



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

"Det gjør ikke så vondt når jeg går – Sykepleierens rolle i smertelindringen av brystkreftpasienter"

EKSAMEN

Emnekode: SY 180H 000

Dato: 27.04.12

Kandidatnr.: 290

Totalt antall sider: 31

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning.....	2
2.0 Metode.....	4
2.1 Hva er metode?	4
2.2 Metodevalg	4
2.3 Litteraturoversikt.....	6
2.4 Sykepleieteoretisk avgrensning	8
3.0 Teori.....	9
3.1 Hva er kreft?	9
3.1.1 Hva er brystkreft?	9
3.2 Hva er smerte?	10
3.2.1 Hva er smerteopplevelse?.....	10
3.2.2 Hva er kreft smerter?	10
3.3 Hva er kartleggingsverktøy?	11
3.4 Hva er palliasjon?	12
3.4.1 Hva er palliativ smertelindring?	12
3.4.2 Hva er et palliativt team?.....	13
3.5 Sykepleieteori	13
3.5.1 Omsorg som et relasjonelt begrep	13
3.5.2 Omsorg som et praktisk begrep	14
3.5.3 Omsorg som et moralsk begrep	14
4.0 Drøfting/ Refleksjon.....	15
4.1 Hva påvirker pasientens smerteopplevelse?	15
4.2 Hva er sykepleierens oppgaver knyttet til kartlegging av smerter?.....	16
4.3 Hva er ikke-medikamentell smertelindring av brystkreftpasienter?.....	18
4.4 Hva er sykepleierens kommunikative oppgaver?	19
4.5 Hva er utfordringene med smertelindring av brystkreftpasienter?	22
5.0 Oppsummering	26
6.0 Litteraturliste	28
6.1 Pensumlitteratur	28
6.2 Selvvalgt litteratur.....	29

1.0 Innledning

1.1 *Bakgrunn for oppgaven og valg av tema*

Kreftsykdom er utbredt, og er den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer (Jacobsen mfl. 2009). Som sykepleier vil jeg derfor møte kreftpasienter i mange deler av helsetjenesten. Dette har spilt en rolle i avgjørelsen min, fordi jeg ønsket å velge et tema som jeg både finner interessant og som jeg kan forvente å dra nytte av som ferdigutdannet sykepleier. Jeg har derfor valgt kreft og smertelindring som tema for oppgaven min. Den viktigste årsaken til valget mitt er likevel erfaringene jeg har fra praksis. Jeg har erfart at smertelindring av kreftpasienter kan være utfordrende og at det krever høy kompetanse.

Som sykepleierstudent i praksis på somatisk sykehus møter jeg en kvinne i begynnelsen av 50-årene. Hun har langtkommen brystkreft, og får palliativ behandling. Hun kommer inn med åpen retur¹, fordi hun har sterke smerter til tross for at hun har smertepumpe. På grunn av store mengder ascitesvæske (bukvæske) blir det gjennomført flere ascitestappinger i løpet av oppholdet. Effekten er kortvarig, og pasientens smerter blir redusert kun noen få dager. De sterke smertene gjør at pasienten blir rastløs. Hun sier det hjelper å gå. Hun vandrer derfor mye i korridorene så lenge hun føler hun klarer det.

Dette pasientmøtet har inspirert meg til å ville lære mer om smertelindring til kreftpasienter. Jeg vil bruke fortellingen hennes i den videre tekst. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å få større forståelse, innsikt og kunnskap om smertelindring til brystkreftpasienter i en palliativ fase. Jeg vil derfor undersøke hvilke kunnskaper og kommunikative egenskaper vi som sykepleiere må ha for å hjelpe pasienten i smertelindringen, slik at jeg som fremtidig sykepleier kan anvende dette i møte med mine pasienter. Jeg håper at jeg gjennom min problemstilling kan få svar på mye av det jeg ønsker å finne ut mer av, og at den derfor gjenspeiler målet mitt for oppgaven.

Jeg har delt oppgaven i fem deler med innledning, metode, teori, drøfting/refleksjon og oppsummering. Oppgaven starter med innledningen hvor jeg forklarer tema og

¹ Åpen retur innebærer at pasienten er forsikret om at hun kan komme tilbake til sykehuset hvis hun ønsker det. Gjerne samme avdeling også, siden de ansatte kjenner pasienten (NOU 1999:2)

problemstillingen jeg har valgt. Jeg tar også for meg bakgrunnen for valget og hvilke avgrensninger jeg har gjort. I metodedelen forklarer jeg hva en metode er. Her gjør jeg rede for hvilken metode og sykepleieteoretiker jeg har valgt. Jeg presenterer også søkeprosessen jeg har vært gjennom, og hva som er hovedlitteraturen i oppgaven. I teoridelen gjør jeg rede for hva brystkreft og smerte er. Jeg tar også for meg andre begreper som er sentrale i oppgaven. Til slutt gis det en forklaring av hovedtrekkene i sykepleieteorien jeg har valgt. Etter dette kommer drøfting/refleksjonsdelen hvor jeg bruker teorien, artikler, sykepleieteoretikeren og erfaringer til å reflektere og drøfte rundt problemstillingen. I oppsummeringen vil jeg ta for meg sentrale poeng i oppgaven, og hva som er det nye jeg ser etter å ha fordypet meg i temaet. Oppgaven består av 8731 ord.

1.2 Problemstilling

Fra temaet kreft og smertelindring har jeg valgt følgende problemstilling til min oppgave:

Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til å lindre smertene til brystkreftpasienter i en palliativ fase?

1.3 Avgrensning

For å avgrense oppgaven har jeg valgt kun å ta for meg kvinnelige brystkreftpasienter i en palliativ fase. Med det forstås at all kurativ behandling skal være avsluttet og at fokuset vil ligge på best mulig livskvalitet gjennom god smertelindring. Palliative kreftpasienter vil ofte ha flere plager samtidig, men for å avgrense har jeg valgt og bare skrive om symptomlindring av smertene. Jeg har valgt å fokusere på en spesifikk pasientgruppe i en spesifikk del av sykdomsforløpet. Jeg vil derfor fokusere på kvinnelige brystkreftpasienter i en palliativ fase. Oppgaven er også begrenset til pasienter over 18 år, som oppholder seg på en somatisk sengepost.

Selv om den medikamentelle smertelindringen er viktig vil jeg ikke vektlegge den i oppgaven. I stedet ønsker jeg å se på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient,

alternativ/komplimenterende behandling og viktigheten av trygghet og omsorg i pasient og sykepleier-relasjonen.

2.0 Metode

Her vil jeg forklare hvilken metode jeg har valgt å bruke i oppgaven. Jeg vil også kort presentere sykepleieteoretikeren og hovedlitteraturen.

2.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve kunnskapskrav som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Tranøy 1986). Metoden sier derfor hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og metoden som brukes begrunnes med at vi mener den vil gi oss gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland 2007).

2.2 Metodevalg

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie (litteraturprosjekt) som metodevalg for oppgaven, sammen med sykepleieteorien og egne erfaringer. "Med et litteraturprosjekt menes en oppgave som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder" (Magnus og Bakketeig 2000:37). Med systematisering menes å samle inn, gå kritisk igjennom og sammenfatte. Litteraturstudiet krever riktige søk i litteraturen, tydelige kriterier i kvalitetsvurderingen og en ryddig struktur i den skriftlige framstillingen (Magnus og Bakketeig 2000). Jeg vil bruke pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, artikler og erfaringer for å belyse og reflektere over problemstillingen. Jeg har valgt litteraturstudie delvis på grunn av tiden jeg har tilgjengelig, men også fordi jeg ønsker å gå i dybden på temaet jeg har valgt. Bruken av litteraturstudiet vil nok også bidra til gjøre oppgaven interessant og føre til gode faglige kunnskaper som jeg kan ta nytte av.

