

Emne SY 180H 000
Bacheloroppgave i sykepleie
Kull 08H, 6 semester

Tema: Kreft og smerter

Kandidatnummer: 56

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....s. 1

1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema.....s. 2

1.2 Problemstilling.....s. 2

1.3 Avgrensninger.....s. 2

1.4 Oppbygging av oppgaven.....s. 3

2.0 METODEDEL.....s. 4

2.1 Generelt om metode.....s. 4

2.2 Vitenskapssyn.....s. 4

2.3 Litteraturstudie som metode.....s. 5

2.4 Søkehistorikk og Kildekritikk.....s. 5

2.5 Ethiske overveielser.....s. 6

3.0 SMERTETEORI.....s. 7

3.1 Hva er smerter.....s. 7

3.2 Smerteopplevelsen.....s. 7

3.3 Smertekartlegging.....s. 8.

3.4 Kreft smerter.....s. 9

4.0 KREFT.....s. 10

4.1 Hva er kreft.....s. 10

4.2 Palliativ fase.....s. 10

4.3 Palliativ symptomforebyggende behandling.....s. 11

5.0 SYKEPLEIETEORI.....s. 12

5.1 Kari Martinsen.....	s. 12
5.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori.....	s. 12.
5.1.2 Omsorg er et rasjonelt begrep.....	s. 12
5.1.3 Omsorg er et praktisk begrep.....	s. 12.
5.1.4 Omsorg er et moralsk begrep.....	s. 13

5.2 KOMMUNIKASJON.....s.13

5.2.1 Nonverbal kommunikasjon.....	s. 14.
------------------------------------	--------

6.0 SYKEPLEIERSANSVAR OG UTFORDRINGER VED FOREBYGGING AV SMERTER

6.1 Hvordan oppleves det for pasienter med kreft å ha smerter?.....	s. 15
6.2 Hvilke utfordringer har jeg som sykepleier med tanke på smerteforebygging?.....	s. 16
6.3 Hvordan kan jeg som sykepleier gjøre god kartlegging av smerter?.....	s. 17
6.4 Hva er sykepleierens rolle og ansvar ved forebygging av smerter?.....	s. 20.
6.5 Hvordan kan sykepleier bruke sin kunnskap i arbeidet med smerteproblematikk.....	s. 23
6.6 Hvordan kan pasienten gjøres delaktig i egen smerteforebygging.....	s 25
6.7 Hvordan kan håp påvirke smerteopplevelsen?.....	s. 27
6.8 Hvordan kan sykepleier bruke alternativ/komplementære behandlingsformer i forebygging av smerte?.....	s.27

7.0 OPPSUMMERING.....s. 29

LITTERATURLISTE.....s.30

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema

Kreft er en av vår tids store folkesykdommer. Hvert år dør ca. 10000 mennesker i Norge av kreft. Kreftforekomsten er økende og kan ramme alle aldersgrupper, men spesielt eldre. Hovedparten av krefttilfeller i Norge finner vi hos dem over 50 år - om lag 90 prosent hos menn og 85 prosent hos kvinner. I 2008 fikk 26 121 personer kreft, 14 000 menn og 12 121 kvinner. Beregninger gjort av kreftregisteret viser at ca. 31 000 nordmenn vil få kreft dette året. I årene fremover vil pasienter med utbredt kreftsykdom øke dramatisk. Denne økningen vil by på store utfordringer for samfunnet som helhet, spesielt når det gjelder kapasitet, kvalitet og organisering av helsetjenestene som tilbys. (Helsedirektoratet 2007).

Før jeg satte i gang arbeidet med bacheloroppgaven, var jeg bevisst på at jeg hadde lyst til å fordype meg i et område som er av interesse og som jeg kan få ta lærdom av. Jeg tror det er positivt å velge et tema som er av interesse, da det kan være med på å gjøre arbeidet mer lystbetont. Videre fant jeg ut at jeg ville fordype meg i et fagområde som er svært aktuelt med tanke på økningen i antall krefttilfeller, og som jeg vil komme til å møte i min framtidige jobb som sykepleier. Det ble derfor naturlig for meg å velge kreft.

Gjennom min tid i praksis har jeg møtt flere pasientgrupper, og det har vært både interessant og lærerik å få bli kjent med jobbe med pasienter og få lov til å jobbe med dem. Blant alle pasientgruppene har møtet med pasienter med langtkommet kreftsykdom, vært det mest utfordrende. Bakgrunnen for det er den høye forekomst av smerte i denne gruppen. Kreftpasienter er ofte preget av varierende og plutselige akutte smerter (Kaasa 2008). Jeg har sett hvordan smerte nedsetter pasientens livskvalitet betraktelig, og at det kreves svært gode kunnskaper hos sykepleier om kreft og smerte for å sikre pasienten god pleie. Siden smerter er det mest framtreddende symptomet hos kreftpasienter, er det viktig med god smertelindring, og at man kommer smertene i forkant. Denne bacheloroppgaven er basert på et ønske om å lære mer om hvilke ansvar og hvilken rolle sykepleieren har i forebyggingen av smerte hos kreftpasienter.

1.2 Problemstilling

Ut ifra mine erfaringer fra praksis har jeg fått et inntrykk av at smerteproblematikk hos kreftpasienter er et stort område som krever høy kompetanse. Problemstillingen jeg har valgt er:

”Hvordan kan sykepleier forebygge smerter hos voksne pasienter med kreft i den palliative fasen?”

Jeg har lest at 60-80 % av de med utbredt kreftsykdom rapporterer å ha smerte. Dette er høye tall, og jeg ønsker å legge fokuset på denne pasientgruppen. Smerter hos kreftpasienter ses ofte i forbindelse med et langtkomment sykdomsforløp, og det er denne pasientgruppen jeg har valgt å fokusere på. Hos kreftpasienter er et liv uten noen form for smerte et urealistisk mål for det er ikke all smerte som kan fjernes. Jeg har derfor satt meg et mål, og det er at pasienten opplever god smertelindring. Det er lettere å forebygge smerter enn å behandle (Reitan og Schjølberg 2004).

1.3 Avgrensninger

I oppgaven tar jeg for meg sykepleie til kreftpasienter med smerter, i den palliative fasen.

Jeg velger å konsentrere meg om forebygging av smerter i sluttfasen av en kreftsykdom, den palliative fasen. Hovedfokuset i den palliative fasen er å opprettholde eller å bedre livskvalitet. De fleste palliative pasienter har flere plager samtidig, men for å redusere oppgavens omfang har jeg vært nødt til å gjøre noen avgrensninger. Jeg vil derfor ikke ta for meg alle plagene i den palliative fasen, men konsentrere meg om smerter, som er en direkte plage forårsaket av kreftsykdommen. Jeg vil også komme innom depresjon og angst, som er en indirekte plage.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven med å ta for meg en spesifikk pasientgruppe i en spesifikk fase av sykdomsprosessen. Jeg har valgt å fokusere på voksne pasienter med utbredt kreft, i sin siste fase av livet, med smerteforebygging som hovedfokus. For å gjøre ytterligere avgrensninger kommer jeg ikke til å gå inn på de forskjellige kreftsykdommene, men omtale kreft generelt.

Smerter er et stort område og en skiller mellom ulike smertetyper. Jeg vil ikke gå inn på hver enkelt smertetype, men fokusere på kreftsmarter som følge av kreftsykdommen. Når det gjelder palliasjon, som også er et stort område vil jeg konsentrere meg om palliativ symptomforebyggende behandling.

Jeg har også valgt å avgrense oppgaven til voksne kreftpasienter over 18 år som er innlagt i sykehus på en medisinsk avdeling.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven er delt inn i fem deler. Oppgaven starter med en innledning, som omhandler tanker jeg går inn med, hvilket tema jeg har valgt, problemstilling, avgrensninger, mål og hensikt med oppgaven. Deretter følger en metodedel. I metodedelen forklarer jeg først hva metode er, deretter tar jeg for meg hvilket vitenskapssyn min kunnskapsforståelse springer ut fra. Jeg vil også kort gjøre rede for hvilken metode jeg har valgt. Tilslutt i metodedelen tar jeg for meg etiske refleksjoner, og søkehistorikk og kildekritikk. I del tre, som er oppgavens teoridel, presenterer jeg relevant teori, slik at leseren får en forståelse for mitt valg av tema og problemstilling. I teoridelen gjør jeg rede for hva smerte og kreftsmerte er. Jeg tar for meg begrepet kreft og palliasjon, og forklarer hva det er. Videre presenterer jeg mitt valg av sykepleieteoretiker, og hennes omsorgsfilosofi, før jeg avslutter teoridelen med å si litt om kommunikasjon.

Del fire omhandler drøftingen. I drøftingen bruker jeg teorien fra del tre, og gjør refleksjoner rundt oppgavens problemstilling. Jeg har i tillegg valgt å ta med medikamentell og alternativ smertebehandling. Etter drøftingsdelen oppsummeres sentrale poeng og hva jeg er kommet fram til. Helt tilslutt har jeg med litteraturliste hvor jeg presenterer alle kilder som er referert i oppgaven.

