

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

”Hvordan kan sykepleiere lindre smerter hos voksne mennesker med kreft i palliativ fase?”

EKSAMEN	
Kurskode: SY180H	Dato: 27.04.2012
Kandidatnr.: 294	
Totalt antall sider: 32	

Innhold

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	1
1.3 Formål	2
1.4 Oppbygging av oppgaven.....	2
2.0 Metode.....	3
2.1 Generelt om metode.....	3
2.2 Vitenskapssyn.....	3
2.3 Litteraturstudie som metode	4
2.4 Søkehistorikk og kildekritikk.....	4
2.5 Etske overveielser	5
3.0 TEORIDEL.....	6
3.1 Kreft.....	6
3.1.1 Symptomer og behandling	6
3.2 Palliativ fase	7
3.3 Smerter.....	7
3.3.1 Kreftsmerter	8
3.3.2 Smertetyper	8
3.3.3 Smerteopplevelsen	9
3.3.4 Kartlegging av smerter	10
3.3.5 WHO's smertetrapp.....	11
3.4 Sykepleierteori	12
3.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori	12
3.4.2 Teoriens grunnlag.....	12
3.4.3 Omsorg som et relasjonelt begrep.....	13
3.4.4 Omsorg som et praktisk begrep.....	13
3.4.5 Omsorg som et moralsk begrep.....	14
3.5 Sykepleierens funksjonsområder.....	15
4.0 Drøfting	16
4.1 Hvordan oppleves smertene hos pasienter med kreft i den palliative fasen?	16

4.2 Hvordan jeg som sykepleier kan kartlegge smerter og dermed bidra til god smertelindring.	18
4.3 Ansvar og lindring av smerter	22
4.4 Kan komplementær behandling hjelpe?	27
5.0 Oppsummering.....	28
LITTERATURLISTE.....	30
Pensumlitteratur	30
Selvvalgt litteratur.....	30

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema

Kreft er en av de store folkesykdommene i Norge. Tall fra 2009 viser at 14 792 menn og 12 728 kvinner fikk en kreftdiagnose dette året. Tall fra samme år viser at det var 9834 mennesker som døde av sin kreftdiagnose. (Kreftregisteret, 2011).

Grunnen til at jeg har valgt å fokusere på smerter ved kreft, er fordi det vil hjelpe meg i arbeidet som sykepleier. Antallet kreftdiagnoser har økt, årsaken til dette kan være at befolkningen øker og at gjennomsnittsalderen har blitt høyere. Kreftregisteret sier at krefttallene øker raskt med alderen, og det er hovedsakelig hos dem over 50 år vi ser sykdommen. (Kreftregisteret, 2011).

Jeg har valgt å skrive om smertelindring til kreftpasienter, fordi jeg i praksistiden som sykepleierstudent har erfart hvor vanskelig smertelindring kan være. Jeg har også erfart at god oppfølging av hver enkelt pasient er viktig. Det jeg har valgt å konsentrere meg om innenfor dette temaet er i hovedsak hvordan jeg som sykepleier kan være med på å lindre smerter hos pasienter med kreft. Jeg tror at det å velge et tema som jeg har interesse for, kan hjelpe meg i oppgaveprosessen ved å gjøre skrivingen lettere og mer innholdsrik.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Problemstillingen min blir:

Hvordan kan sykepleiere lindre smerter hos voksne mennesker med kreft i palliativ fase?

Siden erfaring sier at det ofte kan være vanskelig med fullstendig smertefrihet ved kreft i palliativ fase, vil jeg ha som mål at pasienter skal oppleve god smertelindring. Ved god smertelindring mener jeg at pasienten skal oppleve å ha det så godt som det lar seg gjøre. I dette ligger det også at pasienten ikke skal oppleve unødige lidelser (Almås, Valand, Bilicz og Berntzen., 2001).

Jeg avgrensner oppgaven til å omhandle voksne pasienter med kreft i palliativ fase på medisinsk avdeling. Jeg vil ikke komme inn på ulike kreftsykdommer, men omtale kreft generelt.

Jeg har valgt å kartlegge ulike smertetyper og hva som er vanlige prosedyrer ved smertebehandling til mennesker med kreftsykdom. Samtidig vil jeg komme litt inn på alternative smertelindringsmetoder, men det er ikke noe jeg vil ha hovedfokus på. Jeg vil komme inn på hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med kreft til å få den beste smertelindring. På bakgrunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke ta med pårørendes rolle ved behandling av kreftsmarter. Smerter har flere ulike aspekter. Det handler om det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Jeg har valgt å fokusere på den fysiske delen, men har allikevel måttet ta inn noen av de andre aspektene da de vil kunne virke inn på den fysiske smerten.

1.3 Formål

Formålet med denne oppgaven er å tilegne meg ny kunnskap innenfor feltet smertelindring. Jeg ønsker å bli bevisst på min egen holdning og utførelse i handling knyttet opp mot yrket som sykepleier og i møte med pasienter med smerter relatert til kreft.

For denne typen pasienter vil trygghet basert på god kompetanse i form av kunnskap være viktig. Dette er noe som jeg ønsker å arbeide med når jeg er ferdig utdannet og vil dermed tilegne meg kunnskap som gjør at jeg kan hjelpe pasienter og annet helsepersonell.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven har jeg valgt å dele opp i fem kapitler. Oppgaven vil starte med en innledning, hvor jeg vil forklare hva som er sentralt i oppgaven med tanke på relevant teori og drøfting. Jeg vil komme inn på hvilken problemstilling jeg har valgt, eventuelle avgrensninger, mål og hensikten med oppgaven.

Etter innledningskapittelet kommer jeg inn på hvilke metoder jeg ønsker å benytte meg av. Her vil jeg gå inn på og gjøre rede for metodevalget mitt.

I del tre av oppgaven, vil jeg presentere relevant teori. Her vil jeg gjøre rede for hva smerte og kreftsmarter omhandler. Jeg vil komme inn på sentrale begreper som kreft, smerter og palliativ

behandling og videre forklare hva dette betyr. I teoridelen vil jeg dra inn hvilken sykepleieteoretiker jeg ønsker å benytte meg av.

I kapittel fire vil jeg drøfte funn fra litteraturen og gi svar på problemstillingen.

Kapitel fem består av litteraturliste.

Oppgaven består av 9541 ord.

2.0 Metode

2.1 Generelt om metode

Metoden blir mitt redskap for å frembringe kunnskap. Metode sier oss noe om hvordan man kan gå frem for å skaffe til verks eller etterprøve kunnskap. Vilhelm Aubert formulerer kunnskap 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 aktuelt fagstoff og bearbeide faglitteratur i arbeidet med bacheloroppgaven. Vitenskapelig metode betyr at jeg skal overholde intellektuelle standarder ved innsamling av fagstoff og i min argumentasjon (Dalland, 2007).

2.2 Vitenskapssyn

Kunnskapsforståelsen min springer ut fra en hermeneutisk forståelsesramme. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Dette vitenskapssynet tar utgangspunkt i det å kunne tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens (Dalland, 2007). Hermeneutikk er derfor en tilnærming som er viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker og dette er veldig sentralt i arbeidet som sykepleier.

Jeg må kunne se mennesket som en helhet, ikke bare se sykdommen som har inntruffet. Når jeg skal skrive om smerter ved kreft er det nødvendig at jeg kan leve meg inn i andre menneskers opplevelser, dette er viktig for at jeg som sykepleier skal kunne være med på å gi god smertelindring til pasientene.

Omsorgsteorien har i den nyere tid blitt inspirert av hermeneutikken (Aadland, 2004). Kari Martinsen beskriver sykepleiefaget med utgangspunkt rundt begrepet omsorg. Hun mener at omsorg er grunnleggende for alt menneskelig liv. Det kommer frem at mennesker er avhengige av hverandre, vi kan ikke leve i isolasjon fra andre. Denne avhengigheten til hverandre blir særlig fremtredende når mennesket er sykt og hvor lidelse og funksjonshemning er til stede. Omsorg er et rasjonelt begrep som beskriver menneskets svar på den andres behov ved avhengighet (Kirkevold, 2006). For at jeg skal kunne handle omsorgsfullt må jeg ha en forståelse av andres situasjon. Omsorgen handler ikke bare om det subjektive, men det handler også om at jeg som sykepleier må ha fagkompetanse for å utøve de oppgavene som jeg blir satt til (Aadland, 2004).

