



Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter?

Kandidatnummer: 591
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
Emne 14

Antall ord: 9534
Dato: 22.april 2019



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 22.april 2019
<p>Tittel Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien har tatt utgangspunkt i sykepleiers funksjon- og ansvarsområde, palliasjon, kreft, smerter og kartlegging. Ulike årsaker til kreftsmarter nevnes, samt viktigheten av å ta pasienten på alvor og tro på pasientens opplevelse av smertene. Det komplekse med smerter forklares ved hjelp av Cicely Saunders begrep om «total pain», hvor den psykiske, fysiske, sosiale, åndelige og eksistensielle smerten blir satt inn i forskjellig tenkelige kontekster. Dette er blitt brukt for å belyse hvilken kompleksitet sykepleier må kunne håndtere i møte med kreftpasienter på lindrende avdelinger ved sykehjem.</p> <p><u>Metode</u> Metoden er en litterær studie hvor det er benyttet fag- og forskningslitteratur samt pensum- og egenvalgt litteratur. Faglitteratur er funnet gjennom Oria som en skolens database. Forskningslitteratur er funnet via Cinahl, Google scholar og sykepleien. Emneord og PICO er brukt for å systematisere søkene mine.</p> <p><u>Drøfting</u> Forskning belyser hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at palliative kreftpasienter blir bedre smertelindret, noe som kan føre til bedre livskvalitet i den gjenværende tiden. Både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak kan iverksettes i møte med kreftpasienter for å lindre smerter. Kunnskapsnivået hos sykepleiere må forbedres og kartlegging må bli mer systematisk.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er mangel på kunnskap om smerter og smertelindring både hos sykepleier og pasient. For at smertelindringen skal bli optimal må man øke kompetansen, samt lytte til pasientens subjektive opplevelse av smerten. Sykepleier må opparbeide en relasjon slik at informasjon om pasientens smerte blir tatt på alvor, og tiltak blir iverksatt og korrigert underveis. En god dialog med pasienten vil være det viktigste, men ESAS-r burde brukes som en supplerer for å kunne oppdage symptomer som påvirker den totale smerte og kompleksiteten.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning.....	2
2	Teori.....	3
2.1	Sykepleiefaglig relevans.....	3
2.2	Palliasjon.....	3
2.3	Lindrende enheter ved sykehjem.....	4
2.4	Hva kjennetegner kreftsmarter?	4
2.4.1	«Total pain»/helhetelig smerte	6
2.4.2	Smerte er subjektivt.....	7
2.5	Kartlegging og observasjon.....	8
2.6	Relasjon mellom pasient og sykepleier.....	9
3	Metode	11
3.1	Litteratursøk og søkehistorikk	11
3.2	Kildekritikk	12
4	Presentasjon av forskningsresultater	14
5	Drøfting	16
5.1	Det første møtet med pasienten på lindrende enhet.....	16
5.2	Total pain	20
5.3	Barrierer for smertelindring.....	22
5.4	Smerte er subjektivt.....	24
5.5	Kartlegging og observasjon.....	25
6	Konklusjon	28
	Referanseliste.....	29

1 Innledning

Sykepleier har et utfordrende ansvar ved å lindre symptomer hos palliative kreftpasienter, og spesielt smerte fordi det er omfattende. I 2017 ble det diagnostisert 33 564 nye tilfeller av kreft (Kreftregisteret, 2018). I 2017 døde totalt 40 774 personer i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2018). Av disse døde 10 370 av kreft, som også var det hyppigste dødsårsaken samme år (Folkehelseinstituttet, 2018). Hos pasienter med langtkommet kreftsykdom har mer enn 70% smerter som krever lindring. God smertelindring vil bidra til bedre funksjon, livskvalitet og redusere psykososiale problemer (Kongsgaard, 2017, s.181). Trenden man ser over et perspektiv på de siste 15-20 årene er at befolkningen som er over 65 år øker, og i takt med dette øker krefttilfellene og komorbiditeten. Samtidig har kurasjonsmuligheten i liten grad bedret seg for de største kreftformene. Denne utviklingen krever kunnskap om palliativ behandling også i kommunehelsetjenesten, da pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten (Kaasa & Loge, 2016, s.46).

Etter samhandlingsreformens tiltredelse stilles det større ansvar til kommunene, da pasientene skrives ut raskere fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Pasienter som er «døende» er definert som utskrivningsklare, og de vil bli skrevet ut til kommunehelsetjenesten. Pasientene som blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten, og som trenger lindring og videre tett oppfølging kan bli lagt inn på lindrende enheter i kommunehelsetjenesten. Dette er blitt opprettet i mange kommuner, og har ofte en tilknytning til sykehjem (Trier, 2013, s.983).

Smerte i palliativ fase er fryktet hos palliative kreftpasienter. Smerte kan avle smerte, og hvis ikke smerte blir behandlet eller indentifisert blir smerten forverret (Reitan, 2017). Frihet fra smerte er assosiert med en god og verdig død mener pasienter, pårørende og sykepleiere (Steindal, 2012, s.23). Noen pasienter kan være mer redd for smerter eller andre symptomer på døden, enn selve døden (Myashita, referert i Lorentsen & Grov, 2016, s.426).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ut ifra egne erfaringer har jeg opplevde at kreftpasienter som er vært innlagt på lindrende avdeling i sykehjem ikke har fått god nok lindring. Dette har ført til frustrasjon blant pasienten, pårørende og sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg vil belyse hvordan sykepleier kan bidra til å gjøre dagene som er igjen av livet til pasienter som har kort forventet levetid, så gode som mulig. Jeg har da kommet frem til denne problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter?»

1.3 Avgrensning

Smertebehandling er et stort tema, og det har derfor vært nødvendig å gjøre noen avgrensninger ut i fra oppgavens tidsrammer.

Palliasjon på lindrende enheter i sykehjem forekommer til alle pasientgrupper, men jeg velger å fokusere på kreftpasienter. Pasienten er innlagt på en lindrende enhet i sykehjem. Hovedtyngden av pasientene som er innlagt på lindrende enhet vil være eldre, men det er også et tilbud til yngre pasienter (Melby, Das, Halvorsen & Steihaug, 2017, s.23). Når man er i alderen 60-74 blir man regnet som eldre, men i mange sammenhenger er også de over 75 år regnet som eldre (Myrstad, 2015). Det at det kan være stor aldersspredning på de innlagt pasientene er en utfordring med tanke på hvor pasienten er i livet. Pasientene som jeg har valgt å inkludere har kreft i palliativ fase, hvor lindring av smerte er utfordringen. Jeg har valgt fokusere på den fysiske smerten, kartlegging og observasjon. Smerte er et komplekst tema og det vil være naturlig å nevne faktorer som kan påvirke den fysiske smerten som psykisk, sosial samt åndelig og eksistensiell smerte. Pårørende spiller ofte en viktig rolle for pasienten og kan være både barn og voksne. De har rettigheter og kan være en ressurs for pasienten. Jo mindre pasienten klarer å ta vare på seg selv, desto flere rettigheter har pårørende. Ivaretagelse av pårørende er en stor del av jobben som sykepleier, men i denne oppgaven er det ikke mulighet til å belyse dette temaet på grunn av oppgavens omfang. Jeg har valgt å ikke fokusere på medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak selv om dette i praksis er en viktig del av smertelindring til palliative kreftpasienter. Tiltak vil bli nevnt, men ikke drøftet. Kartlegging og observasjon vil være gjennomgående i oppgaven.

2 Teori

2.1 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleieren lindrende funksjon skal begrense lidelse av sykdom. Det kan sykepleier gjøre ved å begrense pasientens sosiale, psykiske og fysiske belastninger. For å kunne lindre smerte må man lytte til pasienten for å forstå hvilken lidelse pasienten har som går ut over livskvaliteten. Sykepleier må i den lindrende funksjonen rette fokus mot pasientens livskvalitet, erfaringer og opplevelse av lidelsen og sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.22).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sitt formål er å sikre befolkningen god kvalitet og rettigheter på helse- og omsorgstjenester. Pasienter har rett på nødvendig helsehjelp i kommune- og spesialhelsetjenesten §2-1 a-b. §3-2 sier at pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Mulige bivirkninger og risikoer skal informeres til pasienten. Helsepersonelloven (1999) sitt formål er å bidra til sikkerhet for pasienter samt kvalitet i de tjenestene som ytes i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell skal i følge §4 yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellets kvalifikasjoner. I de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.9 står det «sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Florence Nightingale vektlegger sykepleierens evne til grundig og målrettet observasjon av pasientens kliniske tilstand. Når sykepleier skal lindre er det hensiktsmessig å kunne gjøre gode observasjoner, for å legge merke til symptomer på lidelse hos pasienten. En sykepleier må vite hva som skal observeres og hvordan, hvilke observasjoner som betyr bedring og forverring, og hva som er dårlig og god pleie. Målet for sykepleiere er å kunne observere slik at det fremmer helse og velvære hos pasienten. Sykepleiers ferdigheter innenfor observasjon danner grunnlaget i teoretisk kunnskap som man utarbeider gjennom klinisk erfaring og sansing. Dette i kombinasjon, i møte med pasienter, gjør sykepleier bedre rustet til å kunne gjøre vurderinger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23-24).

2.2 Palliasjon

Palliasjon defineres som en tilnærming for å fremme livskvalitet. Dette gjøres gjennom forebygging, lindring ved tidlig identifisering og vurdering av smerte. Man skal kartlegge og

behandle smerte samt andre symptomer som psykososiale, fysiske, sosiale og åndelige aspekter (WHO, 2019). Den palliative fasen kan være av forskjellige lengder, avhengig av hvilken sykdom pasienten lider av. Felles er at kurativ behandling ikke lenger er mulig, og sykdommen er blitt så alvorlig at den truer pasientens liv. Den palliative fasen deles inn i 3 faser. Fase 1 er den tidlige palliative fasen hvor behandling fortsatt foregår, hvor pasienten fortsatt vil motta målrettet livsforlengende behandling. Fase 2 er sen palliativ fase, som typisk varer noen måneder og aktiv sykdomsrettet behandling er avsluttet. Fase 3 er palliativ terminal fase som varer fra uker til dager, hvor pasienten er døende. Pasienter som er på lindrende avdelinger kan være i alle disse fasene (Jespersen & Lundorff, 2019, s.264).

