

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

Kurskode: SY 180H 000

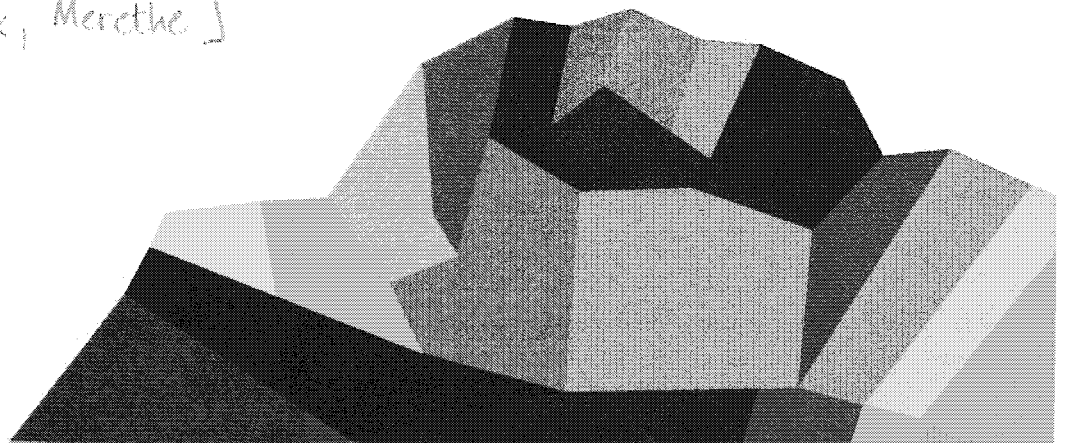
Dato: 28.04.2011

Kandidatnr.: 41, 63 og 83

Totalt antall sider: 40

***”Det er ikke et organ som har smerter,
det er et menneske”***

[Johansen, Jane Mette
Nyjordet, Anette
Nykmork, Merethe]



INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	2
1.0 INNLEDNING.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Formålet med oppgaven.....	3
1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted.....	4
1.4 Presentasjon av problemstilling med begrunnelse.....	4
1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling	4
1.6 Oppgavens oppbygging	5
2.0 METODE	6
2.1 Valg av metode	6
2.2 Litteratursøk og kildekritikk	7
3.0 PASIENTHISTORIE	9
4.0 TEORI.....	10
4.1 Kreft.....	10
4.2 Smertefysiologi, smerte og kreftsmerte	10
4.3 Smertebehandling	14
4.4 Trygghet.....	15
4.5 Palliasjon.....	16
4.6 Smertekartlegging og dokumentering.....	16
4.7 Sykepleierens ansvar i smertebehandlingen	18
4.8 Joyce Travelbee	19
4.8.1 Menneskesyn og lidelse	20
4.8.2 Menneske til menneske forhold	20
4.8.3 Kommunikasjon.....	20
5.0 DRØFTING.....	22
5.1 Hvordan kan sykepleieren etablere en god mellommenneskelig relasjon?	22
5.2 Hvordan kan sykepleieren kartlegge pasientens smerteopplevelse?	25
5.3 Hva er sykepleierens ansvar i smertebehandlingen?	28
6.0 AVSLUTNING	33
LITTERATURLISTE.....	34
Vedlegg 1.....	37
Vedlegg 2.....	39
Vedlegg 3.....	40

FORORD

Arbeidet med denne oppgaven har vært en svært lærerik prosess. Vi ønsker å takke hverandre for et inspirerende samarbeid i disse ukene.

Vi vil også rette en stor takk til vår veileder Tone Oddvang for god veiledning og nyttige tilbakemeldinger, og en stor takk også til Universitetets bibliotekar Malin Norman for all hjelp til å skaffe litteratur.

Vi visste tidlig i prosessen hva vi ønsket å skrive om, og for å øke vår innsikt i forkant av arbeidet – samt komme i skrivemodus, valgte vi å låne noen selvbiografier på biblioteket. Vi ønsker med dette å takke Knut Syrstad for en vakker biografi, som har beriket oss med et innblikk i hans tilværelse og økt vår forståelse for hvordan pasienter med kreft kan oppleve sykdommen.

Oppgaven i sin helhet er 9878 ord.

1.0 INNLEDNING

Vi er tre kvinnelige studenter som studerer bachelor i sykepleie. Som et ledd i utdanningen gjennomføres det en bacheloroppgave – denne har vi valgt å skrive sammen. Vi har vært i flere praksiser til ulik tid, men i den ene sykehuspraksisen var alle tre samlet. En del av våre erfaringer har vi derfor felles.

Temaet for oppgaven vår er smertelindring til pasienter med kreft. Som studenter har vi vært tilstede når pasienter har blitt informert om at de har kreft og sett på hvordan sykdommen kan tære på pasient og pårørende.

Som erstatningsord for *sykepleier* bruker vi noen steder i oppgaven ordet *vi*, fordi vi er tre studenter som samarbeider med oppgaven og snart skal representere yrkesgruppen sykepleiere. Enkelte steder bruker vi ordet *helsepersonell*, og i disse sammenhengene beskriver vi et tverrfaglig samarbeid der sykepleieren er en sentral person.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I sykehuspraksis opplevde vi at pasienter med diagnosen kreft ble innlagt, og behovet for smertelindring var ofte årsaken til dette. Disse pasientene utgjorde majoriteten av de innlagte pasientene. Grunnen til at vi har valgt å skrive om dette emnet er at vi har kjent på hvilket ansvar vi som sykepleiere har overfor denne pasientgruppen.

1.2 Formålet med oppgaven

Vi ønsker å fordype oss i sykepleierens rolle og heve vårt kunnskapsnivå, slik at vi oppnår en større handlings- og beredskapskompetanse i forhold til smertelindring hos pasienter med kreft. Handlingskompetanse knyttes til områder hvor vi som sykepleiere skal fungere selvstendig. Beredskapskompetanse knyttes til vår kunnskap om feltet, men hvor vi i tillegg trenger opplæring og erfaring for å fungere selvstendig (Rammeplan for sykepleierutdanningen, 2008). Et utdrag fra studieplanen vår sier blant annet følgende om utdanningens mål:

”Målet for bachelorstudiet i sykepleie er å utdanne kunnskapsrike, selvstendige og ansvarsbevisste sykepleiere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelsen av sykepleie. Pleie og omsorg, forebygging og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Studenten skal lære å gi sykepleie til den syke ut fra hvordan det erfares å være syk og ut fra kunnskaper om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og behandling. For å fremme helse og forebygge sykdom kreves kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom i et individ-, kultur- og samfunnsperspektiv.” (Universitetet i Nordland, 2010).

1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted

Som studenter har vi har møtt på ulike utfordringer i forhold til smertelindring hos pasienter med kreft og sterke smerter. En av utfordringene har vært forståelse for *hvor* kraftige smerter pasienten hadde. Vi har også opplevd at høye doser opioider ikke har vært tilstrekkelig for å lindre pasientens smerter, og kjent på usikkerheten rundt administrering av disse medikamentene. Vi har sett at det kreves erfaring, samt kunnskap fra flere områder for å bli dyktige på smertelindring; anatomi og fysiologi, sykdomslære, farmakologi, kommunikasjon og etikk, psykologi og ulike metoder for smertelindring. Dette har vi tilegnet oss gjennom bachelorstudiet, men mye står enda igjen å lære.

1.4 Presentasjon av problemstilling med begrunnelse

Problemstillingen vår er: ”Hvordan kan vi, som sykepleiere i sykehus, bidra til at pasienter med uhelbredelig kreft og sterke smerter får en optimal smertelindring?”.

Pasienter med langtkommen kreft preges ofte av varierende og akutte smerter (Kaasa & Klepstad, 2005). Vårt mål er at pasienter skal oppleve en så god smertelindring som mulig, uten unødige lidelser, slik at både pasient og pårørende kan oppnå en bedre *livskvalitet*. Livskvalitet betyr at en opplever å ha det godt (Blix & Breivik, 2006).

1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi vil konsentrere oss om sykepleierens rolle ved smertelindring av voksne pasienter med kreft i palliativ fase. Vi forutsetter at pasienten er i stand til å kommunisere med oss, og ønsker å vektlegge:

- Relasjonen mellom pasient og sykepleier
- Sykepleierens kompetanse
- Kontinuitet i arbeidet

Vi har valgt å ha hovedfokus på disse momentene som vi anser som avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg. I følge Kaasa (2007) er trygghet viktig for at pasienten skal kunne oppleve en optimal smertelindring.

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler; innledning, metode, pasienthistorie, teori, drøfting og avslutning. Innledningen åpner oppgaven og sier hva oppgaven omhandler. I metodekapitlet presenteres valg av metode, litteratursøk og kildekritikk. Videre følger en pasienthistorie som er basert på våre egne erfaringer fra praksis, og som vi ønsker å drøfte. Teorikapitlet vårt inneholder et utvalg av litteratur som har relevans til vår problemstilling. I drøftingen ser vi problemstillingen vår i lys av denne teorien, samt våre egne erfaringer. Avslutningen gir en oppsummering av resultatet med oppgaven. For å skape en god flyt og samtidig øke leserens forståelse for hva vi mener, definerer vi underveis de begrepene som blir brukt i oppgaven.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode

En metode er en fremgangsmåte for å løse problemer og tilegne seg ny kunnskap (Dalland, 2007). Vi har valgt å skrive en litterær oppgave ut i fra et *teoretisk perspektiv*. Det vil si at vi bruker teori som verktøy for å oppnå forståelse og for å peke ut retningen til løsningen på vårt ”problem” (Dalland, 2007). Oppgaven har en *hermeneutisk* vinkel. Begrepet kommer av det greske ordet *hermeneuein*, som betyr fortolkningskunst, eller forståelselære (Graubæk, 2010). Hermeneutikkens mål er å skape en eksistensiell forståelse av menneskers tilværelse. Å oppnå denne forståelsen er en prosess hvor man ser på både helheten og enkeltdelene (Dalland, 2007). Begrunnelsen for vårt metodevalg er at vi ønsker å skape en bredere forståelse for faget gjennom tilegnelse av kunnskap fra teori, forskning og vitenskap, samtidig som vi vurderer innholdet i de ulike kildene opp mot hverandre og opp mot våre egne og andres erfaringer.

