalitet* som mulig. Noe som også er viktig er at pasienten er i stand til å bevege seg og til å puste godt. På den måten kan pasienten unngå de komplikasjoner som kan oppstå.

Det er også viktig at vi enhver gruppe helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandlingen, samt hvordan de kan forebygges og behandles (Almås 2007:72).

Metoden som blir brukt for å lindre pasientens smerter, varierer ut fra hva slags smerter pasienten har. I vår oppgave skal vi fokusere på palliativ smertelindring. Palliativ smertelindring vil kunne forlenge livet noe, men det viktigste man kanskje oppnår, er symptomlindring. Det er et gammelt ordtak av Hippokrates, ”legekunstens far”, som sier: ”Av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste”. Dette er fortsatt like aktuelt i dag, til tross for at medisinen har utallige utrednings- og behandlingsmuligheter sammenliknet med kun for noen tiår siden. Disse nye behandlings- og utredningsmulighetene stiller nye krav til helsevesenet generelt og til palliasjon spesielt (Kaasa 2007:31).

#### 4.7 Smertetrappen

Smertetrappen blir bygd opp etter bestemte retningslinjer. Man begynner på det nederste trinnet og trapper opp medikamenteringen etter hvert som pasienten har behov for mer. Pasienten starter på det nederste trappetrinnet, og får perifertvirkende, reseptfrie analgetika når smertene er milde eller moderate. Hvis pasienten får behov for mer omfattende smertelindring, for eksempel sentralvirkende medikamenter, går en oppover i smertetrappen. På det øverste trappetrinnet finner man opioider. Det er mulig å gi opioider døgkontinuerlig, enten intravenøst, epiduralt, subkutant eller som plaster (Almås 2007:102).

##### *TRINN 4*

Morfin subkutant, epiduralt  
eller som i.v. infusjon

##### *TRINN 3*

Morfin per os

Metadon/Dolcontin

##### *TRINN 2*

Kombinasjon av perifertvirkende og sentralvirkende med:

Paracetamol + kodein (Paralgin Forte, Pinex Forte)

Paracetamol + dekstropropoksyfen (Aporex)

##### *TRINN 1*

Acetylsalisylsyre

Paracetamol, NSAID (Voltaren), Naproxen enterotabletter (Napren E)



## 5.0 SYKEPLEIETEORI

Når man skal samle inn materiale til en oppgave, er det viktig å ha et fokus på hvilken teoretisk tilnærming man ønsker å fokusere på (Dalland 2007). Sykepleieteori er en teori som beskriver enten hele eller deler av sykepleievirkeligheten, med andre ord det som karakteriserer pasienten fra et sykepleieperspektiv. Det omfatter sykepleiens mål, sykepleiepraksis og den kontekst som er med og påvirker pasienten og selve sykepleieutøvelsen. Mot slutten av 1900-tallet har utviklingen av teorier for sykepleie for alvor skutt fart, og den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson var en av de første til å utvikle en allmenn teori om sykepleie. Hennes tanker og ideer ble lagt til grunn for sykepleiens grunnprinsipper slik disse ble formulert av *International Council of Nurses* (ICN). Ida Jean Orlando, er en annen som har påvirket utviklingen av sykepleieteori på en markant måte. Hun introduserte i begynnelsen av 1960-årene, sykepleieprosessen, som flere andre forfattere har videreutviklet, og deriblant Joyce Travelbee.

### 5.1 Joyce Trawelbees sykepleieteori

I vår oppgave har vi valgt å bruke Joyce Travelbees filosofi. Vi ser på hennes teorier og definisjon av sykepleie som relevant og nyttig i aktuell problemstilling.

Joyce Trawelbee ble født i 1926 og døde i 1973. Hennes bok, *Interpersonal Aspects of Nursing*, kom første gang ut i 1966. Hennes teori har hatt stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning (Kirkevold 1998:113).

I følge vår oppfattelse la Travelbee mest vekt på menneske- til- menneske forhold, hvor sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten til å mestre eller bære sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene. Dette kan da gå ut på å styrke livskvaliteten til den pasientgruppen vi har valgt å skrive om. Ved å lindre pasientens smerter vil pasienten oppnå bedre livskvalitet.

Joyce Travelbees teori fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Hun hevder at for å forstå hva sykepleie er og bør være, må man ha en forståelse av hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan denne interaksjonen kan oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans tilstand.

Travelbee mener at en person som ikke er i stand til å mestre sykdom og lidelse, eller som ikke finner mening i disse situasjonene, trenger sykepleie (Kirkevold 1998:114).

Hennes definisjon på sykepleie er:

Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences. (Travelbee 1971:7)

Travelbee bygger på verdier som har lang tradisjon i sykepleien, nemlig å ta utgangspunkt i pasienten som et enestående individ, å vektlegge personens opplevelse av sin situasjon og å vise den syke respekt og engasjement. Hun mener det er sykepleierens oppgave å bidra til forandring i den sykes situasjon (Kirkevold 1998:114)

Travelbee ser på ethvert menneske som enestående og unikt, og anser lidelse for å være en uungåelig del av livet. Vi velger å legge vekt på denne tradisjonen i sykepleien fordi den ser på smerte som en tilstand pasienten er i, den fokuserer ikke bare på smertens følgetilstander. Erstatningsorientert sykepleie som både Henderson og Orem er representanter for, anser sykepleie som en erstatning for de egenomsorgsaktiviteter pasienten ikke greier selv. I følge denne tradisjonen vi velger må smerter lindres. Samtidig synes vi den lindringsorienterte sykepleieteorien passer inn her da vi skal skrive om smertebehandling til kreftpasienter med forventet kort levetid. For disse pasientene er målet at de skal ha det best mulig den tiden de har igjen, og sykepleierens oppgave blir dermed å lindre deres lidelse i den grad det er mulig.

## DRØFTINGSDEL

### 6.0 CASE

Åse er 62 år og fikk diagnostisert lungekreft for 8 måneder siden. Hun hadde da symptomer som; hoste, blodig oppspytt, dyspnoe og hyppige luftveisinfeksjoner. Hun følte seg ofte trett og hadde i perioder redusert appetitt. Åse har røykt i 35 år, men da hun fikk kreftdiagnosen har hun redusert antall sigaretter per døgn.

