



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

Kurskode: SY 180H 000

Dato: 29.04.2011

Kandidatnummer: 33, 44 og 87

Totalt antall sider: 48

Antall ord: 9279



Smerteproblematikk
- en utfordring for sykepleiere

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 En pasienthistorie	4
1.2 Begrunnelse for valg av tema og definering av problemstilling	5
1.3 Avgrensing	5
1.4 Begrepsavklaringer	6
1.5 Formål med oppgaven	6
1.6 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Metode	8
2.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	8
2.2 Intervju som metode	9
2.3 Tolking av intervju	9
2.4 Litteraturstudie	10
2.5 Ethiske overveielser	11
2.4 Metodekritikk	11
3.0 Sykepleie	13
3.1 Omsorg i sykepleie	13
3.2 Sykepleieprosessen	15
3.2.1 Skriftlig dokumentering og rapportering	16
3.2.2 Informasjon –et gjensidig deltakerperspektiv	17
4.0 Myelomatose	19
4.1 Symptomer og konsekvenser	19
4.2 Behandling av myelomatose	20
5.0 Smertelindring relatert til myelomatose	21
5.1 Forståelsen av fenomenet smerte	21
5.2 Nociseptive og nevropatiske smerter	22
5.3 Klassifikasjon og vurdering av smerte	22
5.4 Medikamentell smertelindring	23
6.0 Drøfting: Smerteproblematikk –en utfordring for sykepleiere	25
6.1 Kilder for informasjon	25
6.2 Sykepleiers verktøy for smertevurdering	27
6.3 Handlekraftige sykepleiere	29
6.4 Støtte og god informasjon	31
6.5 Medikamentell smertelindring –utfordringer	32
6.6 Smertelindrende omsorgstiltak	34
6.7 Dokumentasjon og evaluering	35
7.0 Etertanker	37
Litteraturliste	38
Vedlegg	
Vedlegg 1: Forespørsel om samtykke	41
Vedlegg 2: Tillatelse til innhenting av data	43
Vedlegg 3: Intervjuguide	47

1.0 Innledning

Bacheloroppgaven er en avsluttende del av sykepleiestudiet, og vi er tre studenter som skriver sammen. Smertelindring og problematikk rundt dette har vekket en felles interesse, og vi forstår det er en utfordring vi kommer til å møte som sykepleiere. Oppgaven inneholder 9279 ord.

1.1 En pasienthistorie

I tillegg til fakta, presenterer vi en pasienthistorie for å illustrere hvordan interessen for temaet ble vekket. Historien har bidratt til refleksjon og diskusjon. To av oss har møtt denne pasienten, som har fått fiktivt navn.

”Ole, 54 år ble i vår praksisperiode, innlagt for utredning av hyperkalsemi, delir, og smerteproblematikk som hadde vedvart et par måneder. Han var immobil, uklar og kunne ikke redegjøre for seg.

Høye stønn og et slitent og forvirret drag over ansiktet er det vi registrerer. Han har milde diffuse kramper, virker delvis synshemmet og er svært smertepåvirket. Når han stønner skjærer han grimaser og rynker pannen, og han roper ved stell eller snuing i seng. På spørsmål om han har smerter svarer han noen ganger nei, andre ganger at det er vondt overalt. Legene undrer seg, og er inne på tanken at pasienten bare er i delir på grunn av hyperkalsemi og at han roper fordi han er engstelig. Over en uke går uten at konkrete tiltak blir iverksatt, og Oles situasjon er uendret. Langtkommet myelomatose diskuteres underveis på grunn av klinisk bilde og blodprøvesvar, og bekreftes etterhvert av beinmargsbiopsi.

En lege informerer Ole mens han fortsatt er i delir. Informasjon om diagnosen inneholder mye medisinsk terminologi, og beskjed om at de starter behandling dagen etter.

Etter to uker og flere bytter på opiater og dosering, uteble fortsatt tilstrekkelig smertelindring. Ole hadde også problemer med å svelge tablett. I en pre-visitt ble det derfor bestemt at palliativt team skulle kontaktes. Legene avgjorde da at Ole skulle ha subcutan smertepumpe med en blanding av morfin og haldol. Pumpen ble startet opp i løpet av en time og etter noen dager var Ole i stand til å komme opp fra senga og spiste. I tillegg hadde behandling av hyperkalsemi gitt resultater og Ole var mer adekvat. Siden han nå kunne svelge tablett, og til og med kunne være oppe noe, ble smertepumpen seponert».

1.2 Begrunnelse for valg av tema og definering av problemstilling

Bakgrunn for valg av tema er hovedsaklig vårt møte med flere pasienter med smerteproblematikk. Ca. 15 000 kreftpasienter i Norge i dag trenger behandling for lindring av smerter og minst 15 % av disse pasientene har så komplekse smerte- og symptombilder at de er utfordrende å smertelindre (NFPM 2004).

Litteratur og inntrykk fra pasienthistorien har ført til refleksjon, diskusjon og engasjement. Det tok tid før Ole ble smertelindret, og i vår praksisperiode opplevde vi ingen bruk av systematiske verktøy for registrering av smerte.

Med utgangspunkt i pasienthistorien, erfaringer og litteratur vi har studert, blir følgende problemstilling søkt besvart;

”Hvilken funksjon har sykepleiere for å bidra til god smertelindring hos pasienter, og unngå at smerten får utvikle seg til smerteproblematikk”

1.3 Avgrensning

Tema er stort og det finnes mye litteratur innen smertelindring. Fokus i oppgaven blir der smerte er vanskelig å lindre, -smerteproblematikk. Pasienter med langtkommet myelomatose, har ofte uttalte smerter og oppgaven avgrenses til denne pasientgruppen. Utgangspunktet er pasienter inneliggende i sykehus.

Flere aktører kan bidra i smertelindringsprosess i et tverrfaglig samarbeid, men oppgavens utgangspunkt er sykepleiers funksjon. Sykepleieprosessen er derfor brukt i svaret på problemstillingen.

Komplementær behandling omtales ikke i oppgaven, men vi erfarer at enkelte pasienter benytter dette i tillegg til medisinsk behandling.

Faktorer som pårørende og brukermedvirkning er viktige, disse elementene blir nevnt, men ikke utdypet. Det er ikke gitt oss anledning til å intervju pasienter eller pårørende, vi er derfor oppmerksomme på at vårt valg av informanter ikke belyser hele omfanget av tema.

Oppgaven fokuserer ikke på medikamenter i smertelindring, men sykepleiers handlinger i prosessen som kan bidra i lindring av smerte. Viktige medikamenter nevnes likevel, da vi mener kunnskapen om disse kan ha stor betydning.

1.4 Begrepsavklaringer

Med begrepet ”smerteproblematikk” mener vi, -der det tar tid å lindre pasientens smerte, og hyppig økning og bytte av smertestillende medikamenter ikke gir tilfredsstillende smertelindring, eller der smertene er stadig tilbakevendende. Utgangspunktet er pasienter som får palliativ behandling. WHO har definert palliasjon som følger:

”Aktiv, helhetlig behandling, pleie og omsorg for pasienter med sykdommer som ikke responderer på kurativ behandling. Hovedoppgaven er å lindre smerte og andre symptomer, og gi støtte ved psykologiske, sosiale og eksistensielle problemer. Målet for palliativ behandling er å oppnå den beste livskvalitet for pasienter og deres familie. Palliativ medisin ser på liv og død som en normal prosess, ønsker hverken å fremskynde eller å utsette døden, sikrer god smerte- og symptomlindring, integrerer psykologiske og eksistensielle perspektiver i behandlingen...”

(Husebø og Klaschik 1998:24)

1.5 Formål med oppgaven

Vår forforståelse tilsier at det er utfordringer ved behandling av smerte. Formålet med oppgaven er å utvide egne fagkunnskaper, og forstå hvorfor smertelindring ikke alltid lykkes og hva sykepleiers funksjon kan være i forhold til dette. Oppgaven vil drøfte hvordan smerter kan forebygges og smerteproblematikken unngås.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er basert på litteraturstudie og to intervju, samt egne erfaringer fra feltet. I kapitlet om metode redegjøres det for disse valgene. Teoridelen i oppgaven inneholder forskningsbasert litteratur om smerter som fenomen og problem, og myelomatose som hovedårsak. Aktuelt lovverk nevnes, og Kari Martinsens omsorgsfilosofi er grunnlaget for sykepleieteori. Etter teoridelen diskuterer vi funn fra intervjuene opp mot teori og forskning samt egne erfaringer. Oppgaven avsluttes med en oppsummering.

2.0 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap...» (Vilhelm Aubert sitert i Dalland 2007: 81).

Metoden beskriver hvordan vi arbeider for å komme frem til eller etterprøver kunnskap.

«Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte» (Dalland 2007:81).

Gjennom litteratursøk har vi samlet teori om tema. For å bekrefte litteratur har vi valgt å foreta intervju av en erfaren kreftsykepleier og en anestesilege. Ønsket er innblikk i deres erfaringer, kunnskap og opplevelser fra smertelindring og smerteproblematikk. Det benyttes en kvalitativ tilnærming i form av et åpent halvstrukturert intervju med utfyllende spørsmål (ibid 133; 148). Intervjuet forteller ikke om utbredelsen av fenomenet vi undersøker (ibid: 82-84), men hvordan den enkelte opplever utfordringer med smerteproblematikk, og hvilke forventninger informantene knytter til sykepleiers funksjon.