2.3 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode, fordi det er mye fagstoff knyttet til kreft og smerter. Jeg velger derfor å konsentrere meg om det fagstoffet som finnes og ved hjelp av arbeidet med oppgaven kunne se sammenhenger mellom det som er blitt forsket på og drøfte eventuelle forskjeller som kommer frem. Ved å bruke flere kilder angående mitt tema vil dette være med på å gi oppgaven større bredde og belyse temaet på en god, faglig måte. Jeg vil bruke pensumlitteratur og 300 sider selvvalgt litteratur.

2.4 Søkehistorikk og kildekritikk

Ved bruk av selvvalgt litteratur ønsket jeg hovedsakelig å bruke primærkilder og å unngå mye bruk av sekundær litteratur. Grunnen til dette er at sekundær litteratur allerede er tolket av noen andre og ikke nødvendigvis gjengir det som er kommet frem fra primærkilden. Det kan være at sekundærkilden har tolket teksten på sin egen måte, og dermed vil ikke datafunnene

nødvendigvis gjenspeile måten de var ment å bli framstilt på. Det er ikke alltid lett å finne frem til primærkilden, men da er det viktig at man ser på sekundærlitteraturen med et kritisk blikk for å finne ut om dette er litteratur som allikevel gjenspeiler riktighet innenfor feltet (Dalland, 2007).

For å finne forskning har jeg blant annet søkt i databaser som Ovid Nursing, Pubmed, British Nursing Index, og Medline. Jeg har også søkt på databaser som Helsebiblioteket, Sykepleien, Kreftregisteret og Kreftforeningen.

Søkeordene jeg benyttet meg av var kreft, smerter, smertestillende, palliasjon, smertestillende medikamenter, forebygge smerter, kreftsmerter. De samme ordene ble også oversatt til engelsk for å finne internasjonal forskning og fagstoff. Etter søket begynte jeg å sette sammen søkeordene for å minske omfanget av fagstoff. Ved hjelp av dette fant jeg lettere mer relevant fagstoff som sto til problemstillingen min. Kildekritikk handler om at jeg skal vurdere og karakterisere at de kildene som benyttes er faglig korrekte og har relevans til min problemstilling. Når jeg startet mitt søk etter faglitteratur var det mye stoff angående temaet i oppgaven, men det var mye som ikke omhandlet vinklingen på min problemstilling.

2.5 Etiske overveielser

Jeg skal ta hensyn til at eventuelle pasienteksempler blir anonymisert, samtidig skal jeg overholde taushetsplikten og personvern. Når jeg skriver oppgaven vil jeg holde meg tro mot de kildene som blir benyttet. Det vil si at jeg refererer i teksten når jeg har funnet litteratur som andre har skrevet.

3.0 TEORIDEL

3.1 Kreft

Under begrepet kreft ligger det ca. 200 ulike kreftsykdommer som alle har ulike sykdomsforløp. Prognosen for personer med kreft kan variere fra person til person selv om det dreier seg om samme kreftsykdom. Det som er felles med alle typer kreft er at det starter med ukontrollert celledeling (Kreftregisteret, 2011). Hele menneskekroppen er bygd opp av forskjellige typer celler, som alt etter hvilken funksjon de skal utføre har ulike egenskaper. Det byttes kontinuerlig ut celler, såkalt celledeling, cellene dobler DNA og deler seg deretter i to. Ved kreft er det en forstyrrelse i celledelingen. Cellene deler seg ukontrollert og oppfører seg ikke slik de er ment å gjøre. Etter hvert som cellene har delt seg ukontrollert over en periode vil det danne seg en kreftsvulst. Når man snakker om en svulst er det noe som både kan være ondartet og godartet. Når vi snakker om en kreftsvulst er den ondartet og kalles også en maling svulst (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2001).

Ved kreft hører en ofte ordet spredning. Spredningen kaller man for metastaser (Jacobsen et al., 2001). Metastaser er når celler fra kreftsvulsten river seg løs og som oftest sprer seg gjennom blod og lymfebanen. Hvis man opprinnelig har kreft i brystet og dette sprer seg til lungene har man altså brystkreft med spredning til lungene. Kreftcellene vil etter spredning til et annet organ allikevel se ut som de gjorde i den opprinnelige svulsten (Kreftregisteret, 2011).

3.1.1 Symptomer og behandling

Noen symptomer varierer ut fra hvilken krefttype det handler om, mens enkelte symptomer kan være mer eller mindre like uansett krefttype. Dette kan for eksempel være smerter, fatigue, kvalme, avmagring og feber (Jacobsen et al., 2001). Når kreften har spredd seg kan dette gi symptomer både fra området kreften oppstod, og fra området den har spredd seg til. Dette kan medføre mer smerte for pasienten.

Kreft kan behandles på forskjellige måter, de fire vanligste måtene er kirurgi, cellegift, hormonbehandling og strålebehandling. Innunder behandling kommer også symptomlindring ved uhelbredelig kreft. Dette kan for eksempel være smerter og andre plagsomme symptomer som obstipasjon, kvalme og oppkast. Lindrende behandling omfatter ikke bare det fysiske, men er også rettet mot psykiske, sosiale og åndelige behov (Kreftforeningen, 2012).

3.2 Palliativ fase

Palliativ fase er den siste fasen av livet til pasienten med langtkommen kreft. Palliativ pleie tar sikte på å økte kvaliteten på livet til pasient og pårørende. Pleien skal fokusere på lindring, både med tanke på smerter og andre fysiske problemer samt de psykiske, eksistensielle og åndelige behovene pasienten har (Kaasa, 2007).

3.3 Smerter

For å kunne forstå og forebygge smerter, er man nødt til å ha kunnskap om hva smerter er og hvorfor de oppstår.

«Smerte defineres som en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med en faktisk eller potensiell vevsskade eller beskrevet som dette» (IASP, 2012).

Almås et al., (2001) beskriver at smerte er en høyst subjektiv opplevelse som ikke kan måles med instrumenter. Ordet smerte er en fellesbetegnelse på en lidelse, noe som gjør vondt eller en pine. Det finnes forskjellige typer smerter, dette kan være nociseptive smerter, nevropatiske smerter, idiopatiske smerter og psykogene smerter.

Smerte er en sammensatt opplevelse av sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner. Smerter er ikke en sykdom men et symptom (Björgmo, 2010).

3.3.1 Kreftsmarter

Smerter er noe de aller fleste forbinder med ordet kreft. 1/3 av mennesker med kreft har allikevel ikke smerter i sykdomsforløpet. Når man snakker om kreft og smertene som kan oppstå er det viktig at man vet at smertene ikke nødvendigvis henger sammen med selve sykdommen (Almås et al., 2001). 70 % av smertene ved kreft kommer av selve grunnsykdommen. De resterende prosentene skyldes sekundære tilstander, som ofte kommer fra muskulatur og støtteapparat. Som nevnt tidligere er det viktig at man er klar over at smertene også kan oppstå av ikke-maligne tilstander. Ikke-maligne tilstander betyr at smertene oppstår uten at det har noe med kreftsykdommen å gjøre. Kreftsmarter kategoriseres som akutte og kroniske. I den kroniske smertesituasjonen vil pasienten ofte også oppleve akutte, høyintense smerteperioder i tillegg til den vedvarende kroniske smerten. Ved kreftutløste smerter er slike gjennombruddssmerter vanlige og er en utfordring i smertebehandlingen (Bjørge, 2010). Gjennombruddssmerter blir beskrevet som forbigående, men oppstår sammen med annen stabil grunnleggende smerte. Disse smertene har ofte en intensitet på smerteskalaen fra 6-10 og varer ofte bare i noen minutter. Uansett hva grunnen til smertene skyldes, er det viktig at pasienten får lindrende behandling.

3.3.2 Smertetyper

I forbindelse med kreftsykdom i palliativ fase kan man oppleve ulike typer smerter. Jeg har derfor valgt å kartlegge disse.

Nociceptive smerter er smerter som oppstår akutt ved skade, når en svulst vokser og trykker mot en nervebane. Smertereseptorer blir da stimulert og fremkaller smertefremmende stoffer. Nociceptive smerter deles inn i somatiske og viscerale smerter. De somatiske smertene kommer raskt og er ofte kraftige og kan oppleves som ett stikk eller kutt i huden. Viscerale smerter som kommer fra indre organer er ofte snikende og langsomme og oppleves ofte som verkende, diffuse og vanskelige å lokalisere. Ofte kan disse viscerale smertene oppleves som smerter på hudens overflate, dette blir ofte kalt overført smerte (Almås et al., 2001).