Oppgaven består av 9784 ord.

2.0 METODE

2.1 Generelt om metode

Metode er en fremgangsmåte jeg velger for å frembringe ny kunnskap. Metoden skal beskrive hvordan jeg vil gå fram for å finne denne kunnskapen. Vilhelm Aubert formulerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985:196)

Metoden skal hjelpe meg til å samle inn nødvendig informasjon som jeg trenger til min bacheloroppgave. Vitenskapelig metode innebærer at jeg bruker og overholder intellektuelle standarder i min argumentasjon. (Dalland 2007)

2.2 Vitenskapssyn

Min kunnskapsforståelse springer ut fra hermeneutikken, som er et syn på hvordan kunnskap blir til. Hermeneutikk er fortolkningslære. Her forsøker man å gi mening til det man studerer som fremstår som uklart. Hermeneutikken handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Denne tilnærmingen er derfor viktig for alle som skal jobbe med mennesker, og da spesielt i sykepleiesammenheng. Jeg må forstå hvert enkelt menneske med de opplevelsene og erfaringene de har av en sykdom. Det er ved hjelp av hermeneutikken jeg kan forstå hvordan det vil oppleves å ha en sykdom. Jeg må se hele mennesket, ikke bare sykdommen. Jeg må leve meg inn i andre menneskers subjektive opplevelser. Nyere nordisk omsorgsteori er inspirert av hermeneutikken (Aadland 2004). Kari Martinsen er en teoretiker som mener at omsorg er fundamentet i all sykepleie. Hun sier at dersom man ikke har en forståelse av den andres situasjon, kan man ikke handle omsorgsfullt. Hermeneutikeren prøver å se helheten i forskningsproblemet for å få en fullstendig forståelse (Dalland 2007).

2.3 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven skal gjennomføres som en litteraturstudie. Jeg skal samle inn aktuell litteratur, både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur for å få kunnskap rundt problemstillingen min. Jeg skal bruke ca. 300 s. selvvalgt litteratur og gjennomføre systematiske søk. Begrunnelsen for mitt valg av metode er at jeg tror at det vil gi meg viktig og god kunnskap i tillegg til at den vil belyse min problemstilling på en interessant måte som jeg kan få et rikt faglig utbytte av.

2.4 Søkehistorikk og kildekritikk

Kildekritikk handler om at jeg som forsker må gjøre nøye og grundige vurderinger når jeg skal vurdere om litteraturen jeg finner til mitt forskningsarbeid, er relevant og gyldig for min problemstilling. Som forsker må jeg også stille meg kritisk når jeg skal gjøre disse vurderingene, slik at det blir god kvalitet på mitt arbeid (Dalland 2007). For å belyse min problemstilling har jeg brukt litteratur og jeg har også valgt å ta med noen eksempler fra praksis. For å finne frem til relevant litteratur har jeg bruk bibliotekets søkemotor BIBSYS og databasene Swemed, Proquest og helsebiblioteket. Ved å gjøre en analyse av min problemstilling, fant jeg hvilke begreper jeg kunne anvende som søkeord. Søkeordene jeg brukte var: Kreft, smerter, palliativ behandling, kreftpasienter, cancer, pain, og nursing.

Jeg fant mye litteratur som omhandlet mitt tema. Før jeg i det hele tatt valgte meg ut noe, gikk jeg gjennom hvorvidt litteraturen var relevant og pålitelig, i forhold til min problemstilling. Siden jeg har valgt et stort fagområde som er i kontinuerlig utvikling, synes jeg det ble litt utfordrende og tidkrevende å finne litteratur som var oppdatert. Jeg fant mange gode bøker som omhandlet smerte og kreft, problemet var bare at de var utdatert.

Litteraturen jeg har valgt å benytte meg av er oppdatert kunnskap. Kildene jeg har valgt er pensumlitteratur, lærebøker, forskningsartikler, internett og tidsskrifter. Av pensumlitteratur har jeg benyttet meg av boka "Klinisk sykepleie 1". Boka er av tredje utgave, som vil si at den både er utvidet og revidert. Boka belyser smerte på en god måte og har et eget avsnitt som beskriver sykepleie til kreftpasienter med smerter. Jeg har også valgt å benytte meg av en lærebok, som er et doktorgradsarbeid gjort av Kaasa. Kaasa ble Norges første professor i palliativ medisin. Han er leder for en forskningsgruppe i smerte og palliasjon, og seksjonsoverlege ved seksjon for lindrende behandling på en kreftavdeling. Denne boka tar

for seg palliativ behandling og pleie av pasienter med uhelbredelig sykdom, og kort forventet levetid.

Jeg har benyttet meg av flere tidsskrifter og det var der jeg fant den mest opptaterte kunnskapen. Det var også der de nyeste forskningsresultatene ble presentert. Tidsskriftene jeg har brukt kommer fra Den Norske legeforening. Av forskningsartikler har jeg brukt en fra fagtidsskriftet Sykepleien, som tar for seg smertebehandling av kreftpasienter. Forskningsartikkelen er fra 2010 og er veldig interessant i forhold til min problemstilling. Den viser at flere kreftpasienter har barrierer mot smertebehandling og belyser årsaker til dette.

2.5 Ethiske overveielser

Etikken skal hjelpe meg til å ta riktige handlingsvalg, og dreier seg om normer for rett og god livsførsel. Ethiske vurderinger til dette formålet starter i planleggingsfasen. Jeg har på forhånd av oppgaven tenkt igjennom hvem som vil komme til å ha nytte av den nye kunnskapen jeg prøver å fremskaffe i dette prosjektet. Jeg tror flere vil ha nytte av den. For det første vil jeg selv ha stor nytte med å jobbe med denne oppgaven. Jeg tror også at annet helsepersonell kan ha nytte av denne kunnskapen. Jeg ønsker med denne bacheloroppgaven å fremme kunnskap om forebygging av smerter hos kreftpasienter. Men som Aadland (2007) sier så er kunnskap makt, og makt må forvaltes etter etiske prinsipper som rettferdighet, ærlighet og respekt. Forskningen jeg sitter igjen med må være orientert mot gyldig og pålitelig kunnskap.

Når jeg skal tolke data skal jeg være kritisk og være oppmerksom på feilkilder. For eksempel så kan funnene i en undersøkelse ha vært påvirket av ulike faktorer, mulige forskningseffekter. Jeg skal ta hensyn til personvern, taushetsplikt og anonymisering.

TEORIDEL

3.0 SMERTETEORI

3.1 Hva er smerter?

For at man skal greie å forstå hvordan man kan forebygge smerter, mener jeg at man må vite hva smerter er. Først vil jeg forklare hva smerte er. Jeg har valgt å bruke en definisjon fra International Association for the study of pain(IASP):

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette (IASP 2011).

Smertes er en sammensatt opplevelse. Ved akutt smerte er vevsskade eller trussel om vevsødeleggelse alltid stimulus. Ved vevsskade frisettes kjemiske stoffer som aktiverer smerteimpulser. Deretter overføres informasjon om smerte til ryggmarg og hjerne. Når slike impulser når frem til hjernen på en spesiell måte opplever vi smerte. Kroniske smerter kan oppstå uten at man kan påvise pågående vevsødeleggelser. Smerte er et symptom, ikke en sykdom (Reitan og Schjølberg 2004).

3.2 Smerteopplevelsen

Smerteopplevelsen er spesiell for hvert enkelt menneske. Det perifere og sentrale nervesystemet reagerer med individuell styrke på smertestimuli. Signalene fra et smertefokus vil på vei til hjernen bli utsatt for både hemmende og forsterkende mekanismer. Dette skjer i forskjellig grad for hvert enkelt menneske. Dette gjelder også for emosjonell og kognitiv bearbeiding av smerteinformasjon i hjernen (Reitan og Schjølberg 2004). Smerteopplevelsen er også en personlig erfaring og påvirkes av en rekke faktorer i og omkring den som har smertene. Smerteopplevelsen er avhengig av pasientens tidligere opplevelser og erfaringer. Opplevelsen av smerte formes fra barndom og oppvekst, og man blir påvirket av uskrevne normer i familien og miljøet rundt. I tillegg til det er det kulturbetinget. Eksperimentelle studier har vist at kulturelle faktorer påvirker toleransen av smerter, altså hvor mye smerte en pasient tåler før han klager over at han ikke orker mer (Husebø 1991). Hva som er akseptert atferd under smerte har også mye og si for hvordan en person velger å uttrykke sine smerter. Faktorer som kan forverre smerteopplevelsen er ubehag, søvnløshet, trøtthet, angst, frykt,

skyld, tristhet, depresjon, kjedsomhet, umyndiggjøring, mental isolasjon, og sosial isolasjon/ensomhet. Faktorer som kan redusere smerteopplevelsen er lindring av symptomer, søvn, hvile, sympati, forståelse, felleskap, avledende aktiviteter, reduksjon av angst, håp, smertestillende medikamenter, angstdempende medikamenter, antidepressive medikamenter. Smerteopplevelsen er subjektiv og derfor kan bare den som har smerter vite hvordan det føles. Ved kroniske smertetilstander, som ved langtkommen kreft, kan pasienten ha smerte uten at man finner noen observerbare tegn på smerte.