For å øke vår felles forståelse – gjennom tilegnelse av kunnskap fra andres erfaringer – besøkte vi et sykehus for å se på hvordan de jobber i forhold til smertelindring hos pasienter med kreft. På dette sykehuset har de etablert et støtteapparat – et palliativt team med spisskompetanse på avansert smertelindring– som blant annet består av lege, kreftsykepleier, anesthesisykepleier og fysioterapeut. Teamet er tilknyttet sykehusets kreftavdeling, men jobber selvstendig og benyttes også av sykehuset i sin helhet. Legene i de ulike avdelingene tilkaller det palliative teamet, når de ser at pasienten ikke blir tilstrekkelig smertelindret, og ser at de trenger hjelp fra noen med større kompetanse på området. Vi hadde en uformell samtale med anesthesisykepleieren i teamet og fikk et godt innblikk i organiseringen av deres arbeid.

Pasienthistorien vår er en beskrivelse på noen av våre egne erfaringer fra praksis. Vi ønsker å skape en levende opplevelse for leseren ved å få frem og tydeliggjøre pasientens lidelse. Målet er å gripe leseren, slik som vi ble grepet av å stå i hendelsen. “*Du må gripes for å begripe!*” (Ukjent). Under utarbeidelsen har vi tatt hensyn til personvern ved å gi pasienten et fiktivt navn, jfr. Lov om helsepersonell § 21 – taushetsplikt (Lovdata 2011a). Vi har også modifisert faktaopplysninger slik at det ikke skal være mulig for lesere å gjenkjenne pasienten.

Det finnes flere ulike metoder, *kvantitative* og *kvalitative*. En kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjonen til noe målbart, som gjennomsnitt eller prosent. Informasjon fra en kvalitativ metode lar seg derimot ikke måle, da hensikten med å bruke en kvalitativ metode er å finne meningen eller å beskrive opplevelsen av noe (Dalland, 2007). Vi har litteratursøk, egne og andres erfaringer som metode for å finne svar på problemstillingen vår. I søkeprosessen har vi funnet både kvalitativ og kvantitativ litteratur. Vi har sammenliknet funnene og brukt dem for å studere problemets ulike perspektiv og for å få en bredere forståelse av virkeligheten. Bruk av erfaringer er en ren kvalitativ metode, da de ikke kan måles av andre.

2.2 Litteratursøk og kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2007). Vi har pensum som grunnlitteratur, og denne har gitt oss en oversikt over anerkjente forfattere og temaområdene i oppgaven vår. Vi har også brukt andre nasjonale fagbøker, samt nasjonale og internasjonale artikler. Ved bruk av statistikk, har vi funnet frem til de nyeste tallene, slik at oppgaven i størst mulig grad skal samsvare med dagens situasjon.

Vi har brukt universitetets bibliotek og *BIBSYS* for å søke etter litteratur. BIBSYS er universitetsbibliotekets søkemotor, samt et statlig forvaltningsorgan underlagt Kunnskapsdepartementet. Noen av artiklene vi har brukt har vi funnet i *Pubmed.*, som er en tjeneste fra "U.S. National Library of Medicine". I tillegg har vi funnet litteratur i databasen *Sykepleien*, som er utgitt av Norsk sykepleierforbund, og i Tidsskrift for Den norske legeforening. Noe av litteraturen vår har vi hentet gjennom kildehenvisninger fra andre forfattere, dette for å bruke mest mulig primærkilder og unngå feiltolkninger.

I oppgaven har vi brukt boka "*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*" (2001), som er en norsk oversettelse av Joyce Travelbees' original "*Interpersonal Aspects in Nursing*" fra 1966, oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Vi er oppmerksomme på at denne oversettelsen kan være farget av oversetterens subjektive forståelse, men vi tenker at det ville være like stor fare for feiltolkninger, dersom vi hadde oversatt fra originalboken selv.

I litteratursøket fikk vi veldig mange treff, blant annet over 2 millioner treff i Pubmed. på søkeordet *cancer*. Det er skrevet mye om både kreft, smerter og palliasjon. For å finne litteratur som i størst mulig grad samsvarer med problemstillingen vår, har vi kombinert flere søkeord sammen, og dette førte også til at vi fikk færre treff å velge ut fra, som:

Cancer AND pain – 44 treff (BIBSYS)

Kaasa AND pain – 115 treff (Pubmed)

Kreft OG smerter – 58 treff (BIBSYS)

Vi har valgt litteratur etter kriteriene;

- Holdbarhet: Årstall for utgivelse
- Gyldighet: Troverdighet – forfatterens bakgrunn, objektivitet, nøyaktighet
- Relevans: Er teksten relevant for problemstillingen og temaet?

Søkeord:

Kreft, Cancer, Pain, Pain management, Smerte, Smertelindring, Palliasjon, Sykepleiers rolle, Pasientperspektiv, VAS skala, ESAS skjema, smertekartlegging, symptomregistrering, nursing, Kaasa, lindring i nord, statistikk, malignt melanom.

3.0 PASIENTHISTORIE

Kjell er 54 år gammel og har vært gift med sin kone i over 30 år. Sammen har de to voksne barn. Han ble nettopp bestefar til sitt tredje barnebarn. Begge barna hans er bosatt i nærområdet, de har et nært og åpent forhold og han har en stor kjærlighet for sine barnebarn. Kjell har alltid vært glad i naturen. Med sine 280 årlige gåturer opp i lia, har han fått innfridd sitt behov for frisk luft og mosjon. Om høsten har han og sønnen pleid å jakte sammen. Kjell har gledet seg til å kunne ta med barnebarna sine på jakt, og til å få gjenoppleve de fantastiske stundene han og sønnen har hatt sammen. Men det kommer ikke til å skje.

For to år siden oppdaget han at den ene føflekken på ryggen hadde forandret utseende. Han gikk til fastlegen, men det ble ikke tatt på alvor. Slik fikk kreften “jobbe” uforstyrret, han gikk ned i vekt, følte seg mer og mer sliten og smertene kom snikende. Da diagnosen ble stilt hadde han allerede utviklet metastaser til skjelettet. Nå har han vært inn og ut av sykehuset det siste halvåret.

Vårt møte med Kjell tidlig en morgen: Inne på pasientrommet lå en mann, tydelig preget av sterke smerter. Kjell var anspent i hele kroppen, hadde øynene knepet igjen og sengetøyet var gjennomfuktet av svette. Han hadde for vondt til å bevege seg, men samtidig greide han ikke å ligge helt i ro. Han hadde tydelig ligget slik en stund. På puten og nedover lakenet var det gule flekker. På nattbordet stod et pussbekken med oppkast.

4.0 TEORI

4.1 Kreft

Ordet kreft brukes om ondartet svulst. Kreft kommer av det latinske ordet *cancer*, som betyr krabbe – og beskriver svulsten som en knute som sender “klør” ut i omkringliggende vev. Kreft er en forstyrrelse i celledelingen, celledifferansieringen og vevsorganiseringen. *Metastaser* er betegnelsen på spredning av kreftceller fra et organ til et annet (Jacobsen, Ingvaldsen, Kjeldsen, Solheim & Lund, 2001).

Kreft er en omfattende lidelse som krever kompetanse og ressurser fra flere faggrupper (Kaasa & Klepstad, 2005). I 2008 fikk litt over 26 000 mennesker i Norge diagnosen, og i 2007 døde ca 10 500 av kreft. Antall rammede kommer til å øke i årene framover, og i underkant av 31 000 nordmenn vil få diagnosen kreft i år 2020 (Kreftregisteret, 2009).

Kjell fra vår pasienthistorie har diagnosen malignt melanom (føflekkreft). Svulsten oppstår i en pigmentert føfleck og kjennetegnes med uregelmessige avgrensninger i normal hud. Svulsten vokser, endrer farge og kan begynne å blø fra skorper på overflaten (Jacobsen et al., 2001). Malignt melanom er den mest alvorlige hudkreftformen, da svulsten raskt kan metastasere til lymfesystemet. Tidlig diagnostisering og behandling er avgjørende for en god prognose (Kreftforeningen, 2009).

Tilfellene av malignt melanom har økt kraftig i de senere år, og hovedårsaken er hyppigere bruk av solarium og at man utsetter seg for mer sollys (Kreftforeningen, 2009). Arv er også en disponerende faktor – familier med mange og store føflekker har statistisk sett større risiko for å utvikle malignt melanom (Steen, 2001).

4.2 Smertefysiologi, smerte og kreftsmerte

Smertefysiologi

Smertestimuli registreres i sensoriske nervefibrer med smertereseptorer som kalles nociseptorer. Noen av smertefibrene oppfatter sterk og overfladisk smertestimuli som oppstår raskt og varer kort, mens andre smertefibre registrerer dyp, borende og langvarig smertestimuli (Almås, Valand, Bilicz & Berntzen, 2001).

Nociseptorene danner synapser med sensoriske nervefibre i ryggmargens bakhorn. Impulsstrømmen som sendes videre, kan påvirkes av stimuli fra andre sensoriske nervefibrer. Disse kan bremse videreføringen av smerteimpulsene, hvilket forklarer hvorfor smerter ofte er verst om natten, når mulighetene for å avlede oppmerksomheten fra smertene blir færre (Almås et al., 2001).

Smerteimpulsene ledes opp til thalamus og den somatosensoriske delen av hjernebarken, hvor smertene lokaliseres og analyseres. Retikulærsubstansen og det limbiske system påvirkes også, slik at personen blir mer våken, sympatikusaktivering oppstår og smertene knyttes til følelsesmessige reaksjoner og hukommelse – tidligere smerteopplevelser påvirker utfallet (Almås et al., 2001).

Kroppen kan selv hemme smerteimpulsene ved hjelp av endogene (kroppsproduserte) opioider, som for eksempel endorfiner. Utskillelsen av endogene opioider øker hvis pasienten har forventning til at smertebehandlingen får effekt (placebo), og dersom han har tiltro og tillit til behandleren (Almås et al., 2001).