2.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og handler om å fortolke fenomener og beskrive vilkårene for at forståelse og mening skal være mulig. Dette vitenskapsteoretiske ståstedet handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Tilnærmingen er viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker. Forskeren skal se menneskene som en helhet, sammensatt av flere deler av opplevelse. Det som skal utforskes og tolkes preges ofte av egen forforståelse. Ofte kombineres en fenomenologisk tilnæringsmåte med en tolkning av data der en tilstreber en helhetsforståelse i tråd med hermeneutikken. Dette kalles fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Dalland 2007:53-55).

2.2 Intervju som metode

I forkant av intervjuene hadde vi en forforståelse av tema, vi har møtt utfordringen i praksis og gjort oss tanker om hvorfor smerteproblematikk oppstår. Litteratur har bekreftet noe og ført oss videre mot svar på problemstillingen. Dette påvirket utforming av intervjuguide. En utfordring var å finne aktuelle spørsmål fordi informantene sitter med bredere kunnskap og flere erfaringer enn oss. Vi valgte et åpent halvstrukturert intervju med tema og oppfølgingsspørsmål (Dalland 2007: 148). Dette for at informantene skulle få bidra med informasjon vi ikke har kunnskaper nok til å etterspørre. Aktuelle intervjupersoner kjente vi til fra vår tid i praksis og som Dalland (2007: 145) nevner, er det verdifullt å få del i ekspertenes erfaringer og kunnskaper. Informasjonsbehovet avgjør metoden, og vi ønsket å bekrefte teori og få tilleggsinformasjon. Informantene har erfaring fra direkte pasientarbeid, tverrfaglig samarbeid og har faglig tyngde. Dalland (2007:142) kaller dette et strategisk valg.

Formålet med oppgaven og temaspørsmålene ble sendt inn på søknad til utdanningsinstitusjonen etter deres retningslinjer og godkjent av veileder før informantene ble kontaktet. To avdelingsledere ved to avdelinger fikk oversikt over tema og gav oss godkjenning for å intervjuere deres ansatte. Det ble avtalt en time med intervjupersonene hver for seg.

Tema er på forhånd avklart med informantene, og et fast forberedt spørsmål innleder. Alle tre studentene deltar etter retningslinjer i Dalland (ibid:161-162) der en leder samtalen, en sørger for opptak av samtale og kommer med innspill, og en noterer detaljer som bør huskes.

2.3 Tolkning av intervjuene

*“Analysen skal hjelpe oss til å finne ut av hva intervjuet egentlig kan fortelle.
Tolkningen skal vise oss hva det vi har fått vite, betyr».*

(Dalland 2007:171)

Informantenes erfaringer bekreftet mye av vår forforståelse, men avkreftet også noe. Intervjuene ble tatt opp på bånd, avspilt og transkribert helhetlig. Deretter leste alle på gruppa over dette, noe som gav oss mulighet til å gjenoppleve samtalene. Intervjuene ble delt opp i naturlige enheter etter innhold (Dalland 2007:175), for så å diskutere funn i forhold til problemstillingen. Begge informantene var opptatt av at pasienten skal slippe å oppleve smerteproblematikk som kan forårsakes av for treg handling fra både lege og sykepleier. Etter å ha bearbeidet intervjuet nevner vi sentrale funn; informasjon til pasienten, sykepleiers handlekraft og aktive holdning, og dokumentasjon/ rapportering. Vi har også sett på helhetsinntrykket av intervjuene hver for seg og samlet. Inntrykket fra begge intervjuene, var at informantene var engasjerte og enige i at vår problemstilling er aktuell i praksis. Begge kom med klare spontane svar, snakket detaljert og lenge på våre korte spørsmål. Det som kom frem under intervjuene var en felles enighet mellom informantene på de fleste områder. Viktige funn blir brukt som sitater i oppgaven (ibid: 171-178).

2.4 Litteraturstudie

“Det å bruke litteratur er som å drive feltarbeid i bøkernes og tidsskriftenes verden. Når du leter etter informanter, stiller du deg spørsmål om hvem som har noe å bidra med og hva de kan bidra med... Ulike informanter har ulike bidrag å komme med; det har også ulik litteratur.”

(Dalland 2007:73).

Egen forforståelse av problemstillingen, samt resultat av funn fra intervjuene la grunnlag for litteratur vi søkte etter. Litteraturen brukes for å analysere og drøfte faktorer i forhold til problemstillingen. Pensumlitteratur er en del av det teoretiske grunnlaget. Forskningsartikler benyttes for å belyse fenomenet smerteproblematikk og er publisert i tidsskrifter som “Vård i Norden” og “Sykepleien Forskning”. Forfattere og litteratur er valgt ut fra deres faglige ståsted. Stein Kaasa (2008) er redaktør av boken ”Palliasjon”. Han er Norges første professor innenfor palliativ medisin og er delaktig i nasjonale og internasjonale grupper for smerteforskning. ”Håndbok i lindrende behandling” (2009) er basert på internasjonale

retningslinjer fra ”Standard for Palliasjon” (NFPM 2004). Den er utgitt av Kompetansesenteret Lindring i Nord ved UNN. For å være kildetro henvises det i oppgaven til forfatter eller utgiver (Dalland 2007:64-67).

I enkelte sammenhenger har det vært vanskelig å finne tak i originallitteratur med primærkilde som henvisning, sekundærkilder er derfor benyttet. I forhold til omsorgsfilosofi, har vi brukt sekundærkilder for å tolke forfatterens filosofi, i tillegg til originallitteratur.

Nettsteder som er brukt for å hente elektroniske artikler av både faglig og forskningsbasert karakter, er blant annet: British Journal of Haematology, Vård i Norden, Oncolex og Sykepleien. Søkeord har vært: smerte, smerteproblematikk, myelomatose, palliasjon, smertelindring, skjelettmetastaser med flere. Det er lett å finne aktuell litteratur på området smertelindring, og teori med nyest data er foretrukket.

2.5 Etiske overveielser

Opplysningene fra intervjuene skal ikke utgis på noe vis, men brukes i kunnskapsbygging og forståelse i forhold til praksisfeltet for egen del (Dalland 2007: 115). For å ta vare på data ble det brukt diktafon. Informantene ble informert om at det ble gjort opptak og at dette skulle slettes etter at vi hadde transkribert intervjuet, og anonymisering er gjort for å ivareta personvern og behandle opplysninger i forhold til personopplysningsloven (ibid: 238-243). Informert samtykke, ble gitt og informantene har hatt mulighet å trekke seg fra undersøkelsen underveis (ibid:243-245). De har lest gjennom oppgaven før trykking, for å eventuelt kunne korrigere missforståelser og for å sikre at informasjonen deres blir brukt rett i forhold til problemstillingen.

2.6 Metodekritikk

Valg av litteratur er gjort for å finne en gyldig forståelse av at smertelindring er et vanlig problem hos kreftpasienter. Forskningsartikler og bøker inneholder mange opplysninger, og det er lett at teorien blir for generell. Pasientgruppen med diagnosen myelomatose er noe spesiell i forhold til smerteproblem, men samtidig er hver enkelt pasient individuell, slik at

svaret på problemstillingen ikke kan benyttes konsekvent. Informantene representerer faggrupper som er mye i kontakt med pasientene, men likevel kan det være ulike opplevelser hos andre personer. Vi har få informanter og utvalget kan derfor ikke representere en generell forståelse, kun tendenser.

Funn fra intervju og litteratur stemmer overens med vår forforståelse av fenomenet og problemstillingen. Informantene har lest oppgaven og godkjent gjengitte sitater og måten disse er brukt på. Dette mener vi bidrar til at data blir brukt nøyaktig for å besvare problemstillingen. Resultatene er kontrollerbare hvis vi ser på anvendt litteratur og intervjuguide, egne erfaringer derimot kan ikke etterprøves og kan ikke kalles empirisk data. Intervjufunn er kvalitative og etterprøving av disse trenger derfor ikke å gi samme resultat. Vår forskning i denne oppgaven kalles kumulativ. Det betyr at vi bygger videre på forskning som allerede foreligger. Funn fra intervju og egne erfaringer er knyttet sammen med forskningsbasert litteratur, og har inspirert oss til å se sammenhengen mellom egen undersøkelse og de store linjene i forskningen (Dalland 2007: 91).

3.0 Sykepleie

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet».

(NSF 2008)

Mennesket har grunnleggende behov som noen ganger blir utfordret, og skaper et sykepleiebehov. Sykepleie er basert på prinsipper ut fra et helhetlig menneskesyn, og styrt av nasjonale retningslinjer. *Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (NSF 2008).* Yrkesetiske retningslinjer vektlegger sykepleierens holdning til den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket. Sykepleie bør være basert på kunnskap, og bære preg av å gi omsorg og lindre plager (ibid).

Sykepleie i palliativ fase innebærer å observere tegn på komplikasjoner, forverring og endring i symptombildet for å kunne treffe gode tiltak. Pasienter med myelomatose har ofte komplekse og sammensatte behov, og symptomene kan ha flere årsaker. Et helhetlig menneskesyn gjør at sykepleieren kan kartlegge disse (Lorentsen og Grov 2010: 427-430). En helhetlig forståelse inkluderer fysiske, psykososiale og åndelige behov. Pårørende er også en del av pasientens helhetlige situasjon. Å inkludere, informere og ivareta pårørende, er indirekte hjelp til pasienten (ibid).

3.1 Omsorg i sykepleie

«Solidaritet hviler på likhet mellom mennesker. Likheten går på den generelle situasjon at vi alle kan bli omsorgstrengende og ha ubetinget rett til omsorg. Å ha solidaritet som ledende verdi, vil si at en ikke setter verdier som uavhengighet og selvstendighet høyest.»