Nevropatiske smerter kommer av en skade i selve nervesystemet, I det perifere nervesystemet eller sentralnervesystemet. Noen ganger kan smertene oppstå uten at man har noen forklarende årsak til det.

Nevropatiske smerter kan også oppstå etter kirurgiske inngrep, strålebehandling og inflammatoriske sykdommer. Det som skjer ved nevroatiske smerter er at det er en endring i nervens funksjon, og dermed oppleves smerte.

Idiopatiske smerter er en type smerte som er til stede uten at det påvises ut fra vevsskade eller at pasienten har en psykisk lidelse som gir smerte.

Psykogene smerter er psykiske lidelser der smerter er et symptom. For at smerten skal kalles psykogen må pasienten ha fått en psykiatrisk diagnose med smerte som symptom, men det er viktig å huske på at selv om man ikke kan finne årsaken til smerten, trenger den ikke nødvendigvis være psykogen (Almås et al., 2001).

3.3.3 Smerteopplevelsen

Det er forskjell på hvordan mennesker opplever smerter, selv ved lik diagnose og omfang. Alle mennesker har ulik smerteterskel. Smerteterskelen er det laveste nivå av en påvirkning som en person opplever som smerter (Nordtvedt og Nesse, 1997). Det perifere og sentrale nervesystemet reagerer på smertestimuli med forskjellig styrke, derfor vil smerteopplevelsen være forskjellig fra menneske til menneske. Underveis til hjernen blir signalet om smerte utsatt for mange hemmende og forsterkende mekanismer, men dette er også helt individuelt hos personer (Almås et al., 2001).

3.3.4 Kartlegging av smerter

Det finnes ulike skjemaer som kan benyttes, alt fra omfattende spørreskjemaer til enkle skalaer for grad av smerte. Man kan også benytte seg av visuelle kroppskart for å lokalisere smerter. Disse ulike hjelpemidlene kan ofte kombineres for å få et helhetlig bilde av smerten. Skal man dra nytte av disse hjelpemidlene er det en forutsetning at sykepleieren vet hvordan disse brukes. Kartleggingen av smerte og evaluering av tiltakene som blir satt i verk bør derfor inngå i de daglige rutinene, på lik linje som observasjoner om puls, blodtrykk og temperatur.

Skjemaene som blir brukt til kartlegging vil allikevel ikke gi en helhetlig beskrivelse av smertene og det er viktig at man er klar over det. God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er derfor svært sentralt i arbeidet med god smertelindring. Sykepleierens oppgaver når det kommer til smertebehandlingen er å rapportere virkning og bivirkninger av behandlingen til legen.

De ulike måtene å kartlegge smerter på:

Spørreskjema er et av kartleggingsverktøyene som blir brukt. Det som blir mest brukt innenfor spørreskjema er McGill Pain Questionnaire (MPQ). Dette er et omfattende spørreskjema som er gunstig å bruke ved smerter som er langvarige (Almås et al., 2001).

Bruk av smerteskalaer er et hjelpemiddel til å få et innblikk i pasientens opplevelse av sin smerte. Når man skal benytte seg av smerteskalaer er det viktig at man gir informasjon om hva hensikten med den er og om hvordan den skal brukes i kartlegging og behandling av smerte. Smerteskalaer er relativt enkle og pasienter synes ofte at de gir en umiddelbar forståelse. Denne typen kartlegging bør benyttes regelmessig og dokumenteres i pasientjournalen for at det skal kunne være et effektivt hjelpemiddel.

Det er ulike smerteskalaer som kan benyttes, visuelle eller verbale. Visuell smerteskala kan for eksempel være noe som kalles Visuell Analog Skala (VAS). Dette kan gjøres ved at man har en linje med nummer 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Ved bruk av en verbal smerteskala er det snakk om å bruke ord i stedet for tall. Ordene vil også her bli plassert på ytterpunktene og flere steder på linjen mellom ytterpunktene. Den største nytten ved bruk av smerteskala er for å se endringer hos en og samme pasient under smertebehandlingen (Almås et al., 2001).

Kroppskart er kort forklart en tegning av kroppen sett forfra og bakfra. Her er det enten pasienten selv eller sykepleieren som markerer på tegninger om hvor på kroppen det er pasienten har smerter. Bruk av kroppskartet egner seg godt ved smerter relatert til kreft, dette er fordi pasienter med kreft ofte har smerter fra flere områder på kroppen. Når man skal markere smertene kan man bruke fargekoder for å få frem hvor smertene er sterkest. Det å bruke kroppskart over tid og med regelmessige gjennomganger av nye kart, er til god hjelp i smertebehandlingen (Almås et al., 2001).

3.3.5 WHO's smertetrapp

Verdens Helseorganisasjon (WHO), har utarbeidet retningslinjer ved smertebehandling til pasienten med kreft i palliativ fase. Disse retningslinjene finner man i smertetrappen. Denne trappen har fire trinn. Her begynner man som regel på trinn en og etter hvert som pasienten opplever mer smerte går man opp ett trinn. Innunder første trinn er perifertvirkende, reseptfri analgetikum, dette er for eksempel Paracetamol. I trinn to får man en kombinasjon av perifertvirkende og sentraltvirkende medikamenter, dette kan være Paracetamol og Paralgin Forte. I trinn tre beholder man ikke-opioidene og kombinerer gjerne med Morfin per os. I det siste trinnet er smertene så sterke at man gjerne får morfin intravenøst. Trinn fire blir ofte benyttet til to grupper, den ene gruppen er pasienter som av en eller annen grunn ikke kan behandles per os. Blant annet på grunn av kvalme og oppkast. Den andre gruppen er pasienter hvor store perorale opioiddoser ikke kan kontrollere smertesituasjonen eller dersom bivirkningene er uakseptable (Bjørge, 2010). På alle trinnene i smertetrappen kan det bli nødvendig å benytte seg av tilleggsmedikamenter, dette vil forsterke den analgetiske effekten (Almås et al., 2001).

3.4 Sykepleierteori

Grunnen til at jeg har valgt å benytte meg av Kari Martinsens teori bygger på hennes omsorgsteori. Hun legger vekt på at omsorg er et mål i seg selv, gjennom konkrete handlinger basert på en etisk og faglig vurdering av hva som er det beste for pasienten (Martinsen, 2003). Martinsen mener at mennesker er fundamentalt avhengige av hverandre, og ikke kan leve isolert fra hverandre. Denne avhengigheten kommer tydeligere frem når mennesker er syke, lider eller har funksjonssvikt, men er ikke begrenset til slike situasjoner (Kirkevold, 2006).

3.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen ble født 20. Januar i 1943 i Oslo. Martinsen er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi og er også dr. philos i historie. Hun har gjennom sin karriere utviklet det som kalles for omsorgsteori. Martinsen har i sin karriere skrevet flere bøker. I boken «Pleie uten omsorg» som hun har skrevet sammen med Kari Værnes som er sosiolog, stiller de seg kritiske til den moderne sykepleien, til profesjonalisering og vitenskapeliggjøring av sykepleien. I sin magisteravhandling i filosofi beskriver hun at synet på sykepleie burde ha grunntanke i omsorgstradisjoner og erfaringsbasert sykepleiekunnskap (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

3.4.2 Teoriens grunnlag

Kari Martinsens omsorgsteori er en alternativ forståelse av sykepleiefaget og sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Hun skriver at omsorg er et grunnleggende begrep for alt menneskelig liv. Omsorgen er noe naturlig og fundamentalt i den menneskelige eksistensen. Omsorgen omhandler hvordan vi forholder oss til hverandre, og om hvordan vi i det daglige liv viser omtanke for hverandre i det praktiske dagliglivet. Betydningen av ordet omsorg er nedlagt i det mest grunnleggende i menneskers tilværelse og mennesker er avhengige av hverandre. Denne avhengigheten krever et motsvar, dette motsvaret blir omsorg. Omsorg er det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Martinsen snakker om at generalisert gjensidighet er typisk innenfor begrepet omsorgsarbeid (Martinsen, 2003). Dette begrepet betyr at man yter omsorg for en annen uten å forvente noe tilbake. Innenfor begrepet omsorg skriver Martinsen om 3 ulike

sider, jeg vil ta for meg disse fordi alle aspektene ved omsorg er relevant i forhold til min problemstilling. De tre aspektene innenfor begrepet omsorg henger sammen. I en arbeidssituasjon er det nødvendig at man drar med seg alle dimensjonene.

