

# Helhetlig smertelindring

Bachelor oppgave

SYKHB008

Våren 2008



Bachelor i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund

Avd. Haugesund

Kandidat nr 5, 12, 75

Antall ord: 10 628

Antall sider: 52

*Ord, især menneskeord er fattige,*

*fryktelig fattige, like overfor sann lidelse.*

*Tenk på det,*

*når du ved sykesengen føler at din sikkerhet forsvinner.*

*«Felles dyp taushet enn en fylde av ord»...*

*(Fischer i, Nertvedt, 1998 s 81)*

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG TEMA.....	4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	4
1.2.1 Avgrensing og presisering av problemstilling:.....	4
1.3 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	5
<b>2.0 Teoridel</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Pasientfokus</b> .....	<b>6</b>
2.1.1 KREFT .....	6
2.1.2 SMERTEOPPLEVELSEN .....	7
2.1.3 ULIKE TYPER KREFTSMERTER .....	7
2.1.3.1 Kroniske og akutte smerter.....	7
2.1.3.2 Fysiske smerter.....	8
2.1.3.3 Psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle smerter og behov.....	9
2.1.3.4 Lidelsen, håpet og mestringen .....	10
<b>2.2 Hva er smerter</b> .....	<b>11</b>
2.2.1 SMERTEFYSIOLOGI .....	11
2.2.2 PORTKONTROLLTEORIEN .....	12
<b>2.3 Palliasjon</b> .....	<b>13</b>
2.3.1 HVA ER PALLIASJON .....	13
<b>2.4 Sykepleie fokus ved smertelindring</b> .....	<b>13</b>
2.4.1 SAMHANDLING OG SAMTALE MED PASIENTEN.....	14
2.4.2 KARTLEGGING AV SMERTE.....	16
2.4.3 MEDIKAMENTELL BEHANDLING .....	17
2.4.3.1 Sykepleierens ansvar i den medikamentelle behandlingen .....	18
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>19</b>
3.1 HVA ER METODE.....	19
3.2 LITTERATURSTUDIE.....	19
3.3 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE .....	20
3.4 ETISK PERSPEKTIV .....	20
3.5 LITTERATURSØK .....	21
3.6 BEARBEIDELSE AV DATA.....	22
3.7 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER .....	23
3.8 KILDEKRITIKK:.....	25
<b>4.0 Drøfting og presentasjon av funn.</b> .....	<b>26</b>
4.1 Å FINNE MENING I LIDELSEN.....	26
4.2 KARTLEGGING.....	31
4.3 MEDIKAMENTELL BEHANDLING .....	34
<b>5.0 Avslutning</b> .....	<b>37</b>
<b>Kildehenvisning</b> .....	<b>38</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>44</b>

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Bakgrunn for valg tema***

Vi ønsker å fordype oss i tema smertelindring til kreftpasienter, da smertelindring er en viktig del i utøvelsen av sykepleie. Ut ifra erfaring fra praksisfeltet opplever vi at mange kreftpasienter uttrykker utilstrekkelig smertebehandling. Det kan være mange årsaker til det. Blant annet for lite kunnskap hos helsepersonell, redsel for respirasjonsdepresjon og påføre avhengighet over tid. Smertelindring omfatter ikke bare den fysiske smerten, men også den sosiale, psykiske, åndelige og eksistensielle. Som sykepleiere har vi ansvar for å ivareta pasienten, og kan dermed ha innvirkning på en kreftpasients opplevelse av sykdommen og hans livskvalitet. Å sørge for at mennesker i et vanskelig stadium i livet har det best mulig, er krevende, og vi vil gjennom oppgaven øke vår kunnskap om emne. I tillegg finner vi det valgte temaet i fagplanens mål.

I følge fagplanens mål 3.3.2 skal sykepleieren ha kunnskap om smerter og smertebehandling, vise forståelse og respekt for pasientens subjektive oppfatning av smerte (Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen, 2004)

### ***1.2 Presentasjon av problemstilling***

*Hvordan kan sykepleiere bidra med smertelindring, til kreftpasienter i den palliative fasen?*

#### **1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstilling:**

Vi har valgt å avgrense oppgaven til voksne kreftpasienter innlagt på sykehus. Vi presiserer at kreftpasientene vi skriver om allerede har fått beskjeden om uhelbredelig sykdom.

Problemstillingen knyttes ikke opp mot noe spesiell kreftdiagnose, men gjelder palliative kreftpasienter generelt. Vi velger å legge hovedvekten på ulike aspekter av smerter, medikamentell behandlingen og hva sykepleierens rolle innebærer i den helhetlige smertelindringen. Lindrende behandling innebærer også behandling av bivirkninger som blant annet kvalme, obstipasjon og sedasjon, tumorrettet – og alternativbehandling. Vi velger

imidlertid ikke å skrive om bivirkninger, selv om det er en viktig del av den palliative behandlingen. Videre vil vi utelukke den terminale fase, selv om smertelindringen er viktig fram til døden inntreffer.

I målet for palliasjon som nevnes i teoridelen kommer det frem at pårørendes livskvalitet skal ivaretas. Siden vi har valgt å fokusere på forholdet mellom sykepleier og pasient, er pårørende lite sentrale i oppgaven, grunnet oppgavens omfang.

### ***1.3 Oppgavens disposisjon***

Oppgaven er inndelt i fem kapitler. Innledning, teoridel, metodedel, drøftedel og avslutning. I teoridelen presenterer vi relevant litteratur om kreft, ulike aspekter av smerte, palliasjon, kommunikasjon, kartlegging og medikamentell behandling. I metodedelen beskriver vi valg av metode og fremgangsmåte. Drøftedelen inneholder forskningslitteratur som drøftes mot teorien for å finne svar på problemstillingen. I avslutningen oppsummeres resultatet av oppgaven.