Hun har nettopp fått vite at kreften har spredt seg til skjelettet og hjernen. Hun har i det siste hatt intense smerter. Når Åse prøver å snu seg i senga, blir smertene ”uutholdelige”. Hun har hatt mye hodepine i det siste, samt kvalme og mentale forstyrrelser. Dette mener legene kommer av kreftens utbredelse til skjelettet og hjernen.

Det var i forbindelse med skjelettscintigrafi det ble oppdaget at kreften hadde spredt seg til skjelettet. De fant utstrakt benmetastasing i ryggraden og i ribben på venstre og høyre side.

Åse har fått vite at prognosene er dårlige, og tar dette svært tungt. Hun synes det har gått så fort fra den dagen hun fikk vite at hun hadde lungekreft. Det siste hun fikk høre var at hun hadde en truende tverrsnittslesjon. Dette kommer av at tumoren ligger i nærheten av medulla spinalis, og at det er fare for at medulla skal bli komprimert av tumoren.

Hun er nå innlagt på medisinsk avdeling, og blir tatt godt vare på i forbindelse med videre behandling. Hun har ofte besøk av familien, da hennes mann og to døtre bor i samme by som sykehuset hun er innlagt på.

Vi vet at kreft er en sykdom med ukontrollert cellevekst. Skjelettmetastaser, som Åse har, er en alvorlig komplikasjon til kreftsykdommen, og er et tegn på langtkommet kreft. Åse har et komplekst sykdomsbilde, da hun har spredning til andre organer, samt mye smerter.

Vi har erfart fra praksis at det er svært forskjellig fra pasient til pasient hvordan kreftsykdommen utarter seg. Nesten ingen pasienter med kreft har lik ”sykehistorie”.

Vi har tidligere i oppgaven nevnt at prognosene til lungekreftpasienter er dårlige, og i Åses tilfelle vil behandlingen være palliativ.

## **7.0 HVILKE UTFORDRINGER GIR DENNE PASIENTGRUPPEN OSS SOM SYKEPLEIERE?**

Når en pasient er i en palliativ fase, er det som regel flere årsaker til symptomene som pasienten har. I den kurative eller livsforlengende fase kan det være enkelt å isolere en eller to patofysiologiske hovedårsaker til symptomene. I en palliativ fase kan dette ofte være vanskeligere. Dette kommer av at pasientene ofte har store tumormasser eller metastaser. Slike tilstander kan både direkte og indirekte gi et mer komplisert sykdomsbilde. Til tross for disse utfordringene bør man så langt det er mulig prøve å identifisere de somatiske og psykiske årsaker til pasientens plager.

Da vi var på lungemedisinsk avdeling i praksis møtte vi på flere pasienter med lungekreft. Disse pasientene var i en palliativ fase. Prognosen til disse pasientene var dårlige, og mange hadde spredning/metastaser til andre organer. De hadde mye smerter, i tillegg til nedsatt matlyst og generelt dårlig allmenntilstand. Smertene kan variere i intensitet, og vi tenker at det kan være en stor utfordring for både sykepleiere og leger å lindre disse smertene.

Åse, som beskrevet i kapittel 6.0, har også kreft med spredning. Omsorgen, i dette tilfellet, må baseres i stor grad på palliativ behandling og en målrettet sykepleie som tar hensyn til at lungekreftpasienten ikke har noen tid å miste. Vi må hjelpe pasienten til å leve best mulig.

Joyce Trawelbees teorier bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut i fra dette tenker vi at sykepleie er å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han har igjen å leve. Dette kan vi få gjennom å etablere et menneske-til-menneske-forhold, noe som er et sentralt begrep i Trawelbees sykepleietenkning.

Åse opplevde skyldfølelse da hun fikk vite at hun hadde lungekreft. Hun vet at røykingen har ført til at sykdommen har utviklet seg, og at den kanskje kunne vært unngått dersom hun ikke hadde røykt. Det er ofte sykepleieren pasienten snakker med om disse tankene. Det er viktig at vi som sykepleiere lytter til pasienten. Vi tenker at det må være et mål i samtale mellom sykepleier og pasient å få pasienten til å akseptere at det ikke nytter å bebreide seg selv i ettertid, men prøve å få det best mulig sammen med sine pårørende i den tiden de måtte ha igjen å leve.

Vi har vært i samtale med teamet ved smerteenheten på et av sykehusene i Nord-Norge. Teamet består av spesialsykepleiere og leger. Vi ville blant annet høre deres utfordringer og

erfaringer i forhold til smertebehandling av lungekreftpasienter med spredning. De kunne fortelle at det er store utfordringer for oss som sykepleiere når det gjelder denne pasientgruppen, spesielt når det gjelder lungekreftpasienter med metastaser og spredning til flere andre organer. Disse pasientene har ofte svært sterke smerter, og spesielt de pasientene med skjelettmetastaser. Skjelettmetastaser er årsak til minst 50 % av alle smerter hos kreftpasienter. Slike smerter kjennetegnes ofte av at de er kronisk verkende, dumpe og at de kan øke veldig i intensitet når pasientene beveger seg. Åse beskrev også sine smerter slik. I stell og aktiviseringssituasjoner med Åse, bør vi derfor være spesielt oppmerksomme og passe på at det skjer på en måte og i et slikt tempo som gir henne kontroll over smertene på en best mulig måte. Vi som sykepleiere bør kanskje også ta en vurdering i forhold til om pasienten har sterke smerter når han/hun beveger seg. Vi kan da sørge for at legen ordinerer ekstra dose analgetika ved stell og aktivitet. Vi forstod det slik at det er viktig at vi som sykepleiere foreslår eller ”lufte” for ansvarlig lege at kanskje epidural kan ha bedre effekt. Dette hvis man har prøvd å gi disse pasientene andre smertelindrende medikamenter uten å lykkes. Ifølge smerteteamet er det mange sykepleiere som ikke er flinke nok til å tenke på denne formen for smertebehandling. Vi tenker at kanskje flere sykepleiere venter for lenge med å foreslå epiduralbehandling, og resultatet blir da at pasienten blir liggende unødig lenge med smerter.