Jeg har opplevd det som utfordrende å finne litteratur til min problemstilling. Det er mye litteratur om kreft og smerter, men mindre som spesifikt omhandler smerter og smertelindring til brystkreftpasienter i en palliativ fase. Mange av artiklene har handlet om medikamentbruk eller diagnostisering, noe som jeg ikke ønsket å fokusere på i oppgaven. Artiklene og den selvvalgte litteraturen har jeg valgt ut fra det jeg selv har opplevd som relevant til min oppgave, men jeg ser at andre kanskje kunne valgt annen litteratur. Jeg har prøvd å bruke

opdatert litteratur, men har prioritert innholdet. Jeg har også valgt å bruke primærkilder så godt det lar seg gjøre. Det er derfor ikke all litteraturen jeg har brukt som er av nyeste årgang. Av den selvvalgte litteraturen har jeg i hovedsak valgt lærebøker eller annen litteratur skrevet av sykepleiere og leger. Jeg har også brukt aktuelt lovverk og NOU (Norges offentlige utredninger).

Av søkemotorer har jeg bruk Bibsys for å finne litteratur i bibliotekets database. Jeg har også brukt databasene Pubmed, Svemed + og Scopus til artikkelsøk. Her har jeg brukt søkeordene smerte, smertelindring, brystkreft, palliasjon, breast cancer, pain, pain relief, nursing og palliative care. Jeg har også brukt søkeordene i forskjellig kombinasjoner. Av resultatene har jeg valgt ut de som er mest relevant for min oppgave. Forskningsartiklene jeg har hentet fra Svemed+ er ekspertvurdert, og skal derfor være av god kvalitet. Fagartikkelen og forskningsartiklene fra Pubmed og Scopus har jeg måtte vurdert selv. I artikkelsøkene har jeg begrenset til artikler som maksimalt er ti år gamle. Jeg har også valgt og kun bruke artikler på skandinavisk eller engelsk. Jeg har i hovedsak prioritert å bruke forskningsartikler. Jeg har likevel tatt med en fagartikkel, fordi innholdet er relevant.

I oppgaven er det også nødvendig å ta hensyn til etiske overveielser. Etikken dreier seg om riktig og god livsførsel, og skal gi veiledning og grunnlag for vurdering i vanskelige avgjørelser. Ved å bruke etikk kan jeg forhindre at målet om å finne ny kunnskap og innsikt ikke skjer på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Grunnet personvern har jeg ikke brukt riktig navn eller konkret alder på pasientene jeg har brukt som eksempler i oppgaven. Jeg har heller ikke oppgitt navn på kommuner eller institusjoner som kan gjøre det lettere å kjenne igjen pasientene. Alle pasientene jeg har brukt skal derfor være anonymisert.

Allerede fra planleggingsfasen skal jeg ha en formening om hvem som kan ha nytte av oppgaven (Dalland 2009). Jeg mener denne oppgaven vil være svært nyttig for meg selv. Gjennom arbeidet med oppgaven vil jeg ha mulighet til å tilegne meg kunnskap som kan komme til stor nytte som ferdigutdannet sykepleier. Jeg tror også sykepleiere eller andre med interesse for min problemstilling vil kunne ha nytte av kunnskapen jeg prøver å framskaffe.

Pasienten fra fortellingen vil bli omtalt som Siri, hun eller pasienten i den videre tekst.

2.3 Litteraturoversikt

I tillegg til aktuell pensumlitteratur har jeg gjennom litteratursøkene kommet fram til en rekke bøker og artikler jeg vil bruke i oppgaven. Jeg vil her ta en kort presentasjon av hovedlitteratur og forskning.

Komplementær og alternativ behandling – en grunnbok for sykepleiere (2006).

Berit Johannesen (helsesøster/PhD/lektor) er redaktør for boken som gir en innføring i komplementær og alternativ behandling. Den omhandler også hvordan sykepleiere kan forholde seg til og bruke denne typen behandling.

Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling (2010).

Norsk forskningsartikkel av Valeberg (anestesisykepleier/PhD), Bjordal (onkolog/MD/PhD), Rustøen (sykepleier/PhD/professor).

Beskrivende tverrsnittundersøkelse² med 217 polikliniske kreftpasienter med smerter og/eller som bruker smertestillende medikamenter. 75 % kvinner, 25 % menn.

Resultat: Pasientene hadde en gjennomsnittsskåre på 4,5 på gjennomsnittlig smerte ved bruk av numerisk smerteskala. De påstandene som ga mest enighet om barrierer var de som gjaldt fare for avhengighet, toleranse, eller at smertestillende medikamenter kan skjule endringer i helsetilstanden eller nye smerter.

Kreftpasienter skal ikke ha smerte (2005).

Norsk fagartikkel av Kaasa (onkolog/MD/professor), Klepstad (anestesiolog/MD/professor).

Viser at mange kreftpasienter ikke er godt nok smertelindret, og tar opp mulige årsaker til dette. Bedre bruk av smertetrappen og kommunikasjon for å unngå misforståelser hos pasienten blir ansett som viktige virkemidler for å forhindre utilstrekkelig smertelindring.

2

En tverrsnittundersøkelse brukes for å beskrive forekomst, for eksempel av barrierer. Det kan også brukes for å se på sammenhengen, for eksempel mellom barrierer og smerte, slik som i denne artikkelen.

Nursing Pain Management – A qualitative Interview Studie of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment (2009)

Norsk forskningsartikkel av Rustøen (RN/PhD), Gaardsrud (RN), Leegaard (RN/MS), Wahl (RN/PhD)

Kvalitativt intervju-studie av 18 pasienter med en langtkommen kreft og smerter fra ulike avdelinger ved et norsk kreftsykehus. 7 menn og 11 kvinner, hvor alle kvinnene har brystkreft. Resultat: Faktorer som pasientene erfarte at lindret smertene ble samlet i fem kategorier: avledning, behandling, å være i minst mulig aktivitet, omsorgsgivende omgivelser og selvpleiende aktiviteter. De kom også fram til fire kategorier som omfatter hva pasientene forventet av sykepleierne i smertelindringen. Disse kategoriene var å gjenkjenne smerten, være tilstede og være støttende, ta seg av medisinene og informere og dele kunnskap.

Palliasjon – Nordisk lærebok (2007).

Stein Kaasa (onkolog/MD/professor) er redaktør for denne boken. Den omhandler blant annet palliativ behandling og smertelindring.

Peritoneal catheter for continuous drainage of ascites in advanced cancer patients (2008).

Italiensk forskningsartikkel av Mercadante (MD), Intravaia (RN), Ferrera (MD/BS), Villari (MD), David (MD)

Forskningsartikkel med 40 pasienter med langtkommen kreft og ascites. 21 menn, 19 kvinner. Resultat: 6 pasienter døde i løpet av undersøkelsen. Av de 34 resterende opplevde 22 symptomlindring, mens 10 mente opplevelsen var uendret. Forfatterne konkluderte med at den kontinuerlige tappingen var en verdifull metode for fjerning av acitesvæske og symptomlindring, med akseptable komplikasjoner.

Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus (2005).

Norsk forskningsartikkel av Holtan (MD), Kongsgaard (professor), Ohnstad.

Endags prevalensstudie med 309 kreftpasienter fra 13 sykehus med 55 % kvinner og 45 % menn.

Resultat: 51 % av pasientene hadde smerter mens de var inneliggende. Flere av pasientene med verst tenkelig smerter hadde ikke egnede smertestillende. En av grunnene til dette var for lite kunnskap blant helsepersonellet om smertetrappen og bruk av opioider.

2.4 Sykepleieteoretisk avgrensning

Som sykepleieteoretiker har jeg valgt å bruke Kari Martinsen og hennes omsorgs-teori. Jeg ser at hennes tenkning er den mest aktuelle i forhold til mitt tema. Jeg opplever at omsorg er en grunnleggende del av sykepleien. Ikke minst i arbeidet med palliative brystkreftpasienter. Jeg opplever også å kjenne meg igjen i flere deler av Martinsens teori. Spesielt hennes vektlegging av relasjonen mellom sykepleier og pasient, hvor jeg som sykepleier ikke kan forvente noe tilbake. Også det moralske aspektet ved omsorg hvor makten skal brukes med solidaritet for den svake er for meg en viktig del av hennes teori. Jeg vil komme nærmere inn på hennes omsorgs-teori senere i oppgaven.

For å forklare Martinsens teori har jeg valgt å bruke følgende litteratur.

Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk-filosofiske essays (1989).