I oppgaven blir sykepleier betegnet som hunkjønn. Det er naturlig for oss å betegne sykepleieren som hun, siden vi selv er kvinner. I tillegg fremstiller vi pasientene som menn, da vi skriver han om pasienten. Grunnet uoversiktighet ved å skrive han/henne om pasientene og sykepleierne.

## 2.0 Teoridel

Teoridelen er inndelt i tre deler. Først kommer pasientfokus, hvor vi fokuserer på pasientens sykdom, opplevelser av egen situasjon og smerte. Deretter kommer palliasjon. Vi velger å ta denne delen før sykepleiefokuset. Dette fordi vi ønsker å se sykepleiefokuset til uhelbredelig syke kreftpasienter ut ifra prinsippene i palliasjon. Sykepleiefokuset er bestående av samhandling med pasient, smertekartlegging og medikamentell behandling.

## 2.1 Pasientfokus

### 2.1.1 Kreft

Kreft forårsaker mer enn 20 prosent av alle dødsfall i Norge. Dette utgjør ca 10 000 mennesker årlig. Av disse dør ca 6000 innen ett år etter stilt diagnose. Mange av kreftpasientene opplever smerte (Jacobsen, m. fl, 2001).

Kreftbetegnelsen brukes om ondartede svulster. Det karakteriseres som forstyrrelse i celledelingen, celledifferensieringen og i vevsorganiseringen. I forbindelse med kreft brukes begrepet tumor, som er et annet ord for svulst. Tumor benyttes uansett om svulsten er godartet eller ondartet. Dersom kreftceller sprer seg fra et organ til et annet, kalles det metastaser. Den vanligste formen for spredning er via blod og lymfesystemet (Jacobsen, m.fl. 2001).

Årsakene til kreft kan skyldes ytre og indre faktorer, eller en kombinasjon. De ytre faktorene kan være stråling, kjemiske stoffer og mikroorganismer. Indre faktorer kan komme av arv, hormonelle eller immunologiske faktorer. De fleste sykdomstilfellene starter ved at en ytre påvirkning setter i gang sykdomsprosessen via skade på arvematerialet (Jacobsen, m.fl. 2001).

Av kreftpasienter som opplever smerter utgjør 70 prosent grunnsykdommen. De resterende 30 prosentene skyldes sekundære følgetilstander som for eksempel bivirkninger av behandling (Bjørøgo, 2006).

### ***2.1.2 Smerteopplevelsen***

Smerte består av både opplevelse og sanseinntrykk. Sanseinntrykket forteller om en påvirkning eller et stimuli i kroppen, den perifere smertegivende stimulus. I sentralnervesystemet bearbeides sanseinntrykket og påvirkes av sosiokulturelle, eksistensielle, psykiske, kognitive og atferdsmessige faktorer og erfaringer. Smerten oppleves svært individuelt, selv med samme type sykdom eller skade (Rosland & Tjølsen, 2007., Rustøen & Stubhaug, 2006., Bjørge 2006). Dersom en pasient sier han har smerter og ikke blir trodd, kan dette oppleves verre enn selve smerten. Smerteopplevelsen kan forverres hvis pasienten ligger eller sitter vondt, er tørr i munnen, er tørst eller kvalm (Almås m.fl, 2001). Selv om smerte kan oppleves negativt er smertesansen nødvendig og livsviktig for å beskytte kroppen mot skader (Rosland & Tjølsen, 2007., Rustøen & Stubhaug, 2006., Bjørge 2006).

### ***2.1.3 Ulike typer kreftsmarter***

Årsaken til kreftsmarter er vev som er ødelagt, og befinner seg i en unormal tilstand og utløser inflammasjon. (Wall, 2003). Stimuleringen av nosiseptorene (henviser til kapittel 2.3.1, s 11) har i dette tilfellet en hovedmekanisme. Tettheten av nosiseptorer i hud, muskler, ledd og skjelett er høy. Dette innebærer at svulstvekst i disse organene gir intens og lokalisert smerte (Rosland & Tjølsen, 2007).

#### **2.1.3.1 Kroniske og akutte smerter**

Kroniske smerter ved kreft setter vanligvis inn gradvis, og utviklingsforløpet er varierende (Hawthorn & Redmond, 1998). Hos kreftpasienter betraktes vanligvis smerten som kronisk når det forekommer metastaser, dersom tilstanden ikke kan behandles som en årsak. Det trenger ikke nødvendigvis relateres til varighet. Kroniske smerter kan skyldes en gradvis progresjon av sykdommen, noe kreftpasientene frykter mest. Pasienter med uhelbredelig kreft har ofte kroniske smerter med akutte episoder. Den akutte smerten er forbigående, og ofte assosiert med usikkerhet og angst. En vanlig form for akutt smerte er gjennombruddsmerte (Kaasa & Borchgrevink, 2007)

### 2.1.3.2 Fysiske smerter

Gjennombruddsmerter er ofte en stor utfordring. Smerteanfallene kommer brått og er vanskelige å forutse. I tillegg er effekten av perorale smertestillende sen (Kaasa & Borchgrevink, 2007). Gjennombruddsmerte begrepet brukes også for situasjoner der den vanlige behandlingen ikke er tilstrekkelig for å kontrollere smerten. De oppstår ofte i sammenheng med blant annet bevegelse, matinntak og blæretømming (Hawthorn & Redmond, 1998, Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Visceral smerte er indre smerter fra organer som tarmen, hjertet og bekkenorganer. Denne smertetyper er ofte vanskelig å lokalisere, fordi den refereres til andre organer eller hudområder. Visceral smerte kan både være akutt eller kronisk (Rustøen & Stubhaug, 2006, Bjørge, 2006).

Skjelettsmerter er den vanligste årsaken til kroniske smerter hos pasienter med langtkommen kreft. Metastasene er for det meste lokalisert i ryggmargen, men kan finnes i alt beinvev (Hawthorn & Redmond, 1998). Skjelettmetastaser gir svært plagsomme smerter. Smertene er ofte sammensatt med en jevn murrende smerte. I tillegg øker de ved bevegelse (Rosland & Tjølsen, 2007., Bjørge, 2006).