I praksisen vår møtte vi en relativt ung dame som hadde lungekreft med mye spredning. Hun ga oss og resten av personalet en stor utfordring når det gjaldt å gi henne god smertebehandling. Hun fikk etter hvert tverrsnittslesjon. I følge Reitan og Schjølberg er tverrsnittslesjon en tilstand der metastaser i columna fører til kompresjon av medulla spinalis (Reitan og Schjølberg 2006:329). Denne pasienten ble rett og slett lammet fra livet og ned. Hun ble nærmest ”lenket” fast til sengen, og dette gjorde hennes situasjon enda mer utfordrende. I tillegg hadde hun veldig sterke smerter. Pasienten opplevde dette som veldig skremmende. Sykepleierne ved avdelingen kontaktet i dette tilfellet smerteenheten og pasienten fikk ganske raskt tildelt en smertepumpe

Den ideelle måten for å administrere analgetika intravenøst, subkutant, spinalt og på en annen måte, er å la pasienten selv kontrollere smertene. Med en pasientkontrollert pumpe, kan pasienten administrere de nødvendige analgetika for å kontrollere plutselige økninger i smertene, for eksempel på grunn av bevegelse, hoste eller gjennombruddssmerteri tillegg til de primære smertene (McCaffery & Beebe1996, s.116).

Dette lettet smertebehandlingen til denne pasienten en god del da hun ved hjelp av denne pumpen kunne styre dosene selv.

## **8.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN ARBEIDE FOR Å KARTLEGGE KREFTPASIENTERS SMERTEOPPLEVELSE?**

I følge Kaasa (2007) bør det foretas en systematisk smertekartlegging. Denne kartleggingen bør gi "et bilde" av smertens lokalisasjon, utbredelse, varighet, karakter, intensitet, variasjon, hva som forverrer og lindrer smerten, i hvilken grad og på hvilken måte smerten hemmer funksjon og pasientens strategier for å unngå smerte (Kaasa 2007:633).

Basert på denne kunnskapen kan man som regel komme fram til smertetype, om den er nociseptiv, nevrogen eller av en annen karakter. Dette vil kunne lede til nødvendige tiltak som bør igangsettes for å behandle smerten. Det er også veldig viktig med en god samtale med pasienten. Dette for å oppnå et godt resultat. Kartlegging i form av ulike typer skjemaer i kombinasjon med samtale kan gi et verdifullt bilde av pasientens smerter.

Vi har erfart i praksis at det ikke er alle pasienter som makter å meddele seg direkte og muntlig til personalet. Noen kan ha en væremåte som om at alt står bra til, men ut i fra smerteskalaer kan man fange opp at de har mer smerter enn de gir uttrykk for. Enkelte trenger kanskje en "hjelper" til å fylle ut skjemaet. Noen, både personalet og pasienter, kan synes det tar lang tid. Vi møtte en dame i praksis som sa at hun syntes det var vanskelig å definere smerter med tallangivelser på et skjema. Vi tenker at for noen kan det være vanskelig å forholde seg til tall uten at de har kognitive vansker. Noen er svært opptatte av å være korrekte, sannferdige og mest mulig presise. Noen vil nok se på utfyllingen med så stort alvor at enkelte opplever prestasjonsangst og redsel for å gjøre feil.

På den andre siden kan det være pasienter som ønsker å prate mer med personalet men at de føler at de er til bry. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere tar oss tid til pasientene i form av samtaler. Bare det å sette seg ned ved sengen kan være med på at pasienten føler at man kanskje ikke har det så travelt som det han hadde trodd. Noen pasienter trenger tid til å bygge opp et relasjonsmessig og nært forhold til personalet og å få tillit til å åpne seg.

I situasjoner der pasientene av ulike årsaker ikke har språk, og av den grunn ikke klarer å beskrive sine smerter verbalt, vil det nok være en utfordring for oss som sykepleiere å kartlegge og ikke minst lindre smertene til denne type pasienter. Da er det veldig viktig at vi som sykepleiere bruker vårt kliniske skjønn. Vi må være veldig nøye og følge spesielt godt med i våre observasjoner av pasientens ansiktsuttrykk, kroppsspråk, lyder eller uttrykk som ynking, sukking og gråt. Vi må også være nøye med å observere andre tegn som for eksempel

svetting, økt respirasjonsfrekvens, eller at pasienten ”holder” pusten, i tillegg til å observere stigende blodtrykk, da alt dette kan være tegn på smerte. Det er viktig at vi følger med respirasjonsfrekvensen fordi tachypnoe (rask respirasjon) og overfladisk respirasjon kan være tydelige tegn på smerte eller økt ubehag hos pasienten. Sykepleieren bør la registrering av smerte og smertelindrende tiltak inngå automatisk i de rutinemessige observasjonene som blir gjort av pasientene, på lik linje med for eksempel kontroll av blodtrykk, puls og måling av temperatur (Almås 2007:73).

Vi som sykepleiere skal ha et koordinert samarbeid med legen i forhold til smertekartleggingen. Man skal utarbeide felles gode metoder for å kartlegge smerte hos pasientene. Vi tenker at å ha en god dialog med legen i tillegg til å jobbe sammen mot et felles mål, gjør det enklere for begge parter både i forhold til kartlegging og behandling av smerte.

I Trawelbees definisjon på sykepleie trekker hun frem familien. Hun sier at sykepleieren skal hjelpe et individ, *en familie* eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Vi tenker at familien kan være en viktig ressurs i forhold til kartleggingen av pasientens smerter. Eldre pasienter har ofte problemer med syn, hørsel og språk som kan gjøre det vanskelig for dem å kommunisere om smerteopplevelsene eller å bruke strategier for smertekontroll. Familien kan i slike situasjoner bidra med å rapportere om endringer i funksjonsnivå som er tegn på smerte. Hvis pasienten har endret gange, forsøker å beskytte en del av kroppen, lager grimaser og lignende, kan det være tegn på smerter. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere også har en nær dialog med pasientens familie/pårørende, da de kan ”fange” opp slike ting, som kan ha en viktig betydning i smertekartleggingen.