3.3 Smertekartlegging

Kartlegging av smerter er en nødvendig og viktig del i smertebehandlingen. Målet med smertekartleggingen er å gi pasienten en forståelse av mekanismene bak smerteopplevelsen og hvordan smertene kan lindres. I kartleggingen skal sykepleieren ta med både subjektive og objektive sider ved pasientens smerteopplevelse. Kartleggingen av smerter er grunnlaget for den videre vurderingen av hvilke smertelindringsmetoder som er best. (Nordtvedt og Nesse 2.utg 1997). Det fins flere forskjellige kartleggingsmetoder:

- Omfattende spørreskjema. Kan brukes til å beskrive langvarige smerter. McGill Pain Questionnaire er det mest kjente.
- Smerteskala. Skal brukes regelmessig. En horisontal eller vertikal linje, som er markert med tall eller beskrivelser. (Visuell skala eller verbal skala). Pasienten beskriver graden av smerte han opplever ved å tallfeste den, eller ved å sette ord på den. For eksempel så kan skalaen være laget som en linje og markert med to ytterpunkter, hvor det er ingen smerte på det ene ytterpunktet og utholdelig smerte på det andre. Linjene mellom disse ytterpunktene er inndelt i intervaller med tall fra 0 til 10, hvor tallet null betyr ingen smerter og tallet 10 betyr utholdelig smerte. Mange opererer etter at pasienten ikke skal ha høyere smerteskår enn 3. Hvis smerteskåren er høyere enn 3 får pasienten en ny dose med analgetika.
- Kroppskart. En tegning av kroppen sett forfra og bakfra. Sykepleieren eller pasienten skravere det området hvor det er smerter. Egner seg best til bruk av kroniske smerter og kreft smerter (Almås 2001).

3.4 Kreftsmarter

Livet til en kreftpasient vil ofte være forbundet med korte eller lengre perioder med smerter. Kreftsmertene vil være varierende og plutselig akutte (Kaasa 2008). Smerter er den plagen som pasienten frykter mest og den forringer pasientens livskvalitet betraktelig. De vanligste årsakene til smerte hos kreftpasienter har Husebø (1991) beskrevet i sin bok *Smerteboken*. Disse er:

- Utvikling av sykdom (svulst trykker på nerver, sliter eller drar i nerverikt vev, hindrer passasje i tarm eller blodåre, osv.)
- Annen sykdom eller skade (rheumatisme, muskel-spenning, ryggplage, helvetesild, migrene osv.)
- Følgetilstander av behandling (cellegift og stråleterapi kan gi problemer med bl.a kvalme. Stråleterapi kan gi skade på tarm, nerver eller plagsomme arrdannelser. Større operasjoner kan forårsake smerte, osv.)

4.0 KREFT

4.1 Hva er kreft?

Kreft brukes om ondartet svulst og karakteriseres av forstyrrelse i celledelingen, celledifferensieringen og vevsorganiseringen. For å forstå dette må man ha kunnskap om kroppens celler. Menneskekroppen er bygd opp av celler som hele tiden skiftes ut ved celledeling. Gamle celler blir byttet ut med nye. Dette reguleres av gener. Av og til får gener skader under celledelingen, og hvis ikke kroppens forsvarssystem greier å ødelegge cellene som har fått en feil, kan disse cellene bli til kreftceller. Ved kreft oppstår det en ukontrollert celledeling. Kreftcellene utfører ikke de oppgavene de friske cellene ville ha gjort, men er heller til skade for kroppen. Når det har skjedd en opphopning av kreftceller i organet hvor den ukontrollerte celledelingen startet, dannes en kreftsvulst.

Spredning av den primære kreftsvulsten kan skje hvis celler løsriver seg og føres med lymfe eller blod til andre deler av kroppen. Svulsten kan også trenge inn i andre friske vev, ved å vokse inn i naboorganer og lage nye kreftsvulster. Dette kalles metastase. Spredning kan også skje dersom kreftceller spres via kroppshuler eller via hulorganer. Metastasering medfører en stor forverring i symptombildet og prognose. (kreftforeningen:)

Kreft deles inn i stadie fra 1-4 avhengig av hvor langt sykdommen har utviklet seg. Ved stadium 3 eller 4 har det gått så lang at kreften har spredt seg til andre organer, og man har da hovedsaklig uhelbredelig kreftsykdom.

4.2 Palliativ fase

Den palliative fasen er den siste fasen av livet til den alvorlig syke kreftpasienten. Kreftsykdommen er inkurabel og pasienten har kort forventet levetid. I den palliative fasen er behandlingen lindrende. Man gir pasienten lindring av smerter og andre plagsomme symptomer med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige /eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasient og pårørende. EAPC (European Association of Palliativ Care) / WHO (Verdens helseorganisasjon)

4.3 Palliativ symptomforebyggende behandling

Palliativ symptomforebyggende behandling har som mål å forebygge eller utsette et forventet symptom, som uten behandling kan opptre raskt. Et annet mål kan være å utsette utviklingen av sykdommen for en tid. Behandlingen er rettet mot tumormanifestasjonene. (Kaasa 2007)

5.0 SYKEPLEIETEORI

5.1 Kari Martinsen

5.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen ble født 20. januar 1943 i Oslo. I 1965 avla hun sykepleiereksamen ved Ullevål sykepleierskole. Etter å ha jobbet ett år på sykehus tok hun videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Martinsen ble tidlig interessert i filosofi. Bakgrunnen for hennes filosofiske interesse var at hennes erfaringer i praksis ikke samsvarte med det hun hadde lært om sykepleieteori i utdanningen. Hun opplevde at teoriene om samhandling mellom pasient og sykepleier var utilstrekkelig. Martinsen begynte et langt studium i filosofi, og avla magistergraden i filosofi i 1974. I 1986 avsluttet hun sin doktorgrad på et arbeid om sykepleiens historie. I ettertid har hun også skrevet flere artikler og bøker, hatt et professorat i sykepleievitenskap ved Universitetet i Tromsø og hun har vært med på å bygge opp kandidat- og ph.d-utdanningen ved Universitetet i Århus (Mekki og Tollefsen 2000).

Kari Martinsen har vært med å gi omsorg en større plass i sykepleiefaget. Hun mener at omsorg er fundamentet i all sykepleie. Omsorg er et samlende begrep. Jeg vil nå belyse de ulike sidene ved omsorgsbegreper:

5.1.2 Omsorg er et relasjonelt begrep

Omsorg er et relasjonelt begrep, og det forutsetter avhengighet på ulike plan. Omsorg handler om å stå andre mennesker nær, vise godhet og være mot dem som vi vil at de skal være mot oss. Når man snakker om omsorg som et relasjonelt begrep så tar man utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor menneskers avhengighet til hverandre er det grunnleggende. (Martinsen 2003). Vi må derfor hjelpe og ta hånd om hverandre slik at alle får mulighet til å leve et så godt liv som mulig. De friske må hjelpe de svake.

5.1.3 Omsorg er et praktisk begrep

Omsorg er mer enn en følelse, det er også et praktisk begrep. Det er ikke nok og kun synes synd på en person som lider, man må gjøre konkrete handlinger for å hjelpe vedkommende, delta praktisk i den andres lidelse. For å kunne yte god omsorg må man hjelpe den som lider, og hjelpen må gis helt betingelsesløst. Det betyr at man skal hjelpe uten å forvente å få noe tilbake. Når man skal yte omsorg sørger man for den andre ut fra en situasjonsforståelse. Som omsorgsgiver må man da sette seg inn i menneskets livssituasjon, og se hvilke muligheter og begrensninger det lidende mennesket har. Når man har en god situasjonsforståelse ivaretar man pasientens autonomi samtidig som man lar den hjelpetrengende ha det ansvaret som han selv klarer.

5.1.4 Omsorg er et moralsk begrep

Omsorgsmoral handler om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet og det er kvaliteten i relasjonen som er av stor betydning. Omsorgsmoral lærer vi gjennom praktiske erfaringer. Vi tar vare på de gode erfaringene vi har gjort oss som er av verdi og bruker det videre i relasjon med andre. På denne måten blir det kvalitet i relasjonen. I avhengighetsrelasjoner inngår det makt, og omsorgsmoral handler derfor også om hvordan vi bruker denne makten. Pasienter er avhengige av oss som sykepleiere, vi må derfor vise omsorg gjennom de handlingene vi gjør, og bruke makt moralsk ansvarlig ut fra solidaritet med pasienten. Det betyr at sykepleieren må vise sympati og være engasjert i de handlingene hun foretar seg. Hun må kunne sette seg inn i pasientens situasjon, og se for seg at det kunne ha vært hun som var lidende. Martinsen sier at omsorgsmoral forplikter til en handling på en slik måte at de svakes posisjon kan endres slik at de får en reell mulighet til å leve det beste livet de er i stand til (2003:17).