Kari Martinsen (sykepleier/PhD/professor) har samlet artikler som omhandler begrepet omsorg. Boken gir en analyse av begrepet og de verdiene det bygger på. Den omhandler også hvordan omsorg brukes i sykepleien.

Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien (1997).

Boken er skrevet av Kari Martinsen, og er et oppgjør med tenkningen individet i sentrum. Her drøftes etikk, fenomenologi og metafysikk i forhold til kropp, sanselighet og menneskelige relasjoner.

3.0 Teori

3.1 Hva er kreft?

Kreftstatistikken viser at det var 27520 nye tilfeller med kreft i Norge i 2009, hvor forekomsten hos menn var 14792 og 12728 hos kvinner. Det ble registrert 9834 kreftdødsfall samme året. (Kreftregisteret 2009). Forekomsten av kreft er stadig økende. Det beregnes derfor at hver tredje nordmann vil få en eller annen for kreft i løpet av livet (Valand og Fodstad 2001).

Cancer eller kreft brukes om maligne (ondartede) svulster og kjennetegnes av en forstyrrelse i celledelingen, celledifferensieringen eller vevsorganiseringen. En malign svulst vokser ofte raskt og kan vokse inn i annet vev enn det springer ut fra, og ødelegge dette. Spredning av kreftceller fra et organ til et annet kalles metastaser. Kreft deles gjerne i fire stadier fra I- IV som kan bidra til å vurdere prognose og behandlingsmuligheter. I stadium I er veksten lokal, og både prognosen og behandlingsmulighetene er gode. I stadium IV har metastasene nådd langt ut i kroppen, og prognosen og behandlingsmulighetene er klart dårligere (Jacobsen mfl. 2009).

3.1.1 Hva er brystkreft?

Brystkreft, eller cancer mammae, er den vanligste kreftformen hos kvinner. I 2009 sto den for 2760 av alle nylig påviste krefttilfeller i Norge. Samme år døde 678 personer av samme kreftform. Den rammer i hovedsak kvinner i menopausen (overgangsalderen), eller kvinner over 60 år. Det regnes med at 5-10 % av tilfellene skyldes genetiske forhold. Hormonelle forhold er også ansett til å øke risikoen for brystkreft (Kreftregisteret 2009). Kvinner med sen førstegangsfødsel, barnløshet, tidlig menstruasjon og sen overgangsalder er spesielt utsatt på grunn av en lang periode med østrogenpåvirkning (Jacobsen mfl. 2009). En tidligere sykehistorie med brystkreft øker også faren for kreft i det andre brystet (Sørensen og Almås 2010).

Brystkreft kan nå oppdages tidligere enn før. En tidligere diagnostisering har en positiv virkning på prognosen. Prognosen er bedre jo tidligere svulsten oppdages. Det har derfor vært

et økende fokus på hvordan kvinner kan få undersøkt seg selv, slik at behandlingen kan iverksettes så tidlig som mulig. Blant annet oppfordres kvinner til å undersøke brystene selv for å kjenne etter kuler eller endringer i brystet, eller i lymfeknutene under armen. For kvinner over 50 år er mammografi et tilbud hvor det brukes røntgen og eventuelt ultralyd for å se etter tegn på kreftsvulster (Sørensen og Almås 2001). Ved mistanke om en svulst gjøres det trippeldiagnostikk som består av mammografi, ultralydundersøkelse og finnålsaspirasjonscytologi (FNAC) som er en celleprøve tatt med en tynn nål (Jacobsen mfl. 2009).

3.2 Hva er smerte?

For å forklare hvordan man kan lindre smerte vil jeg først begynne med å forklare hva smerte er. Jeg har valgt å bruke definisjonen til International Association for the Study of Pain (IASP) som er oversatt av Kaasa og Borchgrevink.

Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette (Kaasa og Borchgrevink 2007:272).

3.2.1 Hva er smerteopplevelse?

For å oppfatte smerte har vi egne nervefibre som reagerer på smertestimuli. Smerteimpulsene sendes gjennom spesielle nervebaner til ryggmargen og videre gjennom sentralnervesystemet til de når hjernen. På turen påvirkes de av både hemmende og framkallende transmittorstoffer som påvirker hvordan smerteopplevelsen blir. Når de når hjernen blir smerteimpulsene bearbeidet og tolket (Almås mfl. 2001).

3.2.2 Hva er kreftsmarter?

Statistisk sett slipper omtrent 1/3 av alle kreftpasienter smerte. Behandlingsmetodene for smertelindring blir også stadig bedre. Skjelettmetastaser står for minst halvparten av smertene hos kreftpasienter, og er svært vanlig ved brystkreft. Med denne krefttypen kan det også

oppstå lymfødem³ hvor kompresjon eller infiltrasjon av blodårene har gitt perifere ødem og eventuelt iskemi. Kompresjon eller infiltrasjon av nerverøtter, strekk på hinner eller kapsler rundt organer og infiltrasjon av svulster i kroppens bløtdeler er også eksempler på årsaker til kreftsmarter (Almås mfl. 2001). Smerten kan også være forårsaket av behandlingen eller tidligere behandlinger. Den kurative behandlingen kan gi sen-bivirkninger som oppstår i lang tid etter behandlingen. Et eksempel på dette er omfattende kirurgi som kan skade de affiserte organene. Det kan også oppstå smertefull nevropati hos noen av pasientene i etterkant av kirurgien (Kaasa og Borchgrevink 2007). Nevropatien gir utslag i sviende og brennende føtter (Almås mfl. 2001). Mens de akutte bivirkningene stort sett er reversible, vil sen-bivirkningene være kroniske (Lorentsen og Grov 2010).

3.3 Hva er kartleggingsverktøy?

For å danne seg et bilde av hvor sterke smerter pasienten har finnes det en rekke kartleggingsverktøy av varierende omfang. Det er alt fra enkle skalaer til omfattende spørreskjema. Her vil jeg forklare noen av kartleggingsverktøyene.

Visuell numerisk skala (VNS) er et enkelt hjelpemiddel. Den er laget som en linje med punkter fra 0-10. 0 indikerer at pasienten ikke har smerter og 10 indikerer uutholdelig smerte. Pasienten velger det tallet som stemmer best overens med hennes opplevde smerte. Skalaen kan også brukes som en linje uten intervaller mellom ytterpunktene, slik at pasienten kan markere smerten fritt på skalaen. Da kalles det en Visuell analog skala (VAS) (Almås mfl. 2001).

Ved bruk av en verbal skala er tallene byttet ut med ord. Ordene beskriver ulike smerteintensiteter fra ingen smerte til uutholdelig smerte, og pasienten velger det ordet som beskriver smerten hennes best. Dette er en ofte en grovere skala enn VNS (Almås mfl. 2001).

Edmond Symptom Assessment Schedule (ESAS) anbefales for å få et bedre bilde av alle de palliative symptomene. På den norske versjonen er de 10 punktene smerte i ro, smerte ved

3

Lymfødem skyldes nedsatt absorbering fra lymfeårene. Dette fører til at proteiner som er utskilt av kapillærene blir værende i vevet. Grunnet trykkforskjellen som oppstår vil væske trekkes ut fra kapillærene og det oppstår et ødem (Almås og Sørensen 2001).

bevegelse, slapphet, kvalme, tungpust, munntørhet, matlyst, angst/uro, trist/deprimert og alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag? Pasienten markerer på en skala fra 0-10, slik som ved bruk av VNS (Kaasa 2007).

Kroppskart brukes for å lokalisere smerten. Det består i en tegning av kroppen sett forfra og bakfra. Pasienten eller sykepleieren kan skravere på kartet hvor pasienten føler smerte. Det kan også brukes ulike farger for å få frem hvor smerten er sterkest (Almås mfl. 2001).

3.4 Hva er palliasjon?

I begrepet palliasjon ligger både behandling, pleie og omsorg. Palliasjon eller palliativ medisin tar over for den kurative behandling, hvor målet er å helbrede, når det ikke lenger er realistisk at pasienten skal bli frisk. Behandlingen kan være symptomforebyggende, og ha til hensikt å forebygge eller utsette de symptomene som er forventet at pasienten vil få raskt uten behandling. Eventuelt å utsette utviklingen av sykdommen for en tid. Den kan også være symptomlindrende hvor målet er å lindre plager som pasienten allerede har fått (Kaasa 2007).