Når det gjelder bruk av smerteskala så gir det oss som sykepleiere et innblikk i hvordan pasienten opplever sin smerte, og de fleste pasientene skjønner raskt hvordan den fungerer fordi den er enkel å forstå. Sykepleieren bør likevel forklare hensikten med skalaen og hvordan den brukes i pasientens smertebehandling for å forsikre seg om at pasienten klarer å tenke abstrakt og skjønner forklaringen som er gitt. Det aller beste hvis det lar seg gjøre, er hvis man klarer å ta denne gjennomgangen med pasienten før smertene kommer. Hvis vi må forklare pasienten dette samtidig som han/hun skal bruke skalaen, så vil dette ta noe tid og det umiddelbare i pasientens registrering kan bli redusert (Almås 2007).

Almås (2007) sier at ifølge Hawthorn & Redmond er nettopp det *umiddelbare*, styrken i denne type skalaer. For at en slik skala skal være et nyttig hjelpemiddel som gjør det enklere å smertebehandle pasienten, er det viktig at den blir brukt jevnlig og at det blir registrert i



pasientens journal. Da kan man se effekten av smertebehandlingen. Vi skiller mellom to typer skalaer - visuell skala og verbal skala. Den verbale skalaen brukes det ord i stedet for tall. I den visuelle skalaen er det en linje fra tallet 0 til 10, hvor 0 angir ingen smerte og 10 angir uutholdelige smerter. Det vil være vanskelig å lage en generell regel om hvor man skal plassere et punkt som skal vise akseptabel smerte. Med akseptabel smerte menes det en smerte som pasientene klarer å ha uten at det er sjenerende (Almås 2007:74).

Man bør i tillegg være observant på at smerteskalaens tallverdier ikke er objektive når det gjelder å uttrykke hvor sterke pasientens smerte er.

I følge Kongsgaard og Holtans artikkel ”The use of pain descriptors in cancer patients” som er publisert i Journal of Pain and Symptom Management, konkluderer de med at selv om de verbale smertebeskrivelsene gir verdifull informasjon om den enkelte pasients subjektive opplevelse av smerte, er det ikke mulig å skille mellom ulike smertemekanismer eller årsaker til smerte kun basert på disse verbale smertebeskrivelsene (Kongsgaard & Holtan 2009: 208-215).

Vi tenker at vi som sykepleiere sannsynligvis drar størst nytte av en slik smertevurdering ved at vi ser forandringer hos en og samme pasient. Det er også viktig at vi som sykepleiere er klar over at mange pasienter kanskje ikke har opplevd uutholdelige smerter som tilsvarer 10 på smerteskalaen. Det kan derfor være vanskelig for mange pasienter å skulle angi hvor på smerteskalaen de skal plassere smerten sin.

Når det gjelder Åses sykdomsbilde kan det være veldig hensiktsmessig å ta i bruk et kroppskart. Dette fordi Åse har smerter flere steder i kroppen. Et kroppskart er en tegning av hele kroppen som sees både forfra og bakfra. Ved slike tilfeller kan dette kartet være et godt hjelpemiddel fordi sykepleieren eller pasienten selv kan fargelegge de områdene eller det spesifikke området hvor smerten befinner seg. I de tilfellene hvor smertebehandlingen vil ta lengre tid, vil dette smertekartet være til god hjelp. Hvis man regelmessig fyller ut nye kart vil man kunne se eventuelle forandringer veldig tydelig. Kombinert med et slikt spørreskjema som vi har nevnt tidligere vil dette kroppskartet få fram opplysninger om kvaliteten på smerten ved slike smertetilstander.

Da vi var i praksis opplevde vi flere situasjoner der vi mener sykepleierne burde ha tatt i bruk hjelpemidler som for eksempel smertekart eller smerteskala. Det var mange pasienter ved avdelingen med sterke smerter, men vi så svært sjelden at sykepleiere anvendte slike

hjelpemidler for å identifisere eller kartlegge smertene til pasienten. Vi tok det opp med kontaktsykepleieren vår hvorfor det ikke alltid ble brukt på slike pasienter, men vi tolket det slik at det tok for mye tid/ressurser å få utført dette.

Når det gjelder pasienter som kommer inn til en avdeling med akutte smerter og trenger øyeblikkelig hjelp, må vi som sykepleiere kanskje vurdere situasjonen litt annerledes, da det er vanskelig for disse pasientene å skulle starte en lengre utspørring med masse spørsmål. Vi møtte en annen pasient som ble innlagt på avdelingen "vår". Pasienten kom inn med lungekreft og mye spredning. Denne pasienten hadde sterke smerter. Han gjorde grimaser ved den minste bevegelse og han nærmest ropte ut at han hadde vondt og at han måtte få hjelp til smertene sine. I dette tilfellet var det ikke hensiktsmessig å starte en lang utspørring med masse spørsmål, da pasienten ikke var i stand til å konsentrere seg lenge nok til dette. Det viktigste for oss sykepleiere da, ble å vurdere pasientens smerter med færrest mulig spørsmål, for at vi trygt skulle kunne starte behandling med smertestillende midler. Det ble mest hensiktsmessig og bare stille de mest nødvendige spørsmålene, som for eksempel, hvor pasienten har vondt (at pasienten peker hvor smertene er på kroppen), å spørre om smertene har vært på det samme stedet de siste dagene og hva slags medisiner han allerede har tatt og om de hjalp på smertene. Dette for å kunne begynne å gi analgetika. I dette tilfellet ble det umiddelbare målet å få kontroll over pasientens smerter raskt og effektivt. Senere når pasienten har fått det bedre, kan vi som sykepleiere begynne å vurdere en mer langsiktig plan for pleie og smertebehandling, og pasienten kan besvare flere spørsmål fra smertevurderingskjemaet.