2.3 Lindrende enheter ved sykehjem

Målet med all pleie, behandling og omsorg i de palliative fasene er å bidra til bedre livskvalitet til pasienten og familier, som står ovenfor livstruende sykdom (Jespersen & Lundorff, 2019, s.265). Målgruppen for palliative enheter er alle pasienter, både unge og gamle, med alvorlig sykdom, kort forventet levetid og behov for palliative tjenester i kommunehelsetjenesten (Trier, 2016, s.938). Med kort forventet levetid menes vanligvis mindre enn 6-9 måneder. Selv om det er kriteriene vil de fleste som henvises inn på lindrende avdeling leve kortere, i gjennomsnitt 2-3 måneder (Kaasa & Haugen, 2006). Pasientene kan komme fra hjemmet eller fra sykehus. De kommer til lindrende avdelinger for justering av symptomlindrende behandling, planlegging av videre oppfølging og optimalisering av funksjon. Det kan være kort- eller langtidsopphold for å kunne avlaste pårørende eller for å symptomlindre inntil døden inntreffer (Helsedirektoratet, 2015a, s.158).

2.4 Hva kjennetegner kreftsmarter?

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet i form av slik skade» (IASP, 2017). Definisjonen viser til smerte som en subjektiv og sammensatt opplevelse.

Kreftsmarter kan være en sammensatt opplevelse av akutt smerte, kronisk smerte, tumorspesifikk smerte og behandlingsrelatert smerte samtidig som psykologiske faktorer spiller inn. Ved kreftsykdom er prevalensen av depresjon forekommet hos ca 25%, og mer

enn halvparten får symptomer på angst. Psykososiale komponenter spiller en viktig rolle inn på smerteopplevelsen (Werner & Ventzel, 2019, s.229). Kreftsmarter kan inneholde mange forskjellige komponenter og disse påvirker og forsterker smerteopplevelsen. Kreftrelaterte og behandlingsrelaterte smerter kan ligge i bunn. Hvis pasienten har angst, depresjon, andre bivirkninger av for eksempel behandling eller komorbiditet kan dette påvirke livskvaliteten, opplevelsen av lidelse og selve smerteopplevelsen (Werner & Ventzel, 2019, s.240).

Gjennombruddssmerter er et stort problem for de fleste smertepasientene. Hos kreftpasienter forekommer gjennombruddssmerter hos mellom 25-95% av pasientene. Smertene avhenger av krefttype og utbredelse. Gjennomsnittlige smerteepisoder av gjennombruddssmerter er seks ganger per døgn, hvor smerteintensiteten på NRS er 7 eller høyere (Werner & Arendt-Nielsen, 2019, s.87). NRS(numerisk skala) er en tallskala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Danielsen et al., 2016, s.398). Gjennomsnittlig varighet på et slikt smertegjennombrudd er 30 minutter. Slike gjennombruddssmerter er et problem for pasienten, og påvirker psykologiske, mentale og kroppslige funksjoner. I tillegg vil det gå ut over livskvaliteten til pasienten. Gjennombruddssmerter kan forekomme ved bevisste fysiologiske funksjoner som svelging eller bevegelse. Det kan også forekomme ved autonome funksjoner som brekninger, respirasjon, tarmfunksjon eller vannlatning. Gjennombruddssmertene kan provosere frem angst og gi begrensninger i hverdagen (Werner & Arendt-Nielsen, 2019, s.87).

Smerte påvirkes av pasientens tidligere erfaringer, genetiske sammensetning og sykdomshistorie. Smerte er et advarselssignal som gjør at vi mennesker og dyr overlever (Baastrup, Dahl, Arendt-Nielsen, Jensen, 2013, s.15). Smerter kan deles inn i nociseptive smerter, nevropatiske smerter, idiopatiske smerter og psykogene smerter (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s.386)

Vevssmerter (nociseptive) er smerter som utløses av stimulering av smertereseptorer ved ødeleggelse av vev eller en prosess som kan føre til vevsødeleggelse. Nociseptive smerter er oftest akutte og kan forekomme av at en kreftsvulst vokser (Danielsen, 2017, s.386). Nocireseptorene finnes i mange ulike typer vev; muskler, hud, beinhinne og sener. Denne type smerte er ofte skarp og kan lokaliseres til det aktuelle organet som er rammet av kreftsykdom (Rosland & Tjølsen, 2016, s.330).

Nervesmerter (nevrogene eller nevropatisk) er smerter som er forårsaket av dysfunksjon eller skade i nervesystemet enten i det sentrale nervesystemet eller det perifere (Danielsen, 2017, s.387). Det er en skade på nervesystemet som overfører nerveimpulser til hjernen (Borchgrevink & Fredheim, 2016). Hvis en nerve blir skadet kan det gi smerter som er konstante, sviende, brennende, smerte i huden, stikkende, snørende eller klemmende smerte. En del kreftpasienter har nevropatiske smerter ved langtkommet kreft (Borchgrevink & Fredheim, referert i Danielsen, 2016, s.388). Idiopatiske smerter er smerter som forekommer hos pasienter som ikke har en vevskade eller psykisk lidelse som kan gi smerte (Borchgrevink & Fredheim, 2016). Psykisk (psykogen) er smerte som har psykiske årsaker. Kroppslig smerte kan gi psykisk smerte, og omvendt (Kongsgaard, 2017, s.183).

Smerte kan ha andre årsaker enn vevsskade, og er et sammensatt fenomen som influeres av psykiske, fysiske, kulturelle, åndelige og eksistensielle forhold. Smertene kan være akutte eller langvarig og i kombinasjon med faktorene nevnt ovenfor kan det være vanskelig å formidle smertene for pasienten. Smerter påvirker pasientens livskvalitet og kan være vanskelig å forstå for sykepleier. Smertene hos kreftpasienter har ulike årsaker fordi smertene avhenger av tumortype, lokalisasjon og utbredelse. Endring i smertemønster kan være et tegn på at tumoren vokser eller at den metastaserer (Kongsgaard, 2017, s.181). Det er mange ulike årsaker til kreftsmarter. Tumoren kan trykke på nærliggende vev, innvekst i nervevev som kan føre til nerveskade, spredning til andre organer, hinnermerter fra for eksempel bukhinne eller lungesekken eller obstipasjon på grunn av tumor. Det kan også oppstå ikke-maligne smerter på grunn av kreftsykdommen som eksempel trykksår, feilbelastning av muskelskjelett eller mukositt (Kongsgaard, 2017, s.182).

2.4.1 «Total pain»/helhetelig smerte

Cicely Saunders var grunnleggeren av begrepet «total pain» eller helhetelig smerte/total smerte i 1964. Hun opprettet det første hospiset og med en tankegang om «total pain» moderniserte det den palliative omsorgen. Saunders så på smerte som noe mer enn bare det fysiske. Hun hadde en helt ny måte å tilnærme seg døende på ved at hun kombinerte oppmerksomheten rundt sosiale, psykiske, følelsesmessige og åndelige/eksistensielle forhold. Disse faktorene spiller inn på den fysiske smerten til pasienten. I dag er dette grunnlaget for hospiceprinsippene og de er med på å gi god pleie til palliative pasienter (Clark, 2018, s.125).

Smertebegrepet i hospicefilosofien har en bred betydning, hvor smerte ikke bare er assosiert med vevsødeleggelse. De fysiske smerte innebærer ikke bare pasientens subjektive opplevelse på symptomer som tørste og kvalme, men også tap som kan relateres fysiske funksjoner og kroppslige grenser. Psykisk smerte kan komme til syne gjennom følelsesmessige reaksjoner som relateres til de tapene som pasienten opplever i møte med alvorlig sykdom, tap, lidelse og død. Det sosiale aspektet ved smerte kan omfatte bekymringer for arbeid, økonomi og familie, institusjonalisering, avhengighet, tap av relasjoner, roller, fremtid og ensomhetsopplevelse. Den åndelige og eksistensielle dimensjonen kan relateres til pasientens opplevelse av håp og mening med livet. Hvis eksistensen til personen er truet, vil smerten være assosiert med meningsløshet og eksistensiell ensomhet. Det kan komme frem når pasienten nærmer seg livets slutt at pasienten har ting som er ubearbeidet, livserfaringer eller forhold som pasienten begynner å tenke på når sykdom fører til død og man kanskje har fått en antatt levetid. Poenget her er at de fire faktorene påvirker hverandre og for å vise til at lidelse oppleves på ulike plan. For de som er syke er det ikke sikkert de opplever lidelse med slike klare skillelinjer, men heller at smerten oppleves som en sammensatt smerte. Smerte må ses i sammenheng med livssituasjonen til pasienten. Psykisk smerte påvirker fysisk smerte, og omvendt. Den totale smerten er subjektiv og kompleks, og den kan man som sykepleier få høre gjennom pasientens egen opplevelse (Trier, 2016, s.898).

2.4.2 Smerte er subjektivt

Mennesker er forskjellige å reagere ulikt på smerte og smertelindring, noen er mer følsomme enn andre. En har ulik følsomhet for forskjellige type smerter. Kjønn, alder, personlighet, arv og miljø er bare noen av grunnene til at smerte er viktig å se på som en subjektiv opplevelse. Kroppens smertemodulerende systemer består av proteiner og reseptorer. Dette er produkter av gener, og gener er forskjellig fra person til person. Derfor er det forskjell i hvordan personer kan håndtere smerte og smertefølsomhet. For at smertestillende skal fungere må det bli tatt opp og fordelt i kroppen. Hvor raskt det blir skilt ut av kroppen påvirker også virkningen av smertestillende. Desto lenger man har smertestillende i kroppen jo lengre virkning har det på personen. Eldre folk med lav metabolisme vil skille ut legemidler saktere enn unge folk, og vil derfor påvirke smertelindringen (Skorpen, 2016, s.354). Det kan være vanskelig å definere smerte for den som er utsatt, dette gjør det vanskelig å tilfredsstille behovet man har for smertestillende. Bare den som selv kjenner smerten, kan vite hvordan den føles, hvor intens den er og hvor lenge det varer. Personen med smerter kan prøve å

forklare smertene, men det blir ofte ufullstendig, selv om den andre personen ønsker forstå. Hvis sykepleier som skal hjelpe pasienten med smertelindring, ikke oppfatter smertebeskrivelsen som pålitelig kan pasienten føle seg ensom, forlatt og hjelpeløs. Enkelte smerter er lette å observere og de blir ofte møtt med forståelse. Det kan være hvis man er hoven, utspilt mage eller feilstillinger av ledd. Ved mange smertetilstander, og da spesielt de kroniske smertene har ikke pasienten nødvendigvis noen kliniske tegn på smerte, og man er avhengig av å bli trodd på. Å ikke bli trodd kan i mange tilfeller være verre enn selve smerten (Danielsen et al, 2016, s.383).