3.4.3 Omsorg som et relasjonelt begrep

Omsorg som et relasjonelt begrep kjennetegnes ved å være et mellommenneskelig forhold, dette skal være basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. For å handle omsorgsfullt er forståelse noe som må være til stede. For å kunne utføre omsorg er det nødvendig for sykepleieren å engasjere seg i og vise interesse for de problemene som pasienten opplever. Sykepleieren må prøve å sette seg inn i pasientens situasjon og skape en relasjon mellom sykepleier og pasient som er basert på tillit, fortrolighet og respekt (Martinsen, 2003). Tillit er et moralsk og interaktivt begrep, det står sentralt i sykepleiernes omsorg. Tillit er en grunnverdi i omsorgen. Både tillit og omsorg har med engasjement og innlevelse å gjøre. Det å vise tillit til andre handler om at man utleverer seg. Tillit er viktig i enhver samtale mellom pasient og helsepersonell. Tillit er noe som vi er født med, mistillit er noe vi lærer oss. Vi møter som regel mennesker med tillit, det er først når man har opplevd at denne tilliten ikke blir overholdt at vi møter andre med mistillit. Vi må ta vare på den tilliten som pasientene gir oss, hvis vi ikke overholder tilliten kan denne svikten føre til mistillit (Martinsen, 1990).

3.4.4 Omsorg som et praktisk begrep

Omsorg er mer enn en grunnholdning, den praktiske utførelsen står i stor grad veldig sentralt innenfor sykepleie. Denne praktiske utførelsen av omsorg blir utført gjennom dagligdagse handlinger i situasjoner som både sykepleier og pasient kjenner. Denne omsorgen og hjelpen blir utført på bakgrunn av pasientens behov og sykepleierens konkrete handling som svar på behovet for hjelp. Når man skal yte denne typen omsorg er erfaringer og fagkunnskap viktig. Ved å ha fagkunnskap vil man være bedre i stand til å sørge for den andre på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Som sykepleier er det viktig at man ser pasientens muligheter og

begrensninger i en situasjon. For at man skal kunne ha denne typen kunnskap om pasienten er det viktig at man kjenner pasientens livssituasjon. Man skal ikke hjelpe pasienten i situasjoner hvor den egentlig hadde klart å utføre handlingen selv, men man kan være til støtte hvis pasienten er utrygg (Martinsen, 2003). Omsorgsarbeidet bestemmes ut fra pasientens situasjon og avhengighet. Her må man sanse hvordan pasienten har det og ha oppmerksomheten rettet mot pasienten og hans situasjon.

3.4.5 Omsorg som et moralsk begrep

Omsorg og moral er i følge Martinsen nært forbundet. Martinsen fremhever at sykepleiere må lære seg å handle moralsk. Hun skiller ikke mellom moral og etikk, de leves begge gjennom menneskelige relasjoner. Martinsen skriver at omsorgsmoral er knyttet opp mot forholdet mellom mennesker preget av makt og avhengighet. Sykepleiere må bygge sin omsorg på moralsk ansvarlig maktbruk. Det inngår noe moralsk i enhver sykepleiesituasjon, mener Martinsen. Det handler om at sykepleien står overfor den moralske utfordringen om å handle riktig og godt, til det beste for pasienten i enhver handling. Det er i kjærligheten at denne moralen har sin forankring, og gjennom handling blir denne kjærligheten uttrykt. Moral har med livsførsel å gjøre, det vil si hvordan sykepleiere er i relasjoner med pasienter gjennom det praktiske arbeidet. Omsorgsmoral er noe som må læres. Omsorgsmoralen inngår også i hvordan vi som sykepleiere bruker makten. Makt skal brukes moralsk ansvarlig ut fra solidaritet med den svake. Vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten til å leve det beste livet de er i stand til (Martinsen, 2003)

3.5 Sykepleierens funksjonsområder

Som sykepleiere skal vi kunne fungere innenfor flere funksjonsområder. I rammeplanene for sykepleieutdanning står disse områdene utdypet. I et av punktene står det at vi skal ha handlingskompetanse til å lindre lidelse og hjelpe pasienten til en verdig død (Regjeringen, 2008).

Som sykepleiere skal vi kunne fremme helse og forebygge sykdom. Dette er høyst aktuelt i omsorgs- og helsearbeidet. Ved lindring av smerter må vi tenke over hva som er viktig for pasienten. Det å fremme helse kan være at pasienten er så smertelindret at han/hun kan klare å vaske seg. Når det er snakk om å forebygge sykdom kan det i dette tilfellet være snakk om bare det å unngå obstruksjon på grunn av immobilitet som kan føre til ytterligere smerter eller å unngå plagsomme bivirkninger av medikamenter. Som sykepleiere skal vi se hele mennesket, ikke bare sykdommen. Da gjelder det å iverksette tiltak for å forhindre at pasienten får komplikasjoner og tilleggslidelser. Som sykepleier skal vi sitte inne med kunnskap om pasientens sykdom og menneskets ulike reaksjoner på sykdom (Regjeringen, 2008).

4.0 Drøfting

4.1 Hvordan oppleves smertene hos pasienter med kreft i den palliative fasen?

Når mennesker får en kreftdiagnose, er smerter det symptomet som de aller fleste frykter mest. Smerter er mer enn en kroppslig reaksjon på sykdommen og eventuelle metastaser. Smerter kan være både fysisk, psykisk, sosial og åndelig. Selv om jeg har valgt å forholde meg til den fysiske smerten er det allikevel nødvendig å dra inn de tre andre aspektene. Grunnen til dette er fordi de kan påvirke den fysiske smerteopplevelsen. Ved smertebehandling i palliativ fase menes dette at pasienten er i livets slutfase, det er lindrende behandling ved uhelbredelig sykdom som er i fokus.

Hver pasient har sin egen oppfatning av smerteopplevelsen. Det er vanskelig å si noe om hvordan pasienter opplever smertene i den palliative fasen, nettopp fordi alle mennesker er forskjellige. Smerteopplevelsen er høyst subjektiv, det er vanskelig å få et helhetlig bilde av den. Pasienten kan prøve å forklare sin smerte, men denne beskrivelsen blir ofte ufullstendig (Almås, et al., 2001).

Det er viktig at pasienten opplever at de blir hørt og trodd når de forteller om sin smerte. Hvis pasienter opplever at de ikke blir hørt, vil det virke negativt inn både med tanke på relasjon mellom sykepleier og pasient og dermed også på effekten av smertebehandlingen. Jeg tror det kan være positivt at pasienten deltar aktivt i smertebehandlingen, det å føle at man har en viss kontroll over seg selv og smerten, tror jeg kan være med på å styrke selvfølelsen og dermed minske frykten for å føle seg hjelpeløs. Som sykepleiere er det viktig at vi uttrykker et ønske om å hjelpe. Hvis pasienten er optimistisk og har tillit til sykepleierne angående behandlingen, kan det virke positivt inn på smerteopplevelsen (Nortvedt og Nesse, 1997). Martinsen (1990), sier noe om hvor viktig det er å opprettholde tilliten pasienten gir oss. Et eksempel på dette kan være at hvis vi lover pasienten å komme inn med smertestillende med en gang, men ikke opprettholder det ved å komme en time senere kan dette føre til at tilliten svekkes og dermed blir grobunn for mistillit. Mistillit kan føre til at pasienten opplever forverrelse av smerteopplevelsen.

Det er bare det enkelte individet som kan kjenne smerten, vite hvor intens den er og hvor lenge den varer. Tidligere erfaringer med smerter er også en faktor som virker inn på hvordan man reagerer på smerte. Hvis man tidligere har hatt dårlige opplevelser knyttet til smertelindring vil det kunne forverre smerteopplevelsen. Ofte er det pasientens situasjon som en helhet som er med på å påvirke hvordan pasienten opplever smerte.

Mange pasienter som opplever smerter som strekker seg over tid, kan nok etter hvert føle seg oppgitte og hjelpeløse. Før jeg begynte å skrive denne oppgaven trodde jeg at denne pasientgruppen opplevde god smertelindring. Denne opplevelsen hadde jeg fordi det i de siste årene har vært snakket og skrevet mye om kreft og smerter i media. Jeg trodde dermed at helsepersonell var blitt mer fokusert på kartlegging og behandling av smerter. En studie av Holtan et al., (2005) viste at så mye som 51 % av pasientene som deltok i undersøkelsen hadde smerter mens de lå på sykehuset for palliativ behandling. Det kommer også frem i artikkelen at til tross for bedre kunnskap om kreftsmarter og behandlingen av disse, får ikke kreftpasienter en god nok palliasjon. Dette gjaldt særlig de pasientene som hadde nevrologiske smerter og gjennombruddssmerter, disse hadde ofte verre smerter enn andre kreftpasienter. Jeg tror at en av grunnene til at disse pasientgruppene ikke opplevde god nok smertelindring, ikke nødvendigvis trenger å bety at de ikke fikk like mye hjelp som de andre gruppene, men at disse smertene er vanskeligere å kontrollere. Dette viser hvor sammensatt smertefenomenet er.