Vi tror det er viktig at disse skjemaene og skalaene ligger lett tilgjengelig ved avdelingen slik at det blir enklere for sykepleierne å ta dem i bruk. En annen mulighet kan være å innføre utfylling av smertevurderingskjema som en del av rutinen ved innleggelse i avdelingen.

Da vi var i samtale med smerteenheten på sykehuset kunne de fortelle at de veldig ofte brukte både smerteskalaer og smertekart på sine pasienter. Deres erfaring med slike hjelpemidler var at de var til stor hjelp når det gjaldt å kartlegge pasientenes smerter. De sa også at de var klar over at mange sykepleiere ikke tok seg tid til å bruke disse hjelpemidlene og at det kanskje kunne vært gjort noen tiltak for å få dem til bli flinkere å ta dem i bruk.

## **9.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN BIDRA TIL Å GI GOD SMERTELINDRING?**

I følge Almås har sykepleieren et stort medansvar når det gjelder å gi pasienten tilfredsstillende smertebehandling.

I motsetning til legen har sykepleieren nær kontakt med pasienten gjennom store deler av døgnet og har god mulighet til å danne seg et riktig bilde av pasientens syn på sin situasjon. Ved hjelp av observasjoner og samtaler med pasienten kan en få et inntrykk av hvordan smertebehandlingen fungerer. Forhåpentligvis kan sykepleieren bli så kjent med den enkelte pasient at faktorer som virker inn på hans spesielle smerteopplevelse, kommer fram (Almås 2007: 97).

Vi mener at målet med smertelindringen må være at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser. Det er viktig å sørge for at pasienten opplever fysisk velvære. Vi som sykepleiere kan hjelpe til med å redusere mye av lidelsen som følger med smerten. Vi tenker da på det fysiske ubehag pasienten kan ha som ikke har direkte sammenheng med smertene. Smerten kan da oppleves mindre intenst, og virkningen av eventuelle analgetika kan dessuten bli bedre. Hvis pasienten ligger vondt, er tørt i munnen, er tørst eller kvalm og så videre, kan dette være faktorer som forsterker smerteopplevelsen. Det er da viktig at vi som sykepleiere hjelper pasienten med helt enkle, dagligdagse forutsetninger for velvære.

Kvalme forekommer dessuten hos 30 – 70 % av pasienter med langtkommet kreftsykdom (Kaasa 2007:471).

Sykepleiens overordnede mål er i følge Joyce Trawelbees tenkning å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Hun mener dessuten at det å bry seg om noe og det å lide er nær forbundet. Mennesket kjennetegnes ved at det har evnen til å bry seg om, til å sette pris på personer, forhold og sider ved livet. Trawelbee mener derfor at lidelse vil oppstå når vi opplever at noe eller noen som vi verdsetter, er truet.

I følge Kaasa 2007 skal målet med all behandling, pleie og omsorg være at det er best mulig livskvalitet for pasienten og ens pårørende (Kaasa 2007:67).

Som beskrevet i kapittel 4.5 har analgetika en sentral plass i behandlingen av kreft smerter. Det er som regel sykepleieren som utfører behandlingen etter ordinasjon fra legen. Det er da viktig at sykepleieren har grundige kunnskaper om virkninger, bivirkninger, absorpsjon, dosering og virketid for å kunne utføre behandlingen på en ansvarlig måte. Det er vi som sykepleiere som må gi legen informasjon angående effekten av medikamentet, og eventuelt om pasienten trenger supplerende medikamenter. Vi tenker at den medikamentelle smertelindringen er en viktig del av sykepleien til pasienter med kreft smerter, men vi mener at det er viktig å presisere at bruk av analgetika ikke gjør andre sykepleietiltak mindre viktige. Evnen til å bruke oss selv terapeutisk er i følge Trawelbee et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier. Dette innebærer i sykepleiesammenheng at sykepleieren bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med pasienten. Hensikten med dette vil være å fremme en ønsket forandring hos pasienten, og denne forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere eller lindre pasientens plager. Hun mener også at sykepleieren må ha en dyp innsikt i menneskets vilkår og samtidig et gjennomtenkt forhold til egne verdier og holdninger i forbindelse med sykdom, lidelse og død.

Vi vet at det finnes mange pasienter som av forskjellige årsaker ikke vil innrømme at de har smerter selv om de har det, og som avslår analgetika. Da vi var ute i medisinsk praksis opplevde vi begge en slik situasjon, nemlig at en kreftpasient som egentlig hadde mye smerter, ikke ville gi uttrykk for det på noe vis. I slike tilfeller mener vi at det er viktig at sykepleieren bør være ekstra oppmerksom og se etter indikasjoner på sterke smerter hos pasienten, som for eksempel synlige uttrykk som å innta en stiv kroppsholdning eller å rynke pannen, da dette kan være klare tegn på ubehag eller smerte. Dette mener vi er viktig for å nå målet om god smertelindring. I denne situasjonen observerte vi nettopp dette. Pasientens kroppsspråk ga oss mistanke om at han kanskje kunne ha sterke smerter. Han rynket pannen og stønnet ved den minste bevegelse han foretok seg. Vi tok oss ekstra god tid med pasienten og satte oss ned for å snakke med ham. Etter hvert fortalte han oss at han ikke ville innrømme at han hadde sterke smerter fordi han var redd for å få så mye analgetika at han ble avhengig. Vi som sykepleiere må respektere at pasientene har rett til å velge å føle smertene og til å avslå analgetika, men vi må forvise oss om at pasienten har fått tilstrekkelig og god nok informasjon før denne avgjørelsen blir tatt, slik at det ikke er misforståelser eller ubegrunnet frykt som ligger bak. I dette tilfellet la kontaktsykepleieren vår, i samtalen overfor pasienten, vekt på at man ikke blir automatisk avhengig i situasjoner hvor man tar narkotiske stoffer for å lindre smerte. Det at vi tok oss tid til å gjennomføre en ordentlig samtale med pasienten og

fikk høre hans bekymringer, resulterte i at pasienten etter hvert bestemte seg for å ta analgetika likevel. Slikt sett er sykepleierrollen ganske så unik i smertebehandlingen, i forhold til legens, som på langt nær tilbringer så mye tid med pasienten.