Innvekst i indre organer kalles viscera, og gir ofte en annerledes smerteopplevelse. Typisk for disse smertene er dårlig lokalisering. Derfor refereres de til et annet sted på kroppen. Smerten utløses av vevsinflammasjon i tillegg til iskemi og strekk (Rosland & Tjølsen, 2007).

Tumorinnvekst i beinmarg skader nervefibrene og nerveendingene i margen og kan medføre nevropatisk smerte. Nevropatiske smerter hos kreftpasienter ses hos minst 30 prosent av de med langtkommen sykdom. Innvekst i perifere nerveplexia kan gi uutholdelige smerter, selv ved manglende funn. Innvekst i columna fører til trykk mot ryggmargen og gir ofte perifere nerveutfall. Det samme gir destruksjon av ryggmargen. En hyppig årsak er at tumor trykker mot perifere nerver eller en destruksjon av perifere nerver (Rosland & Tjølsen, 2007). Den fysiske smerten trenger ikke alene være årsak til alt vondt. Det kan også være andre typer smerte pasientene plages med.



### 2.1.3.3 Psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle smerter og behov

Den psykiske smerten starter ofte som en reaksjon på meldingen om alvorlig eller uhelbredelig kreftsykdom. Smerten viser seg hos noen som angst, depresjon, frustrasjon, sinne og panikk. Den er ofte nødvendig for sorgarbeidet slik at pasienten kan komme frem til et aksept. Mange opplever stor skyldfølelse ved å bli avhengige av andre, eller at de har utsatt seg for risiko for sykdom tidligere i livet (Sjøgren & Pedersen, 2004).

Åndelige og eksistensielle smerte handler i følge Brattberg (2001) om å ha vondt i sjelen. Det kan være ulike og kompliserte årsaker til det. Blant annet kan den eksistensielle smerten skyldes problemer som har med hele tilværelsen å gjøre. Det kan for eksempel være fysiske, psykiske og sosiale problemer grunnet uhelbredelig sykdom. Ofte munner disse aspektene av smerte ut i spørsmål som har med det åndelige å gjøre.

Åndelige og eksistensielle behov innebærer spørsmål som handler om døden, livet, tilværelsen og livets mening. Pasientene vektlegger begrepene ulikt. Noen kan bry seg om de religiøse verdiene, mens andre de åndelige, og noen de filosofiske dimensjonene. Åndelighet handler om menneskets dypeste relasjoner til andre, seg selv og Gud, eller andre høyere makter. Hvilket svar man har til disse spørsmålene vil vær individuelt og avhenger av hvilket livssyn pasienten har (Stang & Stang, 2005a., Busch & Hirsch, 2007., Kaasa, 2007)

En annen betydningsfull faktor for pasientens tilværelse og trivsel er å ha et godt sosialt nettverk. Kreftsykdommen kan hos noen være årsak til reduksjon av sosiale aktiviteter og bekjenskaper. Dette kan gå utover de grunnleggende byggesteinene i livet. Eksempel på det er vennekontakt, meningsfull fritid, jobb og økonomi. Når disse faktorene mangler eller er truet er det sosial smerte (Sjøgren & Pedersen, 2004).

#### 2.1.3.4 Lidelsen, håpet og mestringsen

Lidelse er noe som omfatter og berører hele mennesket. Felles for mennesker som opplever lidelse er endret livssituasjon, hvor det erfarer tap av innhold og verdier. Når livssituasjonen endres på grunn av alvorlig sykdom, funksjonsreduksjon eller skade vil det for et kognitivt friskt menneske oppleves som krise og lidelse (Kristoffersen & Berievne, 2005).

Travelbee mener at lidelsen er en prosess og en smertelig erfaring. Lidelse er en grunnleggende følelse av ubehag (Overgaard, 2003). Mange opplever å ha redusert verdi som menneske når de lider. Videre vil dette medføre konsekvenser for personens følelser, som for eksempel tomhet, meningsløshet, fortvilelse, skam, sorg, og det å føle seg atskilt fra fellesskapet. Det å ikke lenger kunne delta i samværet styrker lidelsen. Konsekvensen kan bli at de trekker seg bort fra fellesskapet. Noen ganger på grunn av skammen de opplever ved lidelsen. Selv om deres ønske egentlig er det motsatte. Ofte blir dette usagt, da personen heller kan vise sinne og anklager rettet mot fellesskapet (Kristoffersen & Berievne, 2005).

Selv om man lider, kan man ha håp. Valand & Fodstad (2001) refererer til psykologen E.H. Erikson som hevder at den første og mest vitale verdi hos menneske er håpet. Han beskriver håp som en form for grunnleggende tillit til seg selv og omgivelsene.

Det uheldelige syke mennesket kan på grunn av tap av funksjoner og at fremtiden er uforutsigbar oppleve håpløshet. Dersom håp er tilstedeværende vil det farge omgivelsene til å fremme muligheten til å føle glede. Travelbee hevder at det å ha håp kan være en avgjørende faktor i å ikke gi opp. Håpet gir styrke til å mestre situasjoner som ensomhet, lidelse, tap og tragedier. Videre mener hun at håp er et mentalt stadium der en ønsker å nå et mål eller en slutt. Dette kombineres med den graden av forventninger som er oppnåelig (Rustøen, 2004).

Mange kreftpasienter ser på håpet som en motiverende styrke, en indre tanke om å nå et mål, som ofte er kortsiktig. Det kan være håp om å få oppleve en siste sommer og håp om en smertefri natt (Valand & Fodstad, 2001., Busch & Hirsch, 2007). Dette medfører at livet og tilværelsen må sees fra et nytt perspektiv, som blant annet innebærer å velge nye verdier å leve etter. Personens sårbarhet blir konfrontert noe som ofte medfører søking etter en ny eksistensiell mening i livet (Kristoffersen & Berievne, 2005., Reitan, 2006).