Smerte

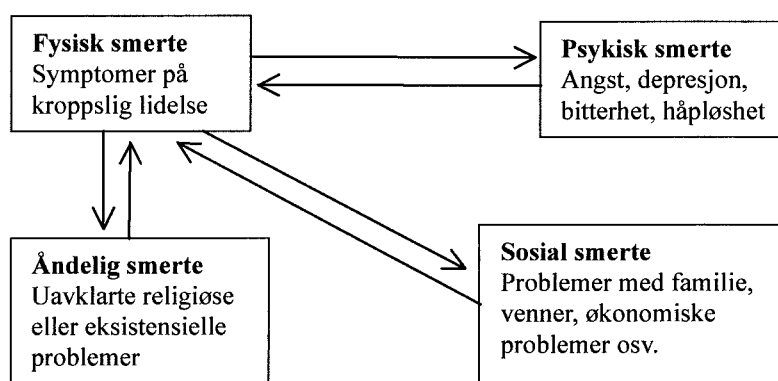
Smertesansen er livsnødvendig, fordi akutt somatisk smerte, *nocisepsjon*, gjør oss oppmerksomme på stimulus som kan føre til skade eller ødeleggelse av kroppsvev. Kroniske smerter defineres som vedvarende, jevne smerter med varighet på over tre måneder (Rustøen & Wahl, 2008). Når smerter varer lenger enn forventet, kan balansen mellom nocisepsjon og smerteopplevelse være endret. Ubehandlet smerte forårsaker overfølsomhet i reseptorene og gir økt overføring av smerteimpulser, slik at det blir vanskeligere å oppnå adekvat smertelindring (Almås et al., 2001).

Smertefenomenet favner mer enn nervesystemets signaler om vevsødeleggelse. Flere faktorer spiller inn på hvordan smerte kan oppleves og hvordan den kommer til uttrykk; egne forutsetninger, kultur og erfaringer (Almås et al., 2001). Vi har valgt å bruke IASP (International Association for the Study of Pain) sin definisjon på smerte:

“Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade.” (Referert i: Rustøen & Wahl, 2008:25).

Ut fra denne definisjonen, beskrives smerte som en sammensatt og *subjektiv* erfaring der det ikke nødvendigvis foreligger en synlig skade, men der pasientens formidling av smerte eller ubehag likevel må tas på alvor (Rustøen & Wahl, 2008). “*Pain is what the patient says hurts*” (Reitan & Schjølberg, 2010:194).

Figuren under fremstiller forhold som virker inn på den totale smerteopplevelsen:



Psykiske, sosiale og åndelige faktorer påvirker gjensidig opplevelsen av fysisk smerte (Almås et al., 2001). Vedvarende smerter kan føre til at pasienten føler seg oppgitt, og medvirke til sosial isolasjon. Smertene kan i tillegg føre til andre problemer, som kvalme, angst, depresjon og søvnforstyrrelser, og i verste fall kan smertene bli så hemmende at de utløser tanker om døden (Kaasa, 2007).

Siden alle er forskjellige, kan ikke smerten tolkes eller erfares av andre enn den det angår og det vil være vanskelig å formidle omfanget til noen andre. Smerten blir en ensom opplevelse (Almås et al., 2001).

Kreftsmerte

I vår oppgave tar vi for oss smerter ved kreftsykdom. Smerte kan være av fire typer: Ideopatisk, psykogen, nevropatisk og nociseptisk. Ideopatiske smerter er smerter som man ikke kjenner årsaken til, mens psykogene smerter er smerter som utelukkende skyldes

psykiske faktorer (Almås et al., 2001). Vi har valgt å fokusere på nociseptiv og nevropatisk smerte. Forskning viser at smerter som oppstår i forbindelse med kreft, i ca. 70 % av tilfellene er direkte forårsaket av kreftsykdommen (Husebø, 1997).

Nociseptive smerter deles inn i ulike typer; hud smerter, viscerale (dype) smerter og overførte smerter (“referred pain”). *Hud smerter* er lette å lokalisere og er ofte klart avgrenset. *Viscerale smerter* er smerter fra indre organer. Ofte er disse smertene forårsaket av strekk på hinner og kapsler rundt organer, da det er flere smertereseptorer i kapselen enn i selve organet (Reitan & Schjølberg, 2010). Utspiling og spasmer fra tarmene eller betennelser og sår i slimhinner i fordøyelsessystemet, vil også kunne kjennes som viscerale smerter. Viscerale smerter kan beskrives som borende, gnagende, klemmende, bankende og krampeliknende (Almås et al., 2001). Ved sykdomstilstander i indre organer kan pasienten noen ganger oppleve *overførte smerter* i et hud- eller muskelparti i stedet for i det affiserte organet. Årsaken er blant annet at indre organer og overfladiske strukturer i et dermatom har felles synapser. Nervefibrene ligger så nære hverandre at noen impulser fortsetter videre i nerver som også formidler impulser fra hudområdet, slik at sentralnervesystemet (CNS) ikke klarer å identifisere opphavsstedet (Almås et al., 2001).

Kreft smerter kan utarte seg som akutte eller kroniske smerter, eller som en kombinasjon av disse. Akutte smerter ved tumorvekst kan for eksempel oppstå ved obstruksjon av lumen i tarmen, og gir kolikkaktige smerter. Én form for kroniske smerter ved kreft er nevropatiske smerter, som oppstår dersom en krefttumor presser på en nerverot, eller infiltrerer en nerve i CNS. Nevropatisk smerte er årsak til omkring 25 % av smertene hos pasienter med kreft. Slike smerter beskrives som skarpe, brennende eller verkende og gir utstråling til området nerven forsyner. Noen får også økt hudsensibilitet (Almås et al., 2001).

Skjelettmetastaser er årsak til minst 50 % av smerter hos pasienter med kreft. Selv etter at man har oppnådd en stabil smertelindring, kan disse smertene forsterkes – pasienten opplever *gjennombruddsmerter*. Dette kan skyldes endring i aktivitetsnivå, eller at sykdommen progredierer. Skjelettmetastaser kan føre til spontanfraktur. Spontanfraktur gir en skarp og stikkende smerte, mens smerter uten fraktur ofte beskrives som dumpe og verkende (Almås et al., 2001).

Det er viktig å huske at ikke-maligne smerter også kan oppstå hos pasienter med kreft (Schølberg, 2008). Følgetilstander med symptomer fra muskler og skjelett kan gi somatiske smerter. Skader som har oppstått på grunn av behandlingen, som stråleskader i form av sår med blødninger og/eller infeksjoner, kan også gi smerter (Reitan & Schjølberg, 2010). Vi kommer ikke til å gå nærmere inn på disse smertene i vår oppgave.

4.3 Smertebehandling

Kreftsmarter kan behandles på to medikamentelle måter; ved hjelp av ulike analgetika – som påvirker overføring og oppfattelsen av smerteimpulsene, eller ved å behandle selve sykdommen med cytostatika, hormoner eller strålebehandling. Ofte oppnår man best og mest vedvarende effekt ved å kombinerer disse to behandlingsprinsippene (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Vi går ikke nærmere inn på smertebehandling med cytostatika, hormoner og strålebehandling i oppgaven vår.

Hovedprinsippet i medikamentell behandling er at pasienten får faste og regelmessige doser, samt behovsmedisinering for gjennombruddssmerter. Som grunnbehandling brukes ikke-opioide analgetika, som kan dempe smerte ved inflammasjon relatert til tumor og skjelettmetastaser og virke på moderate og akutte smerter. Dersom pasienten ikke oppnår effektiv lindring, er det vanlig at det legges til et opioid (Helsedirektoratet, 2010).

Opioider er sentraltvirkende analgetika, som har innvirkning på smerteoppfattelsen, smertereseptorer og aktiviteten i endogen smertehegning (Almås et al., 2001). Opioider har god effekt på moderate og sterke smerter ved kreft, som viscerale smerter, hudsmarter og enkelte typer overførte smerter. Pasienter som får opioider skal ha laksantia profylaktisk, da obstipasjon en hyppig bivirkning. Dersom pasienten ikke blir nok smertelindret med opioider, vurderer man tilleggsbehandling med andre smertelindrende medikamenter, spesielt ved mistanke om nevropatisk smerte. Antiepileptika og/eller antidepressiva kan være effektivt ved nevropatiske smerter, og i tillegg har de en sedativ effekt. Kortikosteroider kan ha effekt på både nevropatiske smerter og skjelettsmerter (Helsedirektoratet, 2010).

I dag er det mulig å kontrollere smertene hos ca 90% av pasienter med kreft og smerter (Kaasa, 2007). Likevel er det pasienter som unnlater å si at de har smerter. I følge forskning er

noen av disse pasientene redde for at bruk av smertestillende skal føre til avhengighet (Taraldsen, Bjordal & Rustøen, 2010).

4.4 Trygghet

Trygghet er et komplekst fenomen og en personlig opplevelse. Som mennesker er vi avhengig av hverandre og vi trenger å oppleve vår tilværelse som stabil, strukturert og meningsfull.

Trygghetsbegrepet har to dimensjoner: Den indre og den ytre trygghet (Blix & Breivik, 2006).

Indre trygghet er en form for trygghet som ligger grunnleggende i oss. Dette grunnlaget er viktig for utviklingen av den tryggheten vi tilegner oss gjennom oppvekstvilkår, erfaringer, normer og verdier, fellesskap og opplevelse av tilhørighet. Når vi har opplevd større problemer eller kriser, og kommer positivt ut av dette, vil det bidra til at vi føler oss tryggere på å møte nye utfordringer (Blix & Breivik, 2006).

Den ytre tryggheten er relatert til det livet vi lever her og nå – i samhandling med våre omgivelser. Vår opplevelse av trygghet har betydning for hvordan vi forholder oss til andre mennesker og den tilværelsen vi lever i. Den ytre tryggheten betyr mye for et menneske som er syk, og består av flere dimensjoner; (1) kunnskaps- og kontrolltrygghet, (2) stole på andre-trygghet og (3) relasjonstrygghet. Kunnskaps- og kontrolltrygghet (1) handler om evnen til å vite hvordan ting fungerer og hva som gjelder. Vi opplever trygghet når fremtiden er stabil og forutsigbar. Ved å få informasjon, kunnskap, erfaring og bekreftelse oppnår vi kunnskaps- og kontrolltrygghet – det er bedre å vite, enn å leve i uvissheten. Stole på andre-trygghet (2) handler om forventninger om å få hjelp når man er syk. Når pasienten opplever at sykepleieren har kompetanse, og at hjelpen som han mottar har ønsket effekt, vil dette resultere i opplevelse av trygghet. Trygghet handler om å kjenne sin egen (pasientrolle) og andres rolle i ulike situasjoner, og hva som kan forventes i et samspill. Relasjonstrygghet (3) er knyttet til familie (varme og nære relasjoner) og sosialt nettverk. Denne relasjonen bygger på at man har nære og kjære som er tilgjengelig når man trenger dem. Trygghet er en viktig faktor i relasjonen mellom sykepleier og pasient, og en forutsetning for samhandling (Blix & Breivik, 2006).