I følge Almås 2007 fungerer smertebehandlingen best når legen gir sykepleieren rammer for dosering av medikamenter. Hvis det skulle oppstå behov for å øke dosen utover det legen har satt som ”tak”, skal sykepleieren tilkalle legen for ny vurdering (Almås 2007:97).

Pasienten får best tilpasset smertelindringen når sykepleieren kan justere dosen opp og ned etter den virkning og de bivirkninger medikamentet gir hos den enkelte pasient. Å ha et godt samarbeid med legen er helt nødvendig for et godt resultat – ikke minst fordi legen er den eneste i følge norsk lov som kan ordinere medikamenter. Vi mener at også i disse tilfellene når det gjelder dosering av medikamenter, så er det veldig viktig med et tett og godt samarbeid som er koordinert, mellom oss som sykepleiere og legen. Det er viktig at vi ikke bare observerer virkning og bivirkning av medikamentet, men at vi også kontinuerlig rapporterer til legen om effekt eller manglende effekt. I tillegg til endring i pasientens tilstand. Dette for at vi sammen skal jobbe for et best mulig resultat for pasienten.

Kaasa (2007) påpeker at det å være et sammensveiset team betyr at man er profesjonell og kan tilby behandling av høy kvalitet (Kaasa 2007:85).

Det viser seg at pasienten får dårligst hjelp med sine smerter om kvelden, om natten og i helgene. Dette fordi pasientens lege da ofte ikke er tilgjengelig. Hvis sykepleieren på forhånd har sørget for at legen har forordnet ekstra medikamenter til å møte eventuelle smertesituasjoner med, kan problemet til en viss grad løses. At pasienten samarbeider for å løse smerteproblemet og har tillit til behandlerne, er vesentlig for resultatet. Sykepleieren kan samle nyttige opplysninger om smertene til pasienten, samtidig som det blir vist interesse for hvordan han opplever dem, ved å gå gjennom smerteanamnese sammen med pasienten (Almås 2007:97).

Det er bestemte retningslinjer når det gjelder smerteregime for kreftpasienter med kroniske smerter. Dette regimet har vi beskrevet i kapittel 4.7, og blir kalt smertetrappen. Grunnen til at den blir kalt dette er at den kan sammenliknes med en trapp der en begynner på det nederste trinnet og trapper opp medikamenteringen etter hvert som pasienten har behov for mer. Til å begynne med får pasienten perifertvirkende, reseptfrie analgetika når smertene er milde eller moderate. Hvis pasienten har behov for mer omfattende smertelindring, for eksempel

sentralvirkende medikamenter, beveger vi oss oppover i smertetrappen. På det øverste trinnet finner vi opioider. Det er mulighet til å gi opioider døgkontinuerlig, enten intravenøst, subkuttant, epiduralt eller som transdermalt plaster, såkalt smertepaster.

Stannard & Booth (2004) påpeker at uansett hvilken smertebehandling som gis, må den hele tiden være gjenstand for revisjon. Kreftsmarter er en dynamisk tilstand som endres med endringer i pasientens sykdom og pasientens psykologiske og sosiale tilstand (Stannard & Booth 2004:207).

Da vi var i kontakt med teamet ved smerteenheten på sykehuset kunne de fortelle oss at deres erfaring med en del sykepleiere, og kanskje spesielt nyutdannede sykepleiere, var at de ofte kunne være veldig usikre når det gjaldt smertebehandlingen til pasienter med langkommet kreft og metastaser. I følge smerteteamet kan årsaken til dette være at det i utgangspunktet er vanskelig å behandle kreftsmarter, og at det kanskje burde vært et tilbud om mer undervisning til sykepleiene i forhold til smertelindring. De påpekte også hvor viktig det er med bedre informasjon om kartlegging av pasientens smerter. Dette stemmer godt overens med det vi opplevde da vi var i praksis, at både leger og sykepleiere følte seg usikre på både valg av rett type smertelindrende medikament og administrasjonsform til denne pasientgruppen.

Ifølge artikkelen til Kongsgaard og Holtan som omhandler kreftsmarter hos pasienter innlagt i norske sykehus, så har annenhver kreftpasient smerter på grunn av sin kreftsykdom, til tross for økt kunnskap om smertebehandling og bruk av analgetika. Mange av disse pasientene blir kanskje ikke rutinemessig spurt om sine smerteopplevelser, og smerteproblematikken blir ofte skjøvet til side.

For at fagmiljøet skal kunne gi god behandling mot kreftsmarter, er det viktig å gjøre systematisk smertere registrering. Av ulike årsaker tar pasientene selv ikke initiativ til å snakke om smertene sine. Holdninger om at kreft alltid medfører smerter, at det er «sånn det skal være», misforståelser om at det er lite å gjøre for å lindre smertene, fordommer relatert til avhengighet av analgetika og at det er andre plager som er verre, er mulige årsaker til dette. (Kongsgaard & Holtan 2005: 416-418).

I denne artikkelen ser vi at professor Kongsgaard og co. mener at mange pasienter med kreftsmarter ikke rutinemessig blir spurt om hvordan de har det når det gjelder smerter og smerteopplevelser, og at smerteproblematikken ofte kan bli skjøvet til side. Dette var også noe

teamet ved smerteenheten var inne på da vi snakket sammen om deres erfaringer når det gjaldt dette. De mente at å gjennomføre en god samtale er viktig for å kartlegge pasientens situasjon i forhold til smerter, og at vi som sykepleiere kanskje er for lite flinke til å ta oss tid til denne samtalen med pasienten. Vi tenker at *tid* er et viktig stikkord i denne sammenhengen. Mange sykepleiere har det altfor travelt og da blir det kanskje lett for at man skyver smerteproblematikken til side og prioriterer andre gjøremål.