Slik jeg tolker dette kan sykepleieren, gjennom å sette seg inn i pasientens situasjon, gjøre gode handlinger. Da vil hun handle mot pasienten slik som hun vil at pasienten skal handle mot henne, dersom rollene hadde vært byttet om. For å endre den svakes posisjon kan hun styrke eller sammen med pasient ta i bruk de resurser som han har, og ha fokus på hva pasienten kan gjøre, ikke hva han ikke kan. Det handler om å se løsninger, og ikke hindringer. Handlingene må være verdifulle og ansvarsfulle.

I sykepleien er omsorg mer enn et sentralt begrep, det er et grunnleggende begrep som vi trenger for å kunne forstå mennesket, og det er sentralt i vårt arbeid. Omsorgsarbeid er å gi omsorg for mennesker som er havnet i en situasjon hvor de ikke kan ta vare på seg selv, syke og pleietrengende mennesker. Omsorg handler om å vise omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv. Det handler også om å forstå andre. For å forstå andres situasjon må vi prøve å se deres situasjon fra deres synspunkt. Det kan vi få til fordi vi gjennom vårt praktiske arbeid blir kjent med hverandre (Kari Martinsen 2003).

5.2 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, og kommer opprinnelig fra det latinske *communicare*. Som sykepleier er det viktig at man har en evne til å kommunisere godt med pasientene. Det er en viktig ferdighet som hjelper sykepleieren å forstå pasienten, til å gi god hjelp og støtte, og til å ta gode beslutninger sammen med pasienten. I helseyrkene snakker man gjerne om profesjonell kommunikasjon. Det betyr at vi kommuniserer som yrkesutøvere og at kommunikasjonen er faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Hjelpende samtaler er anerkjennende, skaper trygghet og tillit og

formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulerer til at pasienter mestrer situasjonen så godt som mulig. (Eide og Eide 2007:20) I den internasjonale kodeks for sykepleiere står det at formålet med profesjonell, hjelpende kommunikasjon er å fremme helse, forebygge sykdom, og gjenopprette helse samt lindre lidelse (jf.ICN 2006). Vi har to typer kommunikasjon, verbal og non-verbal. Verbal kommunikasjon går ut på å kommunisere ved hjelp av talte eller skrevne ord.

5.2.1 Non verbal kommunikasjon

Det er ikke all kommunikasjon vi uttrykker gjennom ord. Nonverbal kommunikasjon handler om å formidle noe til andre uten hjelp av ord, men ved hjelp av kroppsspråk. Det kan være øyekontakt, ansiktsuttrykk, blick, nikk, berøring, stillhet, og bevegelser. Der et responderende språk. Som sykepleier er det viktig å tolke de nonverbale signalene pasienten gir. Det er ikke alt som formidles verbalt. Noen pasienter kan ha reduserte eller svekkede kognitive evner, og noen pasienter har ikke lyst å snakke. Da er nonverbale ferdigheter viktig. Nonverbale uttrykk kan gi sykepleier viktige opplysninger om pasientene. Nonverbal kommunikasjon er også en grunnleggende ferdighet som sykepleier bruker gjennom den hjelpende samtalen med pasienten, ved for eksempel å lytte. Nonverbal kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. (Eide og Eide 2007:199).

DRØFTING

6.0 SYKEPLEIERS ANSVAR OG UTFORDRINGER VED FOREBYGGING AV SMERTER

6.1 Hvordan oppleves det for pasienter med kreft å ha smerter?

I den palliative fasen har pasientene med en langtkommet kreftsykdom ofte mange plager. De fleste av dem er direkte forårsaket av selve kreftsykdommen, som for eksempel smerter på grunn av skjelettmetastaser eller vevsskader. Kreftsykdommen kan også gi indirekte plager, som for eksempel angst og depresjon. Smerter er for kreftpasientene det mest fryktede symptomet, og de fleste opplever å bli sterkt plaget av kroniske sterke smerter. Smertene er til stede store deler av tiden, selv om pasienten ikke er utsatt for direkte traume. På den måten kan man derfor si, at smerten blir mer til en plage enn at den bidrar til å alarmere om noe faretruende, som egentlig er smertens hensikt. (Kaasa 2007).

Smerteopplevelsen er for det første en sammensatt opplevelse som blir påvirket av forskjellige faktorer. Faktorene kan gjøre smerteopplevelsen verre eller de kan gjøre den bedre. Smerteopplevelsen er for det andre en subjektiv opplevelse. Det betyr at smerter er personlig og bare den som har smertene kan forstå hvordan det føles. Kreftpasientene gjennomgår også sin sykdom med smerter på sin egen måte, og det er svært individuelt hvordan pasientene velger å gi uttrykk for sin smerte.

Det er vanskelig å formidle smerter videre til andre, fordi det er vanskelig å sette ord på smerten. Derfor oppleves det for pasientene svært ensomt å ha smerter (Almås 2003:65). For pasienter som har opplevd smerter over lengre tid oppleves det utmattende å hele tiden kjenne smerter, og kroppen føles sliten. Hos pasienter med kroniske smerter er søvnproblemer vanlig. Smertene ødelegger nattesøvnen, og pasientene er ofte slitne og trette.

Siden kreft ofte rammer eldre mennesker er kunnskap om kreft utbredt. Mange har hatt venner eller familiemedlemmer som har hatt kreft. I tillegg er informasjon om kreft lett tilgjengelig. Kreft oppfattes av de fleste som synonymt med lidelse, smerte og død, og en del pasienter er redde for å miste kontrollen over seg selv (Reitan og schjølberg 2004). For mange pasienter fører smerte til at deres autonomi blir redusert. Smerten kan begrense evnen til å motta informasjon, til å forstå situasjonen og behandlingsalternativer. Dette er hindringer som sykepleier må være klar over. For disse hindringene reduserer samtykkekompetansen og kan derfor få følger. I henhold til pasientrettighetsloven har pasienten rett til medvirkning,

tilpasset informasjon og samtykke (Lovdata 2011). Følgene som kan skje er at det på den ene siden kan føre til at kreftpasientene med sine smerter ikke blir tatt på alvor. I verste fall kan deres smerte brukes mot dem som en unnskyldning for å ikke høre på pasientens oppfatning. På den annen side kan man komme i den situasjon hvor man ikke er i stand til å samtykke til behandling som vil øke pasientens samtykkekompetanse. Dermed vil det gi smertebehandling under antakelse av at pasienten vil samtykke når smerten er blitt redusert.

En studie gjort av Iversen, H.H et al. (2011), viser at pasienter på sykehus etterlyser mer informasjon om smerter og lindring. En del av pasientene synes at de får lite informasjon, og at noe av den informasjonen som blir gitt er utilstrekkelig. Pasientene sier at sykehusene kan gjøre forbedringer når det gjelder informasjon om virkninger og bivirkninger av behandlingen. De ønsker også mer informasjon om hvilke smerter de kan forvente og hvordan smertene kan lindres. I forbindelse med praksis har jeg opplevd at flere pasienter har en feil oppfatning av kreft og smerter fordi de får for lite informasjon. De venter i det lengste med å si fra om sine smerter, fordi de tror at de må vente med å bruke opioider til man har ”vondt nok”. (Iversen, H.H et al. 2011)

6.2 Hvilke utfordringer har jeg som sykepleier med tanke på smerteforebygging?

Siden smerte er et sammensatt fenomen som kan stimuleres av mange forskjellige faktorer samtidig, ser jeg at det kan være utfordrende for meg sykepleier å hjelpe den kreftsyke pasient med å forebygge smerter. De forskjellige faktorene som påvirker smertens intensitet og effekten av medikamenter kan være personlighet, psykiske faktorer og samfunnsfaktorer. (Kaasa 2007)

Felles for alle disse kreftpasientene er at de er kommet i den situasjon hvor de er avhengige av hjelp fra andre, fordi de ikke kan ta vare på seg selv. Å vise omsorg for andre er sentralt i omsorgsarbeid. Jeg som sykepleier må derfor gi omsorg til disse menneskene som ikke lengre er selvhjulpne. En langtkommen kreftsykdom har flere følger for funksjon og livskvalitet. Gjennom mitt arbeid som sykepleier, har jeg sett at vi har en stor og viktig jobb når det kommer til smerteforebygging, og det er derfor viktig at jeg gjør det jeg kan slik at pasientene i den siste delen av livet, får mulighet til å leve best mulig.