2.5 Kartlegging og observasjon

Systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging av pasientens symptomer hjelper til med å stille en riktig smertediagnose og bidrar til god smertelindring (Knudsen & Kaasa, 2016, s.387). Når man skal kartlegge smerter trenger man informasjon om smertens lokalisasjon, intensitet, kvalitet, variasjon og varighet. Ved å kartlegge kan man lettere finne ut hva som lindrer smerte, og hva som forverrer smerten. Dette er med på å bevisstgjøre og lære pasienten og sykepleier å kjenne smerten slik at den bedre kan lindres tilstrekkelig (Baastrup mfl., referert i Danielsen et al., 2016, s.388). Når man kartlegger legger man grunnlaget for å kunne planlegge, iverksette og lettere å se effekten av tiltakene man iverksetter. Ved at forskjellige sykepleiere bruker samme kartleggingsverktøy vil vurderingen av smertene bli sammenlignbare fra gang til gang (Danielsen et al., 2016, s.390).

Siden smerte er et sammensatt fenomen vil det være naturlig å kartlegge hva som kan påvirke smerten, og da kan ESAS-r skjema være et supplement til den gode dype samtalen. Det er et skjema med 10 kategorier hvor pasienten skal selvrapportere. Skalaen går fra 0 til 10, hvor 10 er verst tenkelig plage, og 0 er ingen plage. Punktene som man skal avgjøre er smerte, slapphet, døsighet, kvalme, nedsatt matlyst, tung pust, depresjon, angst, velvære og tillegg kan man legge til et ekstra problem dersom det skulle være aktuelt. Det er kun et av punktene som berører smerte, men siden ofte disse symptomene opptrer samtidig og kan forsterke smerteopplevelsen er det hensiktsmessig å bruke ESAS-r for å bidra til å få et helhetsinntrykk av situasjonen (Lorentsen & Grov, 2016, s.410).

Ved smertelindring må sykepleier bruke sitt klinisk blikk for å kunne danne seg et inntrykk av hvordan pasienten opplever smerten. Objektive tegn på smerte kan være ansiktsuttrykk,

kroppsholdning, emosjonelle uttrykk, hudfarge, respirasjonsmønster, svetting, økende pulsfrekvens og blodtrykk (Danielsen et al., 2016, s.398).

Ikke alle kreftpasienter har smerter som er relatert til sykdomsdebut, men kan ha smerter av andre årsaker. Ved første kontakt med en pasient er det viktig å etterspørre smerter, samt finne ut av når smertene oppsto og hvilke karakterer smertene har. Sykdomsrelatert smerte og behandlingsrelatert smerte er viktig å skille fra hverandre. For mange pasienter er det viktig at smertene kan forklares og begrunnes. Mange kreftpasienter forbinder smerter med sykdomsprogresjon og det kan være en lettelse for pasientene å vite at smertene stammer fra kreftbehandlingen kontra progresjon i kreftsykdommen (Jespersen et al., 2019, s.250).

2.6 Relasjon mellom pasient og sykepleier

Når pasienten er døende, er det viktig som sykepleier å gjøre livskvaliteten til pasienten så god som mulig i den tiden som er igjen. Pasienten dør ikke passiv på en sykeseng, men pasienten dør fra mennesker som betyr noe for en, og fra selve livet. Når det skjer forandringer i det indre og ytre i pasienten, endrer selvet seg og det gjør pasienten mer sårbar. Det kan bidra til at pasienten føler seg usikker, trist og hjelpeløs (Reitan, 2017, s.38). Hvis smerter vedvarer vil terskelen for smerte bli nedsatt, og ved gjentatt smertestimuli skal det mindre til før smerte oppstår. Dette er en ond sirkel som er vanskelig å bryte ut av (Finset, 2016, s.381).

For å kunne kommunisere med en kreftpasient er god profesjonell kommunikasjon som er personorientert grunnleggende. Personorientert kommunikasjon ser pasienten som en «hel person», med verdier, prioriteringer, egne ønsker og mål når det gjelder egen livssituasjon og helse. Personorientert kommunikasjon er direkte rettet mot pasienten (Eide & Eide, 2018, s.16). Kommunikasjonen innebærer at man forholder seg anerkjennende og åpen ved å være til stede og lytter både til det verbale og nonverbale. Et viktig punkt under samtale er å legge merke til, indirekte eller direkte, bekymringer pasienten kan ha. Ved å aktivt lytte, legge merke til ordvalg, kroppsspråk, stemmebruk, ansiktsuttrykk og andre måter pasienten kan uttrykke bekymring på, vil man lettere kunne forstå pasienten og deretter hjelpe.

Personorientert kommunikasjon skal skape trygghet, tillit, være anerkjennende, og bidra til å løse problemer og bidra til å hjelpe pasienten med å mestre situasjonen på best mulig måte (Eide & Eide, 2018, s.17). Nonverbal kommunikasjon er en viktig del i kommunikasjon

mellom sykepleier og pasient. Dette vil man kunne se gjennom spontane reaksjoner, som for eksempel et utålmodig kremt, et spontant smil eller en bekymrende rynke. Mange ganger kan disse spontane uttrykkene formidle et budskap som er mer konkret enn mange ord. Ulempen er at den nonverbale kommunikasjonen må fortolkes av mottaker, og det kan derfor tolkes forskjellig ut ifra hvem som er mottaker (Eide & Eide, 2018, s.31-35).

Kommunikasjonsferdighetene til sykepleier vil være avgjørende i møte med pasienten for å kunne bygge en god relasjon. Fra sykepleier kreves det evne til å speile, variasjon av åpne og lukkede spørsmål samt aktiv lytting. Dette bidrar til å kunne få informasjon fra pasienten på en sensitiv måte, samt i pasientens eget tempo. Kommunikasjon gir sykepleier mulighet til å bli kjent med pasienten, og vil være et viktig redskap for å skape en relasjon (Eide & Eide, 2018, s.191-214). Følgelig når sykepleier blir kjent med pasienten og dens behov, vil det gjøre det lettere for sykepleier å senere identifisere pasientens behov for sykepleie og deretter planlegge videre sykepleie ut ifra pasientens ønsker (Eide & Eide, 2018, s.20-27).

Gjennom observasjon og samtale kan sykepleier danne seg et inntrykk av smertene. Pasientens tidligere erfaringer med smerte, og dagens tanker kan påvirke smerteopplevelsen. Dersom pasienten opplever å bli trodd når han gir uttrykk for smerter, gir det en trygghet og skaper tillitt mellom sykepleier og pasient (Lorentsen & Grov, 2016, s.410). Når pasienter viser tillitt til sykepleier er det på grunn av at de antar at de kan få den hjelpen de trenger. Når pasienter åpner seg opp og forteller om hva som plager en, så kan sykepleier velge å lytte, avvise, støtte, krenke, hjelpe eller gå forbi (Eide & Eide, 2018, s.27).

Gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient er avgjørende for å oppnå best mulig smertelindring. Sykepleier må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, og pasienten må ha tillit til sykepleier om at de ønsker hjelpe en. Sykepleier har ansvaret for å skape en tillitsfull relasjon. For å få til et samarbeid må pasientens egne erfaringer og meninger tas på alvor og prøves. Pasienten har kjennskap til sin egen smerte, og ved at pasienten blir inkludert gir det en viss kontroll. Desto mer tillit og respekt pasienten opplever, jo mer vil det forsterke smertelindringen som gis (Danielsen et al., 2016, s.388).

3 Metode

Metode er fremgangsmåten man bruker for å kunne besvare problemstillingen (Dalland, 2018, s.51). Ved en litterær oppgave henter man ut data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Det ikke avgrenset til en bestemt metode, men man bruker den litteraturen som kan belyse problemstillingen på en god måte (Dalland, 2018, s.207). I denne oppgaven er det brukt fag- og forskningslitteratur samt pensum- og egenvalgt litteratur fra ulike databaser. Dette blir drøftet og satt i et sykepleiefaglig perspektiv. PICO skjema og emneord er brukt for å systematisere søkene mine og finne ut hvilken informasjon jeg ønsket for å kunne besvare min problemstilling.

3.1 Litteratursøk og søkehistorikk

Søket etter artikler er hovedsak utført i Cinahl, Google Scholar og Sykepleien. Søkene er blitt avgrenset til de siste 10 årene og med en avgrensning til engelsk, norske, svenske eller danske tekster. Når det gjelder artikkelsøket er det også begrenset til å være gratis full tekster. Sentrale søkeord som er blitt benyttet er pain, pain management, cancer, patients, end-of-life care, ESAS-r, Edmonton Symptom Assesment System, undertreatment, palliative og nursing. Disse ordene ble kombinert med AND eller OR. Ordene er blitt kombinert både i engelsk og norsk form, alt ut ifra hvilke databaser søket er gjort i. Jeg leste først overskriften til artikkelen, deretter abstraktet. Hvis artikkelen så relevant ut skrev jeg ut artiklene og brukte markeringspenn til å understreke viktige momenter eller poenger som jeg kunne benytte for å svare på min problemstilling. Dersom artikkelen kunne belyse min problemstilling valgte jeg inkludere artikkelen. Søkene jeg gjorde i Google Scholar og Oria ga meg mange treff. I disse tilfellene leste jeg de 20 første overskriftene deretter abstraktene på de jeg antok var relevante, for deretter å plukke ut de artiklene som var av interesse.

Dato/avgrensning	Database	Søkeord og søkekombinasjon	Antall treff	Artikkelnavn
3.desember 2018. Avgrensning: År 2010-2018. Engelsk Fagfelleverdert	Cinahl	Cancer patients AND ESAS-r OR Edmonton Symptom Assesment System AND Palliative	27 treff. Valgte artikkel nr.17.	«What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment system”.