Det er viktig at vi som sykepleiere er klar over at smertene hos en pasient med kreft ikke bare behøver å komme av selve sykdommen. Smertene kan også skyldes noe så banalt som obstipasjon, og vanlige muskelstramminger og nevralgier er like utbredt hos kreftpasienter som hos alle andre. Smerteteamet bemerket at vi som sykepleiere må være oppmerksomme på obstipasjon som bivirkning av analgetika. De sa at det er viktig at vi sjekker at pasienten er satt på midler for å forebygge dette. Hvis vi som sykepleiere ser at pasienten ikke står på forebyggende midler, må vi ta dette opp med legen. Vi tenker at det er viktig at vi informerer pasienten om denne bivirkningen, og forklarer betydningen av for eksempel aktivitet i forhold til forebygging av obstipasjon, og at det finnes midler for å hjelpe til på denne smerten. Obstipasjon er ubehagelig for pasienten og virker inn på både humør, matlyst og generelt velvære. Med andre ord dette kan være med på å gjøre smerteopplevelsen enda verre enn hva den egentlig er. I følge Ottesen og Paulsen (2007) er forstoppelse blant de hyppigst forekommende symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase (Ottesen og Paulsen i Kaasa 2007:487).

Det at vi som sykepleiere hjelper pasienten til å få kontroll over smertene betyr ikke bare at ubehaget blir redusert. I følge Almås 2007 kan følelsen av å ha kontroll over smertene også gi pasienten generelt bedre styrke til å mestre sin alvorlige sykdom (Almås 2007:114).

Vi tenker at for sykepleiere som møter pasienter med kreft smerter, er det viktig å innse at denne type smerte er et sammensatt problem. Det er ikke mulig å få løst disse problemene på en kjapp og enkel måte. Det er svært viktig at vi som sykepleiere bidrar til at pasienten beholder sin respekt og verdighet også i de situasjoner der en ikke forstår smerten, og der en føler at en ikke kan hjelpe pasienten. I enkelte situasjoner er det kanskje nok det og bare være til stede for pasienten og eventuelt trøste veldig viktig.

## 10.0 KULTURELLE OG INDIVIDUELLE FORSKJELLER I FORHOLD TIL SMERTEOPPLEVELSER

Som vi skrev i kapittel 4.3 tåler enkelte pasienter mindre smerter mens andre tåler mer før de gir uttrykk for at de har vondt. Vi tenker at det har betydning hvordan omsorgspersoner oppførte seg når man som barn ble skadet. Det å få barnet til å oppfatte smertefulle skader som katastrofer kan sette spor, og øke smerteopplevelser senere, mens rolig omsorg og forklaringsmodeller som barnet kunne forstå, vil kunne redusere senere smerteopplevelser.

I tillegg er det av stor betydning i hvilken grad pasienten har hatt smerteopplevelser tidligere i livet, da kroppen kan ”huske” smerte, og dette vil påvirke smertesystemets aktuelle respons.

Det spiller også en rolle på hvilken måte tidligere smerteopplevelser er taklet psykisk og sosialt. Smerteterskelen er forskjellig – det som oppleves litt vondt for én, kan oppleves uutholdelig for en annen.

Smertelindring er, som tidligere beskrevet, en viktig del av sykepleiefunksjonen, og pasienter med annen kulturbakgrunn har, på lik linje med norske pasienter, krav på riktig og tilfredsstillende behandling. Vi tenker at manglende kunnskap om andre kulturer blant sykepleiere kan føre til at de viser pasienten mistillit og undervurderer pasientens subjektive smerteopplevelse, intensitet og kompleksitet.

Det ligger spesielle utfordringer i å tolke pasienters smerter når pasient og sykepleier ikke har felles kultur og språk. Vi tenker at sykepleiernes manglende kjennskap og forståelse for pasienter med annen kulturbakgrunn kan redusere smertebehandlingens kvalitet og effektivitet.

Pasienter med annen kulturbakgrunn trenger å bli godkjent og forstått for sine subjektive smerteopplevelser og beskrivelser. Det er ingen andre enn personen selv som kan bedømme når og hvordan smerten oppleves. Vi tenker at enkelte sykepleiere kan vurdere disse pasientene med utgangspunkt i sine egne, kjente verdier. Dette kan medføre at disse pasientene med annen kulturbakgrunn ikke blir vurdert som aktive og reflekterte personer. Forholdet mellom sykepleier og pasient kan da bli preget av makt og lite åpenhet.

Sykepleiere forholder seg til smerteintensitet, - varighet og –lokalisering slik at de kan få oversikt over den fysiske smertetilstanden og gi rutinemessige smertestillende midler. Sykepleieres likegyldighet i forhold til, og manglende oppmerksomhet på, subjektive



smerteopplevelser kan lett føre til misforståelser og skape en følelse av isolasjon, og i noen tilfeller angst og depresjon hos disse pasientene i etterkant.

Vi tenker at sykepleiernes etnosentriske innstilling kan medføre en mistillit til pasientene som igjen kan resultere i at de ikke får tilstrekkelig smertelindring. Dette kan føre til at noen pasienter opplever sykepleierne som lite kompetente og i verste fall medføre til at de får et negativt syn på norsk helsevesen. Å spørre om smertestillende midler kan være krevende for mange. De kan oppleve å bli møtt med mistro i forhold til sin egen smerteopplevelse når sykepleier kanskje vil vente å se an smertenivået før en gir dem medisiner. De kan kanskje oppleve det som en fornærmelse å bli behandlet på denne måten, og dette kan resultere i at de foretrekker å tie om smertene fremfor å spørre om smertestillende midler. Noen kan kanskje være redde for å bli mistenkt for å være misbrukere.

Det å møte pasienter fra andre kulturer krever både kunnskaper, ferdigheter og ikke minst holdningsendringer. Sykepleiere som ofte møter og kommuniserer med pasienter med annen kulturbakgrunn lærer å være mer åpne og likeverdige. Trawelbee påpeker at den kulturen personen er en del av, vil ha betydning for vedkommendes oppfatning av sykdom og lidelse.