4.5 Palliasjon

Palliasjon er betegnelsen på et medisinsk fagområde og består av en aktiv, helhetlig og lindrende behandling som tar sikte på å gi best mulig pleie og omsorg til pasienter med sykdommer som ikke responderer på kurativ behandling (Kaasa, 2007).

Hovedoppgaven til helsepersonell er å forebygge plager og lindre smerte, og å gi støtte ved psykologiske, sosiale og eksistensielle problemer. Palliasjon skal sikre god smerte- og symptomlindring og tilby pasienten et støtteapparat som kan bidra til at pasienten får leve et så aktivt liv som mulig (Husebø, 1997). Hensikten med palliativ behandling er å gi pasienten og hans/hennes familie best mulig livskvalitet:

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.” (World Health Organization, 2011).

Pasienter med ikke-kurabel sykdom, vil oppleve mange plager. Gjennom en helhetsvurdering av pasientens symptomer og plager vil man kunne gi symptomatisk behandling, dvs. behandling av symptomene – og ikke sykdommen. Pasienter i en lindrende fase av sykdommen har behov for et tverrfaglig team med bred tilnærming (Kaasa, 2007). *“Sjeldent kurere, ofte lindre, alltid trøste!”* (Hem, 2003:3578).

4.6 Smertekartlegging og dokumentering

Ved å foreta en grundig smertekartlegging, har vi et utgangspunkt for å gi pasienten en optimal smertelindring. Før vi begynner kartleggingen trenger vi kunnskap om de ulike smertetyperne og pasientens grunnsykdom/-mer, ferdighet i å kartlegge pasientens ressurser – inklusiv sosialt nettverk, samt anamnese og kliniske undersøkelser (Kaasa, 2007).

En vellykket smertelindring krever videre at vi har:

- Kunnskap om de tilgjengelige redskaper
- Tilgang til redskapene
- Vilje og evne til å ta redskapene i bruk

(Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2009).

Det finnes flere redskap en kan bruke for å få et innblikk i pasientens smerter. I denne oppgaven tar vi for oss kartleggingsverktøyene ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) skjema og smertejournal, samt VAS (Visuell Analog Skala) – se vedlegg.

Verktøyene kan supplere hverandre i forhold til smertens kvalitet og styrke. Nytteverdien avhenger i at sykepleieren bruker verktøyene aktivt og regelmessig. Når vi skal velge verktøy, er vi avhengige av pasientens evne både til å sette ord på smerten og til å plassere smerten inn på en skala. Derfor har kartleggingsverktøyene sine begrensninger. Det finnes ingen skala som kan sikre en fullgod beskrivelse av pasientens smerteopplevelse. I situasjoner der pasienten ikke greier å beskrive sine smerter, blir sykepleiere avhengige av egne observasjoner om pasienten; ansiktsuttrykk, gråt og ynk, samt respirasjonsfrekvens, svette og blodtrykk (Almås et al., 2001).

Observasjoner gjort av pårørende, kan i mange tilfeller være av stor betydning for videre utredning og behandling. Pårørende og sykepleiers samarbeid kan beskrives som en arbeidsallianse mellom to likeverdige parter. Sykepleiere har kunnskap om lidelsene generelt, mens pårørende har kompetanse på hvordan lidelsen utarter seg for pasienten (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Målet med smertekartlegging er å avklare:

- Smertelokalisasjon – kan alene fortelle hvilket organ som er utgangspunktet for smertene. Hos 80 % av pasienter med kreft foreligger det to eller flere lokalisasjoner.
- Smertetype – bestemmer valg av behandlingsmetode.
- Smerteintensitet – ved hjelp av VAS som definerer smerteopplevelsen på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er ingen smerte og 10 er mest tenkelig smerte.
- Tidsaspekt og andre faktorer – ved hjelp av ESAS smerteskjema og –journal. Viktig for å kunne optimalisere dose og beregne doseintervall.

(Reitan & Schjølberg, 2010).

Alle observasjoner og iverksatte tiltak må dokumenteres. Dokumentasjonen er både et internt kommunikasjonsverktøy og et middel til kvalitetssikring – fordi lege og andre yrkesutøvere kan studere og vurdere sykepleien og konsekvensen av tiltakene man har iverksatt.

Når vi kommer på vakt har vi som sykepleiere et ansvar for å oppdatere oss gjennom rapport og gjennomgang av pasientens journal, slik at vi kan “fortsette der den forrige sykepleieren slapp” (Heggdal, 2006). På denne måten ivaretar vi punkt 3.1 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ”*Sykepleieren erkjenner et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.*” (Norsk Sykepleierforbund, 2009).

For at vi skal kunne oppdatere vår kunnskap om pasienten, må alle de ulike yrkesgruppene innenfor helsetjenesten følge Lov om helsepersonell § 39 (Lovdata, 2011b) som omhandler plikt til å føre journal. Ved å strukturere all dokumentasjon i et elektronisk dokumentasjonssystem, kan alle som deltar i smertebehandlingen danne seg et helhetlig bilde av pasientens tilstand i løpet av kort tid (Heggdal, 2006).

Svenkerud (2009), viser til at sykepleiere tar initiativ til å lindre smerter, men kartlegger ikke. I en undersøkelse gjort av Seland, Kaasa og Klepstad (2005) kommer det fram at det foreligger et stort forbedringspotensial i å utføre smertekartlegging på en mer systematisk måte, blant annet ved å bruke ESAS.

4.7 Sykepleierens ansvar i smertebehandlingen

Mange pasienter med kreft opplever at de ikke får god nok smertelindring og forskning viser at smerter er det symptomet som denne pasientgruppen frykter mest. Hos pasienter som lever med kraftige og langvarige smerter, kan smerteforebygging og smertelindring være utfordrende (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005).

Som sykepleiere må vi ha kunnskap om gjeldende behandlingsprinsipper og om virkning og bivirkning av medikamentene. Det er også nødvendig at vi samarbeider godt med legen, da legen er den eneste ifølge norsk lov som kan ordinere opioider. Smertebehandlingen fungerer best når legen gir sykepleieren rammer for dosering av medikamentene (Almås et al., 2001). Det er i følge Kaasa (2007), ingen øvre doseringsgrense for morfin og en del andre opioider.

Ved å ivareta pasientens grunnleggende behov, og sørge for at pasienten opplever velvære, vil dette påvirke pasientens totale smerteopplevelse. Pasientens smerter vil minske og effekten av analgetika blir bedre (Almås et al., 2001).

Å anvende medikamenter er nødvendig i smertebehandlingen til pasienter med kreft, men medikamenter alene kan ikke løse smerteproblemet. Viktige prinsipper må også ivaretas:

- Et godt behandlingsmiljø
- Realistiske mål
- Behandlingen må planlegges
- Smertebehandlingen skal være profylaktisk
- Pasienten må få informasjon
- Medikamentene bør fortrinnsvis gis peroralt
- Dosene skal være store nok
- Pasienten må oppfordres til å si fra om smertene tidlig
- Pasienters søvnløshet må tas på alvor

(Almås et al., 2001:100-101)

4.8 Joyce Travelbee

I vårt arbeid har vi valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1926-1973) som referanseramme. Vi anser hennes teori og definisjon av sykepleie som nyttig og relevant for vår problemstilling. Vi har brukt boken *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* (2001) som kilde for hele punkt 4.8.

Joyce Travelbees sykepleiedefinisjon:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.”

(Travelbee, 2001:29).

Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. Hun var opptatt av at mennesket skulle bli sett som enkeltindivid og mente at et holistisk menneskesyn måtte være utgangspunkt for sykepleien.

Travelbee mente at sykepleierens hovedfunksjoner er å hjelpe pasienten til å forebygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse. For å utøve god sykepleie, hevdet Travelbee at man som sykepleier må ha en solid kunnskapsplattform som grunnlag og at man må kunne håndtere alle problemer som har alvorlig innvirkning på den sykes velvære. I sin sykepleieteori presenterer hun en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av mellommenneskelige relasjoner mellom pasient og sykepleier. Hun legger vekt på to forutsetninger for å etablere og opprettholde et hjelperforhold. Det ene er at sykepleier må ha kunnskap, det andre at sykepleieren må ha en disiplinert evne til å omsette det hun har lært til handling som kan ivareta sykepleiebehovet hos den enkelte og deres familie.

4.8.1 Menneskesyn og lidelse

Ifølge Travelbee er hvert menneske et unikt individ og målene med å oppnå en god relasjon, er å lære den syke å kjenne slik at man i samhandling med pasient kan fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov. Det er ikke tilstrekkelig for sykepleieren å lære sykdom ut fra tegn og symptomer. Lidelse er, i likhet med begrepet sykdom, en erfaring som må oppleves av individet. Hver og en vil oppleve dette på sin unike måte. I følge Travelbee er sykdom og lidelse kroppslige, følelsesmessige og åndelige erfaringer.

4.8.2 Menneske til menneske forhold

Travelbee mente at sykepleieren må forstå begrepene sykdom og lidelse som erfaringer hos hvert enkelt menneske. Uten denne innsikten hevder hun at man som sykepleier aldri kan forholde seg til den syke i en menneske-til-menneske relasjon, der sykepleier skal gi omsorg og meningsfull hjelp.

For å oppnå en god relasjon må sykepleieren ha evne til å bruke seg selv terapeutisk. Ifølge Travelbee kjennetegnes den profesjonelle sykepleier gjennom hennes evne til å bruke seg selv terapeutisk, det vil si at hun anvender sin personlighet, teoretiske innsikt og praktiske erfaringer målrettet for å etablere et mellommenneskelig forhold til den syke.