27.november 2018 Avgrensning År 2009-2018 Fagfelleverdert	Oria	Kreft + Smerter. Fant en artikkel som het «Smerte og kreft. Å forstå smerte i et psykososialt perspektiv» av Svoren, L, V., 2017. Deretter så jeg på kildelista og fant artikkelen jeg har plukket ut.	Artikkelen jeg fant i Oria var som nummer 1 av 113 treff.	“Psychological and behavioral approaches to cancer pain management”
5.desember 2018 Avgrensning: År 2009-2018 Forskning Fagfelleverdert	Sykepleien	Smertebehandling + kreftpasienter.	5 treff. Valgte artikkel nr.1.	«Kreftpasienters barriere mot smertebehandling».
14.mars 2019. Avgrensning: År 2009-2019 Forskning Fagfelleverdert	Sykepleien	Palliativ + Symptomvurdering	2 treff. Valgte artikkel nr.1.	«Pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak».
16.desember 2018. Avgrensning: År 2009-2018 Forskning Fagfelleverdert	Sykepleien	Kunnskap om smertelindring.	28 treff. Valgte nr. 5.	«Sykepleieres og studenter kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne».
21.mars 2019 Avgrensning: År 2009-2018 Fagfelleverdert	Cinahl	Pain management AND Cancer patients And Communication.	7 treff, valgte treff nr.7.	«Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine.»

3.2 Kildekritikk

Det er gjort mye forskning på tematikken i denne oppgaven. For å finne frem til pålitelige kilder, har jeg brukt flere kilder som sier det samme og plukket ut de jeg mener kan besvare min problemstilling best mulig. Noe av forskningen som jeg har valgt å inkludere er systematiske litteraturgjennomganger hvor flere forskningsartikler er samlet, dette vil da gi et bredere innblikk i forskningen som er blitt gjort. Jeg har stolt på at de tolkningene som er gjort i artikkelen av forfatteren. For å forsikre meg om at kildene har vært pålitelige har jeg søkt opp forfatteren av de systematiske litteraturgjennomgangene for å vurdere deres pålitelighet.

Jeg har i hovedsak brukt litteratur som er publisert innen de ti siste årene med tanke på relevans for dagens situasjon. Det er en kilde som er publisert i 2006, skrevet av Kaasa &

Haugen. Jeg har brukt denne kilden til å definere hva «kort forventet levetid» innebærer. Dette er publisert i *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. For å finne ut om denne kilden er pålitelig har jeg søkt opp forfatterne og undersøkt tidsskriftet hvor definisjonen er publisert i. Etter dette valgte jeg å inkludere definisjonen.

Deler av pensum er det henvist til andre kilder, altså en sekundærkilde. I de tilfellene har jeg henvist til begge, både primærkilde og sekundærkilde. Jeg har søkt opp primærkilden for å se at det er skrevet det samme som hos sekundærkilden, og at det ikke er gjort tolkninger av sekundærkilden (Dalland, 2018, s.171). I flere av lærebøkene er det henvist til forskning som er datert eldre enn 10 år og er da ikke er like tilgjengelig. Grunnen til at jeg ser på dette som relevant selvom primærkildene er eldre enn 10 år er fordi bøkene som er blitt publisert er av nyere tid, og i tillegg blir brukt som pensumlitteratur. Statistikk som er blitt publisert i pensumbøker har jeg ikke brukt, fordi jeg heller har benyttet meg av statistikk som er av nyere dato.

Artikkelen som er skrevet av Bergh, Kvalem, Aass & Hjermestad. (2011) har en svakhet i at utvalget som er blitt intervjuet besto i utgangspunktet av 22 pasienter, men kun 11 pasienter fullførte undersøkelsen. Dette er et lite utvalg, men jeg velger allikevel å inkludere artikkelen fordi tematikken er viktig og relevant for min problemstilling. På grunn av at utvalget er lite, og man av den grunn ikke kan trekke de store linjene har jeg vært kritisk i bruken av artikkelen.

4 Presentasjon av forskningsresultater

N r.	Forfatter / Årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design / Metode	Funn
1.	Bergh, I., Kvalem, I, L., Aass, N. & Hjermsstad, M, J. (2011).	«What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment system».	Palliative medicine 25(7), 716-724.	Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er et velkjent selvrapporteringsverktøy for symptomvurdering i palliativ omsorg. Forskning har vist at pasienter opplever vanskeligheter i scoring og tolkning, noe som kan føre til suboptimal behandling. Målet var å undersøke hvordan palliative care kreftpasienter tolket og svarte på ESAS.	Elleve pasienter (3 F / 8 M), medianalder 65 (34-95) med blandede diagnoser, ble intervjuet ved hjelp av kognitivt intervju, umiddelbart etter å ha fullført ESAS.	Resultatene viste at feilkilder var relatert til tolkning av symptomer og forskjeller i forståelsen og bruken av responsformatet. Depresjon og angst ble oppfattet som vanskelig å tolke, mens appetitt var spesielt utsatt for misforståelser. Kontekstuelle faktorer, som stemning og tid på dagen, påvirket svarene. Mangel på informasjon og tilbakemeldinger fra ansatte påvirket resultatene.
2.	Syrjala, K, L., Jensen, M, P., Mendoza, E., Yi, J, C., Fisher, H, M. & Keefe, F, J. (2014).	«Psychological and behavioral approaches to cancer pain management».	Journal of Clinical Oncology 32(16), 1703-1711.	Denne artikkelen undersøker bevis for psykologiske faktorer som påvirker smerte hos kreft pasienter fra diagnose, gjennom behandling og langsiktig overlevelse eller livets slutt.	Systematisk oversiktsartikkel.	En rekke psykologiske og kognitive atferdsbehandlinger kan redusere smertefrekvens og funksjonsforstyrrelser, som angitt i flere meta-analyser og randomiserte, kontrollerte studier av høy kvalitet.
3.	Valeberg, B, T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010).	«Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling ».	Sykepleie n Forsknin g, 5(4), 266-276.	Å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling i et utvalg av norske kreftpasienter. Og undersøke om barrierer for smertebehandling påvirker pasientenes smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.	Studien er en beskrivende tverrsnittsundersøkelse med 217 polikliniske kreftpasienter som har smerter og/eller bruker smertestillende medikamenter hvor barriere mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av barriereskjema (NBQ-II).	De spørsmål som reflekterer de høyeste barrierene for smertebehandling er spørsmål om avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som dødsighet.
4.	Granheim, T, H., Raaum, K., Christophersen , K-A. & Dihle, A. (2015).	«Sykepleieres og studenter kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne».	Sykepleie n Forsknin g, 10(4), 326-334.	Å få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.	En tverrsnittstudie der data ble samlet inn ved hjelp av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). NKAS-N inneholder 39 spørsmål vedrørende smertehåndtering og smertelindring. Studien inkluderte totalt 200 sykepleiere	Det endelige utvalget besto av 165 deltakere og ga en svarprosent på 83 prosent. Prosentvis gjennomsnittlig riktige svar var 71,1 prosent for sykepleierne og 58,5 prosent for sykepleiestudentene. Sykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleiestudentene (p < 0,001).

					og sykepleiestudenter fra ett universitetssykehus og én høyskole.	
5.	Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A, R. (2018).	«Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak».	Sykepleien Forsknings, 13.	Hensikten med studien er å belyse palliative kreftpasienters rapportering av sine symptomer ved ankomst og utreise fra en palliativ enhet.	Studien er gjennomført på palliativ enhet ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Harstad i perioden 2008–2016. Studien bruker data fra Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Studien er designet som retrospektiv, kvantitativ studie med bruk av anonymiserte data fra kvalitetsbasen ved Palliativ enhet, UNN Harstad. Det teoretiske perspektivet er palliativ sykepleie. 274 pasienter, hvorav 135 var kvinner og 139 menn, er inkludert i studien. Kvantitativ retrospektiv metode.	Slapphet, munntørhet og nedsatt matlyst fremkommer som de mest belastende symptomene. Kvinner oppgir en høyere symptombelastning enn menn med unntak av symptomet tungpustenhet. Det er signifikant reduksjon i alle symptomer ved utreise.
6.	Everdingen, M, H, J, V, D, B-V., Kuijk, S, M, J, V. & Joosten, E, A, J. (2018).	«Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine».	Cancers (Basel), 10(12), 502.	Til tross for økt oppmerksomhet mot kreftsmerte, har smerteutbredelsen hos pasienter med kreft ikke blitt bedre i løpet av de siste tiårene, og en tredjedel av kreftpasienter på antikreftbehandling og halvparten av pasientene med avansert sykdom har fortsatt moderat til alvorlig smerte. I denne undersøkelsen undersøker vi mulige årsaker til den pågående høye forekomsten av kreftsmerte og drøfter mulige fremtidige retninger for forbedring av personlig smertebehandling.	Systematisk litteraturgjennomgang . 52 artikler mellom år 1966-2005, og 122 artikler mellom 2005-2014.	Blant mulige årsaker til manglende forbedring i smertebehandling er: Barrierer for pasienter å diskutere smerte med klinikere spontant; smertemålingsinstrumenter brukes ikke rutinemessig i daglig praksis; begrenset kunnskap om vurdering av underbehandling endringer i pasientens egenskaper, inkludert aldring av befolkningen; mangel på betydelig forbedring i behandlingen av nevropatisk smerte; begrensninger av farmakologisk behandling og mangel på bevisbaserte ikke-farmakologiske behandlingsstrategier.