Pasienten begynner gradvis å orientere seg om de realiteter han står overfor; han må se i øynene at det kan skje varige endringer. Å mestre den nye livssituasjonen er en ny utfordring og innebærer læring og utvikling på flere områder (Fagermoen, 2001). Mestring innebærer og forutsetter en tillit til at situasjonen til en viss grad vil komme under kontroll. Når et eventuelt sjokk er over og man mestrer situasjonen noe bedre vil også de vanskelige følelsene falle mer til ro. Dermed vil også troen på at en kan mestre både følelsene og daglige ting bli styrket. Deretter kommer kanskje håpet om at noe bedre og annerledes vil kunne vokse frem (Eide & Eide, 2004). Pasienten kan oppleve håp, selv om han lider og er smertepåvirket.

## 2. 2 Hva er smerter

*“Smerte er det den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det” (Rustøen & Stubhaug 2006 s 202).*

Smerte er noe personlig og noe som oppleves subjektivt. Det finnes ulike definisjoner på smerte, men vi velger å ta utgangspunkt i Kaasa & Borchgrevink (2007)., Rustøen & Stubhaug (2006) som definerer smerte ut i fra The International Association for the Study of Pain, slik *“ en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som en slik skade”*.

Smerte er altså ikke en sykdom, men et symptom (Bjørø, 2006).

### 2.2.1 Smertefysiologi

Smerte er noe fysiologisk som skjer i kroppen. Smerte ledes av nerveimpulser. De inndeles i A-delta-nociseptorer og C-nociseptorer. Førstnevnte leder impulsen raskt via tykt myeliniserte fibre. Den leder også fibre med tynt lag av myelin, men de passerer noe saktere. Stimuliene fra A- delta- nociseptorene gir rask og skarp smerte. C-nociseptorer leder nerveimpulsen via umyeliniserte neverbaner, som går langsommere enn A-delta-nociseptorer. C-nociseptorene gir smerte som oppleves verkende, brennende og er mer diffus. Nociseptorene aktiveres når de stimulispesifikke membraner på reseptoren reagerer på vevsødeleggelse. Impulsen sendes

## Helhetlig smertelindring

langs nerven til ryggmargens bakhorn. I ryggmargen avgjøres det om signalet skal sendes videre, slik at resten av sentralnervesystemet føler smerten. Fra ryggmargens bakhorn går nerveimpulsen videre til thalamus. Her går signaler til flere deler av hjernen som blant annet medfører at smerten lokaliseres. Personen reagerer både emosjonelt og motorisk på smerten. Hvilke respons impulsen får i hjernen avhenger av hvilken tilstand personen er i, og styrken på signalet (Rustøen & Stubhaug, 2006).

Det er nociseptorene som starter inflammasjonsprosessen når vev ødelegges (Rustøen & Stubhaug, 2006., Rosland & Tjølsen, 2007). I vevet er nociseptorene involvert i smerteresponser. Både ved å påvirke hverandre til å skille ut substanser som stimulerer andre nociseptorer og ved å forsterke betennelsesreaksjoner. Reseptorene kan enten stimuleres av substansene som allerede er frisatt eller selv frisette substanser som stimulerer betennelse (Rosland & Tjølsen, 2007).

### ***2.2.2 Portkontrollteorien***

Portkontrollteorien handler om de fysiologiske og psykologiske mekanismene som ligger bak smerte. Denne teorien ble utviklet av Melzack og Wall i 1965. Sist revidert i 1982.

Det som skjer i portkontrollen er at perifere impulser går gjennom en "port" i ryggmargen, som deretter går opp til hjernen. Hjernen er den overordnede regulatoren som regulerer portsystemene. Mekanismene som styrer portsystemene er styrt av emosjonell og kognitiv påvirkning. Alle sanseinntrykk og andre inntrykk fra kroppen passerer gjennom denne porten. Smerteimpulsene står i "kø" med andre impulser. Dersom andre impulser greier å utkonkurrere smerteimpulsene kan smerten reduseres. Eksempler på dette er impulser som forekommer ved muskelaktivitet, akupunktur, avspenning, berøring, samtale og trygghet (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Dersom det er for få impulser som konkurrerer kan det medføre utholdelig smerte (Almås m. fl 2001). Det er derfor svært viktig at kreftpasienten får hjelp til å håndtere og lindre smerten.

## **2.3 Palliasjon**

### ***2.3.1 Hva er palliasjon***

Et viktig element innenfor palliasjon er å se pasienten som en helhet og dens totale smerte. Med det menes den fysiske smerten, de psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige aspektene ved lidelsen og smerten. En kreftsykdom påvirker med disse nevnte aspektene pasientens livskvalitet (Sjøgren & Pedersen, 2004).

Verdens helseorganisasjon og European Association for Palliative Care sin definisjon på palliasjon er slik:

palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Engstad m. fl, 2004., Kaasa, 2007).

Palliativ medisin eller lindrende behandling er fagfeltet der man spesialiserer seg på å behandle og pleie pasienter med uhelbredelig sykdom med kort forventet levetid. Med kort forventet levetid menes ofte ett år eller mindre. I realiteten starter den palliativefasen når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig. Fasen avsluttes når pasienten dør. (Kaasa, 2007., Engstad, m. fl, 2004).

## **2.4 Sykepleie fokus ved smertelindring**

Sykepleierens fokus i smertelindringen er etter vårt syn todelt. Den medikamentelle delen og den delen som omfatter lindring av psykisk, sosial, eksistensiell og åndelig smerte. Vi velger først å ta for oss sistnevnte, dette fordi vi mener denne delen av smertelindringen ofte kan bli oversett av helsepersonell.

### ***2.4.1 Samhandling og samtale med pasienten***

Sykepleiers personlige kompetanse innebærer evnen til empati i møte med nye situasjoner og pasienter, ansvarsfølelse, sosialt mot med mer (Skau, 2005). Utgangspunktet for relasjonen mellom pasient som opplever smerte og sykepleier bør være en grunnleggende forståelse av at pasienten ikke bare har en kropp med smerter, men *er* sin kropp med smerter (Madsen & Skiveren, 2004).