(Martinsen sitert i Kristoffersen, 2006:63)

Kari Martinsen er en sykepleieteoretiker som har stor innflytelse for utviklingen av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia. Hennes arbeider bærer preg av å være inspirert av flere filosofer. -Fra Karl Marx, Martin Heidegger og de senere årene mer av den danske filosofen og teologen Knud Løgstrup (Martinsen 1993).

Grunnlaget for hennes teorier, er knyttet til menneskets livsvilkår og fellesskapet der alle er avhengige av hverandre. Dette vises tydeligere i situasjoner der vi blir syke og trenger hjelp. Vi har et moralsk ansvar for hverandre, og dette vises gjennom solidaritet der målet er tillit og relasjonsbygging (Martinsen 2003:56). I sykepleierens utøvelse fremhever hun den praktiske gjerningen som utøves overfor en annen i omsorgsarbeid (ibid:70).

«Klokskap (phronesis) har ikke bare å gjøre med prinsipper og regler, men den innebærer også kunnskap om den enkelte situasjon, da den er praktisk og rettet mot det spesielle. Det er også grunnen til, at mennesker som ikke har teoretisk viten, men som har erfaring, er mer praktisk dyktige.[...]Klokskap er praktisk og man må besitte begge kunnskapsformer, og dog spesielt den siste».

(Aristoteles, Nikomakiske Etikk. Sitert i Martinsen 1993:143)

Martinsen mener sykepleien bør mer bort fra det positivistiske vitenskapssyn, og fokusere i større grad på faglig skjønn og praktisk kunnskap. Kunnskapen er en «praktisk-moralsk handlingsklokskap» som her omtales som phronesis. Faktakunnskapen må være der, men skjønnet er overordnet, man må vurdere og kunne handle riktig og godt i konkrete situasjoner (Martinsen 1993:143-144). Sykepleiens viktigste grunnlag bør være inkludert og preget av «den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen», som blir til gjennom erfaring og refleksjon i faget. Sykepleierens holdninger er knyttet til omsorgsbegrepet. Martinsen (2006:164) nevner at sykepleiere utøver svak paternalisme, noe som innebærer en viss maktutøvelse ovenfor den syke. Denne må utøves med faglig skjønn, med utgangspunkt i hva som er til den andres beste i situasjonen. En dyktig sykepleier er en kritisk sykepleier, som reflekterer og prioriterer i forhold til pasientens beste. Fundamentale kvaliteter ved omsorg er ifølge Martinsen (2003:71):

- 1) Tillit og tale i relasjon legger grunn for felleskap og solidaritet.
- 2) Praktisk handling ut fra faglig skjønn, solidaritet og forståelse for den andres situasjon.
- 3) Moralsk holdning som innebærer å gjøre det som er riktig og vise ektehet og anerkjennelse i samhandling med den andre.

”Pleiesituasjonen er preget av å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her- og nå- situasjon.”

(Martinsen 2003:78)

Omsorgen er et mål i seg selv, og hun nevner de sykeste syke. Når pasienten ikke kan beholde sin funksjonsevne eller har tilbakegang, er målet med omsorgen «velvære» eller «livsmot».

Martinsen (2003: 75-78) formulerer tre hovedtrekk ved omsorgsarbeid overfor disse:

- 1) Omsorgsmottakeren er i en ikke- selvhjulpen situasjon .
- 2) Omsorgsrelasjonen varer over en tid og innebærer ansvar og forpliktelser fra omsorgsutøveren.
- 3) Omsorgsrelasjonen baseres på gjensidighet, det vil si at vi sørger for den andre uten å forvente noe tilbake.

3.2 Sykepleieprosessen

”Sykepleieprosessen danner grunnlaget for sykepleie og gir en struktur for synliggjøring og dokumentasjon av sykepleie”

(Meleis sitert i NSFID 2007)

Et rammeverk for utøvelse av sykepleie er en prosess i 4 faser. Den omfatter datasamling, observasjoner, planlegging og gjennomføring av sykepleietiltak (som for eksempel informasjon) og dokumentering/rapportering (NSFID 2007). Dokumentasjon av informasjon

innhentet i de enkelte fasene er en viktig forutsetning for kontinuitet og kvalitet i sykepleien (Drange 2002).

3.2.1 Skriftlig dokumentering og rapportering

”Kvalitet er et tema som må fremheves i forbindelse med sykepleiedokumentasjon”

Drange (2002)

I sykepleiedokumentasjon er anvendelse av sykepleieprosessen et kriterium for kvalitet. Autorisert helsepersonell som er ansvarlig for undersøkelse, diagnostisering og oppfølging av pasienter, plikter å føre pasientjournal. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasient og helsehjelp (NSFID 2007). De viktigste lovene som regulerer dokumentasjonsplikten er helsepersonelloven (1999), forskrift om pasientjournal (2000) og pasientrettighetsloven (1999).

Drange (2002) presenterer funn fra en studie som belyser hva sykepleiere forbinder med kvalitet i sykepleiedokumentasjon. Her omtales bruken av standardiserte pleieplaner med 14 punkter for datasamling, og dokumentering i forhold til disse punktene. Artikkelen denne studien er publisert i, nevner at sykepleiere strever med å få til god sykepleiedokumentasjon.

”Gode rapporteringsrutiner er et [...]viktig hjelpemiddel i administrasjon av sykepleietjenesten. Det er gjennom rapportene sykepleieren får oversikt over hva som skjer, hva som er problematisk, hva som er gjort, hva som står igjen, og hva som må overføres til neste vakt”

(Jacobsen 2006:162)

I rapportene utøver sykepleieren store deler av samarbeidet som handler om refleksjon og delegering. Sykepleieren som gir rapport må være tydelig når hun skal formidle pasienters status og hjelpebehov (Jacobsen 2006:162). Å gi rapport til neste vakt har vært et etablert

system i de fleste helseinstitusjoner i mange år. Rapporter er ofte basert på en muntlig gjennomgang av dagens vakt, mer eller mindre støttet av dokumentasjon. Noen steder har rapporten kun vært basert på muntlig informasjonsmidling; men det støttes ikke av det som er nedskrevet. Rapporten har hatt varierende målsetting, fra å være et sted å diskutere pasienten, til en enveis kommunikasjon til de som skal overta ansvar. Muntlig informasjon i rapport fører lett til at relevante og nødvendige data sykepleierne synes det er vanskelig å beskrive skriftlig, kun overleveres muntlig (NSFID 2007). Anbefalingene fra NSFID (2007) er at det må utvikles systemer som sikrer at sykepleieprosessen blir brukt som et arbeidsredskap i dokumentasjon fordi dette bidrar til å oppfylle kravene i journalforskriften.

3.2.2 Informasjon – et gjensidig deltakerperspektiv

”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.”

(NSF 2008)

Alle pasienter har rett på informasjon som er tilpasset den enkeltes situasjon, alder, behov og bakgrunn. Informasjonsmengden skal tilpasses behov og pasientens mulighet til å ta det innover seg. Pasienten skal gi samtykke til at informasjon gis pårørende. Hvilken type behandling som gis skal være basert på informert valg (Pasientrettighetsloven 1999 §§ 3-1, 3-2 og 3-3). Brukermedvirkning er slik forankret i lovverk, og skal sikre pasientens innflytelse og medbestemmelse når det gjelder egen helse, behandling og beslutningsprosesser. Hensikten er å fremme pasientens autonomi og selvbestemmelse (Eide og Eide 2007:19). Informasjon kan omfatte sykdommen, konsekvenser i dagliglivet, behandlingalternativer og medikamentvirkninger og bivirkninger. Pårørende må inkluderes som informasjonstrengende for å kunne bidra slik at det føles meningsfylt og trygt å være tilstede (Lorentsen og Grov 2010: 414,416).

Kommunikasjonsevner er viktig hos sykepleiere for å kunne ivareta denne oppgaven. Kommunikasjon kan handle om hvordan sykepleieren hører pasienten, hva sykepleieren ønsker å høre og hva pasienten egentlig formidler (Eide og Eide 2007:20-21). Kvaale (2005)

har intervjuet fire kreftpasienter om hva de mener er viktig for å oppleve omsorg fra sykepleier, og det kommer frem at sykepleieres holdninger og handlinger er sentralt. Kvaale (2005) refererer til Løgstrup: de har *makt til å «gi pasientenes verden dens form», ved «å gjøre den lys eller mørk, truende eller trygg»*. Informantene i studien hennes nevner sykepleiers evne til å informere og kommunisere som viktig i omsorgen, og det hadde sammenheng med at sykepleieren tok seg tid til å høre på dem.

Andre studier viser at informasjon er en faktor pasienter i sykehus er misfornøyd med (Valeberg, Bjordal og Rustøen 2010 og Iversen, Holmboe, og Dahle 2010). Studiene viser hvordan lite informasjon påvirker deres sykdomsopplevelse i negativ retning. Valeberg, Bjordal og Rustøen (2010) nevner for eksempel at pasienten står i fare for å oppleve unødvendige smerter fordi han kanskje ikke ønsker å ta medisiner han ikke vet så mye om. Redsel for avhengighet eller å miste kontroll over seg selv nevnes. Ifølge studien kan også lite informasjon om sykdommen og hvordan forløpet kan bli, føre til at han bruker smerteopplevelsen for å selv angi hvor syk han er.

Informasjon skal fremme trygghet og hjelpe pasienten til å mestre sykdom og kanskje forsone seg med en diagnose (Eide og Eide 2007:171). Sykepleieren må være sikker på at informasjonen hun gir er korrekt og forståelig for pasienten (ibid: 293). Informasjon om eventuelle diagnoser eller funn hos pasienten skal gis av lege. Sykepleierens rolle er å informere og trygge pasienten i forhold til behandling, hvordan undersøkelser og prøver foregår, hvordan medisiner virker eller konsekvenser av sykdommen (Ibid: 297).