5 Drøfting

I denne oppgaven skal man besvare hvordan sykepleier kan bidra til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter, opp mot utvalgt teori, funn i utvalgt forskning og egne erfaringer. I sykepleiers yrkesetiske retningslinjer er det nedfelt klart og tydelig at sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og samtidig lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

5.1 Det første møtet med pasienten på lindrende enhet

Etter samhandlingsreformen tiltredelse er kreftpasienter som skrives ut fra spesialhelsetjenesten som er i palliativ fase definert som «døende», siden de har en livstruende sykdom som ikke er kurativ. Da blir de ofte skrevet ut til lindrende avdelinger i kommunen, og får oppfølging av symptomlindrende tiltak, planlegging av videre oppfølging og optimalisering av funksjon i den tiden som gjenstår (Trier, 2013, s.983; Jespersen & Lundorff, 2019, s.264; Helsedirektoratet, 2015a, s.158). Kreftpasienter som ankommer lindrende avdeling ved sykehjem kan være i alle aldersgrupper med kort forventet levetid med mindre enn 6-9 måneder å leve (Trier, 2016, s.938) Pasientene vil være i en av de 3 fasene for palliative pasienter (Jespersen & Lundorff, 2019, s.264). På den ene siden er det positivt at pasienten kan komme nærmere hjemmet, og pårørende kan i mange situasjoner være mer tilstede. På den andre siden er kunnskapsnivået på mange lindrende avdelinger lavere enn hva det er på spesialiserte sykehusavdelinger eller hospice. I små kommuner vil kompetanseutfordringen være mer utpreget enn i større kommuner. En av grunnene er færre sykepleiere i kommunehelsetjenesten, kontra primærhelsetjenesten (Melby et al., 2017, s.68). Ifølge lovverket har pasienter rett på nødvendig helsehjelp ut ifra §2-1a-b uansett om det er fra kommune- eller spesialhelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsetjenestene som ytes skal også være forsvarlig og av en kvalitet som man kan forvente ut ifra kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4). På lindrende avdelinger i små kommuner vil man ikke kunne opparbeide og vedlikeholde kompetansen på samme måte som i større kommuner med flere pasienter som krever lindrende behandling (Melby et al., 2017, s.67). Etter samhandlingsreformens tiltredelse stilles det høyere krav til kommunehelsetjenesten og et av hjelpemidlene man kan benytte seg av hvis man jobber i kommunen, er å søke råd og veiledning hos spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §6-3). I Sintef sin rapport (Melby et al., 2017, s.96) mener enkelte av informantene at dersom det er lokalsykehus uten kreftavdelingen som gir veiledning om palliasjon, så vil ikke veiledningen være god nok og man må heller søke mer spesialisert veiledning. Ut ifra egne erfaringer ved å

jobbe på en lindrende enhet i tilknytning til et sykehjem; ser jeg at behovet for økt kompetanse er tilstede, og økt fagdekning vil bidra til bedre helsehjelp og bedre oppfølging av kreftpasienter. Ingen av sykepleierne som arbeider på den lindrende avdelingen har videreutdanning innen palliasjon eller kreftsykepleie, som ville gitt sykepleierne en bredere forståelse for blant annet smerte og palliasjon. Sykepleiere kan ta videreutdanninger og master innenfor palliasjon og delta i kompetansenettverk. Er dette godt nok tilrettelagt i kommunen? Kunne man ha tilbudt flere lønn under utdanning eller andre goder, mot at de arbeider i en bindingstid ved sykehjemmene etter endt utdanning? Kompetanseheving er viktig for å kunne ta imot dårligere pasienter, som krever mer kompetanse om medisinsk teknisk utstyr. Kommunene kan søke om støtte til å øke kompetansen innenfor palliasjon. I perioden 2011-2014 var det 53 leger i spesialisthelsetjenesten som hadde fått kompetanse innenfor palliativ medisin, mens ingen leger i tilknytning til sykehjem hadde søkt om å få denne kompetansen (Melby et al., 2017, s.25). Dette er oppsiktsvekkende når pasienter som kommer til kommunene er dårligere enn før og kravet til kompetanse hos både leger og sykepleiere i kommunene er avgjørende for å kunne gi forsvarlig helsehjelp innenfor palliasjon til kreftpasienter. Dette kan føre til dårligere smertelindring i kommunehelsetjenesten, kontra i spesialisthelsetjenesten. Dette motstrides av regelverket om at man har rett på nødvendig helsehjelp uansett om det er fra kommune- eller spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a-b).

Relasjon mellom sykepleier og pasient må være bygget på en gjensidig forståelse, tillit og samarbeid. Dette er for å kunne legge grunnlaget for god smertelindring for pasienten gjennom hele forløpet. Det er sykepleiers ansvar å opprette en tillitsfull relasjon, slik at pasienten kan få uttrykt sine egne erfaringer og opplevelser av situasjonen (Danielsen et al., 2016, s.388). For at sykepleier skal kunne ha et godt utgangspunkt i møte med pasienten, og slippe stille gjentagende spørsmål er det en fordel å sette seg inn i pasientens sykehistorie, tidligere journaler samt epikriser. Dette vil gi pasienten et godt førsteinntrykk, føle seg sett og ivaretatt (Kongsgaard, 2017, s.184). For å få en tillitsfull relasjon er sykepleiers holdninger til situasjonen avgjørende for å kunne bygge en relasjon. Sykepleiers væremåte, holdninger og måten sykepleier ser pasientens behov på, påvirker relasjonen mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2018, s.26). Situasjoner som kan bygge tillit, etter egne erfaringer, er å vise nærvær og lytte til livshistorien til pasienten. Dette kan bidra til at pasienten føler seg sett og ivaretatt, men også på den andre siden gi sykepleier informasjon om hvordan pasienten har det i dag. Følgelig er det ikke noe garanti for at denne relasjonen blir god. Det er ikke alle

mennesker som har en kjemi med pasienten slik at en tillitsfull relasjon blir opprettet. Det kan også forekomme at pasient tidligere har hatt dårlige erfaringer med helsetjenesten, og dette kan påvirke holdningene til helsehjelpen som tilbys (Baastrup et al., 2013, s.15).

I det første møte med pasienten vil det være naturlig å kartlegge hvilke symptomer pasienten har på kreftsykdom slik at man har et utgangspunkt man kan jobbe ut ifra. Dette bidrar til å bevisstgjøre hva som er problematikken, både hos sykepleier men også hos pasienten selv (Jespersen et al., 2019, s.250). Forskningen til Vigstad, Clancy & Broderstad (2018) peker på viktigheten av at tidlig symptomvurdering og iverksetting av tiltak til pasienter som ankommer lindrende avdelinger fører til redusert symptombelastning og smertelindring. Oppfølging av de iverksatte tiltakene er en forutsetning for god pasientbehandling, derav lindring av symptomer (Vigstad et al., 2018). Det kan ta tid å finne riktig smertebehandling, men desto større grunn er det til å starte tidlig slik at man lettere kan se utviklingen og vite om det man gjør virker lindrende eller ikke. Ut ifra tiltakene man har iverksatt, må man deretter gjøre endringer og ha fortløpende oppfølging og justering (Jespersen et al., 2019, s.245). Dokumentasjon av hva samtaler med pasienten har ført frem til, gjør at forløpet vil ha mer kontinuitet. Det vil også gjøre at sykepleiere som kommer på vakt senere, lettere kan sette seg inn i pasientens ønsker og videre oppfølging. Dette bidrar til at pasienten slipper gjenfortelle de samme tingene til alle sykepleiere som er i kontakt med pasienten, og vil bidra til å skape trygghet. På den andre siden viser forskningen til Rusdal & Aase (2013) at i dokumentasjonen som de har sett på, framkom det ikke om pasienten hadde vært delaktig i utforming av plan for videre behandling. Det var også mangler i dokumentasjonen med tanke på mål med pleien, planlegging og tiltak for å nå mål som var satt. Dette gjør at pleien som gis kan være preget, og spesielt utsatt, for lite kontinuitet.

Når man skal behandle kreftsmerte må man ta utgangspunkt i den totale smerten. Altså den fysiske, psykologiske, sosiale og den eksistensielle/åndelige smerten. I tillegg til smerten har pasienten ofte sykdoms- og behandlingsrelaterte smerter som ofte kan være mer krevende og lindre enn selve smertene (Jespersen, Ventzel & Jensen, 2019, s.244). Når man skal starte med smertebehandling med medikamentell eller ikke-medikamentelle tiltak, er det viktig å sette opp mål for lindringen slik at pasienten blir inkludert. Målene som settes opp skal bestemmes i samarbeid med sykepleier, lege og pasienten selv. Et gjennomførbart mål som man kan jobbe mot er smertefrihet i hvile og snakke om at det å være helt smertefri gjennom hele døgnet mange ganger ikke er gjennomførbart. En kan snakke om hva som er tålelig

smerte for pasienten, noe som er individuelt for hver enkelt. Det kan ta tid og finne riktig smertebehandling, og det krever fortløpende oppfølging og justering (Jespersen et al., 2019, s.245).

Palliasjon er en tilnærming for å fremme livskvalitet hos både pasient og pårørende (WHO, 2019; Lundorff, 2019, s.265). Selvstendighet for seg selv, påvirker livskvaliteten til mange pasienter og et mål med smertelindringen kan være å etterstrebe en så god funksjon som mulig, så lenge som mulig (Jespersen et al., 2019, s.251). På den andre siden er det relevant å fremheve at smerte ofte ses i kombinasjon med nedsatt matlyst, tretthet, kvalme og slapphet. Dette er symptomer som påvirker livskvaliteten og den totale smerten til pasienten. Disse sekundæreffektene av smerte syntes ofte mer uttalt enn selve smerten, og i kontrast med smerte er det vanskeligere å påvise (Vigstad et al., 2018). Underbehandlende smerter kan føre til nedsatt aktivitet, immobilisering og nedsatt funksjonsnivå. Risiko for obstipasjon og trombeembolisme øker ved immobilisering og ved smertebehandling. Immobilisering vil i mange tilfeller også føre til at pasienten blir mer avhengig av hjelp til å klare dagligdagse gjøremål (Jespersen et al., 2019, s.251). Vi som sykepleiere må vurdere hvilken konsekvens smertene har for pasientens grunnleggende behov, og hvilke tiltak som må settes i gang for å dekke behovene. Hvis det blir gitt opioider ved smertelindring, kan opioidene føre til obstipasjon, og man kan da iverksette tiltak i form av aktivitet, laxantia eller tilpasset kost (Stubberud & Nilsen, 2016, s.486). På den andre siden kan underbehandlede smerter også føre til at man blir obstipert som igjen kan føre til at man blir kvalm og får brekninger. Immobilitet kan også bidra til at man kan bli obstipert, og hvis man har sterke smerter er det ikke sikkert man klarer bevege seg så mye. Obstipasjon kan på sin side også gi smerter. Bivirkninger av medikamentell behandling kan være en grunn til obstipasjon. Som sykepleier skal man forebygge helsesvikt, slik at plagene ikke blir forsterket. Som sykepleier må man dekke de grunnleggende behovene til pasienten, og se hele bilde. Ting henger sammen, og man må prøve seg frem for å kunne finne den behandlingen som fungerer på pasienten. Dette er et eksempel på en direkte årsak på grunn av smertelindringen som gis. Dette er bare en av mange konsekvenser man ser ved underbehandlede smerter, og som sykepleier skal man informere om hvilke konsekvenser og bivirkninger det kan gi (Danielsen et al., 2016, s.395). For å kunne lindre smerte må man i følge Syrjala et al. (2014) informere pasientene om hva smerte er, og lære pasienten å kommunisere om smerter, symptomer eller bekymringer.