Når en skal kommunisere profesjonelt er det viktig å rette seg etter det pasienten mener er sentralt og har behov for å snakke om. Å respondere på det sentrale innebærer å *se* den andre. At hjelperen ser hva som er sentralt kan være til hjelp for den andre til å kjenne igjen det som faktisk er betydningsfullt for seg selv. Det å oppleve å bli sett er grunnleggende for å skape relasjon, tillit og trygghet. Relasjonens kvalitet har ofte mye å si for behandlingsresultatet. Et viktig prinsipp er å være åpen og lyttende, vise empati og kommunisere tilbake på en åpen, direkte og faglig begrunnet måte (Eide & Eide, 2004).

Mange kreftpasienter har behov for å prate om eksistensielle og åndelige spørsmål. Sykepleierne må være oppmerksom på hvilke spørsmål pasienten sitter inne med, lytte til betydningen av de og assistere pasienten i hans bearbeidelse av disse. Når kreftpasienter eventuelt har behov for å prate om døden, vil det være aktuelt å spørre pasienten om han er redd for å dø. Får ikke pasienten muligheten til å snakke om dette og andre eksistensielle og åndelige behov sammen med helsepersonellet kan pasienten oppleve det å bli sviktet og krenket (Busch & Hirsch, 2007).

Når en derimot fører en eksistensiell samtale med det syke mennesket innebærer det å hjelpe mennesker til å forstå seg selv ut i fra egen forståelsesramme, og gi livslyst. Dette kan gjøres ved å utforske, og sammen finne hva som gjør livet meningsfylt. Mange av kreftpasientene er kommet til et punkt der spørsmål om livet og fremtiden gjør seg gjeldene. Samtalen kan hjelpe pasientene til å innse at man kun har ett liv, og at ingen andre kan leve det for dem (Brattberg, 2001). Ved å forsøke å skape et trygt miljø rundt han kan pasienten skape sitt eget håp (Valand & Fodstad, 2001., Busch & Hirsch, 2007).

Det råder ofte fortvilelse over egen situasjon når livet går mot slutten. Gjennom gråt kan pasienten lette på vonde følelser. Sykepleieren kan blant annet med berøring formidle nærhet,

## Helhetlig smertelindring

ro, trygghet, kontakt, omsorg, tørst og empati, noe som kan være beroligende for pasienten. Å bli tatt på, berørt fysisk av et annet menneske kan ha stor betydning for personens selvpoppfattelse og bidra til økt opplevelse av velvære. Samtidig må man være forberedt på at ikke alle liker denne form for kommunikasjon. Dersom man som hjelper har egne erfaringer med lidelse, kan man som en veiledning tenke seg hvordan en selv ville blitt møtt og forstått. (Kristoffersen & Breievne, 2005).

En annen type for relasjonsbygging og kommunikasjon er humor og latter. Humor kan for enkelte være en flukt, et forsvar eller en mestringsstrategi. Felles er forståelsen av at humor kan skape litt avstand og redusere spenning i situasjoner hvor det psykiske presset er stort. Opplevs belastninger innsnevres gjerne perspektivet på omgivelsene. Fokuset på egne problemer og lidelser øker, og evnen til å forholde seg åpent til andre reduseres. Humor kan i slike tilfeller bidra til å åpne opp og skape bedre kontakt. En regel kan være å stille seg åpen for andres humor omkring pasientens situasjon. Ikke alle pasienter synes humor er positivt, og det sies at all form for humor ikke passer seg i enkelte settinger (Eide & Eide, 2004).

Selv om pasienten ønsker å samtale rundt situasjonen er sykepleier også pliktig til å ivareta pasientens andre grunnleggende behov. Pasienter som tidligere har vært i stand til å ivareta egen omsorg, kan oppleve det nedverdiggende å være ustelt. Ved å bidra til å se og dekke de grunnleggende behovene vil sykepleieren redusere personens lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2005., Almås m.fl, 2001).

Pasienten må også få tilbud om å snakke med andre profesjoner, som prest, sosionom, fysioterapeut og psykiater om det er ønskelig. De kan være samtalepartnere slik at pasienten kan snakke ut om sine problemer eller ordne opp i problematiske ting (Valand & Fodstad, 2001., Bjørgo, 2006). Pasientens pårørende kan også oppleve tilværelsen som problematisk. Når pasienten opplever å få god pleie kan det gi trygghet og tillit hos de pårørende. De pårørendes hverdag er forandret. De har derfor behov for å bli sett og ivaretatt. God omsorg til de pårørende innebærer at de kan forlate den syke, i visshet om at deres nærmeste har det bra. En viktig holdning for sykepleieren i møte med de pårørende er å huske på at også de er rammet og lider. Å være hyggelig, i møtekommende og vise respekt i det første møtet er grunnleggende for det videre samarbeidet. Dette kan blant annet gjøre ved å ha blikkontakt, vise en kroppslig holdning som ønsker å hilse på dem, og ønsker dem velkommen (Sand, 2001)

### **2.4.2 Kartlegging av smerte**

For å lindre smerten må den først kartlegges. En sykepleiers oppgave i kartleggingen er å samle inn objektive målinger som blodtrykk, puls og respirasjon, og observasjon av svette, blekhet, uro og anspenthet. I tillegg pasientens subjektive vurdering av situasjonen (Aambø, 2007 & Almås m. fl, 2001). En viktig del av kartleggingen og den videre behandlingen av pasientens smerte er dokumentasjon. Informasjon om når smerten begynner, om smerteintensiteten varierer i løpet av døgnet, smerteutviklingen og effekten pasienten har av medikamentell behandling må dokumenteres (Bjørøgo, 2006).