Tidligere ble kreftpasienter som hadde en langvarig eller kronisk sykdom sett på som en gruppe som bare trengte pleie. I dag har det skjedd store forandringer. Pasientene er blitt

sterkere og mer innflytelsesrike, dette setter igjen større krav til sykepleierne. Pasientene i den palliative fasen trenger medisinsk behandling, pleie, og de trenger å få ivaretatt sin livskvalitet og forbedre den. For at jeg skal imøtekomme kreftpasientene med de utfordringene og behov de har, trenger jeg kompetanse. Kompetansen skal innebære evne til å ta selvstendige beslutninger, vise etisk ansvarlighet og dyktighet i grunnleggende ferdigheter. For å kunne gi god sykepleie må jeg ha innsikt i og forståelse for at kreftpasienten gjennomlever sin sykdom på sin spesielle måte og med sin opplevelse.

6.3 Hvordan kan jeg som sykepleier gjøre god kartlegging av smerter?

Befrielse fra eller forebygging av symptomer står i sentrum for behandlingen i palliativ medisin, og det er det som betyr mest. For å forebygge smerter hos kreftpasienter er det viktig at jeg som sykepleier, gjør en god kartlegging av smertene. Kartleggingen av pasientens smerter er grunnlaget når det skal settes i gang en systematisk og effektiv smertebehandling som er individuelt tilpasset pasientens tilstand og behov. Den primære målsetting med smerteanamnesen er å danne seg et bilde av smertens karakter, intensitet og årsak. Når jeg skal inn til en pasient for å kartlegge smerter er det viktig at jeg kartlegger både fysiske, psykiske og bakenforliggende årsaker. ”Det er viktig for sykepleieren å få frem pasientens livshistorie, hans opplevelse av sykdommen, dens mening, konsekvenser både emosjonelt, kroppslig og sosialt” (Reitan og Schjølberg 2004: 19) Hvis jeg ser hele livssituasjonen til pasienten tror jeg det vil gi meg større forståelse over pasientens smerteatferd

Det fins flere ulike typer kartleggingsverktøy, men man må allikevel være klar over at bruken av disse verktøyene ikke nødvendigvis er helt optimale for alle pasienter. For at disse verktøyene skal fungere i smertebehandlingen må pasienten kunne sette ord på smertene og plassere smerten inn på en skala. En annen ting man skal være klar over, er at smerter er en sammensatt opplevelse som er høyst subjektiv. Det er bare den som kjenner smertene som kan vite hvordan det føles. Det er viktig at jeg har dette i bakhodet når jeg skal inn og kartlegge smerter.

Pasienter med smerter kan mange ganger kan føle seg sårbare og ensomme. Det er vanskelig å skulle formidle sin opplevelse av smerte til andre, fordi smerter er vanskelig å sette ord på, og det er bare den som har smerte som kan forstå hvordan det føles. Kari Martinsen sier:

Når vi forsøker å forstå den andres situasjon, vil vi "sørge for" å anerkjenne vedkommende som person, det vil si å se den andres situasjon mest mulig fra den andres synspunkt. Dette er mulig fordi vi er blitt kjent gjennom en praktisk arbeidssituasjon(Kari Martinsen 2003:70)

Med andre ord, hvis jeg som sykepleier anerkjenner den syke som person, vil jeg lettere forstå hvordan det føles å ha smerter. Hvis jeg på den annen side ikke anerkjenner vedkommende som person er det ikke sikkert jeg oppfatter beskrivelsen av smertene som sanne, og det igjen kan forsterke pasientens følelse av å være sårbar og ensom. Det er viktig at jeg har tillitt til pasienten og tar han på alvor.

For at en systematisk kartlegging skal være god, er det flere faktorer å tenke på. Når jeg skal gjøre en systematisk kartlegging, kan det være greit å starte med å ha en åpen samtale med pasienten, slik at vi kommer i dialog. Det er ikke bestandig pasientene selv tar initiativ til å snakke om smertene sine, det er da viktig at sykepleieren gjør det. Samtalen kan startes ved at jeg stiller et spørsmål, som åpner for at pasienten kan fortelle det han ønsker å snakke om. Når fortellingen er i gang er det viktig at jeg gir respons, ved å lytte aktivt til det som blir sagt og vise forståelse.

For å utøve god omsorg er personlig kjennskap og innlevelse i den enkeltes situasjon viktig. På forhånd av denne samtalen må jeg derfor gjøre litt forarbeid, ved å sette seg inn i pasientens sykdomshistorie og data. Jeg tror dette forarbeidet i tillegg til å gi personlig kjennskap, er viktig for at kommunikasjonen skal bli god. Jeg tror også at det kan være med på å skape et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Pasienten må stole på at sykepleieren ønsker å hjelpe han. God kommunikasjon med den alvorlig syke er et viktig element i den palliative fasen.

Samtalen bør foregå uten forstyrrelse, slik at pasienten og jeg oppnår en god kommunikasjon, uten avbrytelser. Pasienten må få mulighet til å beskrive sin opplevelse av smerte med egne ord, samtidig er det viktig at jeg er flink til å lytte, gir følelsesmessig støtte og har tro på hva pasienten sier, slik at pasienten føler seg forstått. En god samtale og kommunikasjonsteknikk er nødvendig for å oppnå et godt resultat, og forebygge smerte. En annen ting som er nødvendig for å oppnå et godt resultat, er at sykepleier samarbeider godt med legen. Det er viktig at sykepleier videreformidler sine kartlegginger til legen, slik at legen får et bedre grunnlag til å avgjøre valg av opioider, og eventuelt at de sammen lager nye forbedrende tiltak. Hvis pasienten rapporterer smerte, må sykepleieren formidle dette videre til lege.

Pasientens egenrapporterte smerte er helt avgjørende for en god diagnostikk og oppfølging/justering av behandlingen som allerede er igangsatt. Det holder ikke bare med sykepleierens observasjon, det er like viktig å høre på pasientens egen opplevelse av smerte. Det er gjort forskning på akkurat dette; en studie gjort av Seland et.al (2004) viser at det er dårlig sammenheng mellom pasientens opplevde smertegrad og grad av smerte oppfattet av helsepersonell, og profesjonelle har en tendens til å understimulere smerter (Seland et.al 2004).

I samtalen går jeg nøye gjennom pasientens smertehistorie og får klargjort smertens lokalisasjon, karakter, styrke, variasjon og utstråling. Jeg må også observere pasienten nøye. Det er ikke sikkert alt kommer frem verbalt, derfor bør det også gjøres observasjoner av kroppsspråket til pasienten. Dette innebærer å se på pasientens ansiktsuttrykk, virker pasienten urolig og stresset og hvordan er pasientens hudfarge. Jeg bør også telle respirasjonsfrekvens, kjenne på pasientens hud, om den er klam, om pulsen er høy, og om pasienten har et stigende blodtrykk. Signaler som ynke og stønn er også av betydning. Siden det ved sterke smerter kan være symptomer fra det autonome nervesystemet, som rask puls og blekhet er det viktig å fange opp dette. På en annen side er det viktig at jeg er klar over at det kan være vanskelig å observere smerter hos pasienter med kroniske smerter, da disse pasientene har få eller ingen observerbare tegn på smerte. (Reitan og Schølberg 2004).

Når smertens lokalisasjon skal beskrives, bør sykepleier bruke et smertekart. Jeg kan be pasienten beskrive og peke på området som gjør mest vondt, for så å skravere det inn på et kroppskart. Siden smerter kan ha døgnvariasjoner kan det også være greit å observere når på døgnet smertene er verst.

Jeg må også finne ut om det er faktorer som medvirker på smerten, dette skal kartlegges. For eksempel så kan redsel og angst være med på å påvirke smerten. (Kaasa 2007). Det kan også være greit å kartlegge pasientens søvnmønster, da lite søvn kan være en ekstra belastning for pasienten. Siden det er nær sammenheng mellom psykiske plager og smerter bør også dette kartlegges.

Jeg mener registrering av smerte samt evaluering av smertelindrende tiltak bør gjøres regelmessig og gjerne inngå som en rutinemessig kontroll på lik linje med måling av blodtrykk, puls og temperatur. På den måten tror jeg det vil gi meg en bedre oversikt over pasientens smertebilde, samtidig som jeg kan følge med på utviklingen. Selv om det på en annen side kan være tidkrevende og kanskje virke forstyrrende for pasienten, tror jeg at det i

det lange løp vil være forebyggende, og ha en positiv effekt på smertebehandlingen. Det finnes forskning som viser at regelmessig registrering av smerte er viktig. I en undersøkelse gjort av Kaasa og Klepstad (2005) kommer det frem at viktige elementer i symptomregistreringen av smerte er systematikk, regelmessighet og at registrering er tilgjengelig for behandlende lege til en hver tid. (Kaasa og Klepstad 2005) Den enkleste måten å gjøre systematisk registrering av smerte på er å bruke smerteskala. For at smertekartleggingen skal ha noen hensikt, er det svært viktig at sykepleier journalfører sine observasjoner og kartlegginger.