Ved at en plan er laget i samråd med pasient, sykepleier og lege, føler pasienten seg inkludert og kan med det ha mer tro på at lindringen skal fungere. Pasientens egne erfaringer og meninger må komme frem slik at pasienten føler en viss kontroll over situasjonen (Danielsen et al., 2016, s.388). Desto mer tillit og respekt pasienten føler jo mer vil det forsterke smertelindringen som gis (Danielsen et al., 2016, s.388; Lorentsen & Grov, 2016, s.410).

På en annen side er det individuelt hvor mye hver enkelt pasient ønsker å ta del i behandlingen sin. Klargjøring av forventninger til sykepleier og lege vil være nyttig å utforske før man legger en videre plan og mål for tiden fremover (Eide & Eide, 2018, s.214). Gjennom personorientert kommunikasjon og en variasjon av åpne og lukkede spørsmål, speiling og aktiv lytting vil man kunne legge til rette for at pasienten kan komme med sine synspunkter, forventninger, egne verdier, prioriteringer, mål og ønsker i den tiden som er igjen. Det bidrar til å få informasjon fra pasienten på en sensitiv måte og i et tempo som passer pasienten (Eide & Eide, 2018, s.16; Eide & Eide, 2018, s.191-214; Reitan, 2017, s.38). Det vil bidra til å opprettholde pasientens autonomi (Brinchmann, 2016, s.89). Det ideelle er hvis man klarer å få et samarbeid mellom lege, sykepleier og pasient. Faktorer som kan påvirke dette samarbeidet og som kan gjøre at behandlingen ikke blir optimal, er for eksempel mangel på tid, kompetanse, dårlig samarbeid, sykepleiemangel eller kommunikasjon (Svendsen, Th. Landmark & Grov, 2017). Det er ikke gitt at alle som arbeider på lindrende enheter mestrer personorientert kommunikasjon og relasjonsbygging.

Den sosiale isolasjonen i kombinasjon med ubehandlede smerter, øker risikoen for utvikling av depresjon, som kan gå utover livskvaliteten til pasienten (Jespersen et al., 2019, s.251). Undersøkelser har poengtert at smerte og depresjon henger sammen, ved at depresjon forverrer smerten og gjør smerte krevende og lindrer (Jespersen, Ventzel & Jensen, 2019, s.244). Det er vist at den fysiske smertetilstanden kan forbedres ved å behandle stress, angst og depressive symptomer (Jespersen et al., 2019, s.245).

5.2 Total pain

Cicely Saunders er palliasjonens mor ved at hun grunnla begrepet «total pain» i 1964. Det at hun så på smerte som noe mer enn bare det fysiske har bidratt til at flere smertepasienter har blitt lindret. Smerte er en kombinasjon av sosiale, psykiske, følelsesmessige og åndelige/eksistensielle forhold (Clark, 2018, s.125). Definisjonen til IASP (2017) peker på

smerte som sensorisk og følelsesmessig opplevelse av skade. Ut ifra disse to definisjonene kan man se sammenhengen ved at smerte er så mye mer enn en enkelt komponent. Flere komponenter påvirker og overlapper hverandre (Trier, 2016, s.898).

Sykepleier må vite at pasienter som har langt kommet kreftsykdom er utsatt for mange plager, og grunnen til det, kan være underliggende kreftsykdom eller andre plager som en konsekvens av behandlingen man får. For noen pasienter er det viktig at smertene som oppstår kan forklares, om det er smerter som har oppstått på grunn av behandlingen, eller om det er sykdomsrelatert smerte. Sosiale og psykiske faktorer vil, naturlig vis, ha innvirkning på pasienter som har forventet kort levetid (Jespersen et al., 2019, s.250-251). Den psykiske smerten påvirker den fysiske smerten fordi man gjennomgår en stor endring i livet sitt, og livet kan føles uforutsigbart og utfordrende. Selvet blir truet, noe som kan gjøre at pasienten føler en håpløshet (Reitan, 2017, s.38). Syrjala et al. (2014) underbygger dette aspektet ved at psykologiske faktorer som depresjon, angst, emosjonelt stress, usikkerhet og håpløshet påvirker smerteopplevelsen. Depresjon forekommer hos ca. 25% av de med kreftsykdom, og halvparten har angst i en eller annen form. Disse symptomene vil påvirke opplevelsen av smerte og livskvalitet ved å påvirke den totale smerteopplevelsen til pasienten (Werner & Ventzel, 2019, s.229 & s.240). Baastrup et al. (2013, s.15) hevder tidligere erfaringer med smerte, samt sykdomshistorie og psykologisk situasjon har betydning på hvordan man oppfatter smerte. I flere av studiene som er gjennomgått i Syrjala et al. (2014) er det holdepunkter på at høye nivåer av psykisk lidelse var relatert til alvorlig smerte. Dette underbygger Granheim et al. (2015) ved at dårlig smertelindring kan resultere i psykologiske og fysiologiske komplikasjoner, samt utvikling av kronisk smerte.

Smerte kan blir forsterket ved en bekymring om ting som betyr noe for hver enkelt. Tap, utfordringer eller endringer i hvordan livet er, kan påvirke den fysiske smerten. Når man får en estimert tid igjen å leve kan dette føre til at pasienten blir stresset og tenker på ting som en burde, skulle eller vil gjøre før man dør (Trier, 2016, s.898). Psykiske, fysiske, sosiale, åndelige og eksistensielle forhold påvirker og forsterker hverandre. Det kan derfor være vanskelig å finne ut hva som ligger til grunn for smertene (Trier, 2016, s.898). Hvis smerten ikke blir indentifisert så vil den bli forsterket, og ved gjentatt smertestimuli vil smerten øke. Dette er en sirkel som er vanskelig å bryte ut av hvis man ikke iverksetter tiltak som påvirker kilden til smertene (Finset, 2016, s.381). I perioder hvor pasienter har oppgitt mer smerte, har pårørende oppgitt mer forstyrrelser i forholdet de imellom (Syrjala et al., 2014). Dette viser til

det sosiale aspektet i «total pain» (Trier, 2016, s.898). Hypnose, trening og yoga er vist seg å ha effekt ved smerte og lidelse. Ikke behandlet smerte hos pasienter, har ført til et ønske hos pasientene om å fremskynde døden (Syrjala et al., 2014). Dette kan relateres til den eksistensielle dimensjonen. Ved at kreftpasienter ønsker å dø når de har smerter de ikke føler de kan få kontroll på, kan tyde på at de har mistet håpet på å få det bedre i den tiden som gjenstår (Trier, 2016, s.898). Ved kreft er smerte ofte sett på som en påminnelse om sykdomsprogresjon, død og usikkerhet hos pasientene (Syrjala et al., 2014; Jespersen et al., 2019, s.250). Pasienter, pårørende og sykepleier assosierer frihet fra smerte med en god og verdig død (Steindal, 2012, s.23).

5.3 Barrierer for smertelindring

For å kunne lindre pasienters symptomer må man få frem hvilke symptomer eller plager pasienten har. Noen pasienter er åpne og er lett å få til å prate, mens andre kan føle de er til bry ved å snakke om symptomene sine (Valeberg et al., 2010). Ved å benytte seg av personorientert kommunikasjon forholder man seg direkte til pasienten på en måte som er anerkjennende og tilstedeværende som bidrar til at man lettere kan legge merke til verbale og nonverbale tegn på bekymringer (Eide & Eide, 2018, s.16-17). Tegn på bekymring kan være spontane reaksjoner som ansiktsuttrykk, urolighet i kropp eller et sukk. Disse tegnene må tolkes av hver enkelt mottaker og kan derfor tolkes og oppfattes forskjellig ut i fra hvem mottakeren er fra gang til gang (Eide & Eide, 2018, s.31-35). Etterhvert som sykepleier blir kjent med pasienten og dens væremåte og behov, vil det være lettere å identifisere og yte god sykepleie (Eide & Eide, 2018, s.20-27).

Forskning peker på at barrierer hos pasienten bidrar til at smerter i større grad påvirker livsglede og søvn, sammenlignet med pasienter som har mindre barrierer (Valeberg et al., 2010). Pasienter syntes det er ubehagelig å diskutere mange av deres symptomer, selv når symptomene er plagsomme (Everdingen, Kuijk, Janssen & Joosten, 2018). En av barrierene som er gjennomgående i forskning er redselen for å bli avhengig av smertestillende medikamenter (Valeberg et al., 2010; Everdingen et al., 2018; Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2015). Dette indikerer at pasienten mangler informasjon eller ikke har forstått mekanismen med avhengighet. Psykisk avhengighet oppstår når man ikke har fysisk behov for smertelindrende medikamenter, men i tilfeller hvor pasientene har smerter, er det behov for smertestillende. I slike tilfeller er det sjeldent man blir psykisk avhengig,

mindre enn 1% får avhengighetsproblemer som følge av smertebehandling (Valeberg et al., 2010; Granheim et al., 2015). Informasjonen om medikamenters virkning, bivirkninger og mekanismen av smertestillende medikamenter er det sykepleier og lege som skal gi til pasienter jf. §3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). På den andre siden er det mangel på kunnskap om opioidavhengighet hos sykepleiere og sykepleierstudenter noe som medfører at pasienten ikke får tilstrekkelig informasjon. Dette kan føre til en overforsiktighet ved administrering av opioider, som kan gjøre at pasienten ikke får den smertelindringen de har behov for (Granheim et al., 2015).

En annen bivirkning pasienter syntes var vanskelig å håndtere var døsighet. Døsighet er en bivirkning som ofte kan forekomme ved doseøkning av opioider, men forsvinner som regel etter en ukes tid. I mange tilfeller reduserte pasienten selv dosen hvis døsighet oppsto (Valeberg et al., 2010). Hvis pasienten hadde vært med på å bestemme når dosejustering skulle forekomme var det større sjanse for at smerteregimet ble fulgt opp slik legen hadde forskrevet (Valeberg et al., 2010; Danielsen et al., 2016, s.388). Slike bivirkninger av behandlingen kan virke inn på livskvaliteten, opplevelsen av lidelsen eller selve smerteopplevelsen hos pasienten (Werner & Ventzel, 2019, s.240).