Ved å bruke kartleggingsverktøy blir det lettere for pasienten å gi et objektivt bilde på smerten (Bjørøgo, 2006). VAS, visuell analog skala er vanlig å bruke til å måle endimensjonal smerte. (Rustøen & Stubhaug, 2006) VAS (se vedlegg 4) går ut på at pasienten kategoriserer smerten sin på en skala fra en til ti. Ytterpunktene på skalaen er fra ingen smerte til uutholdelig smerte. Pasienten skal plassere smerten han opplever *her og nå*, fritt på skalaen (Almås m. fl, 2001). Skal VAS brukes riktig, er det viktig at pasientene blir informert om hvordan verktøyet virker, og hvordan helsepersonellet tar pasientens grad av smerter på alvor. For at pasientene skal kunne gradere sin egen smerte krever dette at pasienten har god kognitiv evne eller andre sykdomstilstander som gjør at pasienten ikke klarer å svare på VAS (Rawal, 1999).

For å kartlegge flere aspekter av smerten anvendes flerdimensjonale instrumenter. I Norge er ESAS (se vedlegg 1) vanlig å bruke for å få frem ulike aspekter om smerte og symptomer hos kreftpasienter under lindrende behandling. Pasienten krysser av på en skala fra en til ti på hvordan vedkommende har det *akkurat nå*. Dette gjøres to ganger om dagen. Avkryssingene skal registreres på et oversiktsark (se vedlegg 2) slik at en har oversikt om pasientens smerter blir redusert, eller øker i sammenheng med behandlingen (Rustøen & Stubhaug, 2006., Eriksson & Haugen 2006).



### **2.4.3 Medikamentell behandling**

Den spesifikke medikamentelle smertelindringen til kreftpasienter starter etter kartleggingen. Hos mange er den svært utfordrende på grunn av sykdommens progresjon (Sjøgren & Pedersen, 2004). Pasientenes forventninger til behandlingen kan være vanskelige og oppfylle. Det er viktig at man på forhånd informerer om dette slik at sykepleier og pasient har et felles mål (Svarrer, 2001). Et minimums mål skal være tilfredsstillende smertelindring i ro (Bjørgero, 2006). Ofte må det utprøves forskjellige medikamenter før virkningen av smertebehandlingen er tilfredsstillende. Samtidig bør behandlingen gi et minimum av bivirkninger. Noen pasienter tar kun medisiner sine når smertene øker. Dette medfører at smerten kan bli uutholdelig og det er behov for større dose. Hadde pasienten tatt medikamentet kontinuerlig ville døgndosen blitt mindre (Svarrer, 2001).

For å lindre fysisk smerte hos pasienten anbefales det å bruke smertetrappen (Lindring i Nord, 2003). (se vedlegg 3) Smertetrappen inndeles i fire trinn. Trinn en inneholder ikke - opioide analgetika. Den består av ikke – steroide antiinflammatoriske midler, som for eksempel NSAIDs og paracetamol. Trinn to inneholder kombinasjonspreparater. Disse består av ikke – opioid analgetikum, for eksempel paracetamol, og et svakt opioid i et fast forhold med hverandre. Det vanligste svake opioidet å bruke er kodein. I trinn tre benyttes sterke opioider. Sterke opioider finnes i flere preparater, blant annet Morfin, Fentanyl, Petidin og Metadon. Opioidnes virkning på dype, verkende, somatiske og vicerale smerter er meget god. Siste del i smertetrappen gjelder i hovedsak to pasientgrupper. De som av forskjellige årsaker ikke kan behandles med perorale medikamenter. Eksempel på dette kan være pasienter som har kvalme og oppkast forårsaket av sykdommen eller behandlingen. Den andre gruppen pasienter er når store perorale opioid doser ikke kan kontrollere smertesituasjonen. Eksempler på denne type smertestillende er smertepaster, subcutan infusjon av analgetika som kalles smertepumpe eller epidura/intratekal smertebehandling (Bjørgero, 2006).

En annen type smertelindrende medikament som man ikke finner i smertetrappen er Anti-epileptika. Den har særlig dokumentert effekt i lindringen på nevrologiske smerter (Rustøen og Stubhaug, 2006).

### **2.4.3.1 Sykepleierens ansvar i den medikamentelle behandlingen**

Sykepleier er ansvarlig for det arbeidet som utføres med hensyn til legemidler. Oppgavene skal være delegert av lege. Dette innebærer blant annet at sykepleieren har ansvar for at behandlingen følger det som legen har rekvirert. For å kunne observere effekt av medikamentell behandling må sykepleieren ha kunnskaper om behandlingsprinsipper, virkning og bivirkninger. Oppstår noe uventet må sykepleier umiddelbart gi legen beskjed. Det er legens signerte rekvisisjon som skal være utgangspunktet for sykepleiers arbeid i utdelingen av medikamenter (Bielecki & Børdahl, 2004).

Sykepleieren har et stort ansvar når det gjelder pasientens smertelindring. I motsetning til legen har sykepleieren kontakt med pasienten store deler av døgnet, og kan dermed observere kliniske tegn og snakke med pasienten. Det beste er at sykepleieren blir godt kjent med pasienten, slik at hun gjenkjenner faktorer som virker inn på pasientens smerteopplevelse (Almås m. fl, 2001).

## **3.0 Metode**

### ***3.1 Hva er metode***

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2000, s 71).

På hvilken måte en bør gå til verks for å skaffe kunnskap, kommer frem i metoden. I ulike metoderetninger er kvalitet og kvantitet brukt. De kvantitative metodene former informasjonen til målbare enheter. For eksempel å finne gjennomsnitt eller prosent i en del av befolkningen. De kvalitative metodene tar sikte på å finne mening og opplevelser som ikke er målbare og/eller kan tallfestes (Dalland, 2000).

I følge Forsberg & Wengstrøm (2003) uttrykker Katie Eriksson uro rundt den evidensbaserte forskningen, da hun er redd for at det kun fokuseres på utviklingen av nye metoder for å få frem vitenskapelige resultater. Noe som har ført til mindre fokusering på omsorgens innhold. Samtidig ser hun behovet for forskning, som skal bygge både på vitenskap og erfaring. Det er viktig at kunnskapen integreres av hendene, hjertet og hodet. Med dette menes at sykepleievitenskapen skal bygge på en praktisk, teknisk, etisk, moralsk, teoretisk og vitenskapelig helhet.