3.4.1 Hva er palliativ smertelindring?

Ved kreftsmarter er medikamentell smertelindring essensielt. For kreftpasienter med kroniske smerter er det laget et regime som blir kalt "smertetrappen". Den er bygd opp av fire trinn hvor pasienten starter nederst, og går oppover i smertetrappen ved behov for mer omfattende smertelindring. Det første trinnet omfatter perifertvirkende analgetika, som virker ute i vevet. Denne gruppen omfatter blant annet Paracetamol og NSID's som for eksempel Voltaren. Trinn 1 er ment for milde til moderate smerter. Ved behov for mer omfattende smertelindring går pasienten opp til trinn 2. Her kombineres perifertvirkende analgetika med opioider som er sentraltvirkende. Disse virker på selve oppfatningen av smerten. Opioider kan administreres på ulike måter etter pasientens smerter. Fra trinn 2 gis det i tablettform. Det kan også være aktuelt å gå rett fra trinn 1 til trinn 3. På trinn 3 er det depottabletter som er langtidsvirkende, men også smertestillende plaster. Øverst på "smertetrappen" finner vi trinn 4. Her er det mulighet for å gi opioider døgkontinuerlig. Her inngår blant annet morfininjeksjoner, nerveblokkader og smertepumper. Ved nerveblokkader injiseres opioider som skal hindre smerteimpulsene fra å nå ryggmargen. Med bruk av smertepumpe får pasienten kontinuerlig

subkutan tilførsel av opioider etter innstillingene som er valgt på pumpen. I tillegg til medikamenter kan også strålebehandling være effektiv i smertelindringen. Spesielt for kreftpasienter med skjelettmetastaser (Almås mfl. 2001).

3.4.2 Hva er et palliativt team?

De fleste kreftpasienter vil ha behov for et eller flere sykehusopphold i løpet av den palliative fasen. Under sykehusoppholdet vil det ofte være behov for kompetanse fra andre avdelinger ved sykehuset eller annet helsepersonell. Eksempelvis kan det være kreftavdelinger, kirurgiske avdelinger eller smerteklinikker som bidrar i den palliative behandlingen. Alle sykehusavdelinger som har kreftpasienter med behov for lindring skal beherske grunnleggende palliasjon. Dette krever et tverrfaglig sammensatt personale og god kommunikasjon mellom alle som er involvert i pasientens behandling. Det kan også være aktuelt med et palliativt team rundt pasienten. De mest sentrale yrkesgruppene i palliative team er sykepleier og lege. Fysioterapeut, sosionom og prest er også viktige i teamet. Selv om det er stor tverrfaglighet i det palliative teamet må de også ha kunnskap om hva andre spesialområder kan bidra med, slik at pasienten får utnyttet den kompetansen som finnes (Haugen mfl. 2007).

3.5 Sykepleieteori

For å gi en forståelse av Kari Martinsens omsorgsteori har jeg valgt å ta med en presentasjon av de mest sentrale punktene i hennes teori. I følge Martinsen kan omsorg sees på tre ulike måter; som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Her vil jeg gå nærmere inn på dette.

3.5.1 Omsorg som et relasjonelt begrep

Omsorg som et relasjonelt begrep tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn, hvor vi alle er avhengige av hverandre, og hvor avhengighet ikke står i motsetning til selvhjulpenhet. Avhengighet er derimot en del av de mellommenneskelige forhold, og ansvaret for de svake er derfor et viktig prinsipp. Dette er fordi vi alle kan komme i en situasjon hvor vi trenger hjelp fra andre, og vi er derfor avhengige av hverandre. Våre handlinger bør derfor baseres på

at alle kan få samme mulighet til å leve livet så godt de kan ut fra deres forutsetninger (Martinsen 1989).

3.5.2 Omsorg som et praktisk begrep

Omsorg er også et praktisk begrep, hvor omsorgsgiveren ikke bare synes synd på, men heller handler til pasientens beste. Dette står i motsetning til en sentimental omsorg hvor det stopper med egne følelser. Det er også viktig at hjelpen som gis er betingelsesløs og gis ut fra behov, ikke fordi det forventes et resultat eller å få noe tilbake. Omsorgsgiveren kan selvsagt få noe igjen for å hjelpe gjennom takknemlighet, en følelse av å ha gjort noe godt eller lignende. Likevel skal ikke forventningen om å få noe igjen være drivkraften for handlingen. For å yte god omsorg er også situasjonsforståelse nødvendig, slik at omsorgsgiveren kan se den andres livssituasjon og hvilke muligheter og begrensninger hun har. På denne måten kan det skapes en balansegang, hvor omsorgsmottakeren får den hjelpen hun trenger, uten at det går på bekostning av autonomien (Martinsen 1989).

3.5.3 Omsorg som et moralsk begrep

”Omsorg har for det tredje en moralsk side. Det har med livsførsel å gjøre, og hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Det er kvaliteten i relasjonen som er vesentlig” (Martinsen, 1989:17). Martinsen mener med dette at den moralske siden kommer frem gjennom praktiske handlinger. Omsorgsmoral er noe som må læres, akkurat som prinsippet om ansvaret for de svake. Gjennom praktisk erfaring og oppdragelse til godhet vil verdiene få røtter i oss. Det påpekes også at verdien må underkastes kritisk vurdering.

I følge Martinsen inngår makt i en hver avhengighetsrelasjon. Omsorgsmoral omfatter også hvordan denne makten blir brukt. Ved å bruke makten ut fra solidaritet med den svake brukes den også moralsk ansvarlig. Martinsen definerer solidaritet som handlinger basert på engasjement. En må kunne identifisere seg med den andre og forestille seg selv i den andres situasjon. Ut fra dette kreves det at en handler for å redusere ulikhet mellom mennesker og gir de svakeste en mulighet til endring. Slik kan de leve det beste livet de er i stand til.

Jeg vil komme tilbake til Kari Martinsen i den videre tekst.

4.0 Drøfting/ Refleksjon

4.1 *Hva påvirker pasientens smerteopplevelse?*

Smerteopplevelsen er en svært kompleks og subjektiv opplevelse. Siri kan derfor reagere ulikt på samme smertestimuli ut fra situasjonen hun er i der og da. Et og samme smertestimulus kan også gi varierende grad av smerteintensitet hos ulike mennesker, fordi vi alle har ulike smerteterskler. Det er derfor en mulighet for at Siri kan tåle smertene dårligere enn en annen pasient, selv om de tilsynelatende har samme forutsetninger. Vi preges av våre tidligere erfaringer med smerte, og de normer vi har lært oss gjennom vår oppvekst og miljøene vi har vært i. Kulturelle forskjeller spiller også en rolle for hvordan vi opplever og uttrykker smerte (Almås mfl. 2001). Martinsen beskriver lidelse som noe som hører livet til, og som vi mennesker ikke kan spares for eller komme utenom. Et ja til livet vil også være et ja til lidelsen (Martinsen 1997).

Det er mange faktorer som kan påvirke hvordan pasienten opplever smerte. Kvalme, munntørrehet, dårlig sittestilling og en følelse av å være ustelt er eksempler på grunnleggende behov som kan påvirke smerteopplevelsen. Ved at vi som sykepleiere hjelper pasienten med dette vil hun kunne oppleve at smertene blir redusert og at annen smertestillende behandling forbedres. Ved smerter som er vanskelige å behandle, slik som med Siri, kan disse dagligdagse forutsetningene for velvære bidra til at hun ikke trenger å ha mer vondt en nødvendig. Dermed kan pasientens totale opplevelse forbedres (Almås mfl.2001). Jeg har erfart at kvinnelige pasienter som har fått hjelp eller tilrettelegging til det de opplever som velvære 'lyser opp'. Det kan blant annet være å få vasket og rullet håret. Eller å få klippet neglene og smurt hendene. Ved sterke smerter er nok ikke dette i seg selv nok til å lindre pasienten, men tiltakene kan hjelpe på pasientens totale opplevelse av smerten.