I en annen forskningsartikkel hevder Borchgrevink, Klepstad, Kongsgaard, Kaasa (2004) at så mye som 70-90 % av pasienter med kreft i palliativ fase opplever smerter. Grunnen til at tallene er høye kan være fordi det ikke står spesifisert om det gjelder pasienter på sykehus, i hjemmet eller begge deler. Allikevel synes jeg disse tallene er høye og det viser bare at det enda må arbeides mye med smertelindring til denne pasientgruppen.

Sorgen over å ha fått beskjed om at det ikke er noe mer man kan gjøre for å helbrede sykdommen, tror jeg for mange kan komme som et sjokk. Selv om de kanskje har vært forberedte på at det kan skje. Denne sorgen kan nok være med på å utløse psykisk smerte, sorg, depresjon og følelse av hjelpeløshet (Sæteren, 2010). Depresjon og sorg kan forsterke den fysiske smerteopplevelsen til pasienten. Det at mange pasienter opplever sorg og depresjon i løpet av sykdomsforløpet er ikke så veldig uventet.

For mange handler det nok om at de føler at de mister sin autonomi og føler seg hjelpeløse (Nordtvedt og Nesse, 1997). Det å være avhengig av andre for å klare seg, er for mange vanskelig å akseptere. Jeg tror at disse ulike reaksjonene vil være med på å forsterke den totale smerteopplevelsen for pasienten. Det er viktig at vi som sykepleiere har nok fagkompetanse til å være oppmerksomme på disse tegnene og har en åpen og god dialog med pasienten (Nordtvedt og Nesse, 1997).

4.2 Hvordan jeg som sykepleier kan kartlegge smerter og dermed bidra til god smertelindring.

Kartlegging av smerter er svært viktig for at man skal kunne gi en god smertelindring. Når man skal kartlegge smerter er det viktig at man er grundig og nøyaktig. En god kartlegging er grunnlaget for planlegging og for å kunne iverksette en systematisk og virksom smertebehandling som er tilpasset hver enkelt pasient, etter tilstand og behov. Det finnes mange ulike hjelpemidler å benytte ved kartleggingen.

Kartleggingen bruker jeg for å finne ut hvor intens smerten den, lokalisasjonen, danne meg et bilde av smertens karakter og årsak (Almås et al., 2001). Ved hjelp av denne kartleggingen ønsker jeg også å finne ut av hvilken smertetype det dreier seg om. Ved en slik kartlegging vil man lettere kunne sette i verk tiltak som vil kunne lindre smertene på den mest effektive måten. Hvis jeg skal kunne kartlegge smertene til pasienten er en god dialog svært viktig. Pasienten gir uttrykk for smerten sin, jeg som sykepleier får da et inntrykk av smerten som jeg skal tyde og tolke både verbalt og nonverbalt. Dette må jeg gjøre for å være sikker på at jeg har fått med meg det som pasienten ønsker å formidle. Deretter må jeg gjøre en handling til det beste for pasienten som svar på pasientens uttrykk. Hvis ikke jeg har oppfattet pasientens uttrykk på riktig måte kan dette føre til at pasienten får et dårlig inntrykk av meg som sykepleier og dermed ikke stoler på at jeg kan være til hjelp.

Samtaler med pasienten kan være med på å gi et mer helhetlig bilde av pasientens smerter og hvordan de oppleves. Jeg tror det er viktig at sykepleier åpner for dialog og viser at hun ønsker å

være til hjelp. Det er viktig at man tar seg god tid for å snakke med pasienten og forstå situasjonen. 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 har blitt kjent gjennom en praktisk arbeidssituasjon.»
(Martinsen, 2003:70)

Med dette sitatet er det meningen å få frem at som sykepleiere må vi kunne sette oss inn i den andres situasjon, for lettere å kunne forstå pasientens lidelser. Vi må kunne akseptere pasientens ressurser og begrensinger. Hvis ikke jeg som sykepleier anerkjenner pasientens situasjon vil dette føre til at pasienten føler mistillit og dermed kunne føre til dårlig smertelindring. Martinsen sier noe om nettopp dette. Det rasjonelle aspektet ved omsorg vil være viktig i en slik situasjon. Tilliten pasienten har til at sykepleieren ønsker å hjelpe er essensiell. Vi oppnår tillit gjennom måten vi opptrer på og de praktiske handlingene som vi utfører. Vi må vise at vi ønsker å handle til pasientens beste basert på en etisk og moralsk forankring (Martinsen, 2003).

Samtalen bør skje på et sted som ikke byr på forstyrrelser. Stedet bør formidle oppmerksomhet, støtte og nærhet for den syke. Å sette seg ned sammen med pasienten vil være med på å etablere et forhold mellom sykepleier og pasient. For mange pasienter kan det være vanskelig å spørre om ting som de er bekymret for eller usikre på. Det er dermed viktig at sykepleier er oppmerksom på dette og åpner opp for dialog. Når man skal ha en samtale med en pasient er det viktig at man forbereder seg godt, ut i fra hva man ønsker å snakke om. Man burde sette seg inn i pasientens sykdomshistorie, medikamenter og funksjon. Ved å gjøre dette vil man være mer kapabel til å svare på eventuelle spørsmål som pasienten kan komme med. Når det er snakk om kommunikasjon er det ikke alt som uttrykkes verbalt. Det er mye som kan uttrykkes ved ansiktsuttrykk, væremåte og det er dermed viktig at vi som sykepleiere er oppmerksomme på dette. Kommunikasjon og omsorg henger sammen. Som sykepleier er det viktig at vi er oppmerksomme på at smerter ofte vises gjennom nonverbal kommunikasjon, gjennom for eksempel grimaser. Da er det viktig at vi snakker med pasienten og spør hva som er årsaken (Almås et al., 2001).

For å kunne yte god omsorg til pasienten er det viktig at vi innehar kompetanse om hvordan vi kan kommunisere på en god måte. Fra et helsefaglig perspektiv betyr omsorg å ivareta og sørge godt for andre mennesker som har behov for hjelp og støtte (Eide og Eide, 2007). For å kunne yte god omsorg er det derfor viktig at vi har fagkunnskap, empati og er målorientert.

Som nevnt i teorikapittelet finnes det ulike skjema for kartlegging av smerter. Disse kan være smerteskalaer, kroppskart og spørreskjemaer. Disse ulike hjelpemidlene kan ofte kombineres for og få et helhetlig bilde av smerten. Ved for eksempel bruk av kroppskart sammen med smerteskala, kan man få større innblikk i smerten og i den videre behandlingen (Almås, 2001). Pasienter med kreft i palliativ fase, kan ofte ha smerter fra flere områder på kroppen samtidig. Det kan være vanskelig å lokalisere smertene fordi de «glir» over i hverandre. Når man skal kartlegge smerten til pasienter som har et slikt komplekst smertebilde tror jeg det er lurt at man tar en ting av gangen. Jeg tror at ved å bruke disse skjemaene kan man få mye nyttig informasjon, både om smertenens intensitet, lokalisasjon og varighet samt behandlingsoppleggets effekt. Hvis disse skjemaene skal utrette en forskjell i behandlingen må de brukes regelmessig. Jeg tror det er viktig at noen setter seg ned og sammenligner resultatene etter hvilke medikamenter som er blitt brukt. Da vil man kanskje finne ut hva pasienten responderer best på. Siden det er sykepleieren som har den daglige nære kontakten med pasienten, synes jeg det er naturlig at det er sykepleieren som foretar disse registreringene. I studiet til Seland et al., (2005) kommer der derimot frem at smerter ble hyppigere registrert av leger enn av sykepleiere ved innleggelse. Legene dokumenterte smertene mer i fritekst. Man kan undres over denne forskjellen, spesielt siden det er sykepleieren som har mest tid sammen med pasienten og dermed ofte har et bedre grunnlag til å danne seg et bilde av pasientens situasjon (Almås et al., 2001). 39 % av sykepleierne brukte standardiserte kartleggingsverktøy, dette var noe som legene ikke var særlig flinke til. I studien utført av Seland et al.(2005) kommer det fram at sykepleierne kartla pasientens smerteintensitet mer korrekt enn legene, selv om legene kartla smertene oftere. I dette studiet kom man frem til at det er et stort potensiale for forbedring, blant annet bør smertekartleggingen utføres på en mer systematisk måte.