### ***3.2 Litteraturstudie***

I en litteraturstudie er informasjonskilden innsamlet litteratur, på samme måte som en informant er informasjonskilden i et intervju (Olsson & Sørensen, 2003).

Vi har valgt å skrive et systematisk litteraturstudium for å svare på problemstillingen. De spørsmål en stiller besvares gjennom å identifisere, velge, analysere og vurdere relevant forskning (Fosberg & Wengstrøm 2003). Målet vårt med å skrive en systematisk litteraturstudie er først og fremst å tilegne oss kunnskap slik vi kan yte bedre sykepleie, få en

større innsikt og forståelse i forhold til smertelindring generelt og kreftpasienter spesielt. Vår oppgave bygger på litteratur hentet fra artikler, forskning, veiledere og fagbøker.

### ***3.3 Begrunnelse for valg av metode***

Det viste seg å være en del forskning om temaene kreft, smertelindring og palliasjon, som er presentert i ulike artikler. På en slik måte at det skal bli interessant å arbeide med. Vi fant det derfor hensiktsmessig å ikke gjøre en undersøkelse, men heller skrive en systematisk litteraturstudie. Oppgaven bygger på kvantitative og kvalitative kilder, der vi i hovedsak er ute etter å tolke kvaliteten i kildene. Vi mener det vil gi mer mangfold og dybde til oppgaven. I følge Dalland (2000) er det å tolke skjulte meninger i et fenomen, en hermeneutisk tilnærming, som tyder fortolkningslære. Hermeneutikken slår fast at kunnskap, tanker, inntrykk og følelser vi har om emnet, ikke hindrer oss i å tolke fenomenet vi står ovenfor.

### ***3.4 Etisk perspektiv***

Etikken handler om normer og verdier for riktig livsførsel. I vanskelige avgjørelser i dagliglivet, skal en gjennom etikken finne veiledning for handlingene vi gjør. Det kan oppstå en etisk konflikt når forskningens normer vurderes ulikt ut i fra politisk, samfunnsmessig og allmennmoralsk syn. Hensikten med forskningen om å få ny kunnskap, må ikke skje på bekostning av individets integritet og velferd (Dalland, 2000).

I vår litteraturoppgave fremskaffer vi ikke ny kunnskap gjennom å spørre individer. Vi trenger derfor ikke å ta de samme hensynene som en forsker må gjøre i forhold til sine informanter. Samtidig må vi ta ulike hensyn ved å fremheve forfatteren eller forskeren, og formidle kunnskapene på en måte som gjenspeiler helheten i artikkelen. Det er viktig å forstå artiklene riktig og bearbeide dem på en slik måte at vi ikke bruker avskrift. Forslag til kilder som er funnet i andres referanser, skal vises til i litteratursøk. Det er også viktig å undersøke reliabiliteten i artiklene. I følge Nortvedt m. fl (2007) er det etisk hensiktsmessig å vurdere reliabiliteten ved å sammenligne konklusjonen og resultatene, som studier med like tema gir.

### **3.5 Litteratursøk**

I prinsippet bør en stille seg kritisk til bruk av internett materiale, når en skriver oppgaver. For å finne de beste og mest innsiktsberikende forskningsartikler om det gitte emne, er det en regel å bruke anerkjente kilder. Det vil si de henvisningene utdanningsstedet og skolens bibliotek har tilgang til (Rienecker & Jørgensen, 2006).

Når vi har søkt etter artikler har vi brukt Ovid medline, British nursing index og tidsskriftet.no. Vi har brukt søkeord som cancer, nurse, palliative care og kombinert dem på ulike måter. Noen av artiklene vi fant var relevante, mens andre har vi forkaster grunnet lav reliabilitet. Vi har også satt en grense for at kildene ikke skal være mer enn ti år gamle.

På Ovid medline brukte vi søkeordene cancer med 152921 treff, pain med 16320 treff, nurse med 2699 treff og palliative care med 6072 treff. Ved å kombinere cancer, nurse og palliative care fikk vi 300 treff. Kombinasjonen cancer pain og nurse ga 16 treff. Videre kombinerte vi pain, nurse og palliativa care, da fikk vi frem 8 resultater med full tekst, med relevante artikler.

Vi søkte også på British nursing index 1985 – 2008 med søkeordene cancer med 4246 treff, pain med 6323 treff og nurse med 22532 treff. Vi kombinerte søkeordene cancer og pain, og fikk 45 resultater. Ut ifra disse fant vi to relevante artikler. Videre kombinerte vi pain, cancer og existential pain. Dette resulterte i 81 treff. Fant en relevant artikkel.

Ved å søke på Ovid fant vi en del engelske artikler, som hadde norske forfattere. Disse artiklene søkte vi deretter frem på tidsskriftet.no. Under disse søkene fant vi også annen relevant litteratur.

Vi fikk ikke fulltekst på alle artikkelene fra Ovid og British nursing index. Noen av de fikk vi søkt frem på Academic Search Premier, mens andre fikk vi bestilt via biblioteket.

Bøker, hefter og kapittel fra bøker har vi søkt etter på bibsys. Ulike retningslinjer har vi funnet via helse – bergen.no/avd/lindrendebehandling og via odin.no.

Da vi leste kapittelet om existensielle og åndlige dimensjoner innen vården, i Palliative medicine fant vi henvisning til en artikkel. Denne søkte vi frem via Academic Search Premier, ved å søke på tittelen på artikkelen.

Vi søkte på Academic Search Premier på patient with cancer, positive and nurse med 148 treff. Her fant vi en relevant artikkel.

Søkemotoren Swemed ga oss få relevante treff. Dette fordi artiklene ikke kom frem i fulltekst.