4.0 Myelomatose

Myelomatose kalles også beinmargskreft. I beinmargen vokser plasmaceller ukontrollert. Det kan produseres store mengder immunglobuliner, som fortrenger produksjon og vekst av normale blodceller i beinmargen. Plasmacellene kan også fortrenge områder med kompakt beinmasse i skjelettet, noe som kan resultere i frakturer eller brudd å grunn av lav beintetthet (osteolyse) (Smith, Wisloff og Samson 2005). Myelomatose er inndelt i stadier etter internasjonale retningslinjer, avhengig av hvor den starter, spres seg, hvor langt sykdommen har kommet og når den blir diagnostisert (ibid). Grupperes i asymptomatisk myelomatose, der pasienten observeres uten behandling, og symptomatisk myelomatose der symptomene har debutert og skadet vev og organer (Finne-Grønn og Dragestad 2010:468). Sykdommen er inkurabel og derfor interessant i forskningsøyemed for å finne kurativ behandling. Symptomkontroll er behandlingsmål, pasienter med langtkommet sykdom får derfor palliativ behandling (Gedde-Dahl d.y 2010) .

4.1 Symptomer og konsekvenser

Pasientene vil oppleve symptomer forskjellig. De viktigste og mest vanlige er skjelettmetastaser (Finne-Grønn og Dragestad 2010:468), og smerter i forbindelse med dette er den mest dominerende plage pasienten opplever. Osteolytiske lesjoner og frakturer oppstår ofte på grunn av nedbryting av skjelettvev. Spredning av kreftceller forårsaker ødem og trykk mot ryggmargen, gir mikrofrakturer og utskiller kjemiske stoffer som irriterer perifere nerver og gir smerter (Lund og Kaasa 2008:428).

Fortrenging av frisk beinmarg, er årsak til anemier og tegn på beinmargsdepresjon. På grunn av lite antall leukocytter (hvite blodceller), oppstår også infeksjonstendens (Finne-Grønn og Dragestad 2010: 464-466). Økt nedbryting av skjelettstruktur, frigjør kalsium som er lagret i beinvevet. Det gir høye verdier i blodet, og ubehagelige symptomer som kvalme, brekninger, forvirring m.m. (Lindring i Nord 2009:47). Hos noen skilles det kun ut komponenter fra globulinet i stedet for komplett immunglobulin. Dette har lav molekylær vekt, utskilles via nyrene og er nefrotoksiske da det avleires, og kan gi vevs- og organskader (nyresvikt) (Gedde-Dahl d.y 2010).

4.2 Behandling av myelomatose

Målet er livsforlengende behandling ved å bremse sykdomsforløpet, samt å lindre plagsomme og smertefulle symptomer. Behandling er individuell, og noe ulik for personer over og under 65 år (Finne-Grønn og Dragestad 2010: 468). Cellegift, strålebehandling og kirurgi kan benyttes for å bremse sykdomsforløpet. Strålebehandling er aktuelt i smertelindring, da målet er å skade kreftcellen og minke lokale symptomer fra svulsten, som oftest er smerter (Lund og Kaasa 2008:428). Anbefalt behandling skjer i forhold til stadieinndeling i sykdomsprosessen (I, II og III) og symptomer. Smith, Wisloff og Samson (2005) fremhever tidlig planlegging av smertelindring og gir oversikt over ulike medikamenters dokumenterte effekt i behandling. Studien poengterer nødvendighet av støtte og informasjon til pasient og pårørende, for at de skal kunne ta stilling til behandling og forstå forløp og utgang av diagnosen.

Bivirkninger av behandling kan være utmattelse, nyresvikt, infeksjonstendens, ødemer, økt blødningstendens, kakeksi, kvalme og munnproblemer. Bivirkningene ses ofte som forsterkende faktorer ved smerteopplevelsen hos pasienter (Lorentsen og Grov 2010: 402-410).

5.0 Smertelindring relatert til myelomatose

”Smerte er en ubehagelig, sensorisk og følelsemessig opplevelse forbundet med en faktisk eller potensiell vevsskade eller oppfattet som dette”.

(IASP sitert i Kaasa og Borchgrevink 2008:272)

Definisjonen tar utgangspunkt i at smerte er et somatisk og fysisk problem, utløst av en kroppslig skade eller påvirkning.

5.1 Forståelsen av fenomenet smerte

Smerte er et subjektivt og sammensatt fenomen, og blir i stor grad påvirket eller forsterket av psykiske, sosiale eller åndelige faktorer. Det er store variasjoner fra menneske til menneske hva de oppfatter og vektlegger når det gjelder de ikke-fysiske komponentene i forbindelse med smerteopplevelse. Det vil si at den somatiske smerten er den grunnleggende årsaken, mens for eksempel psykiske og sosiale faktorer, personlighetsvariabler, genetikk og nevrofysiologi påvirker hvordan smerten oppleves av enkeltindividet (Kaasa og Borchgrevink 2008:272).

Når helsepersonell har en felles forståelse for at smerte er et sammensatt fenomen, åpner det for lettere kommunikasjon med pasienter, og helsepersonell seg imellom. Uten en felles forståelse kan det oppstå misforståelser under behandling og oppfølging av pasienten (Kaasa og Borchgrevink 2008: 273).

Kaasa og Borchgrevink (2008:273) beskriver prosessen til smerteopplevelsen godt.

Utgangspunktet er en impulsaktivitet i sensoriske nervefibre som ”aktiverer smerten”.

Smerteimpulsen, nocisepsjon når hjerne og oppleves. På veien vil impulsen bli forsterket eller redusert, og man antar at det skjer ytterligere bearbeidelse av impulsene i hjernen.

Smerteopplevelse lagres i hjernen, og ved gjentatt smerte kan tidligere erfaringer og opplevelser ha betydning for opplevelsen av den aktuelle smerten (Rosland og Tjølsen 2008:321).

5.2 Nociseptive og nevropatiske smerter

”Nye data fra basalforskning har gitt økt forståelse av smerter forårsaket av skjelettmetastaser. Mye tyder på at denne type smerte bør klassifiseres som en egen type, da den muligens både har en nociseptiv og nevropatisk komponent”.

(Kaasa og Borchgrevink 2008:277)

Nociseptiv smerte kan delses inn i somatisk og visceral smerte og er forårsaket av en vevsskade hvor smertene kan variere i karakter. Smerte fra hud, skjelett og skjelettmuskulatur beskrives ofte som verkende og skarp. Nociseptiv visceral smerte stammer fra innvollsorganer og beskrives ofte som diffus, dump smerte som brer seg over et større område. Nevropatisk smerte skyldes påvirkning av nervesystemet som overfører nerveimpulser til hjernen, og ses ofte ved kreft. Denne smerten beskrives som stikkende, brennende og utstrålende. Et vanlig symptom ved skjelettmetastaser til ryggmargen er at tumor vokser inn i spinalkanalen og forårsaker kompresjon av medulla spinalis (tverrsnittslesjon). Smerten begynner diffust lokalisert i ryggen og oppleves etter hvert utstrålende (Kaasa og Borchgrevink 2008:276-277).

5.3 Klassifikasjon og vurdering av smerte

Å klassifisere smerte kan bety å vurdere og å beskrive kvalitetene ved den. Man *skiller* mellom ulike typer smerte (Kaasa og Borchgrevink 2008:273-274). Debutsmerter hos kreftpasienter arter seg ofte som akutt smerte, men smertene kan under sykdomsforløpet være både akutte og kroniske. Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har oftest kronisk smerte med akutte episoder. Kronisk smerte ved kreft kan skyldes en gradvis progresjon av sykdommen, bivirkning etter behandling eller en kombinasjon av disse og andre årsaker. Ved riktig behandling kan kroniske smerter lindres godt, men i noen tilfeller kan ikke fullstendig

smertelindring oppnås. En spesiell form for akutt smerte hos disse pasientene er gjennombruddssmerter (ibid:274-275). Gjennombruddsmerter er ofte en stor utfordring fordi smerteanfallene kommer brått og ofte er vanskelig å forutse (Rosland og Tjølsen 2008:324). Hos enkelte kan gjennombruddsmerter være forbundet med for eksempel bevegelse, matinntak og blæretømming, men hos andre kommer de uten relasjon til andre utenforliggende faktorer (Kaasa og Borchgrevink 2008:275).

Visuell analog score (VAS-score) er en skala fra 0 til 10, som kan brukes til å registrere og vurdere smertenivå hos pasienter (Berntzen, Danielsen og Almås 2010:364). Breland, Helland og Reiersdal (2007) viser at sykepleiere ikke bruker smertescore for å vurdere hvordan pasienten opplever smerter. Ifølge forfatterne mener smerteforskere at en stor del av årsaken til at pasientene ikke får den hjelp de har rett på, er manglende kompetanse hos helsepersonell. I tillegg spiller systemet en rolle i form av dårlig organisering og manglende rutiner og standarder for både smertebehandlingen og dokumentering. *Underbehandling av smerte er et problem i dagens helsevesen* (ibid).

5.4 Medikamentell smertelindring

Administrering av delegerte medikamenter er en viktig oppgave i sykepleien. Berntzen, Danielsen og Almås (2010:362) nevner to forutsetninger for tilstrekkelig smertelindring. Pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre uten unødvendige lidelser, han skal kunne bevege seg og puste godt. Og behandlerne må ha tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandling og hvordan de kan forebygges og behandles.