Ved å bruke systematiske smertekartleggingsverktøy vil man få en mer reell og lik vurdering av smertene. Ved bruk av eksempelvis VAS står det skrevet at som generell regel burde ikke pasienten ha en smerteskår på over 3, og bør i så tilfelle få påfyll av smertestillende

medikamenter. Etter påfyll av smertestillende bør det etter en stund tas en ny vurdering for å kunne se effekten av det pasienten har fått (Almås et al., 2001). Ved bruk av smerteskala kan det være lettere å bli mer bevisst på ansvaret en har for å lindre smertene til pasienten.

Ved kartlegging av smerten, synes jeg også at smertehistorikken er svært relevant. Jeg tror det er viktig at man setter seg inn i pasientens tidligere opplevelser når det kommer til smerter. Tidligere erfaringer kan virke inn på hvordan pasienten reagere på smerten nå. Hvis pasienten har brukt smertestillende medikamenter tidligere, burde man derfor kartlegge hvordan effekten av de ulike smertestillende medikamentene har vært tidligere. Smerteopplevelsen kan være sammensatt av flere aspekter, dette kan være dagliglivet, helsetilstand, aktivitet, pårørende og funksjonsevne. Når man skal kartlegge smertene er det viktig at vi identifiserer pasientens problem og behov for hjelp (Bjørge, 2007). Skal kartleggingen ha noen hensikt, er det nødvendig at vi journalfører observasjoner og kartleggingen. Disse kartleggingene kan ikke benyttes ved sosial, psykisk eller åndelig smerte. Det er allikevel viktig at disse smertetyperne også blir tatt på alvor. Det kan ofte være nødvendig å samarbeide med andre yrkesgrupper, som prest, sosionom osv. Som nevnt tidligere kan sosial, åndelig og psykisk smerte virke inn på den fysiske smerteopplevelse. Jeg tror ikke smertestillende medikamenter vil lindre en pasient som har åndelige smerter. Her vil det være mer hensiktsmessig å høre med pasienten om det er noe som plager han/henne. Kanskje vil det være nødvendig for pasienten å snakke med prest eller sosionom hvis det er ting som må ordnes opp i.

Som sykepleiere skal vi ha både teoretisk og praktisk kunnskap, samtidig som vi etter hvert tilegner oss erfaringskunnskap. Martinsen skriver at for å utøve god omsorg må man inneha kvaliteter som kunnskaper, ferdigheter og organiseringsevne. Jeg tror at sykepleieren må ha en viss balanse mellom disse ulike kunnskapene for å gi en helhetlig omsorg. Om man er teoretisk god, men mangler det praktiske vil man ikke kunne yte god omsorg for pasienten. Martinsen skriver at å være faglig dyktig handler om at sykepleiere har både fagkunnskaper og praktiske ferdigheter og at disse blir til en enhet (Martinsen, 2003). Vi må forstå hvordan ulike faktorer henger sammen, vi må ha kunnskap om sykdommen og farmakologien, samtidig må vi ha en sanselig forståelse slik at vi kan se og forstå pasienten. Som sykepleiere skal vi kunne være selvstendig og ansvarsbevisst når det trengs, det stilles også krav til sykepleiere om å kvalitetssikre og forbedre sin praksis. (Bjørge, 2010).

4.3 Ansvar og lindring av smerter

Sykepleiere har sammen med legen et stort ansvar når det gjelder lindring av smerte. Fra min praksis på sykepleieutdanningen har jeg virkelig sett hvor viktig det er at sykepleieren er til stede når det gjelder utredning av smerter. Det er sykepleieren som har den nære og daglige kontakten med pasienten. Jeg mener ut fra min erfaring at det er sykepleieren som ved hjelp av observasjoner og samtale med pasienten kan si noe om hvordan smertebehandlingen fungerer. Jeg tror at det med fordel burde være noen få sykepleiere som observerer pasienten og utfører sykepleie. Dette tror jeg vil gjøre at man utvikler en gjensidig tillit og god dialog, jeg tror det vil bli enklere å se effekten av den behandlingen dersom det benyttes primærsykepleiere. Kari Martinsen sier at det er ved smertelindrende arbeid de viktigste aspektene ved sykepleien kommer til syne. Barmhjertigheten og nestekjærligheten sykepleieren viser ved å sette all sin styrke, mot og kunnskap for å lindre ett annet menneskes lidelse (Nordtvedt og Nesse, 1997).

Først og fremst er det legen som har ansvaret for den medikamentelle smertebehandlingen. Det er legen som bestemmer hvilken form for smertelindring pasienten skal ha og dosene som blir gitt. Som sykepleier skal vi administrere medikamentene, det er vi som har tilsyn med pasienten, og skal derfor observere virkning og bivirkning, forebygge komplikasjoner og kontakte legen ved behov for justeringer. Det er viktig at sykepleier og lege har en god dialog angående smertebehandlingen, med tanke på virkning og bivirkninger. Hvis det er dårlig kommunikasjon vil dette virke negativt inn på smertebehandlingen (Almås et al., 2001).

I boken *Klinisk Sykepleie* (Almås et al., 2001) står det at pasienter får dårligere smertebehandling på kvelden, natten og i helgene på grunn av at det er færre sykepleiere på vakt. Dette er noe som jeg selv har opplevd i praksis ved medisinsk avdeling. Det er en del av sykepleierens ansvar å sikre at pasienten får god smertelindring uansett tid på døgnet. Det moralske ansvaret som Martinsen sier noe om er sentralt her. For å kunne utøve god omsorg må vi føle et moralsk ansvar for å hjelpe den svake. Vi må handle til det beste for pasienten. Vi må kunne sette oss i den andres situasjon og tenke at rollene kunne være ombyttet. Dette vil forplikte til en handling som gjør at sykepleieren føler et ansvar for å hjelpe pasienten å leve det beste livet de kan. Jeg mener det er viktig at sykepleieren føler seg ansvarlig når det gjelder smertebehandlingen og dermed snakker med legen angående behovsmedisin slik at dette kan doseres opp eller ned, om legen er der eller ikke. Det burde ikke gå ut over kvaliteten på

behandlingen at legen ikke er tilgjengelig. Jeg mener det burde være mulig for sykepleiere å gi mer smertestillende uten å måtte kontakte legen hver gang det skulle være behov for det. I følge Almås et al., 2001 fungerer smertelindringen bedre ved en slik ordning. Hvis legen lager rammer for dosering av opioider, som gir sykepleieren mulighet til å justere dosen opp og ned, etter hvor sterke smerter pasienten har til enhver tid, og etter virkning/bivirkning av opioidene. Jeg mener at denne ordningen vil være det beste for pasienten. Da vil jeg som sykepleier kunne øke pasientens dose dersom jeg ser at pasienten ikke er godt nok smertelindret eller jeg vil kunne justere ned dosen dersom bivirkningene ikke er akseptable for pasientens livskvalitet. Dersom det er behov for å øke dosen utover legens rammer, må man heller kontakte legen for å få vurdert situasjonen (Almås et al., 2001).

Vi skal tenke fremover og forebygge smerter som kan oppstå. Generell god sykepleie er viktige tiltak med tanke på lindring og forebygging av smerter. Hvis pasienten ikke har fått pusset tennene eller dusjet på flere dager, hvis han er tørst eller kvalm eller ligger på et ubehagelig underlag kan dette være med på å forsterke smerteopplevelsen. Uansett hvilke smertelindrende metoder man benytter seg av, vil virkningen være dårligere dersom pasienten ikke opplever velvære (Mathisen, 2002).

Når man skal arbeide med pasienter som har kreft i palliativ fase, er det viktig at man kan yte god omsorg for pasienten. Denne pasientgruppen er avhengig av vår hjelp. Omsorg er både åndelig og fysisk (Reitan og Schjølberg, 2010). Martinsen (2003) skriver at for å yte god omsorg er det nødvendig at vi som sykepleiere har fagkunnskaper og praktiske ferdigheter som går sammen og blir til en enhet. Uten sanselig forståelse i en situasjon kan man ikke yte god omsorg. Som sykepleiere må vi både inneha fagkunnskaper om praktiske gjøremål, men vi må også sanse hvordan pasienten har det og takler situasjonen. Ut ifra erfaring vet jeg at det er en gylden mulighet å observere pasienten ved hjelp av sansene mens man utfører praktiske gjøremål.