I noen tilfeller skyldes progredierende smerteintensitet eller smertemønster en sykdomsprogresjon (Jespersen et al., 2019, s.249). En av grunnene til at smertestillende ikke ble tatt som forskrevet, var at enkelte brukte smertene som en indikasjon på hvordan kreftsykdommen utviklet seg. 50% av de pasientene som svarte på undersøkelsen til Valeberg et al. (2010) mener at smertestillende kan skjule forandringer i helsetilstanden. Samtidig påpekes det at smerte er en uspesifikk måte å oppdage forandringer i kreftsykdommen på, og at det finnes andre mer målrettede og effektive tiltak for å kunne følge utviklingen av kreftsykdommen som for eksempel PET/CT, CT, MR og ultralyd (Valeberg et al., 2010; Kreftforeningen, u.å.).

Andre misforståelser som er utbredt er frykt for bivirkninger, toleranse og bekymring rundt det å rapportere symptomer som kan gjøre at legen blir distraheret eller avslutter behandlingen. Noen tror også smerte er uunngåelig og ukontrollbart ved kreft (Everdingen et al., 2018). Sykepleiers oppgave vil være å redusere pasientens smerter, samt redusere misforståelser, feiloppfatninger og manglende kunnskap om smertebehandling og smerte (Valeberg et al., 2010; Everdingen et al., 2018). I helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 (2011) blir det påpekt

at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse blir gitt til pasientene. Sykepleier har også selv et ansvar for å holde seg faglig oppdatert på forskning, utvikling og anvende denne kunnskapen i praksis (Norsk sykepleierforbund, u.å.). På bakgrunn av dette, kan man kunne antyde at det er svikt enten hos kommunen, arbeidsgiver eller hos sykepleiere selv i deres plikt i å holde seg faglig oppdatert. Dette gjør at kompetansen i kommunehelsetjenesten og lindrende avdelinger ikke er god nok i forhold til den smertelindring og palliasjonen som pasienten har krav på å få.

5.4 Smerte er subjektivt

Vi mennesker er forskjellige på innsiden og utsiden, i gener og arv. Derfor er det naturlig å tenke at også smerte oppleves forskjellige fra person til person (Skorpen, 2016, s.354).

Behandlingen som tilbys for å lindre smerte må derfor være personorientert og individuelt tilpasset, som gjør at man ser pasienten som en «hel person» (Eide & Eide, 2018, s.16).

Definisjonen til IASP viser til smerte som noe subjektivt, som påpeker at smerte er noe som ingen andre kan bestemme om eksisterer eller hvilken intensitet som smertene forekommer i (IASP, 2017; Granheim et al., 2015).

Gjennom samtale og observasjon kan sykepleier få et inntrykk av smertene, men det er pasienten selv som sitter på fasiten. På den ene siden er det vist at dersom pasienten blir trodd når han gir uttrykk for smerter, gir det en trygghet og styrker forholdet mellom pasient og sykepleier (Lorentzen & Grov, 2016, s.410). På den andre siden viser forskningen til Granheim et al. (2015) at sykepleiere og sykepleierstudenter ga for lite smertestillende medikament ut ifra hvor mye smerter pasienten selv oppga ved bruk av NRS skala (Danielsen et al., 2016, s.398). NRS er vist seg å være en god skala når kun smerteintensitet skal måles (Hjermstad et al., 2011). Når pasienten selv markerte 8 på NRS, valgte 37% av sykepleierne og merke av på 8, mens 38% av sykepleierstudentene markerte 8. Pasienten hadde ingen objektive tegn på smerte og vitale målinger var fine. I undersøkelsen hadde de vinklet denne situasjonen på en annen måte også. Pasienten utga samme score, altså 8, men pasienten lagde en grimase. Da krysset 52% av sykepleierne og 46% av sykepleierstudentene, 8 på NRS. I det første tilfellet hvor pasienten ikke hadde noe grimase gir 34% riktig dose morfin ut ifra NRS, mens i tilfellet med grimase gir 58% av sykepleiere og sykepleierstudentene riktig dose morfin (Granheim et al., 2015). Dette viser at sykepleier og sykepleierstudent ikke tar hensyn til at smerte er en subjektiv følelse. Pasientens smertevurdering var som regel høyere, enn hva

sykepleier oppfattet smertene som. Sykepleierne og sykepleierstudentene hadde tidligere besvart spørsmål som viste at smerte er subjektivt, og at pasienten er sin egen fasisit (Granheim et al., 2015). På bakgrunn av dette kan man se at det er forskjeller fra teori og praksis, at sykepleier og sykepleierstudenter ikke tok like mye hensyn, som man burde, til pasientens subjektive utsagn om sin egen smerte. På den andre siden, ut ifra egne erfaringer, så er det sykepleier som har ansvaret for pasienten og den medikasjonen som blir gitt etter forordning. En har hørt om situasjoner hvor pasientene har gått bort på grunn av at sykepleier har gitt for mye opioider og det har resultert i respirasjonsdepresjon. Disse sakene blir fremhevet i media, og dette kan man bli skremt av og kanskje det er derfor det er lettere gi høyere dose morfin når pasienten har objektive tegn på smerte kontra når pasienten tilsynelatende ser smertefri ut. Samtidig er respirasjonsdepresjon sjeldent hos pasienter som har fått stabile doser med opioider i flere måneder. Denne kunnskapen var det kun 32% av de utvalgte i studien som hadde, men bruken av denne kunnskapen i praksis lavere ut ifra pasientcaset (Granheim et al., 2015).

Følgelig har alle pasienter forskjellig måter å uttrykke smerte på, forskjellig toleranse på smerte, ønsker for smertelindringen og ønsker for den tiden som er igjen. Det vil derfor være viktig å lytte til pasienten slik at pasientens autonomi blir opprettholdt (Brinchmann, 2016, s.88). Dersom pasienten ikke ønsker å ta imot smertestillende eller andre lindrende tiltak skal dette legges grunnlaget for videre behandling og oppfølging. I forkant av slike avgjørelser og generelt, må pasienten være tilstrekkelig informert slik at pasienten er klar over konsekvensene av å ikke ta imot lindrende tiltak kan være, og hvordan det kan påvirke hverdagen. Er pasienten klar over hvordan det kan påvirke hverdagen å ikke være smertelindret kontra det å være smertelindret, skal pasientens ønske være det som veier tyngst uansett hva de yrkesetiske retningslinjer eller lovverk sier. Informasjon som gis til pasienten må være på et språk som pasienten kan forstå slik at pasienten forstår konsekvensen av valgene sine. Riktig og tilstrekkelig informasjon må gis i forkant av avgjørelser som angår pasienten.

5.5 Kartlegging og observasjon

For å kunne lindre smerte er kartlegging av smerter og andre symptomer på sykdom viktig for å kunne lære seg kjenne symptomene og bevisstgjøre sykepleier og pasient på hva som påvirker symptomene positivt og negativt (Knudsen & Kaasa, 2016, s.387; Baastrup mfl.,

referert i Danielsen et al., 2016, s.388). Vigstad et al. (2018) påpeker at systematisk bruk av ESAS-r øker muligheten for å oppdage symptomer som ellers ville blitt oversett ved innleggelsestidspunktet. De understreker at ESAS-r på ingen måte skal erstatte personorienterte samtale i møte med pasienten, men at det kan brukes som et utgangspunkt for samtalen (Vigstad et al., 2018). Personorientert kommunikasjon er det som skaper en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier (Danielsen et al., 2016, s.388). Ved å benytte målrettet symptomkartlegging ved å bruke ESAS-r, vil informasjon om pasientens plager og kvaliteten på sykepleien som gis bli bedret (Vigstad et al., 2018). Et annet relevant punkt man må ta stilling til er om ESAS-r blir brukt på en slik måte som gjør svarene pålitelig (Vigstad et al., 2018; Bergh et al., 2011). For å forebygge misforståelser og tolkninger av spørsmålene som blir stilt på ESAS-r må skjema gjennomgås med pasienten før utførelse. For å forsikre seg om at utførelsen av kartleggingsskjemaet er gjennomført på et grunnlag av forståelse av spørsmålene, må sykepleier gå gjennom svarene som er blitt avgitt også i etterkant av kartleggingen (Bergh et al., 2011). ESAS-r kan med dette være et utgangspunkt for en dypere samtale (Lorentsen & Grov, 2016, s.410). Smerte er et sammensatt fenomen og ved å kartlegge andre symptomer som ofte forekommer hos kreftpasienter, kan man få en bedre oversikt over hvilke symptomer som kan påvirke smerten (Lorentsen & Grov, 2016, s.410). Ved at sykepleier bruker det samme kartleggingsverktøyet, blir vurderingen mer sammenlignbar fra gang til gang (Danielsen et al., 2016, s.390).

Noen pasienter unnlater å opplyse om smerter som de har av forskjellige grunner. Det kan være at de er redd for avhengighet, utvikle toleranse eller for eksempel bivirkninger av medikamenter. Enkelte pasienter kan også være redd for å være til «bry» for sykepleier, eller ikke ønsker å være den «vanskelige» pasienten (Valeberg et al., 2010). Dersom pasienten holder tilbake informasjon om smertene, kan det være fordi pasient og sykepleier mangler tillit til hverandre, eller pasienten ikke har tro på at man kan få hjelp hvis man forteller om smertene. Hvis det er tillit og pasienten tror sykepleier kan hjelpe pasienten med å lindre smertene, vil pasienten i de fleste tilfeller åpne seg opp (Eide & Eide, 2018, s.27; Danielsen et al., 2016, s.388). I tilfeller hvor sykepleier mistenker at pasienten holder tilbake informasjon om smerten, er et klinisk blick hjelpende. Da kan man se etter objektive tegn på smerte. Objektive tegn kan være forhøyet respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, blek i huden, svetting, endret atferd eller mimikk (Danielsen et al., 2016, s.398; Eide & Eide, 2018, s.17).