6.4 Hva er sykepleierens rolle og ansvar ved forebygging av smerter?

Sykepleieren spiller en veldig viktig nøkkelrolle for god smerteforebygging til kreftpasienter i den palliative fasen. Som sykepleier tilbringer jeg mye tid sammen med pasienten, og jeg har derfor mulighet til å vurdere virkningen av smertebehandlingen fortløpende, samtidig som jeg kan gjøre gode observasjoner av pasienten. Jeg har også nær kontakt med pasienten, i motsetning til legen. På bakgrunn av dette mener jeg at sykepleieren har et stort ansvar for at smerteforebyggingen skal bli optimal. Slik jeg ser det, har sykepleieren flere viktige roller i smerteforebyggingen. For det første er det viktig at jeg gjør riktige prioriteringer, jeg må prioritere den kreftsyke pasient med smerter, og ikke la noe annet komme i veien. Smerteforebygging av kreftpasienter forutsetter nemlig høy prioritet. For det andre er det viktig at jeg møter den kreftsyke med omsorg. For å greie det må jeg ha teoretiske fagkunnskaper og praktiske ferdigheter. "Faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen og blir en enhet" (Kari Martinsen 2003:75). Dette innebærer at teoretiske kunnskaper som medisinsk kunnskap og sykepleielære må praktiseres. For å utøve en pleie med omsorg må den teoretiske kunnskapen og de praktiske ferdighetene bli til ett.

Som sykepleier setter jeg i verk smerteforebyggende tiltak med og for pasienten. Det er også jeg som skal vurdere om medikamentene har noen virkning på pasienten. Hvis jeg vurderer det slik at pasienten ikke har noen virkning av det smertestillende medikamentet, er det mitt ansvar å påvise behov for endrende eller ytterligere tiltak og å sette disse i verk. Jeg har som regel en fin mulighet til å bli godt kjent med pasienten, og kan da finne ut hvilke faktorer som virker inn på pasientens smerteopplevelse. Hvis det er faktorer som er med på å gjøre smertene svakere eller sterkere, er det viktig at jeg formidler dette videre til legen. Som

sykepleier er jeg pliktig til å videreformidle slike opplysninger, for det er legen som skal forordne medikamentene som pasienten trenger for å oppnå god smertelindring, og det er viktig at sykepleier og lege samarbeider godt.

Siden dette er et stort og viktig ansvarsområde er det viktig at jeg gjør alt jeg kan for at smerteforebyggingen skal bli tilfredsstillende for pasienten. Det er derfor viktig å ha gode kunnskaper om moderne behandlingsprinsipper, om ulike reaksjoner på smerter og bakgrunnen for disse. Hvis jeg på en annen side ikke gjør gode nok smertere registreringer eller tviler på pasientens utsagn, kan jeg fungere som en bremsekloss i smertelindringen og gjøre livssituasjonen til pasienten verre. Hvis pasienten da blir liggende med vedvarende smerter og jeg ikke blir oppmerksom på det, kan det få store konsekvenser for pasienten. Smertene kan da øke pasientens oppgitthet, medvirke til sosial isolasjon og gi en følelse av uverdige liv. En annen ting som er viktig å poengtere er at det ved vedvarende smerte, skjer fysiologiske forandringer som gjør at smerteimpulsen blir sterkere og enda vanskeligere å behandle. (Kaasa 2007)

Det er også viktig at jeg også har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om medikamentell smertelindring. Sykepleier trenger grundig kunnskap om virkninger, bivirkninger, absorpsjon, dosering og virketid for å kunne utføre medikamentell smertelindring i samråd med lege. Siden sykepleier tilbringer mye tid sammen med pasient, er den medikamentelle kunnskapen viktig, både for at samarbeidet med legen skal bli bra, men også for at pasienten skal oppleve god smertelindring. I den palliative fasen har 70 -90 % av pasienter med fremskreden kreftsykdom smerter. Smertekontroll kan ikke alene bedre pasientens livskvalitet, men er allikevel en veldig viktig del når det gjelder å forebygge smerter. Ved kreftrelaterte smerter er opioider de viktigste analgetika, og morfintabletter er det første man velger.

Ifølge tidskrift for Den norske legeforening kan man ved å følge WHO's prinsipper for bruk av analgetika kontrollere nesten alle kreftrelaterte smertetilstander. Prinsippene for å kunne klare det er:

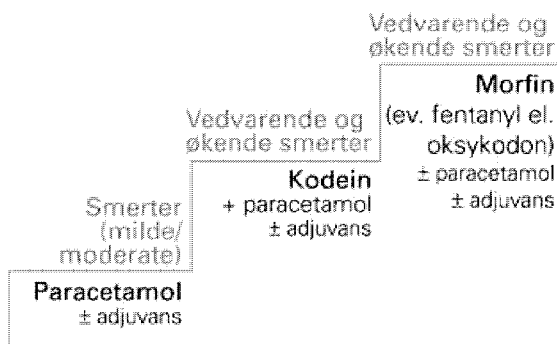
- Fast dosering
- Analgetika gis per os
- Følg smertetrappen

Det er likevel viktig å huske på at det ikke bare finnes bare en type "kreftsmerte". Det må fortløpende foretas diagnostikk og analyse av smertene slik at det gis en individualisert smerteterapi.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har i samarbeid med IASAP (International Society for Study of the Pain) utarbeidet retningslinjer for behandling av kreftsmarter, smertetrappen. Selv om man har retningslinjer, skal man være klar over at også den medikamentelle smertelindringen kan være mangelfull. I en studie gjort av Cleeland et al. (1994) kommer det frem at kreftpasienter ofte får mangelfull smertebehandling til tross for at det er laget retningslinjer. (Cleeland et al 1994).

Trappen har i utgangspunktet tre trinn, og innebærer peroral behandling. Trappen skal ikke nødvendigvis følges slavisk. Hvis de første smertene pasienten får er av veldig sterk type, bør man starte på andre trinn, eventuelt vurdere å begynne rett på trinn tre. Når det gjelder medikamentet på trinn 3, bør man velge et sterkt opioid som har effekt hele natten. (Borchgrvink et al. 2004)

Smertetrapp



Før man starter den medikamentelle behandlingen er det viktig at sykepleier tar seg tid til å informere grundig om eventuelt bivirkninger og alternative behandlingsformer. Bivirkninger kan være til hinder for et godt resultat, så det er viktig å være oppmerksom på disse.

Kreftsykdommen medfører ofte andre plager i tillegg til smerter, som for eksempel angst, depresjon og kraftløshet. Hvis disse plagene ikke blir behandlet kan det medvirke til å gjøre smertelindringen vanskeligere. Hvis man på en annen side behandler disse plagene parallelt

med smertelindringen, kan pasienten oppnå god livskvalitet og man får bedre kvalitet på smertelindringen.

Etter at smertebehandlingen med sterke opioider er startet, er god smertelindring i ro det primære målet. For å holde en jevn vevskonsentrasjon er det greit å bruke langtidsvirkende analgetika. For å kupere topper i smerteintensitet, kan man supplere med et hurtigvirkende opioid. Hurtigvirkende morfin skal hvis mulig tas i forkant av smertetoppene, fordi det kan redusere dosen.(Kaasa 2007).

6.5 Hvordan kan sykepleier bruke sin kunnskap i arbeidet med smerteproblematikk

Sykepleierens egen erfaring er med på hennes tolkning av andres smerter, derfor er det veldig viktig at sykepleieren har god kunnskap om smerte og smerteforebygging. Kunnskap er noe sykepleier tilegner seg gjennom teori og praksis. Kunnskapen sykepleieren tilegner seg gjennom sin praksis er av stor betydning, og det er viktig at sykepleier er klar over det. I alt omsorgsarbeid forutsetter det nemlig en bevissthet om at praktisk kunnskap er av betydning. Kari Martinsen sier i sin bok om omsorg, sykepleie og medisin, at lidelsen har en appell til praktisk handling, men hvis vi avviser lidelsens appell avviser vi den andres identitet. Hun sier også at erfaring og opplæring i sykepleiefaget trengs for å kunne forstå lidelsens appell (2003). Slik jeg forstår dette, så er erfaring og kunnskap helt nødvendig for å kunne gjøre praktiske handlinger, og dermed hjelpe pasientene med sin smertelidelse.