Jeg tror at det er viktig at man sitter inne med god faglig kunnskap når man skal arbeide med smertebehandling. Det skjer stadige forandringer innenfor feltet og det er viktig at sykepleiere holder seg oppdaterte på disse forandringene. Som sykepleiere er vi pliktige til å holde oss oppdaterte for å kunne gi pasientene den beste behandlingen som er tilgjengelig. I artikkelen « Mangelfull samhandling om kreftpasienter» kommer det frem at pasienter med kreft opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om smerter og lindring. Det kommer også frem at

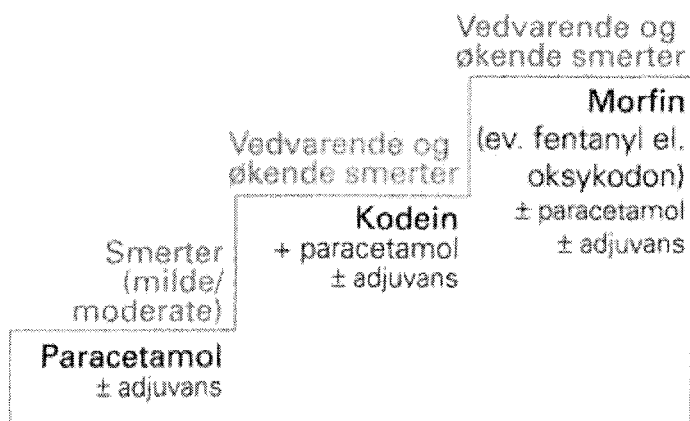
pasientene også har fått dårlig informasjon om plager som kan oppstå i tiden fremover. Jeg mener at sykepleiere har et personlig ansvar for å ha nødvendig kunnskap innenfor arbeidsfeltet og den nye kunnskapen som stadig dukker opp. I artikkelen «*Den vanskelige omsorgen*» (Hoffman & Lyngstadaas, 2005) kommer det frem at det er manglende kunnskap, kompetanse og dårlig organisering av behandlingen som er årsaker til at pasientene ikke får optimal smertebehandling. Jeg tror nok at det for mange kan være en utfordring å holde seg oppdaterte til en hver tid. Som sykepleierstudent har jeg opplevd at helsepersonell ikke har mulighet til å oppdatere seg i arbeidstiden fordi tiden rett og slett ikke strekker til. Et tiltak en kan sette inn kan være at det er noen på sykehuset som har spesialkompetanse innenfor kreftsmerte, som sykepleieren kan henvende seg til for å få hjelp hvis det er noe som er uklart. En slik ressursperson tror jeg kan være med på å sikre kvaliteten på smertebehandlingen. Dette tror jeg nok kan føre til at sykepleierne føler en trygghet, ved at de vet at de kan henvende seg til noen om de er usikre. Kanskje er det nødvendig at en slik fagperson kommer på avdelingen og holder kurs for de ansatte. Da vil man kunne komme med problemstillinger som man møter i det daglige arbeidet.

Manglende informasjon til pasienten om smerter og smertebehandling er en årsak til at smertebehandlingen ikke er tilstrekkelig (Almås et al., 2001). Man er også avhengig av at helsepersonell holder seg oppdaterte og dermed kan forklare pasienten viktigheten av at pasienten sier fra når det oppstår smerter. Jeg har selv opplevd at pasienter ikke ønsker smertestillende selv om de har vondt, mange er redde for å bli avhengige eller ønsker ikke å være døsig utover dagen. Dette kan by på utfordringer i smertebehandlingen. Jeg mener at det er viktig at man er tro mot pasientens ønsker, og man skal ikke overkjøre det den enkelte. Pasienter har krav på medvirkning, dette er stadfestet i pasientrettighetsloven. I § 3-1 står det at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (Lovdata, 1999). Kanskje kan man i enighet komme fram til et behandlingsopplegg som lindrer tilstrekkelig samtidig som pasienten ikke føler seg døsig. Jeg tror det er svært positivt for behandlingen av smerter at pasienten selv deltar, det vil ikke bare gi en følelse av kontroll men vil også være med på å oppnå bedre lindring av smerter. Det er vanskeligere å behandle smerter som har oppstått enn å forebygge dem. Om man starter tidlig med smertebehandling er det lettere å gi god smertelindring gjennom alle fasene i sykdommen. (Tønnesen, 1994). Grunnen til at vi burde gi smertestillende på faste tider og ikke bare ved

behov, er fordi hjernen har langvarig hukommelse for smerter. Dette betyr at smerteintensiteten påvirkes av tidligere erfaringer med smerter. Det skal dessuten en større dose smertestillende medikamenter til for å lindre smerter som har rukket å bli sterke, samtidig tar det lengre tid før de virker (Almås et al., 2001).

Som nevnt tidligere er det sykepleierens ansvar, sammen med legen å sette i verk smertestillende tiltak. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet retningslinjer for behandling av kreft smerter, dette er smertetrappen. Jeg tror at slike grunnleggende retningslinjer kan være gode å støtte seg til, men det er allikevel viktig at man ikke bruker denne smertetrappen som en fasit. Smertetrappen som brukes med kreft smerter er en modifisert utgave av smertetrappen som brukes ved generelle smerter. Denne har 4 trinn. Hvis pasienten opplever svært sterke smerter første gang de opptrer, må man kanskje begynne på trinn nummer 2 (Borchgrevink et al. 2004).

Smertetrapp



Jeg synes det er ganske oppsiktsvekkende at det viser seg at leger ikke bruker retningslinjene til Verdens Helseorganisasjon når det gjelder smertelindring til kreftpasienter. Det er dokumentert at de fleste pasientene kan smertestilles effektivt ved riktig bruk av smertetrappen (Holtan et al., 2005). Jeg synes at dette er retningslinjer som alle som arbeider innenfor kreft og smerter burde være godt kjent med. Undersøkelsen visste at denne kunnskapen var mangelfull. Det ble funnet store svikt i prinsippene rundt smertebehandlingen.

Ved bruk av smertestillende medikamenter til kreftpasienter opplever de aller fleste tilfredsstillende smertelindring ved bruk av peroral behandling. Noen ganger er det nødvendig at man benytter seg av smertestillende som ikke er perorale, det er ikke alltid pasienten klarer å ta tabletter på grunn av kvalme eller oppkast. Enkelte ganger kan det være u hensiktsmessig med peroral behandling, særlig hvis dosene er store. Hvis dette problemet oppstår kan man benytte seg av trinn 4 på smertetrappen. Transdermalt fentanyl eller smerteplaster setter man på huden og kan sitte i ca. 3 døgn. Fentanyl er 100 ganger mer potent enn morfin. Dette plasteret gir kontinuerlig ut smertestillende medikament, en viss mengde per time. Ved behandling av smerter snakker man ofte om det terapeutiske vindu. Terapeutisk vindu er det man ønsker å oppnå ved smertelindring, målet er at man skal ha god smertelindring med en jevn konsentrasjon av smertestillende medikamenter i blodet, samtidig som man ønsker å unngå uakseptable bivirkninger ved for høy dose (Kaasa, 2010).

Bivirkninger som vi skal være oppmerksomme på ved bruk av opioider er blant annet respirasjonsdepresjon, kvalme, brekninger, obstipasjon, sedering og risiko for avhengighet. Smerter er respirasjonsstimulerende og motvirker tendens til hyperventilering (Almås, et al., 2001). Som sykepleier er det derfor vår oppgave å følge med pasientens respirasjonsfrekvens godt når vi gir sentraltvirkende analgetikum. Som sykepleier er det viktig at man observerer når pasienten er godt nok smertelindret samtidig som vi er oppmerksomme på alle bivirkningene og forebygge at de oppstår, slik at vi ikke påfører unødig lidelse for pasienten.

4.4 Kan komplementær behandling hjelpe?

Komplementær medisin brukes som støttebehandling og symptomlindrende samt for å øke pasientens følelse av velvære og opplevd livskvalitet. Det er ikke snakk om at denne typen behandling virker helbredende på selv sykdommen (Risberg, Nilsen og Wist, 2010).