4.8.3 Kommunikasjon

Gjennom møtet mellom pasient og sykepleier foregår det kommunikasjon. Denne kan være verbal eller non-verbal (kroppspråk). Pasienten formidler – gjennom ord (skriftlig eller

mundtlig), ansiktsuttrykk, adferd og holdning – sin personlighet og gir sykepleier mulighet til å bli kjent med den syke som et unikt individ, slik at man kan ivareta pasientens individuelle sykepleiebehov. *”Å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket.”* (Travelbee, 2001:141).

5.0 DRØFTING

Vi har basert oppgaven vår på sykepleierteoretiker Joyce Travelbee og hennes teori om hvordan man skaper et menneske-til-menneske forhold, for å kunne oppnå en optimal smertelindring hos pasienter med uhelbredelig kreft og sterke smerter. For å skape en god relasjon, må vi lære den syke å kjenne, slik at vi sammen med pasient kan planlegge behandlingen (Travelbee, 2001). Som sykepleiere har vi innhentet kunnskap om pasienten på forhånd. Dette gjør oss forberedt til å stille relevante og konkrete spørsmål i vårt møte med pasienten – som gjør at han kan føle seg sett, respektert og ivaretatt. Pasienten på sin side vil danne seg et inntrykk ut i fra hva sykepleieren formidler gjennom handling og ord. Vi har derfor valgt å starte med å drøfte hvordan sykepleieren kan etablere en god mellommenneskelig relasjon. Vi fortsetter så å drøfte hvordan sykepleieren kan kartlegge pasientens smerteopplevelse – med utgangspunkt i en mellommenneskelig relasjon, kunnskap, og erfaring, før vi til slutt drøfter sykepleierens ansvar i smertebehandlingen.

5.1 Hvordan kan sykepleieren etablere en god mellommenneskelig relasjon?

Travelbee (2001) sier at vi må bruke oss selv terapeutisk for å oppnå en god mellommenneskelig relasjon. Vår erfaring er at en god relasjon mellom pasient og sykepleier er viktig for å få til en god smertelindring. Trygghet inngår i den mellommenneskelige relasjonen og er et viktig moment i smertebehandlingen (Eklund, 2010). Vi har opplevd at kompetanse skaper trygghet. I følge vår studieplan skal vi yte sykepleie *“ut fra kunnskaper om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og behandling”*. I vår oppgave vil dette blant annet bety at vi må ha kunnskap om kreft, symptomer og behandlingsprinsipper. Vi mener det er viktig at pasienten opplever at vi har kunnskap og et ønske om å hjelpe. Ved å gå inn til pasienten i begynnelsen av hver vakt, spørre hvordan han har det, fortelle hvem som er på jobb og gi uttrykk for at vi er på tilbudssiden, tenker vi at pasienten vil føle seg ivaretatt og kan oppnå en stole på andre-trygghet. Når vi viser engasjement og interesse gjennom å bruke vår egen personlighet, teoretiske innsikt og praktiske erfaringer på denne måten, kan pasienten føle en trygghet – som skaper tillit – og som i følge Travelbee (2001) vil føre til opprettelse av et menneske- til menneskeforhold.

Hvert enkelt menneske er et unikt individ (Travelbee, 2001). Smerteopplevelsen har innvirkning på hele mennesket og pasienten opplever smerte ut i fra forutsetninger som kultur

og personlige erfaringer (Almás et al., 2001). Dette er kunnskap vi trenger for å kunne bidra til en optimal smertelindring hos pasienten. Kjell fra vår pasienthistorie hadde dårlig erfaring fra et tidligere møte med helsevesenet; da han hadde gått til fastlegen med sine bekymringer, ble han ikke tatt på alvor. Denne erfaringen kan være med på å forsterke Kjells opplevelse av smerte, fordi han kan føle at lidelsen kunne vært unngått. Hans erfaring kan også skape utfordringer for oss sykepleiere, da han tidligere har opplevd og ikke bli trodd og derfor kan ha manglende tillit til helsetjenesten for øvrig. Utskillelsen av endogene opioider vil ikke øke, dersom pasienten har mistillit til behandleren (Almás et al., 2001). Vi tenker at det er viktig å ha inngående kjennskap til pasienters sykehistorie, fordi vi da kan avsløre forhold som er til hinder for behandlingen. Ved å ha denne kjennskapen, har vi et utgangspunkt for vise en reflektert holdning i møte med pasienten, noe som vil være avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg og kunne stole på oss. Vi viser at vi respekterer Kjells tidligere erfaringer, og at vi derfor skjønner kompleksiteten i hans sykdomsbilde.

Vi skal hjelpe pasienten til å forebygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 2001). I pasienthistorien vår kommer det fram at Kjell har en familie som betyr veldig mye for han. Gjennom en palliativ tilnærming møter vi problemer hos både pasient og pårørende (Husebø, 1997). Ved å ta oss tid til Kjells familie – være tilgjengelige, oppfordre til et samarbeid og innkalle til samtaler der vi gir pårørende rom for å luften tanker og følelsesmessige reaksjoner, viser vi at vi ønsker å ivareta også dem. Vi tenker at når Kjell opplever at familien blir godt ivaretatt av sykepleieren, vil han føle seg trygg. Ved å vise interesse for de pårørende og legge forholdene til rette med for eksempel enerom, slik at familie kan tilbringe mer tid sammen med den syke også utenom visittiden, så bistår vi også den syke. Dersom sykehusets retningslinjer tillater det, og dersom det er ønskelig, kan Kjells familie være hos han også om natten. Ved sykdom blir behovet for kjærighet og omtanke, særlig fra den nærmeste familie, et sentralt behov – relasjonstrygghet. Pasienten trenger bekreftelse på at han er verdsatt og gjenstand for andres omtanke (Blix & Breivik, 2006). Vårt mål er at pasienten skal oppnå en optimal smertelindring. For at pasienten skal få størst mulig utbytte av de tiltakene vi nå har presentert, mener vi at han bør være tilstrekkelig smertelindret. Vedvarende smerter kan føre til at pasienten føler seg oppgitt, og medvirke til sosial isolasjon (Kaasa, 2007). På den andre siden ser vi at opprettholdelse av pasientens kontakt med de pårørende, vil påvirke den totale smerteopplevelsen og bidra til at

behandlingen blir mer effektiv. Dersom vi møter pasienter som ikke har pårørende tilstede, blir det vår oppgave å ivareta disse behovene hos pasienten. Slik vi nå har beskrevet det er vi med på å forebygge hans lidelse, bidra til at han kan oppleve mestring sammen med familien og til å finne mening i sin situasjon. Vi mener at ved å hjelpe pasienter til å opprettholde forholdet til sine nærmeste, og til å føle relasjonstrygghet, vil dette styrke forholdet mellom pasient og sykepleier.

I pasienthistorien forteller vi at Kjell er plaget med sterke smerter. Noe av hans smerter stammer fra skjelettmetastaser. Disse smertene kan forverres ved aktivitet (Almås et al., 2001), og dette må vi ta hensyn til for eksempel når vi skal bistå Kjell med utføring av personlig hygiene. Den aktiviteten som dette innebærer, særlig morgenstell og sengeskiift, kan føre til gjennombruddssmerter, og vi må vise at vi tar Kjells smerter på alvor og at vi ikke ønsker å påføre han unødig lidelse. Slik vi ser det, kan Kjell med sitt sykdomsbilde ha smerter av alle typene. Travelbee (2001) sier at vi må lære den enkelte å kjenne, fordi sykdom og lidelse er menneskelige erfaringer. For å optimalisere smertelindringen må vi samarbeide med pasienten og hjelpe han med utgangspunkt i hans egne ønsker – pasientmedvirkning. Han må selv få velge når det passer best å starte morgenstellet, hvilket tempo man skal ha og eventuelt hva man skal prioritere å gjøre først, dersom smertene er så sterke at han ikke klarer å gjennomføre alt i en økt. Vi må også ta hensyn til at skjelettmetastaser kan føre til spontanfraktur (Almås et al., 2001). Vår erfaring er at man i forbindelse med morgenstell, og liknende, ofte får gjort betydningsfulle observasjoner både ved å se på og samtale med pasienten. Studieplanen vår sier at vi skal yte sykepleie ut i fra et pasientperspektiv, ut i fra hvordan det erfares å være syk. Dette gjør vi ved å tilrettelegge for pasientmedvirkning. Vi tenker at pasienten vil føle seg trygg, når han får være med på å bestemme og planlegge hvordan sykepleien skal gjennomføres. Denne erfaringen vil påvirke pasienten indre trygghet og styrke tiliten til sykepleieren.

Det er viktig at vi er imøtekommende med ansiktsuttrykk som inviterer til interaksjon, og med en kroppsholdning og et stemmeleie som signaliserer trygghet (Travelbee, 2001). Vår imøtekommenhet kan bidra til at pasienten føler seg trygg og åpner seg for oss. Trygghet skaper tillit og vi vet at trygghet er viktig for å oppnå en optimal smertelindring. Gjensidig tillit er derfor en forutsetning for at enhver smertebehandling skal bli vellykket.

5.2 Hvordan kan sykepleieren kartlegge pasientens smerteopplevelse?

Smertelindring hos pasienter med kraftige og langvarige smerter kan være utfordrende (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005). Dette stiller krav til oss som sykepleiere, i forhold til kartlegging av pasientens smerteopplevelse og dens omgivelser som helhet. Vi ønsker å oppnå en optimal smertelindring, og ved hjelp av en grundig kartlegging, kan vi avdekke forhold som har innvirkning på pasientens smerter. I følge Travelbee (2001) må vi lære pasienten å kjenne for å kunne ivareta den sykes behov. Før kartleggingen ser vi at vi foruten å bruke den *generelle*, faglige kompetansen, må sette oss inn i det *spesielle* ved hver enkelt pasient. Dette gjør vi (først og fremst) ved å oppdatere oss gjennom rapport og gjennomgang av pasientens journal (Heggdal, 2006). Forutsetningen for dette er at alle som deltar i pasientens behandling, følger Lov om Helsepersonell § 39 (Lovdata, 2011b), som omhandler plikt til å føre journal. Med dagens datateknologi har vi muligheten til å dokumentere inne hos pasienten. Dette sikrer at vi får dokumentert det vi observerer, når det skjer, og bidrar til at vi til enhver tid har en god beskrivelse av pasientens situasjon i hans journal. Det er viktig å ha et mest mulig korrekt bilde av pasienten, da vårt inntrykk kan legge føringer for hvordan vi møter pasienten når vi skal foreta smertekartleggingen. Vi mener at vår fremtreden og måten vi stiller spørsmål på, kan påvirke svaret vi får fra pasienten, samt pasientens opplevelse av stole på andre-trygghet.