Nightingale vektlegger observasjon i møte med pasienter. Dette er for å kunne vite hva som er god og dårlige pleie, samt hvilke observasjoner som betyr bedring og forverring. Sykepleier må vite hva som skal observeres og hvordan (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23-24). I møte med kreftpasienter som har smerte må man kartlegge hvordan type smerter som forekommer. Da trenger man informasjon om smertens intensitet, kvalitet, lokalisasjon, variasjon og varighet (Baastrup mfl., referert i Danielsen et al., 2016, s.388). Ut ifra pasientens forklaring på smertene, må man deretter gi smertestillende som kan lindre de smertene som forekommer (Rustøen et al., 2013). Gjennombruddssmerter varer i ca. 30 minutter (Werner & Arendt-Nielsen, 2019, s.87), og for å lindre disse smertene må blant annet bruke hurtigvirkende smertestillende. I studien til Rustøen et al. (2013) manglet sykepleiere kunnskap om hva gjennombruddssmerter var. Dette gjør det vanskelig å skille mellom forskjellige smertetyper som for eksempel nociseptive smerter, nervesmerter, idiopatiske- og psykogene smerter. Ut ifra smertens karakter vil man kunne skille mellom de forskjellige smertetyper (Rosland & Tjølsen, 2016, s.330; Borchrevink & Fredheim, referert i Danielsen, 2016, s.388). Disse forskjellige smertetyper krever forskjellig behandling, og kunnskap om de forskjellige typene er avgjørende for å kunne lindre tilstrekkelig (Rustøen et al., 2013).

6 Konklusjon

Kreftpasienter har krav på forsvarlig hjelp, lindring av lidelse og omsorgsfull hjelp av sykepleiere når man har behov for det (Sykepleierforbundet, u.å.). For at sykepleier skal kunne bidra til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter må en relasjon mellom sykepleier og pasient opparbeides. Den må være bygget på tillit og forståelse for pasientens subjektive smerte og til hverandre. Tidlig vurdering av symptomer ved å lage en plan vil være hensiktsmessig. Det er sykepleiers ansvar å etterstrebe en relasjon, og som verktøy kan sykepleier ta i bruk personorientert kommunikasjon.

I smertebehandling til kreftpasienter vil det være barrierer både hos pasienten og sykepleier som kan hindre smertelindringen i å bli god. Dette kan påvirke livskvaliteten til pasienten i negativ favør. Som sykepleier skal man identifisere slike barrierer. Informasjon og undervisning til pasienten om eventuelle mistolkninger vil bidra til å gi pasienten bedre innsikt i egen situasjon og legge til rette for god smertebehandling. Sykepleier må holde seg oppdatert på fagkunnskap relatert til smerte for å kunne gi riktig, god og individualisert smertebehandling.

Smerte er mye mer enn hva man ser. Det er en sammensetning av psykisk, fysisk, sosial, åndelige og eksistensiell smerte. Når man skal identifisere smerte, må man se på pasienten som en hel person og vite at kommunikasjon foregår gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Smerte er hva pasienten sier det er, og det er kun pasienten selv som kan forklare hvordan en har det.

Som en supplerer til samtale med pasienten om smerte, kan det være hensiktsmessig og ta i bruk kartleggingsskjemaer. ESAS-r kan identifisere faktorer som påvirker den totale smerte, men er ikke nok til å kartlegge smerten alene. ESAS-r må brukes på riktig måte for at svarene skal være pålitelige og sammenlignbar. Kartlegging og informasjon om smertene vil være viktig hos kreftpasienter som ofte har en sammensatt og kompleks smerteproblematikk.

Referanseliste

- Baastrup, C, S., Dahl, J, B., Arendt-Nielsen, L. & Jensen, T, S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T, S, Jensen., J, B, Dahl., & L, Arendt-Nielsen (Red.), *Smertes.* (3.utg., s.15-33). København: FADL's Forlag.
- Bergh, I., Kvalem, I, L., Aass, N. & Hjermstad, M, J. (2011). What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment system. *Palliative medicine*, 25(7), 716-724.
<https://doi.org/10.1177/0269216310395985>
- Borchgrevink, P, C. & Fredheim, O, M. (2016). T20 Smertes. I *Norsk legemiddelbok for helsepersonell*. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok. Hentet fra <https://www.legemiddelhandboka.no/#T20#Smertes>
- Brinchmann, B, S. (2016). *Etikk i sykepleien*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Clark, D. (2018). *Cicely Saunders: a life and legacy*. New York: Oxford University press.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G, Stubberud., R, Grønseth., & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5.utg., s.381-428). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Everdingen, M, H, J, V, D, B., Kuijk, S, M, J, V., Janssen, D, J, A. & Joosten, E, A, J. (2018). Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine. *Cancers*, 5(10).
<https://doi.org/10.3390/cancers10120502>
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I S, Kaasa. & J, H, Loge (Red.), *Palliasjon*. (2.utg., s.372-386). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Folkehelseinstituttet. (2018). Krefte er nå hyppigste dødsårsak i Norge. Hentet 15. desember 2018 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>
- Granheim, T, H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). *Sykepleieres og studenter kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne*. Sykepleien Forskning, 10(4), 326-334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Haugen, D, F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S, Kaasa. & J, H, Loge (Red.), *Palliasjon*. (2.utg., s.112-125). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet. (2015a). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/kreft/publikasjoner/>
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell (LOV 1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hjermstad, M, J., Fayers, P, M., Haugen, D, F., Caraceni, A., Hanks, G, W., Fainsinger, R., Aass, N. & Kaasa, S. (2011). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093. <https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2010.08.016>
- IASP. (2017). IASP Terminology. Hentet 15. desember 2018 fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

- Jespersen, B, A. & Lundorff, L. (2019). Kræftsmertesmerter 3: palliative aspekter. I M, U, Werner, N, B, Finnerup. & L, Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter. Baggrund, evidens og behandling*. (4.utg., s.264-275). København: FADL's Forlag.
- Jespersen, B, A., Ventzel, L. & Jensen, A, B. (2019). Kræftsmerte 2: behandling. I M, U, Werner, N, B, Finnerup. & L, Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter. Baggrund, evidens og behandling*. (4.utg., s.264-275). København: FADL's Forlag.
- Kaasa, S. & Haugen, D, F. (2006). Fagfeltet palliativ medisin. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 8(3), 326-328.
- Kaasa, S. & Loge, J, H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S, Kaasa. & J, H, Loge (Red.), *Palliasjon*. (2.utg., s.33-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Knudsen, A, K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S, Kaasa. & J, H, Loge (Red.), *Palliasjon*. (2.utg., s.387-401). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kongsgaard, U, E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan. & T. Kr.Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*. (4.utg., s.181-194). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kreftforeningen. (u.å.). Undersøkelser. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/undersokelse-ved-kreft/>
- Kreftregisteret. (2018). Fakta om kreft. I G, Ursin (red.), *Kreftregisteret*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Lorentsen, V, B. & Grov, E, K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D-G, Stubberud., R, Grønseth. & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5.utg., s.397-436). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Melby, L., Das, A., Halvorsen, T. & Steihaug, S. (2017). *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg* (SINTEF A27799 rapport 03/02/17). Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og->

samfunn/avdelinger/helse/20.3.17-rapport-lindrende-behandling_revidert-iversjonsbeskrivelse-og-i-5.2-002.pdf

Myrstad, M. (2015). De gamle er eldst – eller bare eldre? Hentet fra

<https://tidsskriftet.no/2015/03/sprakspalten/de-gamle-er-eldst-eller-bare-eldre#reference-10>

Nakken, E, S. (2017). Generell onkologi. I A. M. Reitan. & T. Kr.Schjølberg

(Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*. (4.utg., s.347-368). Oslo: Cappelen Damm AS.

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 6.april

2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). *Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse*. I D-

G, Stubberud., R, Grøseth. & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Steindal, S, A. (2012). Eldre pasienters siste. *Sykepleien*, 3(3), 18-24. Hentet fra

<https://www.nsf.no/Content/1153656/Pleie32av32d-8ende.pdf>

Svendsen, S, J., Th. Landmark, B. & Grov, E, K. (2017). Døende pasienter i sykehjem:

Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt». *Sykepleien forskning*, (12).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-

07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A, M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan. & T. Kr.Schjølberg

(Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*. (4.utg., s.33-49). Oslo: Cappelen Damm AS.

Rosland, J, H. & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S, Kaasa. & J, H,

- Loge (Red.), *Palliasjon*. (2.utg., s.328-241). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rusdal & Aase. (2013). *Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold*. Sykepleien forskning, 7. <https://doi.org/104220/sykepleief.2013.0050>
- Rustøen, T., Geerling, J, I., Pappa, T., Rundström, C., Weisse, I., Williams, S, C., Zavratic, B., Kongsgaard, U, E. & Wengström, Y. (2013). A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(17), 95-100.
- Skorpen, F. (2016). Molekylærgenetikk i smertebehandling I S, Kaasa. & J, H, Loge (Red.), *Palliasjon*. (2.utg., s.355-371). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). Døde. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/08425/tableViewLayout1/>
- Stubberud, D-G. & Nilsen, C. (2016). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I D-G, Stubberud., R, Grøseth. & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 465-491). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Syrjala, K, L., Jensen, M, P., Mendoza, E., Yi, J, C., Fisher, H, M. & Keefe, F, J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703-1711. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.4825>
- Trier, L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3* (s. 892-944). Oslo Cappelen Damm Akademiske.
- Valeberg, B, T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barriere mot smertebehandling*. Sykepleien Forskning, 5(4), 266-276. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0141>

Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A, R. (2018). *Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak*. Sykepleien Forskning, 13(74591)(e-74591). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2018.74591>

Saunders, D, C. & Kastenbaum, R. (1997). *Hospice Care on the International Scene*. New York City: Springer Publishing Company.

Werner, M, U. & Arendt-Nielsen, L. (2019). Smertefysiologi 4: smertevurdering. I M, U, Werner, N, B, Finnerup. & L, Arendt-Nielsen (Red.), *Smertes. Baggrund, evidens og behandling*. (4.utg., s.82-93). København: FADL's Forlag.

Werner, M, U. & Ventzel, L. (2019). Kræftsmerte 1: smertemekanismer. I M, U, Werner, N, B, Finnerup. & L, Arendt-Nielsen (Red.), *Smertes. Baggrund, evidens og behandling*. (4.utg., s.228-243). København: FADL's Forlag.

WHO. (2019). WHO Definition of Palliative Care. Hentet 25.januar 2019 fra <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>