Medisinsk er den viktigste mekanismen for modulering av smerte bruk av analgetika. Analgetika skilles vanligvis i sentralt og perifert virkende. Legemidler som demper smerteopplevelsen ved å binde seg til reseptorer i sentralnervesystemet, regnes som sentralt virkende analgetika. De har effekt ved nosiseptiv smerte, men mindre effekt ved smerte av nevrogen og psykogen natur (Simonsen, Aarbakke og Lysaa 2007:60).

Opioider er det viktigste medikamentet i behandling av smerter forårsaket av malign lidelse, og er mest effektiv ved nociseptive smerter. Det finnes forskjellige opioider, men kun noen er egnet for langtidsbehandling av smerter (Klepstad og Kaasa 2008:362).

Morfin bør være førstevalget blant opioider ved behov for sterke smertestillende ved kroniske smerter (Simonsen, Aarbakke og Lysaa 2007:61). Morfinpreparater virker noe forskjellig, noen er depotpreparat og virker lenge mens andre er utviklet med tanke på kortere virkningstid (ibid:61), og kan være effektivt i situasjoner som for eksempel mobilisering. Bivirkninger som kvalme, døsighet og obstipasjon forekommer ofte, og ved overdosering kan man se respirasjonsdepresjon (ibid:63).

Morfin og en del andre opiater har ingen øvre doseringsgrense. Det er pasientens smerte som skal avgjøre dosen, men bruk av opioid over lengre tid kan føre til toleranseutvikling. Det betyr at man gradvis må øke dosen for å oppnå smertestillende effekt (Kaasa 2008:262-263).

Smertepumpe

Smertepumpe er et godt alternativ som administrasjonsform, på grunn av jevn tilførsel av medikamenter og mulighet for å gi ekstra støtdose (bolusdose), ved behov. Morfin er det vanligste medikamentet i pumpen, i blanding med andre medikamenter (Lindring i Nord 2009: 15).

Sykepleiers ansvar i medikamentell administrering

Ved god observasjon og samtale med pasientene kan sykepleieren få et godt bilde av smertelindringen og hvordan den fungerer (Berntzen, Danielsen og Almås 2010:370). Medikamentelt er legen ansvarlig for forordninger, og sykepleieren for administrasjon av disse. Sykepleier kan vurdere pasientens behov for ekstra smertestillende ut fra opplysninger fra pasienten og kliniske observasjoner (ibid: 371). Kunnskaper om behandlingsprinsipper, virkninger og bivirkninger av medikamenter, og reaksjoner på smerter er sentralt for å kunne bidra til målrettede handlinger som kan lindre smerter (ibid: 356-357)

Leegaard et al. (2010) konkluderer i en artikkel at sykepleiere kan for lite om smerte. Artikkelen er basert på en studie av smertelindring hos hjerteopererte pasienter, men vi mener at flere av funnene i studien kan overføres til en forståelse, også i forhold til vår problemstilling. Noen sentrale funn er at mange sykepleiere har mangelfulle kunnskaper om medikamenter, pasienter vegrer seg mot medikamenter, sykepleiere tror eldre pasienter er mindre smertepåvirket og at sykepleiere tror de kan vurdere smerte ut fra vitale tegn (blodtrykk, puls, respirasjon).

6.0 Drøfting: Smerteproblematikk, -en utfordring for sykepleiere

”Man blir aldri god nok på smertelindring, målet er å bli bedre!”

(Sitat sykepleier)

Hvis man kan illustrere sykepleie med et hus, ser vi for oss huset bygget på en grunnmur, dette er grunnleggende forskningsbaserte faktakunnskaper i sykepleie. Huset har vegger og etasjer, som er sykepleiefunksjonen. Huset må innredes, innredningen illustrerer erfaringer og handlingskunnskap. Dette skaffer sykepleieren seg gradvis, og huset vil etterhvert fylles. Alt etter hva man trenger rommene til kan man ommøblere, altså erfaring og holdninger kan endres i takt med refleksjoner, erfaringer og mer kunnskap.

Noen ganger oppstår behov for oppussing og fornyelse. Ny kunnskap må få plass gjennom faglig oppdatering. Taket og vinduer må være i orden dersom huset skal holde stand og beskytte de som bor der, dette betyr at rammene rundt sykepleien må være intakte. Selv om hus er ulikt innredet har de tak og vegger, vinduer og dører. Sykepleiere har like rammer å forholde seg til gjennom lovverk.

Hvordan ønsker vi å innrede huset? Vi har brukt «interiørkonsulenter» for å komme igang med ett av rommene. Hva er ifølge litteratur, funn fra intervju og egen erfaring viktige sykepleiefunksjoner for å bidra til lindring av smerteproblematikk hos myelomatosepasienter?

6.1 Kilder for informasjon

“Åpne opp for god dialog, komme fort på banen med info, at den som er syk blir trygg på å si fra ved smerter, forklare nødvendigheten med å komme igang med tidlig smertelindring”.

(Sitat sykepleier)

Informasjon, gjensidig basert på god dialog understrekes under intervjuene som et tiltak i prosessen med å forebygge smerteproblematikk. For å få informasjon om en pasient og hans situasjon, må sykepleieren samle data. Den beste kilden er pasienten selv, og det kreves at sykepleieren kommuniserer med pasienten for å få tillit og dialog. Kommunikasjon betyr derfor mye for kvaliteten av det sykepleieren registrerer (Eide og Eide 2007:20-21).

”Man må ha tid til å høre pasientens ærlige svar om man velger å stille et spørsmål.”

(Sitat lege)

Martinsen (2003:71) sier at relasjoner bygges gjennom samtale, deretter tillit mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren er avhengig av at pasienten har tillit til henne for å kunne yte omsorg. Hun må ta pasientens situasjon på alvor og vise interesse. Dette innebærer å lytte, -og høre etter hva den andre har å meddele. Å sette seg ned sammen med pasienten gir et inntrykk av at sykepleier har tid og prioriterer pasienten. Sykepleieren vi intervjuet mente at tiden ikke er et hinder, men heller prioriteringene til sykepleierne. Den gode samtalen krever at sykepleieren har tid, og ønsker dialog. Slik kan grunnlaget legges for sykepleietiltakene. Legen vi intervjuet sier om det samme:

«Ved en avdeling jeg var innom, observerte jeg tilfeldigvis en pasient som hadde sluttet å si fra om smertene, fordi hun opplevde at hun gang på gang ikke ble hørt. Jeg observerte at hun hadde uttalte smerter ved den minste bevegelse, men det som stod i sykepleie- og legerapporter stemte ikke med det jeg så. Pasienten hadde kompresjonsfraktur på grunn av metastaser i ryggen, og området var så følsomt at det skapte smerte bare du tok på huden. En sykepleier klappet henne på ryggen og spurte hvordan hun hadde det (skapte voldsomme smerter). Og det etter at hun har sagt i fra flere ganger om sine smerter. Til slutt gav hun opp. Hun snudde ryggen til sykepleiere når de kom inn i rommet og var avvisende. Hun opplevdes da som en vanskelig pasient. Hun fikk ikke den oppfølgingen hun trengte”.

(Sitat lege)

Legen sier at det var synd at hun ikke var blitt tilkalt til denne pasienten, og at dette hadde noe å gjøre med dårlig kommunikasjon. Videreformidling av viktig informasjon hadde sviktet. Det er ifølge legen ikke det at man vil skade noen, men at man handler tankeløst. Dette viser viktigheten av kommunikasjon gjennom å lytte, forstå og sette seg inn i pasienters situasjon. Men også kommunikasjon gjennom å dokumentere og rapportere videre.

Leegaard et al. (2010) konkluderte med at sykepleiere kan for lite om smerte. For å vite hvordan man skal registrere pasienters smerte og vite hva man skal registrere, må man ha kunnskaper om forskjellige smertetyper og kvaliteten på disse. Sykepleiere kan gjøre kliniske observasjoner, men ifølge legen i intervjuet kan det ofte, feilaktig, dokumenteres at pasienten ikke har smerter. Årsaken kan være mangel på kunnskap om smerter eller at hun ikke tar seg god nok tid til å sette seg inn i pasientens helhetlige situasjon ved å lytte til pasienten.

Kartlegging av årsaken til smerten og hvorfor pasienten opplever den slik han gjør, er ifølge Kaasa og Borchgrevink (2010:286-295) av betydning, spesielt der smerter er uttalte. Sykepleieren må gjøre observasjoner basert på teoretiske kunnskaper om den totale smerten. Kaasa (2010: 287) beskriver ulike faktorer som påvirker smerteopplevelsen. Det kan dreie seg om psykiske, sosiale og åndelige forhold. Angst, depresjon og kvalme er eksempler på forsterkende faktorer. For å behandle smerte effektivt, er det nødvendig å inkludere disse i observasjonene, slik at vurderingene kan danne grunnlag for å oppnå en optimal smertelindring på kortest mulig tid (Kaasa og Borchgrevink 2010:293-297). Pasienten selv er ekspert på sine smerter, og er derfor den beste kilden til informasjon.

6.2 Sykepleiers verktøy for smertevurdering

I forbindelse med historien om den smertepåvirkede pasienten som ikke ble hørt, sier legen videre:

”... det kan være at pasienten ikke hadde smerter der og da fordi hun lå helt stille i senga, men det er jo en grunn til at hun hele tiden ligger helt stille...”