Slik jeg forstår Martinsen (1989) kan vi som sykepleiere kun hjelpe en annen ved å anerkjenne vedkommende og prøve å se situasjonen fra deres side. Dette betyr at vi aksepterer den andre med sine ressurser og begrensninger. På den måten kan vi unngå å ta over og umyndiggjøre pasienten. Jeg har erfart at pasientene ofte har forskjellige behov. Som sykepleiere må derfor bli kjent med pasienten og finne ut hva som betyr noe for henne, slik at vi kan legge mest mulig til rette for dette. En av kreftpasientene jeg har møtt i praksis syntes

det hjalp å få endret stilling i sengen. Vi gikk inn omtrent en gang i timen og hjalp pasienten til et bedre sengeleie. For Siri var det å få gå i gangene som hjalp best for henne. Hun klarte sjeldent å gå lenge av gangen, men etter å ha hvilt en stund var hun likevel oppe og gikk igjen. Jeg opplevde at hun brukte alle kreftene sine på dette. Siri forklarte selv at det var den beste lindringen for henne. Dette ble forstått av personalet i avdelingen. Ved å ta hensyn til det unike med hver enkelt pasient og de behovene hun har, vil vi nok ha et bedre grunnlag for smertelindring og god omsorg.

I en kvalitativ studie gjort av Rustøen mfl. (2009) kom de frem til fem faktorer som etter informantenes erfaringer hadde positiv virkning på deres smerteopplevelse. En av disse faktorene var å være i minst mulig aktivitet. At Siri erfarte at det hjalp å være i aktivitet strider mot funnene i denne forskningen. Informantene hadde ingen positive erfaringer med aktivitet som en lindrende faktor. De erfarte der i mot at å redusere aktiviteten, sitte eller ligge i ro virket lindrende. Grunnen til at det ikke er samsvar mellom erfaringene til Siri og informantene i studien kan skyldes at det er kvalitativ forskning. Ved kvalitativ forskning er det fordeler og ulemper som ved en hver metode. Fordelen er at forskerne kan gå i dybden av temaet og at data som samles inn kan få frem sammenheng og helhet. Ulempen med den kvalitative forskningen er at den ikke går i bredden og at det brukes et begrenset utvalg. Et annet utvalgt kunne derfor ført til andre resultater. En annen faktor informantene erfarte som virkningsfull på smertene var avledning. Gjennom samtaler, bøker eller strikking erfarte de at fokuset ble tatt vekk fra smertene og at den derfor ble mindre intens. (Rustøen mfl.2009). Det kan hende at det ikke var aktiviteten i seg selv som førte til smertelindring for Siri, men at det fungerte som en avledning for henne. Siden hun kun gikk når hun ikke hadde besøk ser jeg at det kan være en mulighet.

4.2 Hva er sykepleierens oppgaver knyttet til kartlegging av smerter?

En grundig kartlegging av pasientens smerter er svært viktig. Den vil være grunnlaget for planleggingen og iverksettingen av en systematisk og virksom smertelindring. Den vil også bidra til at smertelindringen blir tilpasset pasientens tilstand og behov. For at behandlingen skal bli best mulig er det nødvendig med en grundig utredning, slik at en kan finne årsaken til smertene. Som nevnt i teoridelen er det en rekke ulike kartleggingsverktøy til formålet. Disse

kan supplere hverandre for å skape et bedre bilde av smertens kvalitet og styrke (Almås mfl. 2001).

For å kunne gi god smertelindring må vi vite hva som forårsaker smertene. Er det ascitesvæsken som trykker eller er det kompresjon på en nerve som forårsaker smerten? Som nevnt tidligere er det mye som kan forårsake smerter hos palliative kreftpasienter. Ved å bruke kroppskartet kan vi finne ut hvor hun har smerter. Kanskje er det flere grunner til at pasienten har smerter, og da kan hun markere alle på kartet (Almås mfl. 2001). Det er anbefalt å bruke ESAS-skjema i kartleggingen i den palliative fasen. Vi kan da få et tydeligere bilde av pasientens totale situasjon. Her kartlegges også forskjellen på smerteintensitet når pasienten er i ro og når hun er i bevegelse, som kan være nyttig for å kartlegge hvilken smerte pasienten har (Kaasa 2007). Jeg har ingen erfaring med at ESAS eller andre omfattende kartleggingsverktøy har blitt brukt i praksis. Jeg ser likevel at smerteskalaene brukes i større grad. Dette skyldes nok at det er et raskt og enkelt verktøy å bruke i en travel arbeidshverdag. Jeg ser også at det kan være variasjoner mellom avdelingene. Ved å oppgi at pasienten hadde en skåre på 7 og gikk ned til 3 med bruk av VNS vil det gi oss et bedre innblikk i pasientens smerteintensitet. Det vil også gi oss et svar på effekten pasienten hadde av smertelindringen. Rapporterer vi videre at pasienten hadde store smerter, men ble bedre etter å ha fått medisinen vil vi ikke ha samme grunnlag til å vurdere tiltakene våre. Med Siri ble det prøvd morfininjeksjoner for å lindre smertene. Det ble også justert på smertepumpen med jevne mellomrom. Selv om den medikamentelle smertelindringen kun hjalp delvis eller i en begrenset periode kunne kanskje kartleggingsverktøyene bidratt til å tydeliggjøre hvor stor effekt tiltakene hadde på henne.

Ved bruk av en smerteskala er det en generell regel at pasienten ikke skal ha en skåre på over 3. Angir pasienten en høyere skåre enn dette vil det bety at hun har behov for bedre smertelindring. Smerteskalaen er likevel ikke et nøyaktig måleinstrument på smerten. Det vil derfor ikke være korrekt å kalle en smertesåre på 3 akseptabel for alle pasienter. Det er derfor viktig å få svar på om smertene fremdeles virker sjenerende på pasienten (Almås 2001). For at kartleggingsverktøyene skal ha en hensikt er det avgjørende at de blir brukt regelmessig. Det er også viktig at de overføres til pasientens journal eller kurve (Kaasa 2007).

4.3 Hva er ikke-medikamentell smertelindring av brystkreftpasienter?

For brystkreftpasienter er metastaser til skjelettet den største årsaken til smerter. I tillegg til medikamentell behandling finnes det andre metoder som kan være aktuell i smertelindringen. Strålebehandling er en viktig del av den kurative behandlingen, men det kan i tillegg brukes i den palliative smertelindringen. Det er særlig effektivt når smerten er lokalisert på et eller få steder. (Almås mfl. 2001).

Hos Siri var det metastaser på leveren med medfølgende ascites som sto for mye av smerten. Oppsamlingen av væske i buken gir spreng og smerter, og kan immobilisere pasienten. Diuretika og væske- og saltrestriksjoner kan regulere mengden, men så omfattende som det var i dette tilfellet var ikke det tilstrekkelig. Da er det nødvendig å tappe væsken for å redusere bukomfanget. Dette ble gjort flere ganger med Siri, uten å ha noen langvarig effekt for henne. Generelt er en tilbakeholden med gjentatte tappinger, fordi væsken ofte reproduserer seg raskt. Når behandlingen ikke har effekt kan det være aktuelt å legge inn en shunt. Dette betyr at væsken transporteres gjennom en enveisventil fra peritonealhulen (bukhulen) til blodet (Almås mfl.2001). I følge en italiensk undersøkelse av Mercantes mfl. (2008) er peritonealkateter et viktig verktøy ved ascites hos kreftpasienter. For pasienten i eksemplet mitt ville kanskje dette ført til mindre smerter og opplevelse av spreng. Denne metoden gjør at pasienten slipper gjentakende ascitestappinger, slik som med en enkelt tapping. I studien opplevde 22 av de 34 pasientene som overlevde hele testperioden at peritonealkateteret hjalp på symptomene, mens 10 av pasienten ikke opplevde noe endring. Selv om studien viser at peritonealkateteret hadde effekt på tappingen og symptomlindring er det likevel begrenset med pasienter, og det hadde vært interessant og sett en mer omfattende studie.