Jeg mener det er viktig at sykepleiere har litt kunnskap om alternativ behandling. Alternativ behandling kan brukes med eller uten smertestillende medikamenter. Annenhver kreftpasient begynner å bruke en eller annen alternativ behandling eller medisin i løpet av sykdomsforløpet. Interessen for komplementær medisin har vokst de siste årene. Det er viktig at ved bruk av disse formene for behandling må dette dokumenteres i journal (Risberg, Nilsen og Wist, 2010).

Musikkterapi: Lyd og musikk kan gi positive opplevelser. Undersøkelser som er gjennomført innen bruk av denne behandlingsformen viser til både psykiske og fysiologiske helseeffekter. Pasienter har rapportert om effekt både ved stress, angst, depresjon og smerter. Dette mener jeg er et tiltak som enhver sykepleier kan være behjelpelig med. Sykepleieren kan sette seg ned sammen med pasienten å høre hva som er favorittmusikken. Kanskje kan pårørende ta med musikk hjemmefra. Avspenningsmusikk er noe som man også kan få tak i, dette kan være et godt tiltak dersom pasienten stiller seg positiv til det.

Massasjeterapi: For mange som opplever smerter kan massasjeterapi være med på å lette litt på smertene. Massasje virker både smertelindrende og avslappende. Samtidig som massasje er et godt smertelindrende tiltak vil en som sykepleier kanskje gjennom massasjen kunne få bedre kontakt med pasienten. Å massere med smertelindrende salver er noen ganger nødvendig og effektivt. Dette gir sannsynligvis en lokal virkning av medikamentet samtidig med virkningen av selve massasjen. Virkninger av medikamentelle salver er best når huden er varm, porene er åpne og karene i huden er dilaterte. Da er det lettere for salven å trekke gjennom huden. Dette er et tiltak som kan benyttes i stellesituasjoner. En trenger ikke å holde på over lengre tid, men en fotmassasje eller en ryggmassasje kan være nok for at pasienten føler seg ivaretatt. Jeg tror at det kan være et verktøy for å skape nærvær og kontakt mellom sykepleier og pasient.

Akupunktur: Ved akupunktur stikkes hårtynne nåler under huden i områder definert som akupunkturpunkter hvor man mener at man kan påvirke energistrømmene i kroppen. Dette er ikke noe som sykepleiere utøver. Man må være utdannet akupunktør.

5.0 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg gjort en litteraturstudie som omhandler sykepleierens rolle ved smertelindring til voksne pasienter med kreft i palliativ fase, på medisinsk avdeling. Som sykepleier har vi mange viktige oppgaver for at pasienten skal oppleve god smertelindring. Siden smerter er en subjektiv opplevelse og derfor vanskelig å forklare for andre, er det viktig at vi har en god dialog med pasienten. En god dialog vil være viktig for å skape tillit, trygghet og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Denne dialogen er viktig for å kunne kartlegge smertene så nøyaktige som mulig.

Som sykepleiere er det viktig at vi formidler omsorg til den syke. Omsorgsbegrepet inneholder tre dimensjoner. Omsorg er relasjonelt, praktisk og moralsk. Det er nødvendig at sykepleiere innehar disse tre dimensjonene for å utøve god omsorg. Det relasjonelle aspektet handler om at vi må være engasjerte og vise interesse for de problemene som pasientene opplever. Vi må prøve å sette oss inn i pasientens situasjon. I det praktiske aspektet handler det om den praktiske utførelsen. Det betyr at vi må hjelpe pasienten med bakgrunn av pasientens behov og vårt svar på dette. Vi må dermed se pasientens muligheter og begrensninger. Dermed å tilpasse hjelpen etter dette. I enhver omsorgssituasjon inngår både avhengighet og makt. Makten må brukes på en moralsk ansvarlig måte. Det moralske aspektet handler om at vi skal handle til det beste for pasienten i enhver handling. Vi skal bruke makten til å hjelpe pasienten å leve det beste livet han/hun er i stand til.

Som sykepleier er det viktig at vi innehar høy fagkompetanse angående kreft, smerter, og smerteforebygging. Hvis vi ikke innehar den fagkompetansen som er nødvendig, vil ikke smertelindringen være tilstrekkelig. I litteraturstudiet kommer det fram at denne pasientgruppen opplever mye smerter. Det kommer samtidig fram at helsepersonells oppfatning av pasientens smerte er underestimert. Det er dermed dårlig sammenheng mellom pasientens opplevde smertegrad og smerten helsepersonell oppfatter at pasienten har. Helsepersonell er ikke flinke nok til å bruke de retningslinjene for smertelindring og medikamentell behandling som er tilgjengelige. Dette er noe som absolutt burde jobbes mer med. Etter dette studiet ser jeg at det er nødvendig å fokusere mer på sykepleierens kompetanse i smertelindringen, slik at pasienter med

kreft opplever en god og verdig smertelindring. Jeg tror at hvis vi øker kompetansen til sykepleierne vil dette føre til økt smertelindring hos pasientene.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

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

Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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.

Jacobsen, D., Kjeldsen, E. S., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K. (2002). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Mathisen, J. (2002), Sykepleie ved livets slutt. I: N. J. Kristoffersen (red), *Generell sykepleie 2-pasient og sykepleier- samhandling, opplevelse og identitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur

Björgmo, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I: A.M. Reitan og T.K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling*, 3utg. Oslo: Akribe forlag AS (s.194-212). **Sum 18 sider**

Borchgrevink, P.C., Klepstad, P., Kongsgaard, U.E., og Kaasa, S. (2004, 5.februar). *Bruk av opioider mot sterke kreftrelaterte smerter*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/967572>

Hoffman, B., Lyngstadaas, A. (2005). Den vanskelige omsorgen. *Sykepleien*, 93 (17), 26-31. doi: 10.4220/sykepleiens.2005.0041. **Sum 5 sider**

Kirkevold, Marit (2006) *Sykepleieteorier- Analyse og evaluering*. Gyldendal Norsk Forlag AS (s. 168-175). **Sum 13 sider**

Kreftregisteret. (2011, 1.april). *Krefttrender*. Hentet 5.april 2012 fra <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Krefttrender/>

Kreftforeningen. (2012, 14 februar). *Lindrende behandling og smertebehandling*. Hentet 5.mars 2012 fra http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/behandling/lindrende_behandling_og_smertebehandlig_3320

Kreftregisteret. (2011, 30.juni). *Kreftstatistikk*. Hentet 1.april 2012 fra <http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F., Skaug, E-A (red) (2011) *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s. 247-278). **Sum 31 sider**

Kaasa, S. (2007). Smertebehandling. I: S. Kaasa.(red.), *Palliasjon: Nordisk Lærebok*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s. 261-269). **Sum 8 sider**

Kaasa, S. (2007). Smertediagnostikk. I: S. Kaasa.(red.), *Palliasjon: Nordisk Lærebok*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s. 285-310). **Sum 25 sider**

Kaasa, S. og Borchgrevink. C. P (2007) Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon: Nordisk Lærebok*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s. 271-283). **Sum 12 sider**

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk- filosofiske essays*, 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS (s. 75-78, 14-20). **Sum 9 sider**

Martinsen, K. (1990) *Moderne omsorgsbilder*, 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s.62-97). **Sum 35 sider**

Nordtvedt, F., Nesse, J.O. (1997) *Smertelindring: utfordring og muligheter*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS. (s.13-24, 37-65). **Sum 39 sider**

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juni 1999 nr. 63.*

Hentet 20.mars 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#3-1>

Regjeringen. (2008, 25. januar). *Rammeplan for sykepleierutdanning.* Hentet 15. mars 2012 fra

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleier_ utdanning_08.pdf

Reitan, A.M., Schjølberg, T. K (red) (2010) *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling.*

(s.194-211). **Sum 17 sider**

Risberg,T., Nilsen, G.O., og Wist, E. (2010), Alternativ og komplementær behandling. I: S.

Kaasa.(red.), *Palliasjon: Nordisk Lærebok*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s.180-193).

Sum 13 sider

Rosland, J. og Tjølsen, A. (2007) Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I: S.

Kaasa (red.), *Palliasjon: Nordisk Lærebok*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s. 311-

325). **Sum 14 sider**

Seland, M., Kaasa, S., og Klepstad, P. (2005, 22.september). *Symptomregistrering hos*

kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1259252>

Tønnesen. T, (1994). *Smerter og andre symptomer hos cancerpatienter.* 2 utg. Oslo:

Universitetsforlaget (s.13-36,157-187). **Sum 53 sider**

Valberg et. al (2010) Kreftpasienters barriere mot smertebehandling (s. 266-276). I Tidsskriftet

Sykepleien nr.4. **Sum 11 sider**