(sitat lege)

Gode hjelpemidler for registrering av smerter finnes. I samarbeid med pasienten bør verktøy i form av registreringsskjema eller smertescore brukes. Systematisk registrering av pasientens egenrapporterte smerte er ifølge Kaasa (2008:301), avgjørende for god diagnostikk, oppfølging og justering av behandling som er igangsatt. Egenregistrering av smerte er derfor nødvendig. I praksis erfarte vi at sykepleiers vurdering av smerte ofte baserer seg på pasientens svar på spørsmål om smerte (ja/nei). Vi observerte ingen sykepleiere som benyttet verktøy for å kartlegge pasientens smerte, selv om noen verktøy var tilgjengelige. Sykepleier forteller i intervjuet at smertescore blir lite brukt, men håper det blir mer integrert når det gjelder pasienter innlagt over lengre tid. Hun forteller at det jobbes med å få inn smertescore (VAS/NRS/ESAS), og at det er et satsingsområde i medisinsk avdeling.

Registrering, observasjon, vurdering og evaluering av smertelindring har stor betydning i sykepleie overfor myelomatosepasienter, på grunn av smertefulle symptomer i langtkommet fase av sykdommen (Smith, Wisloff og Samson 2005, og Finne-Grønn og Dragestad 2010:468-469). Smertescore er et hjelpemiddel for sykepleier, lege og ikke minst pasienten selv (Berntzen, Danielsen og Almås 2010:364). I forhold til smertescore (VAS) sier legen følgende:

«Det du ser over tid er tendensen. Ikke bare at VAS er 8, men i går var det 8 og i dag er det 4, noe har hatt effekt og det går bedre. Etterhvert VAS 2, men når pasienten beveger seg oppgis plutselig 10... da kan man spørre seg hva som har skjedd? Pumpefeil, ikke tatt tablettene, eller noe annet? Dette betyr at du ikke nødvendigvis må bruke så mye tekst i rapportene. For eksempel, smerter: VAS 8, oxynorm 10mg, etterpå VAS 5... neste gang er det fornuftig å kanskje øke til 20mg?».

(sitat Lege)

Legen siterte slik fordelene ved å bruke smertescore for å vurdere smerter og effekt av medikamenter, men understreket viktigheten av pasientopplæring og nevner at ikke alle pasienter kan bruke smertescore tilfredsstillende. Pasienten må forstå hvordan skalaen skal angis. I Oles tilfelle ble det rapportert at han hadde smerter, men lokalisasjon eller kvaliteter

ved smerten fremkom ikke. Fordi han var i delir, kunne man ikke forvente adekvat svar ved bruk av smertescore hos ham. Det ble registrert at han ikke ble roligere ved økning av smertestillende og dette skulle blitt videreformidlet mye tidligere enn det som var tilfellet. Dette tydet på at han var dårlig smertelindret. Da han fikk diagnosen langtkommet myelomatose, ble det mer forståelig at han ikke kunne lokalisere smerten konkret. Smertene ved myelomatose oppgis erfaringsvis som overalt. Sykepleier må altså utøve skjønn i forhold til pasientens situasjon om hun har tenkt å bruke smertescore i vurderingssammenheng.

6.3 Handlekraftige sykepleiere

*«[...]Aristoteles`tre kunnskapsformer: **Episteme**, som er en type faktakunnskap som handler om å vite at og vite hvorfor, **techne**, som handler om å vite hvordan, og **fronesis**, som er en praktisk kunnskap om det å handle moralsk[...]Sykepleiefaglig kompetanse krever at de tre kunnskapsformene virker sammen, som forutsetninger for handling[...]*»

(Mekki og Tollefsen 2002:92)

Iverksetting av tiltak ut fra det man observerer krever kunnskap. Informantene etterlyste mer handlekraftige sykepleiere i jobben med å vurdere og revurdere smertebehandling der det er smerteproblematikk. Det innebærer å be om hjelp fra mer erfarne, også tverrfaglig, når sykepleieren selv mangler kunnskap eller erfaring.

Legen sier at sykepleiere ikke kan forspørre seg, og må ha mot til å “*mase på lege*” ved behov. Sykepleieren må på en måte “*være pasientens advokat*”. Dette kan bety at sykepleieren må være frempå og offensiv også overfor lege.

”Man må mase frem til man får gehør. Pasientene trenger en som snakker for dem, en slags advokat. Da må sykepleier ikke gi seg før pasienten er smertelindret”.

(Sitat lege)

Sykepleieren uttalte:

“Ofte henvender de (sykepleiere) seg til kreftsykepleier med spørsmål, men burde også være flinkere til å henvende seg til lege. Til å ” pushe” på legene slik at tiltak skjer litt tidligere. - Man vet at smertene kommer. Det er bra om sykepleieren kommer med spørrende forslag til hva som bør vurderes”.

(sitat

sykepleier)

En handlekraftig sykepleier, er blant annet den som spør og tør å tale pasientens sak når hun ser pasienten lider. I forbindelse med myelomatose nevner Smith, Wisloff og Samson (2005) at smerter forventes i langtkommet fase av sykdommen. I en slik situasjon er det viktig å være forutseende, planlegge og iverksette tiltak tidlig i symptombildet, slik at smertene ikke blir vanskeligere å lindre. Målet er å hjelpe pasienten til bedre livskvalitet og opplevelse av velvære, slik Martinsen (2003:75-78) poengterer.

Egen erfaring og funn fra intervjuer tilsier at administrasjon av egen arbeidsdag, og prioritering av pleie- og pasientoppgaver iblant er for lite gjennomtenkt. Legen mener at prioritering av gjøremål inkluderer å planlegge etter pasientenes behov. Eksempelvis å tilrettelegge for at pasienten skal unngå gjennombruddssmerte. Vi kan illustrere dette med Oles situasjon. Det var ordinert bolusdose fra smertepumpe 15 minutter før stell. Vi observerte at noen sykepleiere gav bolus, ventet 15 minutter og utførte stell. Andre prioriterte ikke dette og gav bolus uten å vente på effekt. Vi opplevde også at en sykepleier ikke gav bolus fordi hun mente at pasienten ikke ble mer smertepåvirket under stell og derfor ikke hadde effekt av dette.

Pasienter med langtkommet myelomatose har ofte smertefulle skjelettmetastaser (Rosland og Tjølsen 2010:324 og Gjedde-Dahl d.y.2010). Sykepleiers gode handlekraft bør innebære å ta seg tid til at medikamentet får virke før hun skal hjelpe pasienten i gjøremål som gir smerter, og søke råd ved usikkerhet samt ha en aktiv holdning og si fra dersom smertestillende ikke virker. Sykepleier må prioritere oppgaver i forhold til pasientbehov.

6.4 Støtte og god informasjon

”Støtte og god informasjon til pasienten og familien er også en viktig del av smertebehandlingen”

(Kaasa og Borchgrevink 2008:276)

En del av iverksetting av sykepleietiltak, er å informere pasienten og deres pårørende. Pårørende må inkluderes som informasjonstrengende, og bør få informasjon de trenger for å føle seg inkludert slik at de kan være til støtte for pasienten. Ofte har pårørende behov for informasjon for å forstå pasienten og forholde seg til situasjonen (Lorentsen og Grov 2010:414). Martinsen (2006:40) sier *”å finne mennesket der mennesket er, eller stille inn i forhold til den andre, er hemmeligheten i all hjelpekunst”*.

Å gi informasjon er som flere studier viser, ofte en mangelfull del av sykepleien (Valeberg, Bjordal og Rustøen 2010 og Iversen, Holmboe, og Dahle 2010), og må derfor vises oppmerksomhet.

Når informasjon er gitt, må man erfaringsvis gi det på nytt flere ganger, fordi det er ulikt hvordan den enkelte tar innover seg og forstår informasjonen. Erfaringen vi hadde med Ole, var at han fikk mye informasjon som verken ble oppfattet eller forstått fordi han var i delir. Sykepleiers oppgave ble i ettertid å gjenta legens informasjon på en måte Ole kunne forstå. På denne måten kunne sykepleier bidra til å støtte Ole gjennom informasjon, slik at han kunne ha mulighet til å være delaktig i avgjørelser og behandlingsforløp. Sykepleier må gi pasienten anledning til å være delaktig når informasjonen gis, slik at brukermedvirkning ivaretas (Valeberg, Bjordal og Rustøen 2010).

Teori, forskning, intervjuene og egne erfaringer bekrefter at informasjon til pasienten og pårørende har stor betydning for opplevelse av smerter.

”For å oppnå et godt behandlingsresultat, er det viktig å justere pasientens forventninger til behandlingen, slik at disse er i tråd med det som er realistisk å oppnå”

(Kaasa 2008:295)

Å gi informasjon i forbindelse med smerteproblematikk betyr å ikke holde tilbake opplysninger, da oppstår ikke smerte som en overraskelse. Noen pasienter forventer å bli smertefri, men hos enkelte pasienter med langtkommet myelomatose viser erfaringer, funn fra intervju og litteratur at dette kan være vanskelig.

*« ...det er viktig å være forberedt, at smertene ikke plutselig kommer som noe skremmende. -Men når du forteller at det kan oppstå smerter, må du samtidig ha et tilbud (smertestillende). Pasienten oppfordres til å si fra om smertene. Slik kan vi starte **tidlig** med smertebehandling. De fleste synes at forutsigbarhet er veldig viktig for å føle seg trygg. For ellers kommer plutselig noe de ikke vet årsaken til, og de tør kanskje ikke å si fra».*

(Sitat lege)

I vår praksis har vi sett eksempler på pasienter som har fått god informasjon og et godt tilbud i forkant av smerter. Tilbakemeldinger fra dem er at de føler seg tryggere og roligere, og opplever smerter mindre truende fordi de vet det finnes et tilbud. De tør å ta kontakt når smertene kommer, fordi de vet at sykepleieren tar deres situasjon på alvor, lytter og gjør det de kan. Altså kan sykepleiers informasjon og støtte til pasienten bidra trygghet i møte med smerte.