I følge Travelbee (2001) må vi ha en solid kunnskapsplattform for å kunne yte god sykepleie. Som sykepleiere har vi blant annet kunnskap om de ulike smertetyperne og hvordan disse smertene kan komme til uttrykk (jfr. punkt 4.2). Sykdom og lidelse er kroppslige, følelsesmessige og åndelige erfaringer (Travelbee, 2001). Når vi skal kartlegge pasientens smerteopplevelse, må vi derfor lytte til hva pasienten sier, samt ha en evne til å lese det pasienten uttrykker gjennom non-verbal kommunikasjon, herunder også kliniske observasjoner som overfladisk respirasjon, blodtrykk og puls. Noen ganger møter vi pasienter som har så kraftige smerter at det blir vanskelig for dem å formidle det gjennom ord. Dette opplevde vi hos Kjell – han hadde øynene lukket, var motorisk urolig og svettet. For å kartlegge smertene kan vi i slike tilfeller bruke kartleggingsverktøyet VAS (vedlegg 1). Vi kan også stille spørsmål til pasienten om hvor kraftige smertene oppleves på en skala fra 1 til 10. Slik får vi et umiddelbart svar på pasientens smerteopplevelse. Hos pasienter som er sterkt smertepåvirket, eller av andre årsaker ikke er i stand til å kommunisere med

sykepleieren, vil kartleggingen bestå av våre egne, subjektive observasjoner (Almås et al., 2001). For å gjøre en mer detaljert kartlegging, kan vi i perioder der pasientens smerter ikke er like intense, supplere med ESAS-skjema (vedlegg 2). Dette skjemaet brukte de blant annet på det sykehuset vi besøkte (jfr. Metode). Ved å bruke ESAS-skjema kan vi avdekke forhold som påvirker smerteopplevelsen og minsker effekten av smertebehandlingen, som for eksempel kvalme, obstipasjon, søvnløshet, angst og uro. Ved hjelp av ESAS-smertejournal (vedlegg 3) kan pasienten vise på et kroppskart nøyaktig hvor smertene er lokalisert. Vi kan hjelpe pasienten med utfyllingen, eller han kan gjøre det selv dersom han er i stand til det. Vi tenker at det er en fordel å være tilstede uansett, da det kan dukke opp spørsmål fra pasienten. Før vi skal ta i bruk kartleggingsverktøyene er det viktig at vi informerer pasienten om hva kartleggingen skal brukes til, slik at han ser hensikten med utfyllingen. Utgangspunktet for helsehjelpen blir det *pasienten* uttrykker som viktig, dermed er pasienten delaktig i smertebehandlingen. Dette kan bidra til at pasienten oppnår kunnskaps- og kontrolltrygghet. Vi tenker at denne tryggheten vil virke positivt inn på selvbildet og opplevelsen av mestring.

Ved å anvende VAS både før og etter medikamentell behandling, kan skalaen også si noe om behandlingseffekten. ESAS er nyttig både som utgangspunkt for kartlegging av pasientens plager og som oppfølging av iverksatt behandling. Under sykehusbesøket (jfr. Metode) ble vi gjort oppmerksomme på at vi må se smertekartleggingen i sammenheng med den medikamentelle behandlingen. Ved å se på Kjells medisinkurve, får vi oversikt over hvilke medikamenter han bruker til vanlig og hvilke medikamenter legen har ordinert som behovsmedisin. På denne måten finner vi ut om vi må kontakte legen – som kan vurdere endring av smertebehandlingen. Denne endringen kan innebære justering av doser eller overgang til andre typer medikament.

I smertekartleggingen kan også pasientens pårørende være en stor ressurs (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). De pårørende kjenner pasienten best, og kan derfor se endringer i pasientens tilstand mer tydelig. Men det er viktig at vi ikke ilegger dem for mye ansvar. Pårørende til pasienter som er alvorlig syke over lengre tid, kan bli så slitne at de står i fare for selv å utvikle helsesvikt. Vi tenker at de pårørendes opplevelse også kan påvirke pasientens totale smerteopplevelse. Det er derfor viktig at sykepleier også observerer hvordan

pårørende har det i den tunge tiden. I følge Travelbee (2001) skal vi som sykepleiere hjelpe både pasient og familie.

Undersøkelser viser at sykepleiere tar initiativ til å lindre smerter, men kartlegger ikke (Svenkerud, 2009). Utgangspunktet for en optimal smertelindring er at det foretas en grundig smertekartlegging (Seland et al., 2005). Vi mener at organiseringen av kartleggingen, samt smertebehandlingen, bør gjøres slik at pasienten opplever samhandling – at de forskjellige aktørene og deres fagkompetanse fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Slik skaper man bedre forutsetninger for at pasienten skal oppleve stole på andre-trygghet. På sykehuset vi besøkte (jfr. Metode) har de etablert et palliativt team. Legene i de ulike avdelingene på sykehuset har en lav terskel for å kontakte dette teamet. Det palliative teamet setter av god tid til hver pasient og følger dem over en periode. Dersom det er behov for å være inne hos pasienten en time eller to av gangen, for å bli kjent, kartlegge eller snakke sammen, så har de muligheten til det. Palliasjon skal tilby pasienten et støtteapparat som kan hjelpe pasienten å leve et så aktivt liv som mulig (Husebø, 1997). Vi tenker at alle sykehus kan ha stort utbytte av et slikt palliativt team, og vi som sykepleiere blir da en koordinator mellom legen og det palliative teamet. Det palliative teamet blir et redskap i både kartleggingen og behandlingen, og er med på å bidra til at pasienten oppnår en optimal smertelindring.

I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005) kommer det fram at mange pasienter opplever at de ikke er godt nok smertelindret. Som sykepleiere forstår vi smertene ut ifra vår personlige og faglige bakgrunn og kan observere smerte på ulike måter (Almås et al., 2001). Vår erfaring er at sykepleiere ofte vurderer den samme pasientens smerte helt ulikt. Ytterpunktene strekker seg fra sykepleieren som ikke vurderer pasientens situasjon som smertefull i det hele tatt, til sykepleieren som oppfatter situasjonen som så lidelsesfull at det vanskeliggjør arbeidet. En vellykket smertekartlegging krever at vi har kunnskap om verktøyene og vilje og evne til å bruke dem. Nytteverdien avhenger i at sykepleieren bruker verktøyet aktivt og regelmessig (Almås et al., 2001). Vi tenker at kartlegging bør skje minimum 2 ganger daglig.

På sykehuset som vi besøkte, brukte de ulike avdelingene det palliative teamet til å holde internundervisning. Vi mener at fornyelse av kunnskap er viktig, både for å styrke kvaliteten på sykepleien og for å bevisstgjøre sykepleiere om deres funksjon og ansvar. Legen kan også foreskrive hvor ofte smertene skal kartlegges og hvilket verktøy vi skal bruke, slik at smertekartleggingen blir en rutine (kontinuitet).

Smertekartlegging og dokumentering er avgjørende for at pasienten skal få en optimal smertelindring. Vi mener at en systematisk kartlegging i tillegg kan danne grunnlag for ny forskning, som kan bidra til enda mer effektive behandlingsregimer. Derfor synes vi at alle avdelinger som behandler pasienter med smerte, bør ha tilgjengelige smertekartleggingsverktøy og kompetanse til å bruke disse kontinuerlig. Uten å bruke kartleggingsverktøy kan smertene bli kartlagt ulikt fra dag til dag, og påvirke pasientens trygghetsfølelse. Gjennom å tilrettelegge for trygghet bidrar man til optimalisering av livskvalitet, og menneskets ønske om trygghet er et kjerneanliggende for å skape forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet (Eklund, 2010). Ved å informere pasienten om bruk av verktøyene og la han selv fylle ut kartleggingen, åpner vi for pasientmedvirkning og viser at vi tar pasienten på alvor.

5.3 Hva er sykepleierens ansvar i smertebehandlingen?

Vi har et stort ansvar i smertebehandlingen, da vi har mer kontakt med pasienten enn legen, og derfor har større forutsetning til å se det reelle sykdomsbildet (Almås et al., 2001). I vår pasienthistorie kommer det fram at Kjell har hatt sterke smerter en stund, før vi kom inn til han. Mange pasienter unnlater å si fra om sine smerter, og det kan være flere grunner til dette (Taraldsen et al., 2010). Det trenger ikke å være smertens intensitet som gjør at pasienter ikke klarer å be om hjelp. Vi har møtt pasienter som gir uttrykk for at de ikke vil forstyrre legen, og har et ønske om å bli oppfattet som en ”snill” pasient som ikke klager. Gjennom et godt behandlingsmiljø, der behandlerne har oppdatert kunnskap og et ønske om å hjelpe, sørger vi for at pasienten får tillit til helsepersonellet (Almås et al., 2001). At hjelpen er tilgjengelig og kompetent er viktig for trygghet (Eklund, 2010). Vi må vise at vi er tilgjengelig og oppfordre pasienten til å ta kontakt uansett hva det måtte være.