Sykepleieren møter daglig nye mennesker. Siden hun tilbringer så mye tid sammen med mennesker, får hun mulighet til å bli kjent med pasienten, og hun får kunnskaper om hvordan og hva som virker inn på pasientenes smerteatferd. Siden smerteatferd er forskjellig i ulike kulturer er det viktig at sykepleieren også har litt kunnskap om hvor individuelt personer kan reagere på smerte. Noen pasienter klager lett, andre skjuler sine plager og isolerer seg. Noen biter tennene i hop og prøver å ikke vise at de har smerter, mens andre blir fornøyd hvis de umiddelbart får smertestillende. Måten vi reagerer på smerte læres i tidlig alder og er kulturelt sett veldig forskjellig. Det som har vist seg og som kommer fram i en studie gjort av Valeberg et.al (2010), er at mange pasienter har feiloppfatninger eller manglende kunnskap om kreftsmerte og smertebehandling. Dette gjør at pasienter uroer og engster seg unødvendig. Noen pasienter har holdninger om at kreft er en sykdom som innebærer det å ha mye smerter, andre igjen vet ikke at det finnes smertestillende medikamenter som er effektive nok til å ta

knekken på deres smerte. Det finnes også pasienter som er redde for at de skal bli avhengig av smertestillende medikamenter og for å utvikle toleranse. Disse pasientene venter derfor med å bruke smertestillende medikamenter inntil smerten er blitt veldig sterk. Noen pasienter er redde for bivirkninger som medikamentene kan medføre, og kan da la være å ta medikamentet eller redusere dosen. Det er viktig at sykepleier er klar over alle disse barrierene og bruker sin kunnskap til å informere pasientene om hva smerte er og nødvendig informasjon om smertebehandling og smertestillende medikamenter (Valeberg et.al 2010). Pasientinformasjon er forebyggende arbeid.

Det er viktig at sykepleier ikke bruker sine yrkeserfaringer og eget skjønn på en negativ måte når hun skal vurdere andres smerter. Sykepleieren møter ofte pasienter daglig med smerter. Hos noen helsepersonell kan disse møtene i lengden føre til at de reagerer mindre følsomt på andres lidelser, og dette er en veldig uheldig utvikling som ikke burde forekomme. Hvis sykepleieren derimot bruker sin erfaring med smerter og møter pasientene med mer forståelse, tror jeg at det kan bidra til noe positivt i smerteforebyggingen. Da må hun gjøre seg refleksjoner over egen yrkesutøvelse slik at hun tilegner seg kunnskap hun kan ta med seg videre i sitt neste møte med pasienten. Sykepleierens erfaring fra å møte syke mennesker som ligger og har det vondt, gjør henne i stand til å se pasienten ut fra hans situasjon og på den måten lindre hans smerte. Det er sentralt i omsorg at man har en forståelse for den andres situasjon. (Martinsen 2003)

Pasientene med en langtkommen kreftsykdom er kommet i den situasjon, hvor de er avhengige av hjelp fra sykepleieren. I de fleste tilfeller trenger pasienten hjelp til stell og personlig hygiene, og da må sykepleier delta praktisk i den andres lidelse. Å delta praktisk i den andres lidelse er sentralt i omsorgsarbeid. Et godt stell krever at sykepleier har kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Dette er nødvendig kompetanse for å gi et stell preget av omsorg og mest mulig smertefrihet. Gjennom stellet uttrykker sykepleier både fagkunnskap og empati. (Kaasa 2007:223). Sykepleier skal gi godt stell for velværens skyld. Fysisk velvære er en vesentlig komponent i all smertelindring. Gjennom stell av kroppen oppnår pasienten velvære og fysisk og psykisk avspenning. I boka *Basisbok i sykepleie* har Blix og Breivik et sitat hvor Nightinggale beskriver betydningen av kroppstell. Nightinggale (1997:136-137).

Lettelsen og velbehaget de syke føler etter at huden er blitt grundig vasket og tørket, er en av de vanligste observasjonene man gjør ved en sykeseng. Men man må ikke glemme at velbehaget man oppnår, ikke er alt, det er bare tegn på at livskreftene har fått ny styrke fordi det som hemmet dem, er fjernet. Sykepleiersken må derfor aldri vente med å ta seg av pasientens personlige renslighet under påskudd av at det eneste han oppnår er lettelse, og det kan han godt få litt senere (referert i Blix og breivik 2006:47).

For å forebygge smerter er det viktig at sykepleieren sørger for å ivareta et av de mest grunnleggende behov, pasientens hygiene. I den palliative fasen har pasienten ofte lite krefter til å ivareta sin hygiene, da er det ekstra viktig at sykepleieren stiller opp og gjør det for han. Sykepleieren skal kompensere for pasientens sviktende ressurser. ”Mye av den lidelsen som følger smerten, kan reduseres ved at en lindrer fysisk ubehag som ikke har direkte sammenheng med smertene” (Almås 2001:72) Fysisk ubehag kan lindres ved å sørge for god munnpleie. En frisk og ren munnhule har betydning for velvære, kommunikasjon og appetitt. Andre tiltak kan være å sørge for at pasienten er ren og velstelt i hud og tøy, ligger godt, får stelt negler og hår. Når sykepleier hjelper pasienten med å ivareta fysisk velvære vil også virkningen av analgetika bli bedre. (Almås 2001).

6.6 Hvordan kan pasienten gjøres delaktig i egen smerteforebygging

Jeg tror det er viktig at pasienten får være delaktig i smertebehandlingen. Hvis sykepleieren bruker sin kunnskap til å øke pasienten kjennskap til de ulike behandlingsmetodene, kan hun hjelpe pasienten å ta viktige avgjørelser med hensyn til behandling. På denne måten ivaretar sykepleieren pasientens autonomi og han får være med på å ta avgjørelser, og hun lar pasienten få beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig. Dette kalles ”empowerment”, og det er viktig for at pasienten skal beholde mest mulig makt og kontroll. (Eide og Eide 2007).

Et dilemma jeg har sett i praksis er hvor vidt bivirkningene av et medikament skal få regjere. For noen pasienter og pårørende kan for eksempel døsighet være en bivirkning som oppleves svært ubehagelig. I den palliative fasen har pasienten kort forventet levetid, og både pasient og pårørende ønsker ofte da å ha mest mulig tid sammen. Da kan døsigheten bli et problem. Det er forskjell på hva pasientene foretrekker. Noen pasienter velger å redusere dosen på

medikamentet og heller være våken i lag med sin familie, selv om det medfører mer smerter. Andre pasienter igjen, foretrekker å leve med bivirkningene. Den optimale dosen av et smertestillende medikament ligger i grenselandet mellom smertefrihet og bivirkninger.(Almås 2007).

Jeg tror også det er positivt å få pasienten delaktig. Hvis pasienten får være med å samarbeide for å løse sitt smerteproblem kan kanskje resultatet av smertebehandlingen bedres. Pasienten sitter med mange egne ressurser, og sykepleieren burde motivere pasienten til å ta disse i bruk. For selv om smertebehandling krever flere typer hjelpemidler, er pasientens ressurser likevel veldig viktig. I denne sammenheng burde sykepleier bruke sin situasjonsforståelse, ved å sette seg inn i pasientens situasjon og se hvilke muligheter og begrensninger han har. Sykepleier må se den sykes muligheter, og sammen med pasienten bli enig. Kari Martinsen forklarer i sin bok "Omsorg sykepleie og medisin" hva en god situasjonsforståelse er:

En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende, og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlattelsesynder (Martinsen 2003:16).

Et samarbeid mellom sykepleier og pasient kan også bidra til at pasienten får mer tillit til sykepleieren. Hvis pasienten opplever å få være delaktig, kan de sammen finne ut av hvordan smerteproblemet kan løses. Jeg tror også at dette er en flott måte å styrke pasientens selvbilde og håp på. Pasienten trenger å føle seg hørt og forstått, og kanskje delaktigheten styrker pasientens tro på at han mestrer noe han også. Et miljø som inngir tillit virker hvertfall oppmuntrende.

6.7 Hvordan kan håp påvirke smerteopplevelsen?

Å se lyst på livet i en hverdag preget av plagsomme symptomer, som smerter, kan være vanskelig. Smertene kan være utmattende og psykisk belastende for pasienten. Det kan også gi opphav til negative følelser. Ved for mye lidelse kan håpet svekkes (Reitan og Schjølberg 2004). Selv om pasientene har en langtkommen kreftsykdom og er i den palliative fasen, har håpet fortsatt en viktig plass i pasientens liv. Håpet er med på å gjøre den siste delen av livet

meningsfylt, og vil være en motiverende styrke som hjelper pasienten til å holde ut sine smerter. Håpet gjenspeiler en persons følelse av å bli verdsatt, en følelse av mening. Sykepleier må sette i gang tiltak som hjelper pasienten til å bevare håpet. Sykepleier må hjelpe pasienten å sette ord på sitt følelsesliv. Hvis pasienten på den annen side ikke har en følelse av håp, tror jeg de negative følelsene vil få større plass i pasientens liv. Dette er en faktor som vil påvirke smerteopplevelsen.