6.5 Medikamentell smertelindring – utfordringer

For å behandle smerte effektivt er det nødvendig å ta hensyn til kompleksiteten av faktorene som påvirker smerte. Dette forutsetter at man kombinerer medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsprinsipper.

Valeberg, Bjordal og Rustøen (2010) diskuterer årsaker til mangelfull smertelindring, deriblant sykepleiers mangelfulle kunnskaper om medikamenter. Informantene våre bekrefter ikke dette, men i intervjuet sier sykepleier at vi *ikke skal være redd for bruken av medikamenter som er ordinert, men samtidig ha stor respekt for bruken av spesielt morfin*. Hun mener at trygghet med administrasjon av opiater ofte kommer med erfaring. Dette kan tolkes slik at sykepleiere med lite erfaring kanskje er de som har mangelfulle kunnskaper. Noen pasienter får lite eller ingen informasjon om medikamenter, og vi forstår at dette bidrar til usikkerhet. Valeberg, Bjordal og Rustøen (2010) mener sykepleieren også må gi realistisk og troverdig informasjon for å redusere feiloppfatninger og missforståelser når det gjelder medikamenter og effektene av disse. Det innebærer at hun må ha kunnskaper om medikamentene. Opiatmyter og redsel for disse gjelder derimot mange eldre pasienter, mener sykepleieren i intervjuet. Noen har hørt at de kan bli avhengige, eller er redde for at de bruker opp døgndosen og ikke har mer å gå på dersom smerter kommer igjen senere. Her har vi som sykepleiere en informasjonsjobb i forhold til pasienten, sier hun.

Under intervjuet kommer det frem at legen synes det tar for lang tid fra leges ordinasjon til sykepleiers administrering av medikament. -Altså for dårlig handlekraft. Dette kan tolkes slik at mangelfull kunnskap kan knyttes opp mot dårlig handlekraft og likevel være årsaken til for sen handling.

«... at pasienten ikke får det de trenger er mer en følge av at sykepleier har det for travelt».

(Sitat lege)

Sykepleier sier følgende om travelheten: *”ofte er det tiden som stopper oss, ikke det at vi ikke har tid, men at vi ikke tar oss tid”*. Her er vi igjen inne på administrering av egen arbeidsdag, og det å kunne prioritere etter pasientens behov på bakgrunn av kunnskaper. Man må ofte gå inn til pasienten for å høre hvordan han har det, og være flinke å tilby smertestillende tidlig nok for å unngå smerteproblematikk.

6.6 Smertelindrende omsorgstiltak

Omsorgstiltak kan bidra til å gi pasienten en opplevelse av velvære. Velvære er et mål i omsorgen (Martinsen 2003:75-78). Det kan vises gjennom god pleie og godt stell, enkle ting som at rommet er ryddig og utluftet eller at man vasker nattbordet. Miljøet rundt pasienten er viktig for hvordan han opplever sin situasjon.

Fysisk nærhet er av stor betydning og noe sykepleieren nevner i intervjuet kan oppleves utfordrende, men viktig. Hun forteller at vi ikke er flinke nok til å prioritere velvære som et tiltak og mener vi oftere må være oppmerksomme på behovet for berøring, en hånd å holde i eller å få smurt beina. Det kan være enkle praktiske handlinger som viser at man bryr seg, og kan bidra til velvære og trygghet og slik redusere smerteopplevelse. Noen pasienter med langtkommet kreftsykdom opplever store kroppslige forandringer, som stort vekttap og tap av funksjoner. Dette gjør at noen føler seg fremmed i egen kropp.

Alternativer i lindring kan være massasje eller varmebehandling. Legen forteller en historie fra praksis; der en pasient med prolaps i nakken ble kvitt smertene ved hjelp av varmebehandling og fysioterapi. Hun sier at det kommer an på hva slags smerte pasienten har. Dette forteller oss at sykepleieren må ha kunnskap om de ulike smertetyperne og kvalitetene på disse, og kunnskap om forsterkende faktorer og hva de kan fortelle om behovet for sykepleie.

Pasienten er ofte i en krise- og sorgreaksjon over sin diagnose, og ifølge informantene har pasientene mange tanker om sykdom, døden og sine nærmeste. Det kan være at pasienten ikke vil belaste sine pårørende med alle tankene, og da er det ifølge sykepleieren i intervjuet viktig at sykepleiere er villige til å gå inn i en slik situasjon. Pasienten trenger kanskje en utenforstående å snakke med, og mange setter pris på samtale med eventuelt prest.

Det ville være trist om slike utfordrende faktorer ble behandlet med morfin, når det kan være menneskelige tiltak som hjelper best.

6.7 Dokumentasjon og evaluering

”Om morgenen går jeg gjennom alle sykepleienotatene fra dagen før. Vi skulle justere smertebehandling hos en pasient, men smerter stod det ingenting på, hva betyr det? Pasienten har ikke hatt vondt? Man har glemt å si noe? Av og til står det : fikk oxynorm 10mg,- åpenbart hadde pasienten smerter, men hjalp oxynorm? Altså effekt eller ingen effekt? Det krever at man kommer tilbake for å spørre.”

(Sitat lege)

Karlsen (2005) har skrevet en rapport i forbindelse med et prosjekt om å forbedre sykepleiedokumentasjon. Arbeidet i forbindelse med prosjektet gjorde at sykepleiere opplevde økt kvalitet på sykepleien. Det hadde sammenheng med fokus på dokumentasjon og definering av pasientenes problem, mål og tiltak. Dette samsvarer med funnene Drange (2002) har gjort, som viser at dokumentasjon og kvalitet i sykepleien har sammenheng. I løpet av vår utdanning har vi utformet pleieplaner for pasienter som et ledd av praksisgodkjenning. Vi kjenner oss igjen i artiklene, fordi vi har erfart at prosessen i utforming av pleieplan fører til ny og viktig pasientinformasjon som bidrar til et mer helhetlig pleiegrunnlag. I praksis på sykehus ser vi derimot at pleieplaner ikke blir brukt. Våre erfaringer er at sykepleien ofte baserer seg på legens inkomstjournal, notater etter visitt, generell sykdomsforståelse og det hver enkelt oppfatter som pasientens problem. Dokumentasjonsmalen i elektronisk journal inneholder riktig nok flere av punktene som er sentrale i en pleieplan, men datasamling og vurdering av behov mangler. Hvordan kan sykepleieren da, slik Martinsen (2003:71) omtaler; utøve praktisk-moralsk omsorg til pasienten – eller med andre ord; gi helhetlig sykepleie som er sikret kontinuitet og kvalitet, om man ikke kjenner til pasientens helhetlige situasjon? Denne erfaringen samsvarer med hva legen i intervjuet forteller. Legen sier det er varierende kvalitet på dokumentering, og at den ofte er dårlig.

Kaasa (2008: 289) gir eksempler på hva dokumentert vurdering av pasientens smerte bør inneholde. For det første er det, som også lege i intervjuet nevner, viktig å beskrive lokalisasjon for smerten og hvordan den kan klassifiseres. Det er også av stor betydning at sykepleier forsøker å kartlegge forsterkende faktorer som øker eller reduserer smerten, om

medikamenter har tilstrekkelig effekt og om bivirkninger er plagsomme. Som sykepleieren sa om myelomatose i intervjuet; - ”*vi vet at pasienten sannsynligvis vil utvikle smerter*”.

Går det for lang tid før smertebehandling blir igangsatt eller justert, opplever pasienten sterkere smerte og det tar lengre tid å lindre. Man må derfor fokusere på kvalitet i dokumentering og gode rapporter i arbeidsdagen. Dokumentasjonen bør være et svar på; hva sykepleier har registrert, observert, vurdert, hvilke tiltak som er gjort og effekten av disse. Her kan vi gjerne trekke inn smertescoren som eksempel. Dersom pasient oppgir 7 i smerte før smertestillende blir gitt, og 2 etter 45 minutter, og dette blir dokumentert, forteller det at smertestillende har hatt god effekt. Men alt dette er også avhengig av at man «*kommer tilbake for å spørre*» pasienten (sitat lege).

En av informantene sa; “*en beskjed overlever sjelden to rapporter*”. De muntlige rapportene ved vaktskiftene har en tendens til å ta utgangspunkt i pasientens medisinske diagnose og behandlingsforløp relatert til denne. Vår erfaring er at enkelte rapporter er til god hjelp for planlegging av pleie til pasientene, mens noen rapporter er så mangelfulle at man må bruke tid på å sette seg inn i skriftlig dokumentasjon i etterkant av rapporten for å få et bedre bilde av pasientenes situasjon og behov. Når denne også er mangelfull er grunnlaget for å tilstrebe god og helhetlig omsorg redusert. En del av det skriftlige blir ikke nevnt muntlig, pasienters opplevelse og smerteproblematikk kan slik forsvinne i mangelfull dokumentasjon eller rapport.

7.0 Etertanker

Informantene mener det er rom for forbedring i sykepleieprosessen for å gi optimal smertelindring. Dette er viktig i arbeidet med pasienter som har smerteproblematikk på grunn av langtkommet myelomatose, men også for pasienter som er vanskelig å smertelindre av andre årsaker. Myelomatose har ifølge informanter og litteratur, rykte på seg for å gi uttalte og diffuse smerter, det er derfor en ekstra utfordring å smertelindre disse pasientene.