Vi har også opplevd pasienter som unngår å snakke om smertene sine, da de frykter at sykdommen progredierer. I tillegg viser forskning at noen pasienter er redde for å bruke analgetika, da de har redsel for å bli sedert eller å få respirasjonsproblemer, samt frykt for å bli avhengig (Taraldsen et al., 2010). Vi tenker at frykt for bruk av analgetika også kan føre til at pasienten ikke følger anbefalt smerteregime. Kanskje forklaringen ligger i feiloppfatninger, misforstått informasjon og at pasienten ikke har nok kunnskap om smerte og smertebehandling? Forskning viser at det er mulig å kontrollere smertene hos ca 90 % av pasienter med kreft og smerter (Kaasa, 2007). Det er derfor viktig at vi informerer pasienten, jfr. Lov om helsepersonell § 10 – plikt til å informere (Lovdata 2011c), om forskjellen mellom fysisk og psykisk avhengighet og at det hos kreftsyke ikke foreligger noen øvre grense for hvor mye morfin man kan få (Kaasa, 2007). Informasjonen må være tilpasset pasientens forutsetninger, og vi må forsikre oss om at budskapet er forstått. Ved å gi informasjon oppnår pasienten kunnskaps- og kontrolltrygghet (Blix & Breivik, 2006). Vi må i tillegg oppfordre pasienten til å si fra om smertene tidlig, fordi ubehandlet smerte forårsaker overfølsomhet i reseptorene og gir økt overføring av smerteimpulser, slik at det blir vanskeligere å oppnå optimal smertelindring (Almås et al., 2001).

Smertebehandlingen bør planlegges individuelt (Almås et al., 2001). Alle mennesker er unike, og kan derfor ha ulike behov (Travelbee, 2001). Vi tenker at det kan være en fordel å trekke pasienten med i utarbeidelsen av planen, både av hensyn til pasientmedvirkning og for at vi skal få avklart hans forventninger, samt tidligere mestringsstrategier. Dette er viktige opplysninger som vi trenger når vi skal utarbeide realistiske mål for behandlingen. Vi har erfart at man, avhengig av pasientens sykdomsbilde, ikke alltid klarer å smertelindre pasienten totalt. Pasient og behandler må også være tålmodig, for det tar som regel tid å oppnå en optimal smertelindring (Almås et al., 2001). En kan derfor ikke love pasienten en total smertelindring med øyeblikkelig virkning, men ved å legge forholdene til rette for en så god smertelindring som overhodet mulig, og informere pasienten om at vi gjør alt vi kan, kan dette bidra til å skape håp hos pasienten. Vi mener at håp er viktig – da håp knyttes til noe som ennå er viktig i livet. Slik vi ser det, vil håpet kunne påvirke pasientens totale smerteopplevelse og bidra til en optimal smertelindring. Ved å samarbeide med pasienten under utarbeidelsen av behandlingens mål, tenker vi at pasienten vil oppleve forutsigbarhet og trygghet, samt føle seg respektert – respektert både i forhold til tid og ventetid, samt at

han opprettholder sin innflytelse over hverdagen. Vi har opplevd at pasienter som får smertepumpe, med mulighet til administrere bolusdoser selv ved behov, får økt kontroll over smertene. Med dette unngår pasienten å tilkalle sykepleieren, eller vente på medisint levering. Hos pasienter uten smertepumpe kan pasienten få utskrevet behovsmedisin i forkant, slik at de har muligheten til å ta den akkurat når de har behov. En annen måte å legge forholdene til rette på, er å sørge for ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov og at pasienten opplever velvære. Dette vil påvirke pasientens totale smerteopplevelse slik at effekten av analgetika blir bedre (Almås et al., 2001). Vi tenker at den individuelle behandlingsplanen bør evalueres ofte, og særlig i begynnelsen – slik at man kan se hvilke tiltak som har effekt og ikke.

For å oppnå en optimal smertelindring må vi som sykepleiere ha kjennskap til gjeldende behandlingsprinsipper, virkning og bivirkning av medikamentene. Medikamentene bør fortrinnsvis gis peroralt (Almås et al., 2001). Dette vil sikre en jevn medikamentkonsentrasjon og forebygge smertetopper, samt at pasienten slipper stadige injeksjoner og medførende fare for vevsirritasjon og tromboflebitt. Dersom peroral administrering ikke lar seg benytte, eller hvis peroral behandling ikke er tilstrekkelig, finnes det flere aktuelle administrasjonsformer, som suppositorier, smertepaster og eventuelt epiduralkateter. I følge Almås (2001) fungerer smertebehandlingen best når legen gir sykepleieren rammer for dosering av medikamentene (behovsmedisin). Vi som sykepleiere må holde oss innenfor legens fastsatte rammer og administrere ut i fra observasjoner om medikamentenes virkning og bivirkninger. Den vanligste bivirkningen ved bruk av opioider er obstipasjon (Helsedirektoratet, 2010), derfor er det viktig at vi observerer pasientens defekasjonsmønster – defekasjon 2-3 ganger i uken er et adekvat behandlingsmål (Almås et al., 2001). I tillegg til å behandle og forebygge obstipasjon med laksantia, må vi sørge for at pasienten får rikelig drikke, riktig sammensatt kost og at han blir mobilisert. God smerte- og symptomlindring og ivaretagelse av pasientens fysiske (samt psykiske) funksjon, vil ha gjensidig positiv innvirkning på hverandre. Dersom pasienten ikke oppnår effektiv smertelindring, må vi kontakte legen som eventuelt kan ordinere andre medikamenter.

Vi har møtt flere pasienter som mener at de ikke trenger smertestillende, fordi de ikke har vondt akkurat for øyeblikket. Vi mener at pasienten må få god informasjon om hensikten med

den kontinuerlige medikamentelle behandlingen. Smertebehandlingen bør gis profylaktisk, slik at man kommer smertene i forkjøpet (Almås et al., 2001). Da slipper pasienten å ta større doser og det tar kortere tid før medikamentet oppnår effekt. Dette innebærer at pasienten får medikamentell behandling før virkningen på tidligere dose avtar, og før aktivitet hos pasienter med fare for gjennombruddssmerter – slik som hos Kjell. Hovedprinsippet i medikamentell behandling er at pasienten får faste og regelmessige doser, samt behovsmedisinering for gjennombruddssmerter (Helsedirektoratet, 2010). Vi har sett at det er enklere å forebygge enn å behandle, og at det ikke nødvendigvis krever større doser, men at man heller gir analgetika med kortere mellomrom. Ved å foreslå for pasienten at et av målene for behandlingen er å komme seg til hjemmet, enten for en kort permisjon, eller for en lengre periode, kan dette få bort fokus fra smertene og samtidig styrke effekten av behandlingen. Ved å sørge for at Kjell får reise hjem i perioder, bidrar vi til at han kan skape opplevelser sammen med sin familie. Dette vil være til hjelp både for Kjell og familien. Travelbee (2001) sier at vi som sykepleiere må kunne håndtere *alle* problemer som har alvorlig innvirkning på den sykes velvære.

Smerter kan føre til søvnforstyrrelser (Kaasa, 2007). Det er derfor viktig at vi tar pasienters søvnløshet alvorlig. Da vi kom inn til Kjell tidlig om morgenen, hadde han sterke smerter. Det kan tyde på at han hadde hatt smerter også om natten. Impulsstrøm fra andre sensoriske nervefibrer kan bremse videreføringen av impulser fra smertefibre, slik at smertene blir verre om natten. Impulsene spres også til retikulærsubstansen, slik at pasienten blir våken og sympatikusaktivering oppstår (Almås et al., 2001). En annen årsak til at smertene kan oppleves mer intense om natten, er at tanker rundt sykdommen ofte kommer når det blir stille i omgivelsene. Vi har erfart at noen pasienter opplever at de får dårligst hjelp med sine smerter om natten. Flere ganger har vi møtt sykepleiere som venter med å gi medikamenter, fordi de ikke ønsker å vekke pasienten som tilsynelatende sover godt. Vi ser at søvnforstyrrelser og smerte påvirker hverandre gjensidig; smerte fører til forstyrret søvn og forstyrret søvn bidrar til økt smertesensitivitet og endringer i sinnsstemning, jfr. figur punkt 4.2. Dette kan føre til at pasienter fungerer dårligere på dagtid. Smertene kan også føre til depresjon (Kaasa, 2007). I følge Travelbee (2001) skal vi lære hver enkelt å kjenne og respondere på det unike hos pasienten ved å ivareta det individuelle sykepleiebehovet. For å oppnå en optimal smertelindring må vi som sykepleiere observere hvordan pasienter har det, og dersom vi oppdager at pasienter har søvnproblemer på grunn av fysiske eller psykiske

smerter, må vi kartlegge om det er noe vi kan bidra med, og om nødvendig kontakte legen for ordinasjon. En større dose smertelindrende medikamenter, samt sovemedikamenter til kvelden kan forebygge søvnløshet. Antidepressiva har, i tillegg til å forebygge depresjon, også en sedativ og smertelindrende effekt (Almås et al., 2001). Foruten den medikamentelle administreringen, kan vi som sykepleiere skape en relasjonstrygghet og tilrettelegge for god søvn ved hjelp av dempet belysning, frisk luft, samt rolige og ryddige omgivelser.

Vi har sett at det finnes flere former for smerte; fysisk, psykisk, åndelig og sosial, og at disse henger sammen. For at pasienten skal bli optimalt smertelindret, har han behov for en helhetlig behandling, pleie og omsorg ut fra et holistisk menneskesyn (Travelbee, 2001). Vårt ansvar som sykepleiere er å ivareta kontinuiteten i smertebehandlingen, være tilgjengelig for pasienten og fungere som koordinator mellom pasienten og de ulike aktørene som deltar i behandlingen. Gjennom kunnskap og engasjement skaper vi tillit og trygghet for pasienten, og på denne måten mener vi at vi bidrar til en optimal smertelindring.

6.0 AVSLUTNING

Vi har nå sett på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å oppnå en optimal smertelindring hos pasienter med uhelbredelig kreft, gjennom å skape trygghet ut fra tre sentrale grunnsteiner: mellommenneskelig relasjon, smertekartlegging og ansvar i smertebehandlingen.

I møte med mennesker som lider, er sykepleieren både et medmenneske og en sentral fagperson – med kunnskap om smerte og hvordan denne påvirker pasientens liv. Sykepleiere har gode muligheter for å smertelindre, selv om det ikke alltid betyr full smertefrihet. Vi som sykepleiere må ha gode evner til å kommunisere og opparbeide en mellommenneskelig relasjon med pasienten og hans familie, slik at de kan oppleve trygghet. I følge Kaasa (2007) er trygghet viktig for at pasienten skal kunne oppleve en optimal smertelindring. Som sykepleiere må vi også samarbeide godt og kontinuerlig med lege og annet helsepersonell for å ivareta denne behandlingen. Gjennom helhetlig omsorg og pleie kan sykepleieren bidra til at pasienter med uhelbredelig kreft får en individuell og optimal smertelindring.