Et tiltak som kan fremme håp, og som jeg mener er kjempeviktig, er sykepleierens tilgjengelighet for pasienten. Hvis sykepleieren viser pasienten at hun er tilstedet og er der for pasienten, tror jeg det vil øke pasientens trygghet. Det kan noen ganger kanskje være nok å dra innom pasienten bare for å vise seg. På den måten viser sykepleier, at selv om pasienten ikke har bedt henne om å komme, så er hun der for han. Hun bryr seg om han og kommer gjerne innom en ekstra tur bare for å vise at hun bryr deg. Hun uttrykker også en holdning om at hun virkelig er der for å hjelpe. Dette er en formidling av håp. Dette er også noen av de enkleste og kanskje vesentlige tiltakene sykepleier kan gjøre for å forebygge pasientens smerter. Når sykepleier formidler nærhet og tilstedeværelse på denne måten, kan det bidra til å holde pasientens oppe, også når annen smertelindring har blitt prøvd uten hell. (Nortvedt og Nesse 1997). Dette kan på en annen side også bidra til at de pasientene som ikke vil være til "bry" for sykepleieren, får mulighet til å bli sett. Det er mange pasienter som ikke vil være til "plage" for sykepleieren og derfor unngår de å si fra om sin smerte. Hvis sykepleieren er tilgjengelig og gjør gode observasjoner av pasienten, er det en mulighet for at hun kan unngå at de blir liggende med smerte. Denne tilgjengeligheten blir med andre ord forebyggende smertebehandling.

6.8 Hvordan kan sykepleier bruke alternative/komplementære behandlingsformer i forebygging av smerte?

Komplementære behandlingsformer kan vurderes som tiltak for å forebygge smerte i tillegg til eller istedenfor analgetika. Eksempel på komplementære behandlingsformer kan være massasje, akupunktur, og musikk. Jeg tror det er viktig at sykepleier i tillegg til å ha medikamentell kunnskap også har kunnskap om alternative smertebehandlinger. Disse metodene representerer systematisert kunnskap også fra andre fagdisipliner, samtidig som de peker mot en historisk tradisjon der sykepleierens forbilder i omsorg og barmhjertighet sto sentralt (Nordtvedt og Nesse 1997). Jeg mener det kan være en fordel for sykepleiere å kunne

anvende disse metodene, da de kan gjøre det aller meste på selvstendig basis, uten at det må foreligge medisinsk forordning. Jeg ser også flere fordeler med alternativ smertebehandling. I tillegg til at dette kan virke effektivt på smertene er en slik behandling avhengig av pasientens delaktighet. Jeg tror delaktighet kan være med på å fremme opplevelsen av kontroll, noe som igjen kan styrke pasientens tro på seg selv. Dette er selvfølgelig avhengig av at pasienten er motivert og ønsker å lære disse metodene. Det er også et faktum at flere kreftpasienter ønsker å prøve ut alternativ medisin, helsepersonell burde derfor mestre dette. De fleste av disse behandlingsformene har dokumentert effekt på symptomer som plager mange. Intensjonen med behandlingen er å redusere smerten.

Musikkterapi har i noen undersøkelser vist både psykiske og fysiologiske effekter. Pasientene har rapportert om effekt på smerten. (Kaasa 2007:189).

Massasje kan virke smertelindrende og hos pasienter med kroniske smertetilstander kan massasje med medikamentelle salver på det smertefulle området virke lindrende. Massasje gjør huden varm og kroppen kan kjennes avslappet. Jeg tror også at massasje kan være en form for avledning, ved at fokuset blir på massasjen i stedet for å ligge og kjenne etter om man har smerter. Også transkutan elektrisk nerverestimulering kan benyttes som alternativ smertelindring ved moderate smerter, og har en viktig plass i behandlingen av kroniske smerter. Dette er svake elektriske impulser som stimulerer perifere nerver, slik at kroppens egen smertelindrende mekanismer aktiveres. (Almås 2007).

7.0 Oppsummering

I dette litteraturstudiet har jeg jobbet med temaet kreft og smerteforebygging. Jeg har forsøkt å beskrive hvordan sykepleier kan forebygge smerter hos voksne pasienter innlagt i sykehus med kreft, i den palliative fasen. Siden smerter er en subjektiv opplevelse som formidles ulikt, har det vært utfordrende å skulle beskrive sykepleie til denne pasientgruppen. Det som fungerer for noen, fungerer ikke for alle. Som sykepleier er det viktig å være klar over at smerteopplevelsen er kulturbetinget og en personlig erfaring. Også nervesystemet kan reagere med individuell styrke på smertestimuli. Hvordan pasientene velger å gi uttrykk for sine smerter er også veldig ulikt, og det er viktig at sykepleier har det i bakhodet når hun skal gjøre smertekartlegginger. Smertekartlegging og bruk av kartleggingsverktøy er en viktig del av smerteforebyggingen.

Noen pasienter uttrykker ikke smerteatferd verbalt. Da stilles det større krav til sykepleier når hun skal gjøre gode observasjoner og kartlegginger. For å kunne gi god sykepleie må sykepleier ha innsikt i og forståelse for at kreftpasienten gjennomlever sin sykdom på sin spesielle måte og med sin opplevelse.

Litteraturstudiet viser at pasienter med kreft i den palliative fasen som er innlagt i sykehus, har mye smerter. Det er derfor nødvendig med symptomforebyggende arbeid. Det kommer også fram at det er dårlig sammenheng mellom pasientens opplevde smertegrad og grad av smerte oppfattet av helsepersonell, og profesjonelle har en tendens til å understimulere smerte.

For å forebygge smerter kreves det at sykepleier har høy kompetansen og kunnskap om kreft, smerter og smerteforebygging. Sykepleier må ta selvstendige beslutninger, vise etisk ansvarlighet og dyktighet i grunnleggende ferdigheter.

Det er også viktig at sykepleier bruker sin kunnskap til å gi pasienten kjennskap til sin sykdom og sine smerter. Informasjon er veldig viktig når man skal forebygge smerter, og flere studier konkluderer med at kreftpasienter innlagt på sykehus etterlyser informasjon.

Denne bacheloroppgaven var basert på et ønske om å lære mer om hvilket ansvar og rolle sykepleieren har i forebyggingen av smerte hos kreftpasienter. Jeg føler at jeg har fått et godt utbytte av å jobbe med dette litteraturstudiet. Det har vært spennende og lærerikt og jeg vil ta med meg denne kunnskapen når jeg skal praktisere sykepleie i fremtiden

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

Adland, E (2004) *Og eg ser på deg: Vitenskapsterori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, H (red) (2001) *Klinisk sykepleie bind 1*, 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Blix, E., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mekki, T.E., Tollefsen, S. (2000) *På terskelen: Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*, 1.utg. Oslo: Akribe forlag.

Selvalgt litteratur

Cleeland et al. (1994) *Pain and Its Treatment in Outpatients with Metastatic Cancer*. Tilgjengelig fra <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199403033300902#t=abstract> (27.april 2011). **1. side**

ICN (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses. Tilgjengelig fra <http://www.inc.ch/icncode.pdf> **1. side**

International Association for the study of pain (2011). *Pain*. Tilgjengelig fra http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728 (26.april 2011) **1. side**

Iversen, H.H et al. (2011) *Mangelfull samhandling mellom kreftpasienter*. Tilgjengelig fra <http://kunnskapssenteret.no/nyheter/11411.cms> (27.april 2011) **3. sider.**

Husebø, S., Klaschik, E. (1998) *Palliativ medisin: Omsorg ved livets slutt*. Bergen: Eide Forlag. S.23-42, 165-174, 273-276. Sum: 31.

Husebø, Stein (1990) *Smerteboken: Boken om smerte og hvordan smerte skal lindres*. Bergen: Eide Forlag. S.15- 43, 81-92, 157-164. Sum: 49

Kaasa, S. og Klepstad, P. (2005) Kreftpasienter skal ikke ha smerter. S. 125. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* nr. 4). **1 side**.

Kaasa, Stein. (red) (2007) *Palliasjon: Nordisk Lærebok*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. S.31-46, 75-82, 125-131, 179-192, 261-269, 271-282, 285-306. Sum: 80

Kreftforeningen (2011). *Hva er kreft. Fakta om kreft og opptaterte tall på kreft i Norge*. Tilgjengelig fra http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft/hva_er_kreft_2731 (25.april 2011) **1 side**

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk – filosofiske essays*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget. S.14-28, S.42-48, 67-81, 94-95. Sum: 39

Nordtvedt, F., Nesse, J.O. (1997) *Smertelindring: Utfordring og muligheter*, 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS. S. 13-18, 21- 36, 58-62, 71-73, 77-81, 83-85. Sum: 38

Reitan, A.M., Schjølberg, T.K (red) (2004) *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- handling*, 2.utg. Oslo: Akribe Forlag as. S. 19-24, S. 28-32, 139-150. **Sum 23**.

Seland et al. (2004) Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. S.125:2005-3. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* nr.18). **3 sider.**

Valeberg et al. (2010) Kreftpasienters barriere mot smertebehandling. S.266-276. I: Tidsskriftet *Sykepleien* nr. 4) **11 sider.**

Sosial- og helsedirektoratet (red.) (2007). *Kreft som nasjonal utfordring*. Tilgjengelig fra http://www.helsedirektoratet.no/kreft/fagnytt/arkiv/kreft_som_nasjonal_utfordring_46120 (25.april 2011) **1 side**

Pasientrettighetsloven (2011). *Samtykke til helsehjelp*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-004.html> (27.april 2011) **1 side.**

Til sammen: 284 s.