Det å bli godkjent og forstått er et avgjørende behov for disse pasientene. Opplevelse av respekt og mer likeverdig behandling preger pasientenes opplevelse av sykepleie. Vi mener det er viktig at pasienter med annen kulturbakgrunn blir akseptert og respektert for at dem har en annen bakgrunn da dette kan ha betydning for deres selvtillit i smertesituasjonen. Vi mener at disse pasientene trenger at noen forstår deres tanker, følelser og oppførsel samt at de får råd og veiledning. Dette kan gjøre at pasientenes identitet opprettholdes slik at selvfølelsen og mestringskapasiteten økes. Også det å oppleve nærhet til sykepleierne kan til en viss grad skape tillit og bidra til at de viser mer av sine følelser og tanker. Trawelbee la vekt på empati i sin teori. I situasjoner der en har empati med et annet menneske, opplever en nærhet og kontakt.

Mangel på et felles språk vanskeliggjør kommunikasjonen, og bruk av tolk og oversatt informasjonsmateriale er ofte en forutsetning for å kunne yte likeverdige tjenester til alle.

Dette gjelder særlig pasienter som er i en sårbar situasjon eller livsfase. Det at noen får et dårligere tilbud og utbytte av helsetjenester mener vi er en form for indirekte diskriminering. Vi ser at kulturelle forskjeller kan vanskeliggjøre behandlingen i helsevesenet, men vi mener det er viktig å ha fokus på at vi alle er ganske like når vi blir syke og har de samme

grunnleggende behov for omsorg og behandling. Det er også viktig at sykepleiere får økt kunnskap om ulik forståelse av sykdom og helse hos forskjellige befolkningsgrupper, og hvilken betydning dette har for pasientens møte med helsetjenesten.

## 11.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Vi har i denne oppgaven sett på sykepleierens rolle i forhold til smertelindring av lungekreftpasienter med spredning til andre organer. Vi nevnte innledningsvis at til tross for økte kunnskaper om hvordan smerte hos kreftpasienter kan lindres, er det fortsatt pasienter den dag i dag som ikke får god nok smertelindrende behandling. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått inntrykk av at årsaken til dette er at kanskje ikke alle sykepleiere har gode nok kunnskaper om temaet. Behandling og pleie tenker vi kan bedres gjennom forskning, fagutvikling og økt kunnskap på alle nivåer.

For at sykepleierne skal kunne ivareta den medikamentelle smertebehandlingen på en god måte mener vi at det er viktig at man prioriterer *tiden* slik at man ikke har det så travelt at man skyver smerteproblematikken til side. Et koordinert samarbeid og god dialog med legen er også en viktig faktor som vi kom fram til for å ivareta denne behandlingen.

Vi tenker at klinisk erfaring og skjønn basert på et vitenskapelig fundament bør alltid være de bærende elementer i all behandling og oppfølging av palliative pasienter.

Helt til slutt vil vi si at vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven fått et bedre innblikk og forståelse for problemstillingen vår. I tillegg til at vi har tilegnet oss mye ny kunnskap om temaet ved å fordype oss i aktuell faglitteratur.

## LITTERATURLISTE

Almås, H. (2007) *Klinisk Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K. og Solheim, K. (2006) *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S. (2007) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvåle, K. (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kåresen, R., Wist, E. (2006) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

McCaffery, M. og Beebe, A. (2005) *Smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Reitan, A., Schjølberg, T. (red) (2006) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe Forlag AS.

Stannard, C. og Booth, S. (2004) *Pain*. China: Elsevier Churchill Livingstone Ltd.

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

### Selvvalgt litteratur:

International Association for the Study of Pain.

(<http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>)

Lest: 08.04.10 ..... 1 s.

Kaasa, S. (2007) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

( Kap. 1, s. 31 – 46 + kap. 3, s 64 – 72 + kap. 4, s. 75 – 88 + Kap. 14, s. 261 – 269 + kap. 41, s. 631 – 648) + kap. 28, s. 471 – 485 + kap.29 + s 487 – 495) ..... 88 s.

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

( Kap. 6, s. 113 – 127) ..... 15 s.

Kongsgaard & Holtan 2005: 416-418: ”Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus”.

([http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp\\_SEKS\\_ID=1144334](http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1144334))

Lest: 31.03.10 ..... 3 s.

Kongsgaard & Holtan 2009: 208-215 : "*The use of pain descriptors in cancer patients*".

([https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.1&thid=12815de2e3df9427&mt=application%2Fpdf&url=https%3A%2F%2Fmail.google.com%2Fmail%2F%3Fui%3D2%26ik%3Db5ad866532%26view%3Datt%26th%3D12815de2e3df9427%26attid%3D0.1%26disp%3Datt%26realattid%3Df\\_g877rpqc0%26zw&sig=AHIEtbQtlp1uu7XQximoHcZmz9S4nyRZ2g&pli=1](https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.1&thid=12815de2e3df9427&mt=application%2Fpdf&url=https%3A%2F%2Fmail.google.com%2Fmail%2F%3Fui%3D2%26ik%3Db5ad866532%26view%3Datt%26th%3D12815de2e3df9427%26attid%3D0.1%26disp%3Datt%26realattid%3Df_g877rpqc0%26zw&sig=AHIEtbQtlp1uu7XQximoHcZmz9S4nyRZ2g&pli=1))

Lest: 09.04.10 ..... 8 s.

Kvåle, K. (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

(Kap.6, s. 103 – 108) ..... 6 s.

Kåresen, R., Wist, E. (2006) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

(Kap. 1.12, s. 106 – 116 + kap. 1.11, s. 96 – 105) ..... 21 s.

McCaffery, M. og Beebe, A. (2005) *Smertor*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

(Kap. 4, s. 57 – 133) ..... 76 s

Reitan, A., Schjølberg, T. (red) (2006) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe Forlag AS.

(s. 139 – 155 + s. 329/330 + s. 331 – 335) ..... 24 s.

Stannard, C. og Booth, S. (2004) *Pain*. China: Elsevier Churchill Livingstone Ltd.

(Kap.12, s. 182-247) ..... 65 s.

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

(s. 7) ..... 1 s.

Totalt ..... 308 s.