Grunnlaget for sykepleietiltak er å oppnå dialog med pasienten, og sykepleier må videreformidle informasjon mellom eksempelvis lege, pasient, pårørende og ansvarlig sykepleier. Vi håper å kunne dra nytte av erfaringene informantene delte med oss, at vi fokuserer på dialog med pasienten og bidrar til å dekke informasjonsbehovet hos den enkelte pasient og deres pårørende, slik litteratur og erfaringer viser det er behov for. -Og at vi strukturerer arbeidsdagen vår i forhold til pasientenes situasjon, ikke minst det å være handlekraftige, som en av informantene etterlyser. Vi har sett tankevekkende eksempler, som Oles historie, og også andre som vi husker godt. Som Løgstrup (sitert i Martinsen 2006:142) sier *”den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd”*.

Vi har nå svart på hva sykepleier kan bidra med for å lindre smerte og hindre at smerteproblematikk oppstår. Konklusjonen er at sykepleiere bør ha oppdaterte kunnskaper, må gi god informasjon, må dokumentere godt, gi tilbakemeldinger til behandlende lege, og sykepleiere må bli mer handlekraftige i forhold til prioritering.

Den kunnskapen vi gjennom oppgaven har tilegnet oss med hjelp fra dyktige «interiørarkitekter», er nyttige i vårt prosjekt med å begynne innredning i vårt nye hus.

Litteraturliste

* merket er selvvalgt og antall sider er over minimumskrav; 300 sider.

- Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010) Sykepleie ved smerter. I: Almås H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. ss.355-398 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Breland, H.P., Helland, E.S. og Reiersdal, O. (2007). Sykepleiere bruker ikke smerteskala I: *Sykepleien* nr.7:50-52. [Online], Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=117887 [14.mars 2011]
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Drange, B. B. (2002) Kvalitet, eller...? I: *Sykepleien* (2002). 90:42-44. [Online], Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=121863 [09. mars 2011]
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Finne-Grønn, L. og Dragestad, A. W. (2010) Sykepleie ved blodsykdommer. I: Almås H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. ss.455- 474. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forskrift om pasientjournal (2000). Forskrift nr 1385 vedtatt 21.12.2000. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html> [09. mars 2011]
- *Gedde- Dahl, T. d.y. (2010). *Oncolex.no*. [Online], Tilgjengelig fra <http://oncolex.no/en/Myelomatose.aspx> [02. februar 2011]
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* av 02.07.1999 .[Online], tilgjengelig fra http://www.lovdato.no/cgiwift/wiftloksok?base=QNL&sys=1&felt=titt&emne=helsepersonell*&button=S%F8k&PROS=02 [04.april 2011]
- *Husebø, S. og Klaschik, E. (1998) *Palliativ medisin – omsorg ved livets slutt*. Bergen: Eide.
- *Iversen, H. H., Holmboe, O. og Dahle, K.A. (2010) Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009. Nasjonale resultater. *PasOpp-rapport nr. 1*. Oslo:Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010. [Online] Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Kreftpasienters+erfaringer+med+somatiske+sykehus+i+2009.+Nasjonale+resultater.11318.cms> PDF [04.april 2011]
- Jakobsen, R. (2006) *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Karlsen, R. (2005) *Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjon i pasientjournalen*. Nordisk tidsskrift for helseforskning, 2, 24-37.
- *Klepstad, P. og Kaasa, S. (2008) Opioider. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon*. ss. 361-374. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2006) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. Og Skaug, E-A. (redaktører). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*, ss.13-99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvaale, K. (2005). Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienter ser det. s. 15-19. I: *Vård i Norden 1/2006*. [Online], Tilgjengelig fra <http://stud.hsh.no/home/127427/Bachelor/den%20omsorgsfulle%20sykepleier.pdf> [11. november 2010]
- *Kaasa, S. (2008) Smertebehandling I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon* ss.261-269. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kaasa, S. (2008) Smertediagnostikk I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon* ss.285-310. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kaasa, S. og Borchgrevink, P.C. (2008) Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon*. ss. 271-283. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Leegaard, M. et al. (2010). Nurses' Educational Needs for Pain Management of Post-Cardiac Surgery Patients: A Qualitative Study. I: *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 19.november 2010 [Elektronisk utgave] ss 1-9, Tilgjengelig fra http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/publishahead/Nurses_Educational_Needs_for_Pain_Management_of.99956.aspx PDF [14. mars 2011]
- *Lindring i Nord. (2009) *Håndbok i lindrende behandling*. Universitetssykehuset i Nord-Norge.
- Lorentsen, V. B. og Grov, E.K. (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. ss.401-437. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Lund, J-Å. og Kaasa, S. (2008) Palliativ strålebehandling. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon*. ss.423-433. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano.
- *Martinsen, K. (2006) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- *Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2.utg. Otta: Universitetsforlaget.
- Mekki, T.E. og Tollefsen, S. (2002) *På terskelen*. 1.utg. 2.opplag. Oslo: Akribe Forlag.
- *Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) (2004) *Standard for palliasjon*. Oslo: Norsk legeforening.

- *Norsk Sykepleieforbund (2008). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Online], Tilgjengelig fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer. PDF [07. mars 2011]
- *Norsk Sykepleieforbunds forum for IKT og dokumentasjon (NSFID) (2007) 3.utg *Veileder for dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. [Online], Tilgjengelig fra <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135844/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf> [09. mars 2011]
- Pasientrettighetsloven. (1999) [Online], Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#3-2> [11. november 2010]
- *Rosland, J.H. og Tjølsen, A. (2008) Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon*. ss. 311-326. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Simonsen, T., Aarbakke, J. og Lysaa, R. (2007) *Illustrert farmakologi*. Bind 2. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Smith, A., Wisloff, F. og Samson, D. (2005). Guidelines on the diagnosis and management of multiple myeloma 2005. *British Journal of Haematology*, 132, 410–451. Blackwell Publishing Ltd. [Online], Tilgjengelig fra <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=9555> [03. februar 2011]
- *Valeberg, B. T., Bjordal, K. og Rustøen, T. (2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. ss. 266-276. I: *Sykepleien Forskning* nr.4/10

Vedlegg 1:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Smerteproblematikk –en utfordring for sykepleiere”

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å forsøke å kartlegge sykepleiers funksjon i forbindelse med smerteproblematikk hos pasienter med langtkommet myelomatose. På grunn av din erfaring og kompetanse ønsker vi derfor å invitere deg til et intervju om temaet. Prosjektets formål er besvarelse av Bacheloroppgave i Sykepleie. Ansvarlig for studien er Universitetet i Nordland ved studentene [REDACTED]

Hva innebærer studien?

Det vil bli gjort litteratursøk i tillegg til intervju av to fagpersoner. Intervju tas opp på bånd og vil bli slettet etter transkripsjon av intervju. Alle opplysninger vil anonymiseres.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre sykepleiere. Prosjektbesvarelsen vil bli tilgjengelig for andre, evt. Bibliotek.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet (29.april 2011)

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte:

[REDACTED]

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

([REDACTED])

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

([REDACTED])

Vedlegg 2:



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave _x_
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Hvilken rolle og funksjon har sykepleiere i somatisk sykehus, ved smerteproblematikk hos pasienter med langtømmet myelomatose?

Målet er å få tak i kunnskap og erfaringsopplevelser der smertelindring er vanskelig. Hvilke forventninger har lege og sykepleiere til hverandre i prosessen rundt pasienten?

Metode v/ datainnsamlingen:

Halvstrukturert, åpent intervju med tema som mal. Vi ønsker å benytte noen hovedspørsmål, for å få erfaringer, opplevelser og forventninger fra feltet. Utfyllende tilleggsspørsmål vil også benyttes.

Respondenter / intervjupersoner:

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen:

Diktafon, notatblokk

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: medio jan/feb 2011

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ: _____

Vedtak: OK, avtale om tidspunkt: [REDACTED]

Evt. merknader knyttet til vedtaket:

ingen _____

[REDACTED]

Underskrift

[REDACTED]

Underskrift

Vedlegg 3:

Intervjuguide

- 1. Hva mener du er sykepleiers viktigste funksjon når det gjelder å lindre pasientens smerter?**
- 2. Hvordan opplever dere at sykepleiere er faglig oppdatert og har gode kunnskaper om medikamenter?**
- 3. Hvordan erfarer du at pasientene med myelomatose, får informasjon om sykdommen, symptomer og behandlingsalternativer?**
- 4. Hva kan man fokusere på ved prosessen smertelindring for å utøve best mulig sykepleie hos myelomatosepasienter? Forventer vi at legemidler alene skal bekjempe smerte? Alternativer?**
- 5. Hvordan fungerer rapportering og dokumentasjon i forhold til å hele tiden kunne evaluere og revurdere behandling i de tilfellene der det er smerteproblematikk?**
- 6. Hvilke erfaringer har du i bruk av smertelinjal/VAS, kroppskart, ESAS?**

Eventuelle tilleggsspørsmål:

Hvilke forventinger tror du generelt pasienten sitter igjen med når det gjelder prognose, behandling og forløp?

Informeres det om hvilket forløp pasienten kan forvente dersom han avstår fra *livsforlengende* behandling?

Opplever dere at myter som for eksempel redsel for opiatbivirkninger hindrer sykepleiere i å administrere smertestillende?

Hva gjør du når du vurderer hvor smertepåvirket pasienten er? (også dersom pasienten er i delir/ikke kan gjøre rede for seg).

Er vi flinke nok å be om hjelp fra kollegaer dersom det er problemer med å smertelindre?

Kan du gi noen eksempler der smertelindring har, -og ikke har, fungert? Hvorfor tror du utfallet av situasjonene ble slik?

Noen mener at pasienten ikke alltid bør vite forløpet /i forhold til smerter fordi det kan gi angst for disse smertene. Andre mener det motsatte. Hva er dine erfaringer i forhold til det?