Vi ser at det er mange sider ved sykepleie til pasienter med sterke smerter som vi ikke har fått utdypet i denne oppgaven. Dette skyldes at kreft og palliasjon er et svært omfattende tema. Vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven opparbeidet oss en kunnskapsplattform som vi kan bygge videre på i ulike retninger. Dersom vi skulle skrive en lignende oppgave i fremtiden, ønsker vi blant annet å fokusere mer på kommunikasjon med pasienten, og hvilke teknikker som kan være nyttige i forhold til dette. Vi ønsker også å tilegne oss mer kunnskap om medikamenter (virkning, bivirkning, cytostatika, hormoner og strålebehandling).

Vi ser at kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med denne oppgaven, også kan benyttes i behandlingen av andre pasientgrupper med smerteproblematikk.

Vi valgte å skrive bacheloroppgaven som gruppe, selv om det å skrive i gruppe kan være utfordrende. Utfordringer har vi møtt gjennom god kommunikasjon, planlegging og organisering. Vårt gode samarbeid har belønnet oss med en felles ansvarsfølelse for det ferdige produktet og vi mener at vi har utfyllt hverandre godt når det gjelder både kunnskap, erfaringer og måte å jobbe på.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur:

Almås, H., Valand, E., Bilicz, J., & Berntzen, H. (2001) Sykepleie til pasienter med smerter, I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Blix, E. S., & Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov* Bergen: Fagbokforlaget

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

Heggdal, K. (2006) *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jacobsen, D., Ingvaldsen, B., Kjeldsen, S. E., Solheim, K. & Lund, K. (2001) *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Steen. (2001) Sykepleie til pasienter med skader og sykdommer i huden, I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 2* Oslo: Gyldendal akademiske.

Selvvalgt litteratur:

Birketvedt, H. E. (2010) *Gir god kreftomsorg* [Online] tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/565641/kreft%20hege,%20pdf.pdf>
[26.04.2011] (s. 54-57).....= 4 s.

Graubæk, A.-M. (2010) *Å være pasient: en innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe.
(s. 51-53)= 3 s.

- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [Online] tilgjengelig fra:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf [26.04.2011] (s. 61, 67, s.87).....= 3 s.
- Hem, E. (2003) *Tilbake til Hippokrates?* [Online] tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=942480#fotnote8 [26.04.2011] (s. 3578).....= 1 s.
- Husebø, S. (1997) *Undervisning i palliativ medisin I: Omsorg (2)*. 1997
 (s. 5-12).....= 7 s.
- Kaasa, S. (2007) *Palliasjon: nordisk lærebok* Oslo: Gyldendal akademisk.
 (Kap. 1 s. 31-46, kap. 14 s. 261-269, kap.15 s. 271-282, kap. 16 s. 285-306
 og kap. 17 s. 311-325)= 69 s.
- Kaasa, S., & Klepstad, P. (2005) *Kreftpasienter skal ikke ha smerter* [Online] tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1144274
 [26.04.2011].....= 1 s.
- Kreftforeningen (2009) *Føflekkreft og annen hudkreft* [Online] tilgjengelig fra:
http://www.kreftforeningen.no/vp/multimedia/archive/00007/F_flekkreft_2009_7114a.pdf
 [26.04.2011].....= 21 s.
- Kreftregisteret (2009) *Cancer in Norway 2008* [Online] tilgjengelig fra:
<http://www.kreftregisteret.no/Global/26-01-2010%20Dok%20til%20web%20ferdig.pdf>
 [26.04.2011].....= 3 s.
- Lovdata (2011a) *Lov om helsepersonell m. v (Helsepersonelloven). Lov 2 juli 1999 om helsepersonell* [Online] tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#21>
 [26.04.2011].....= 1 s.

Lovdata (2011b) *Lov om helsepersonell m. v (Helsepersonelloven). Lov 2 juli 1999 om helsepersonell* [Online] tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html#39> [26.04.2011].....= 1 s.

Lovdata (2011c) *Lov om helsepersonell m. v (Helsepersonelloven). Lov 2 juli 1999 om helsepersonell* [Online] tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#10> [26.04.2010].....= 1 s.

Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004) *Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk.....= 5 s.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005) *Lindring av smerter hos kreftpasienter* (Nr. 9) [Online] tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1220.cms> [26.04.2011].....= 3 s.

Norsk Sykepleierforbund (2009) *Yrkesetiske retningslinjer* [Online] tilgjengelig fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/334857/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> [26.04.2011].....= 3 s.

Regjeringen (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanningen* [Online] tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf [26.04.2011].....= 5 s.

Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (2010) *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* Oslo: Akribe (s.194-203).....= 9 s.

Rustøen, T. & Wahl, A. K. (2008) *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk (s. 22-46).....= 24 s.

Schjølberg, T. K. (2008) *Sykepleie til pasienter med kreft, I: U. Knutstad (red.) Sykepleieboken 3* Oslo: Akribe AS.....= 10 s.

Seland, M., Kaasa, S. & Klepstad, P. (2005) *Symptomregistrering hos kreftpasienter ved Sykehusinnleggelse* [Online] tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1259252 [26.04.2011] (s. 2500-2503).....= 3 s.

Svenkerud, T. M. (2009) *Sykepleie til pasienter i sen palliativ fase: erfaringer fra sykepleiere i hjemmesykepleien* [Online] tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/hibu/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_10625/1/Master2009Svenkerud.pdf [26.04.2011].....= 4 s.

Taraldsen, B. V., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010) *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling* [Online] tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=562171 [26.04.2011 (s. 266-276).....= 10 s.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo: Gyldendal akademisk. (s. 98-116, s.126-127, s. 135-151, s. 172, s. 177-189, s. 192-211, s. 221-223, s. 254)....= 70 s.

Universitetet i Nordland (2010) *Studie/fagplan uten emnebeskrivelse* [Online] tilgjengelig fra: <http://www.hibo.no/index.php?ID=11272&lang=nor&displayitem=2200&module=studieinfo&type=studieue&subtype=1> [26.04.2011].....= 1 s.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (2009) *Håndbok i lindrende behandling* [Online] tilgjengelig fra: http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Intranett/Enhet/K3K/Dokumenter/handbok_lin.pdf [26.04.2011].....= 64 s.

World Health Organization (2011) *WHO Definition of Palliative care* [Online] tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [26.04.2011].....= 1 s.

Totalt antall sider: 327

Vedlegg 1



Illustrasjon: VAS kartleggingsverktøy (<http://jamnganget.bloggsida.se/studien/hur-mater-jag-valbefinnande>)

Vedlegg 2

Kompetansesenter for lindrende behandling
Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord Norge HF

Hvordan har du det i dag?

Dato: _____ KLSL: _____
Hvordan har du det i dag? _____ Barkode _____

Smerte – i ro

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Smerte – ved bevegelse

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Slapphet

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Kvalme

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Forstoppelse Ingen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Tungpust

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Munntørhet

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Matlyst

Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Angst /uro

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Trist/deprimert

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?

Bra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Bygger på ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), revidert ved Seksjon lindrende behandling (TPAT).

St Olavs hospital Trondheim

Utfyllt av: _____

Illustrasjon: ESAS skjema – kartleggingsverktøy (<http://www.unn.no/esas-skjema/category13520.html>)

Vedlegg 3

Smertejournal

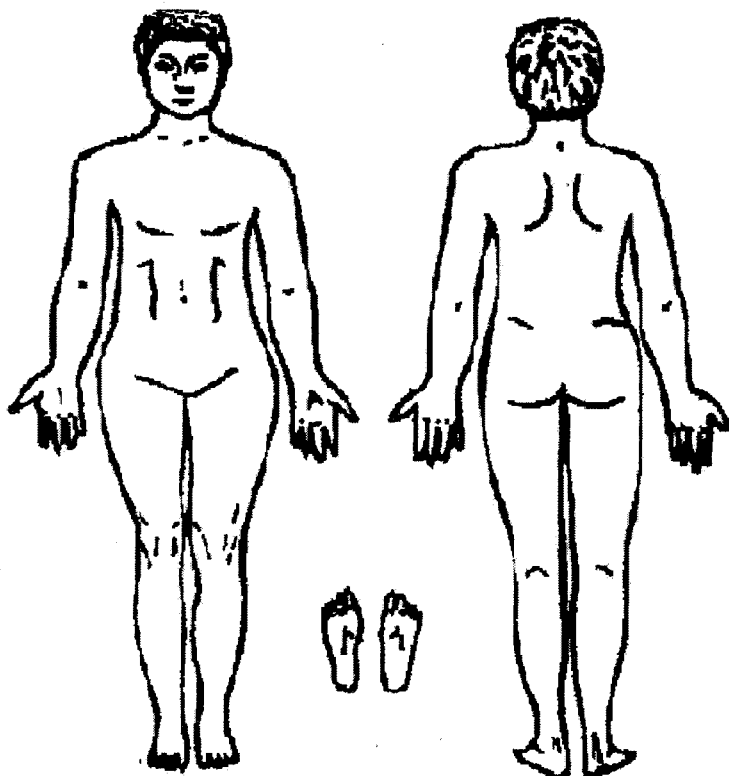
Dato:

Smertens karakter:	Ja	Nei	Hva forårsaker/øker smertene?
Lynende, stikkende, utstrålende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hva lindrer smertene?
Verkende, murrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Takvis, krampaktig, knipsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brennende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ikke i det hele tatt Når på døgnet har smertene vært sterkst? Ja Om morgenen <input type="checkbox"/> Om dagen <input type="checkbox"/> Om kvelden <input type="checkbox"/> Om natten <input type="checkbox"/> Like sterke hele tiden <input type="checkbox"/> Varierende <input type="checkbox"/>	Har pasientens smerter den siste uka virket inn på: Søvn? <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet? <input type="checkbox"/> Evnen til å konsentrere seg? <input type="checkbox"/>
---	--

Indiker på figuren hvor pasienten har smerter og ubehag
 Skjemaet oppbevares i kurveboka

Kreftavd./UNN 2003



Illustrasjon: ESAS smertejournal – kartleggingsverktøy (<http://www.unn.no/esas-skjema/category13520.html>)