Det finnes også alternative behandlingsformer som kan brukes som smertelindring til brystkreftpasienter. Internasjonalt brukes ofte begrepet complementary and alternative medicine (CAM), som gjerne oversettes til norsk med komplementær og alternativ medisin (KAM). Alternativ behandling defineres ulikt fra land til land, og det er ulike syn på hvilke behandlingsformer som inngår i begrepet. Dette kan blant annet skyldes ulike tradisjoner og varierende aksept for metodene. Selv om det enda finnes skepsis for bruken av KAM, har noen av behandlingsformene blitt gradvis mer anerkjent og blitt en del av den offentlige

helsetjenesten (Johannesen 2008). Terapiformene som inngår i KAM er mange og ulike. Akupunktur, massasje og musikkterapi er noen eksempler (Risberg mfl. 2007).

I følge Johannesen (2008) er det gjort flere undersøkelser av effekten av KAM på kreftsykdommer. Forskningsmessig er det manglende kvalitet på disse undersøkelsene. Det er derfor ikke god nok dokumentasjon på om det har positiv effekt på kreft. Hun hevder likevel det er studier som kan dokumentere effekt på symptomer med kreftsykdommen (Johannesen 2008). Bruken av disse behandlingsformene er utbredt og stadig økende i Norge. En av årsakene til dette kan være at tradisjonell medisin ikke kan helbrede sykdommer som metastaserende kreft, og at enkelte pasienter derfor velger å prøve alternative behandlingsmetoder. Det kan også skyldes at pasienter ikke er fornøyde med sitt medisinske tilbud og heller vil prøve noe annet. Mange pasienter bruker også alternative behandlingsformer som et supplement til den tradisjonelle behandlingen. Forskning viser at annen hver kreftpasient bruker en eller annen form for alternativ behandling i løpet av sykdomsforløpet. For denne pasientgruppen er musikkterapi, fotmassasje og akupunktur de vanligste smertelindrende behandlingene (Risberg mfl. 2007).

Jeg har ingen erfaring med at kreftpasienter har brukt, eller ønsket å bruke KAM. Det var heller ikke aktuelt for pasienten i fortellingen. Likevel er det nok riktig som Risberg mfl. (2007) hevder, at mange pasienter ikke oppgir slik informasjon til helsepersonell. Jeg ser det er viktig at jeg som sykepleier har et åpent sinn for alternativ behandling, slik et jeg ikke dømmer de pasientene som ønsker å bruke det. Likevel er det viktig å være kritisk til ikke-dokumentert behandling (Risberg mfl. 2007).

4.4 Hva er sykepleierens kommunikative oppgaver?

Kunnskap om kommunikasjon og kommunikative egenskaper er viktig i møte med pasienter og pårørende. Kjernen i kommunikasjon er å være lyttende, åpen og samtidig direkte. I en helsefaglig sammenheng skal den også være hjelpende, og til en viss grad ubestemt og uforutsigbar. I en slik profesjonell sammenheng er det gjerne nødvendig å kommunisere på en annen måte enn vi gjør i dagliglivet. Profesjonell kommunikasjon er sammensatt og som sykepleiere kan vi alltid trene opp og videreutvikle vår evne til å kommunisere godt med pasientene. Med profesjonell kommunikasjon menes en kommunikasjon som hører til vårt

yrke. Som sykepleiere forventes det at vi bruker vår rolle og faglige kompetanse til å hjelpe pasienten (Eide og Eide 2007).

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Lov om helsepersonell, 1999 § 4)

Slik jeg forstår det vil det gjennom min utdanning som sykepleier, og de kunnskapene og erfaringene jeg har opparbeidet meg, være forventet at jeg kan gi pasienten forsvarlig hjelp. Dette omfatter blant annet å gi pasienten tilstrekkelig informasjon.

En av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver er å informere og veilede. Ved smertelindring vil informasjon om behandlingen og bivirkninger ved smertelindrende medisiner og behandlinger være viktig, men kommunikasjonen kan også bidra til å skape trygghet og tillit, og med det bedre relasjonen til pasienten (Eide og Eide 2009). I følge Martinsen er relasjonen det vesentligste i omsorg. Hun påstår at omsorg er det mest naturlige og fundamentale med menneskers eksistens, og at vår eksistens forutsetter andre (Martinsen 1989). Slik jeg forstår henne er vi alle avhengig av andre mennesker, og våre pasienter er derfor avhengige av oss som sykepleiere. For å kunne hjelpe pasientene og gi dem god omsorg må vi anerkjenne viktigheten av en god relasjon og bruke våre kommunikative evner til å bedre vår relasjon til pasienten. Denne avhengighetsrelasjonen er også et eksempel på den moralske omsorgen. Som sykepleiere sitter vi med kunnskap og informasjon som gir oss makt over pasienten. For å bruke denne makten moralsk riktig må vi handle ut fra pasientens beste (Martinsen 1989).

For at informasjon skal være til hjelp må den tilpasses pasientens behov for informasjon. Gjennom informasjon kan pasienten oppnå en viss kontroll over situasjonen, og dermed mestre situasjonen bedre og bli mer selvhjulpen (Eide og Eide 2009). Hvis sykepleieren kan redusere usikkerheten som pasienten føler, slik at pasienten føler seg trygg på situasjonen kan det bidra til å redusere smerteopplevelsen. Gjennom trygghet vil smertene bli mindre truende og smertesignalene kan derfor tolkes som mindre intense (Almås mfl. 2001). Jeg har reflektert over at Siri nok ikke følte seg helt trygg i situasjonen. Til tross for forsøk med ulike smertelindrende tiltak, klarte vi ikke å gjøre henne smertefri. Slik jeg oppfattet henne virket

hun ikke trygg på at situasjonen hennes skulle bli bedre. Likevel virket hun trygg på at vi gjorde det vi kunne for henne.

Målet med informasjonen bør være at den er tilstrekkelig uten at pasienten blir overveldet av mengden. Hun skal høre, forstå og huske det som er nødvendig av informasjon, og oppleve å bli ivaretatt på en god måte. I følge lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 3-2 har pasienten krav på informasjon om sin helsetilstand og behandling. Det skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Det er likevel viktig å huske at om det blir for mye informasjon på en gang vil ikke pasienten klare å forholde seg til det, og verdien av informasjonen blir dermed redusert. For å tilpasse informasjonen etter pasientens behov kreves det planlegging og ikke minst omtanke (Eide og Eide 2009). Slik jeg forstår det er det derfor viktig at alle som har ansvar for pasienten er oppdatert på hva hun har fått av informasjon og hva hun trenger å bli informert om. Da kan vi være forberedt på de spørsmålene vi forventer fra pasienten og gi god og riktig informasjon. Samtidig er det viktig å forsikre seg om at pasienten har forstått den informasjonen som er gitt tidligere. Som Eide og Eide (2009) hevder kan det hende at pasienten ikke har fått med seg alt. Jeg har erfart at pasientene kan være så slitne av behandlingen at de ikke får med seg alt som blir sagt. Smerte og andre plager kan medføre at det blir vanskelig å konsentrere seg om informasjonen som blir gitt. Jeg har også erfart at pasientene ofte har nye spørsmål når informasjonen blir tatt opp på nytt. Det kan kanskje skyldes at pasienten ikke har vært godt nok informert, eller at det har dukket opp spørsmål i etterkant. Min erfaring er derfor at pasientene sjeldent kan bli godt nok informert.

Forskning viser at pasientene forventer at vi som sykepleiere har god kunnskap om smertelindring, og at vi informerer og deler kunnskap med pasientene uten at de trenger å be om det. For pasientene bidro dette til å redusere usikkerhet og angst. De hevdet sykepleierne ofte spurte om smertene, men ikke gav god nok informasjon. Pasientene erfarte at de selv måtte spørre hvis det var noe de lurte på (Rustøen 2009). Jeg har erfart at vi som sykepleiere er flinke å spørre pasientene om smertene, men vi har kanskje et forbedringspotensial når det gjelder informasjon. Min erfaring er at pasientene ofte har mange spørsmål knyttet til smertelindringen. I flere tilfeller har de heller ikke oversikt over tiltakene som er iverksatt.

For å kunne hjelpe pasientene må vi også ta hensyn til den nonverbale kommunikasjonen. En stor del av kommunikasjonen skjer uten ord. Gjennom nonverbale uttrykksformer kan vi

avsløre pasientens spontane reaksjoner. Også reaksjoner som er halv -og ubevisst for henne selv. Det kan være alt fra et spontant smil til en bekymret rynke. Som hjelpere tolker vi slike uttrykk hele tiden (Eide og Eide 2009). Slik jeg forstår Martinsen (1997) bruker vi en sanselig forståelse som innebærer å motta inntrykk fra den andre. Vi sanser gjennom syn, hørsel og ordene som blir sagt. Det vi kjenner igjen fra andre situasjoner ligger også til grunn, og jeg tror derfor erfaring spiller derfor en rolle for hvordan vi tolker den andre. Det er likevel en mulighet for å misforstå den andres uttrykk, for våre tolkninger er sjeldent helt nøyaktige (Eide og Eide 2009).

For å kunne gi pasienten best mulig smertelindring er det også nødvendig med god tverrfaglig kommunikasjon. Et godt samarbeid med legene er helt nødvendig siden det er de som ordinerer smertestillende medikamenter og annen lindrende behandling. Som sykepleiere kommuniserer vi og tilbringer vi mye tid med pasientene. Vi har mulighet til å observere og vurdere virkningen av behandlingen, og kan dermed gi tilbakemeldinger og anbefalinger til legen (Almås mfl. 2001). Jeg ser at dette er en svært viktig sykepleieroppgave, fordi det etter mine erfaringer kan utgjøre en forskjell for pasienten. Kreftpasientene jeg har møtt på sykehusavdelingene har hatt oppfølging av lege og sykepleier på avdelingen. I tillegg har det vært et tett samarbeid med kreftsykepleierne på sykehuset. Noen av pasientene har også hatt fysioterapeuter og prest etter eget ønske. Da har det vært nødvendig med en god kommunikasjon mellom alle disse yrkesutøverne. Med Siri erfarte jeg at det tverrfaglige samarbeidet og kommunikasjonen var svært god. Selv om pasienten ikke opplevde tilstrekkelig smertelindring erfarte jeg at kommunikasjonen bidro til raske avklaringer og at stadig nye tiltak ble iverksatt.

4.5 Hva er utfordringene med smertelindring av brystkreftpasienter?

Smerte er den komplikasjonen kreftpasienter frykter mest, men 80-85 % av smerter forbundet med kreft kan lindres godt nok med bruk av smertetrappen. Hvis det ikke er tilstrekkelig må det i tillegg tas i bruk palliativ strålebehandling, hormonbehandling, cytostatika og/eller bisfosfonater. (Kaasa og Kleppstad 2005). Likevel blir mange pasienter underbehandlet, og lider derfor unødig (Almås mfl. 2001). Kaasa og Kleppstad mener kun 50-60 % av pasienter med erkjent kreftdiagnose får god nok smertelindring. Dette ble også konklusjonen i

forskningen gjort av Holtan mfl. (2005). Her kom de fram til at 51 % av de inneliggende kreftpasientene som deltok i undersøkelsen hadde smerter. Det finnes nok flere grunner til at tallene er så lave som de er.

En av årsakene kan være for store restriksjoner i medikamentdoseringen fra legen. Likevel har også sykepleiere et ansvar for å observere og vurdere om smertelindringen virker godt nok. Manglende kunnskap hos leger og sykepleiere angående moderne smertebehandling til kreftpasienter kan også være en årsak til underbehandlingen av smerter. For å kunne hjelpe pasienten så godt som mulig er det viktig at helsepersonell som skal gi smertebehandlingen jobber for å øke sin kunnskap og holder seg faglig à jour gjennom fagtidsskrifter og annen faglitteratur (Almås mfl. 2001). I følge Martinsen (1989) er det ikke tilstrekkelig å tilegne seg kunnskap gjennom å lese lærebøker. Lærebøkene er viktige, men gjør oss ikke i stand til å utøve pleie med omsorg. Hun hevder vi må praktisere kunnskapen, slik at vår faglige dyktighet bygger på både kunnskap og erfaringer.

Som sykepleiere skal vi også være klar over at vi etter en tid kan utvikle en viss toleranse for hva vi selv tolerer av smerter hos pasienten. Dette skjer ofte ubevisst og kan ha sin årsak i at vi har jobbet lenge med pasienter med mye smerte. Vår bakgrunn kan også avgjøre hvordan vi opplever pasientens smerter. Akkurat som hver pasient opplever sin smerte ulikt ut fra sin bakgrunn og sine erfaringer, kan også hver enkelt sykepleier tolke smertene ulikt. Er vi ikke oppmerksomme kan det føre til at vi vurderer pasientens smerter ut fra vår egen oppfatning og ikke etter pasientens opplevelse. Ved å vurderer pasientens smerter til å være lavere enn de er vil vi hindre at pasienten får god nok smertelindring. Siden det ikke er mulig å etterprøve pasientens smerter er det viktig for pasienten og oppleve å bli trodd. Selvsagt kan sykepleierens erfaringer også bidra til økt sympati med pasienten, fordi hun har erfaringer og kunnskap om hvor vondt det kan være (Almås mfl. 2001).

Med utgangspunkt i situasjonen til Siri ser jeg at det er viktig at vi som sykepleiere reflekterer over hvordan vi opplever pasientens smerter. I dette tilfellet var smertelindringen svært vanskelig og krevende, og det kan prege alle som var involvert. Jeg erfarte av at sykepleierne som hadde ansvaret for henne opplevde det som utfordrende at de smertelindrende tiltakene hadde så lite effekt. I situasjoner som dette kan jeg forstå at sykepleiere kan bli grepet av håpløshet og en følelse av utilstrekkelighet. Det kan gjenspeile seg i møtet med pasienten, slik som jeg har erfart fra et annet pasientmøte. Jeg møtte en kreftpasient i praksis som var mye

plaget med smerter. Tiltakene hadde lite effekt, men pasienten ba stadig om hjelp til bedre smertelindring. Jeg erfarte at deler av helsepersonellet oppfattet pasienten som masete på grunn av dette. Faren er derfor at pasienter med store smerter kan bli oppfattet som en plage. Dette kan nok skyldes at helsepersonellet ikke klarer å sette seg inn i pasientens situasjon. I følge Martinsen (1989) er denne forståelsen avgjørende for å gi god omsorg til pasientene. Vi må kunne se for oss at vi kan få samme omsorgsbehov som pasienten, og at vi alle har samme rett til omsorg. Ofte vil sykepleie til palliative brystkreftpasienter inngå i det Martinsen kaller vedlikeholdsomsorg. Her er ikke målet at pasienten skal bli selvhjulpent eller uavhengig, men å vedlikeholde og unngå forverring av pasientens funksjonsnivå. Martinsen påpeker at slik omsorgsgivende pleie som går over tid er krevende og belastende for oss som sykepleiere og kan innebære risiko for følelsesmessig overbelastning. For å kunne gi slik omsorg må vi derfor få støtte og omsorg fra andre i teamet. Som sykepleiere ser jeg at vi må være flinke å bruke hverandre i vanskelige situasjoner, slik at vi kan få snakket ut om det vi opplever som krevende og vanskelig. I praksis har jeg erfart at sykepleierne selv har tatt initiativ til å diskutere krevende pasientsituasjoner etter rapporten. Jeg vet også at noen ledere legger til rette for å få gjennomført slike samtaler. Gjennom å støtte hverandre er vi kanskje bedre rustet til å gi pasientene den omsorgen og lindringen som de trenger.

Barrierer hos pasienten kan også være en årsak til at smertelindringen ikke blir god nok. I studien til Valeberg mfl. deltok 217 pasienter hvor omtrent 41 % hadde metastaser og 36 % var i et palliativt behandlingsopplegg. 62 % av pasientene som deltok i studien mente at "det er en fare for å bli avhengig av smertestillende medisiner" som var den største barrieren. Myter om utvikling av avhengighet ved bruk av opioider er utbredt, også i følge Almås mfl. (2001) og kan ha en svært negativ effekt på smertelindringen. Det hadde vært interessant og sett om redselen for avhengighet ble ansett som en like stor barriere hvis flere av deltakerne hadde vært i palliativ behandling. Samme studie viste flere barrierer hos deltakerne. 47 % av pasientene som deltok fryktet at smertestillende medikamenter kunne forhindre at nye smerter ikke ble oppdaget, eller at endringer i helsetilstanden skulle bli maskert. Hvilket utfall disse barrierene har fått for smertelindringen kom ikke med i studien, men det er nok sannsynlig at mange kreftpasienter bekymrer seg mer enn nødvendig for smertene. God kunnskap hos sykepleierne og god kommunikasjon med pasientene vil kanskje bidra til å få avklart slike ting som pasientene kan ha et feilaktig bilde på.

Det er flere faktorer som kan være med på å gjøre smertelindringen utfordrende. For Siri kunne kanskje det at hun var på en travel avdeling være en påvirkende faktor. Det var ingen egen avdeling for onkologi eller palliasjon ved sykehuset hvor hun oppholdte seg. I likhet med alle andre kreftpasienter ble hun derfor plassert på en avdeling hvor pasientene hadde svært ulike diagnoser. Selv om Siri kun hadde en sykepleier å forholde seg til på hver vakt lå det nok en utfordring i at denne sykepleieren også hadde ansvar for flere andre med ulike problemstillinger. Selv om palliativ smertelindring er svært viktig vil nok sykepleierne på en slik travel avdeling med akutte innleggelser og plutselige operasjoner være nødt til å prioritere i noen tilfeller. Jeg ser for meg at det derfor kan være vanskeligere å få tid til de gode samtalene med pasienten. Kanskje påvirker dette muligheten til å avdekke om pasienten har barrierer, eller om det er andre faktorer som kan hjelpe pasienten til en bedre smertelindring.

5.0 Oppsummering

Gjennom arbeidet med dette litteraturstudiet ser jeg at smertelindring til brystkreftpasienter er et bredt og utfordrende tema. Hver enkelt brystkreftpasient er unik, og har ulike forutsetninger for å tåle smerten. Som sykepleiere må vi være klar over at pasientene har ulike smerteterskler. Den kulturelle bakgrunnen og smerteerfaringene pasienten har, vil også påvirke hvor godt pasienten takler smerten. Jeg ser at det er mange faktorer som påvirker smerteopplevelsen, og dermed mange faktorer vi som sykepleiere kan påvirke for å bedre smertelindringen.

I dette litteraturstudiet har jeg lært at mange kreftpasienter ikke er godt nok smertelindret, selv om forskning viser at de fleste kan bli det. En av årsakene til dette kan være ulike barrierer hos pasienten. Forskning viser at pasientene ofte savner bedre informasjon og kan ha en feilaktig forståelse av bivirkningene med de ulike behandlingstiltakene. Gjennom god og riktig kommunikasjon kan vi som sykepleiere redusere usikkerhet hos pasienten og unngå misforståelser som kan hindre pasienten fra å bli bedre smertelindret. Siden brystkreftpasientene er forskjellige og kan ha ulike årsaker til smertene vil ikke alle tiltakene ha samme effekt for alle. Gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon kan vi finne ut hvilke behov pasienten har.

For å kunne gi pasienten god smertelindring må vi som sykepleiere ha oppdatert kunnskap. Ved å ha kunnskap om brystkreftpasienter, behandlingsmetoder og de utfordringene vi kan møte, kan vi som sykepleiere ha et bedre grunnlag til å hjelpe pasienten. I tillegg til den medikamentelle smertelindringen finnes det flere alternativer som kan være nyttige, blant annet kirurgiske inngrep og alternativ behandling. For å vite hva som er effektivt for pasienten må vi ha kunnskap om hva som er årsaken til smertene. En grundig kartlegging vil derfor være nyttig for å kunne gi pasienten den beste smertelindringen. Den vil også kunne bidra til å vurdere virkningen av tiltakene. For at kartleggingen skal være hensiktsmessig må den gjøres jevnlig og dokumenteres i pasientens journal. Det finnes en rekke ulike kartleggingsverktøy. Jeg reflekterer over at vi som sykepleiere nok kan bli flinkere til å ta dem i bruk. Det viktigste er nok likevel å ha kunnskap om at smerte er en subjektiv følelse, og ingen andre en pasienten selv kan vite nøyaktig hvordan hun opplever smerten.

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært både spennende og lærerikt. Jeg ser jeg har fått mye ny kunnskap og forståelse som jeg vil ta med meg videre som ferdigutdannet sykepleier.

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

Almås, H., Sørensen E.M. (2001) Sykepleie til pasienter med brystkreft. I: Almås, H. (red) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 3. utgave

Almås, H., Valand, E., Bilicz, J.A., Berntzen, H. (2001) Sykepleie til pasienter med smerter. I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 3. utgave

Almås, H., Risvik, W. (2001) Sykepleie til pasienter med sykdommer i galleveien og lever. I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 3. utgave

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske 4. utgave

Eide, H., Eide, T.(2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røisen, O. (2009) Innledning I: Jacobsen, D. (red.) *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røisen, O. (2009) Sykdommer i mamma I: Jacobsen, D. (red.) *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven) Helse og omsorgsdepartementet.

<http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> Hentet: [03.04.12 kl. 11.57]

LOV 1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) Helse og omsorgsdepartementet.

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> Hentet: [20.04.12 kl. 13.10]

Valand, E., Fodstad, G. Generell onkologisk sykepleie. I: Almås, H. (red) (2001) *Klinisk sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 3. utgave

6.2 Selvvalgt litteratur

Haugen, D.F., Jordhøy, M.S., Hjermstad, M.J. (2007) Organisering av palliative tilbud. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2. utgave. Side 197-258. 62 sider

Holtan, A., Kongsgaard, U.E., Ohnstad, H.O. (2005) *Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus*. Tidsskrift for Den norske legeforening 2005; 125:416-8. 3 sider

Johannesen, B. (2006) Alternativ behandling i Norge I: Johannesen, B.(red.) *Komplementær og alternativ behandling – en grunnbok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Side 13-37. 25 sider

Kreftregisteret (2009) *Cancer in Norway*.

Hentet fra: <http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> [13.01.12 kl. 14.00]

Kaasa, S. (2007) Palliativ medisin – En introduksjon I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2. utgave. Side 31-60. 30 sider

Kaasa, S. (2007) Smertediagnostikk. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2. utgave. Side 285-310. 26 sider

Kaasa, S., Borchgrevink, P.C. (2007) Hva er smerte? - Et klinisk perspektiv. I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2. utgave. Side 271-283. 13 sider

Kaasa, S., Klepstad, P. (2005) *Kreftpasienter skal ikke ha smerte*. Tidsskrift for Den norske legeforening 2005; 125:415. 1 side

Lorentsen, V.B., Grov, E.K. (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 4. utgave. Side 401 – 431. 32 sider

Magnus, P., Bakketeig, L.S. (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 37-58. 22 sider

Martinsen, K. (1997) *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: TANO. 2. utgave. Side 135-159. 25 sider

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk-filosofiske essays*. Otta: TANO. Side 14-37, 42-62, 67-81. 60 sider

Mercadante, S., Intravaia, G., Ferrera, P., Villari, P., David, F. (2008) *Peritoneal catheter for continuous drainage of ascites in advanced cancer patients*. Support Care Cancer 2008 Aug;16(8):975 – 8. 4 sider

NOU 1999:2 Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende.
Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465> [23.04.12. kl. 13.15]

Risberg, T., Nilsen, O.G., Wist, E. (2007) I: Kaasa, S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2. Utgave. Side 179-192. 14 sider

Rustøen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M., Wahl, A.K. (2009) *Nursing Pain Management – A Qualitative Interview Studie of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment*. Pain Management Nursing, Volum 10, No. 1 (march), 2009: pp. 48-55. 8 sider

Sørensen, E.M., Almås, H. (2010) Sykepleie ved brystkreft I: Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie – bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 4 utgave. Side 439-452. 14 sider

Tranøy, K.E. (1986) *Vitenskapen – samfunnskraft og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget.
Side 126-143. 18 sider.

Valeberg, B.T., Bjordal, K., Rustøen, T. (2010) *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. *Sykepleien Forskning* 2010 5(4):266-276. 11 sider

Totalt 308 sider selvvalgt litteratur.