### ***3.6 Bearbeidelse av data***

Forskeren bearbeider data for å få bedre oversikt. Dette gjøres ved å forenkle og analysere innholdet til en viss grad før det nedtegnes (Olsson & Sørensen, 2003). Samtidig sier Dalland (2000) at det er viktig å bearbeide data på en slik måte, at en skiller mellom faktakunnskap og egne meninger før det nedfelles.

Vi tok utgangspunkt i artikler og litteratur som var relevant for vår problemstilling, og vurdererte de mot hverandre. Vi undersøkte tidlig om artikkelen var referert, forskningsbasert og representativ. Ved å lese sammendraget i artiklene fikk vi en rask vurdering av om den var relevant for å svare på problemstillingen. I følge Nortvedt m. fl (2007) skal problemstillingen komme tydelig frem og spørsmålet skal samsvare med det man opplever etter å ha lest artikkelen. Selv om artikkelen er fagfellevurdert er det viktig og ha kunnskap nok til å vurdere gyldigheten, metoden, resultatene og overføringsbarheten. Samtidig må vi se om artikkelen er valid, og om forskningen har reliabilitet.

De fleste artikler måtte vi ekskludere, da de blant annet vek fra vårt problemfelt, ikke var forskningsbaserte, eldre enn ti år, eller ikke var representative. De vi derimot valgte å inkludere, ga relevante svar på vår problemstilling og innholdt fagstoff.

### ***3.7 Presentasjon av forskningsartikler***

#### **Carr, B. D m. fl (2005) Time to modify the WHO Analgesic Ladder? :**

Verdens helseorganisasjon sine metoder for å bedre smertelindringen har vært av stor betydning. Det har innført smertetrappen. Deres senter i Milan har gjennom en to års periode undersøkt bruk av smertetrappen. Den viste seg å være effektiv for 71 prosent av pasientene. Over en 10 års periode ble det rapportert effekt hos 76 prosent av 2118 pasienter. WHO fastslår at smertetrappen kan ved riktig bruk gi smertelindende effekt hos 90 prosent av pasienter med smerter.

#### **Chang, Y. J m. fl (2005) Nurses willingness to maximize opioid analgesia for serve cancer pain, its predictor:**

Undersøkelsen ble utført i Korea. 930 sykepleiere svarte på undersøkelsen. Bakgrunnen for studien var å finne ut hvordan sykepleiers involvering i smertebehandlingen hadde å si på effekten av behandlingen. Resultatet ble at bare 27 prosent av sykepleierne var villige til å maksimere dosen av opioider. Flesteparten av de som var villige å maksimere dosen var eldre, de visste effekten av maksimering, var ikke bekymret for avhengighet og hadde mer erfaring.

#### **Holtan, A., Kongsgaard, U. E & Ohnstad, H. O (2005) Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus:**

13 sykehus og 309 pasienter var involvert i denne kvantitative norske undersøkelsen. Studien foregikk over et døgn. Konklusjonen ble at 51 prosent av de inneliggende pasientene hadde smerter. Enkelte av de med verst tenkelige smerter brukte ikke smertestillende. En av grunnene til de høye tallene var at legene hadde for liten kunnskap om verdens helseorganisasjons smertetrapp.

#### **Holtan m. fl (2007) Prevalence of pain in hospitalised cancer patient in Norway: a national survey:**

Av 1347 pasienter ble 872 pasienter inkludert. Hensikt med den kvantitative studien var å finne ut kvaliteten på kreftsmertebehandlingen i Norge. Studien ble gjennomført over et døgn. 52 prosent av de som deltok i undersøkelsen hadde kreftrelaterte smerter. Dette indikerte at smertetrappen ikke ble brukt godt nok og manglende kunnskap hos helsepersonell.

**Lorentsen, V. B (2003) Kreft: hvordan kan sykepleieren stryke pasientens håp:**

Artikkelen er skrevet på bakgrunn av en studie hvor problemstillingen er: hvordan kan sykepleieren styrke kreftpasientens håp der kurativ behandling er avsluttet?

To sykepleiere som driver med palliativ behandling ble intervjuet. De understrekte at opplevelsen av noe godt var viktig i forhold til det å håpe. Sykepleierne var opptatte av å hjelpe pasienten til å fullføre mål.

**O`Baugh, J m.fl (2003) Being positive: perceptions of patients with cancer and their nurses:**

Det var 11 pasienter og 8 sykepleiere fra et australsk sykehus var involvert i den kvalitative studien. Metoden var intervjuer. Studien gikk ut på å finne ut hva informantene mente om positiv innstilling og evnen det hadde på behandlingen. Konklusjonen var at positiv innstilling var en nødvendighet for å mestre sykdommen og behandlingen.

**Strang, S & Strang, P (2005) Questions posed to Hospital Chaplains by Palliative Care Patients:**

Blant 172 svenske sykehusprester ble det undersøkt via spørreskjema hva de snakket mest med pasienter i palliativ fase om. Av disse 172 informantene kunne bare 153 spørreskjema brukes. De mest stilte spørsmålene var av eksistensiell art. Pasientene kontaktet ikke prestene for å snakke om religiøse spørsmål, men derimot om deres kjærighet til familien, og om meningen med lidelsen. Det som var bemerkelsesverdig var at pasientene spurte prestene om avdelingens rutiner, smerte, og smertestillende. Studien var kvalitativ.

**Seland, M., Kaasa, S & Klepstad, P (2005) Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse:**

En undersøkelse utført i Norge involverte 201 pasienter under pågående morfinbehandling. Bakgrunnen for den kvantitative studien var å finne ut om leger og sykepleiere registrerte smerter ved innleggelser. For å finne ut av dette ble det kartlagt ut ifra sykepleierens, legens og pasientens registrering. Resultatet ble at 90 prosent av pasientene ble smertere registrert ved innleggelse. Legene registrerte smerte noe hyppigere enn sykepleiere. Begge yrkesgruppene skrev mye fritekst. Det sykepleierne var flinkere til var å bruke kartleggingsverktøy.



**Xue, Y m. fl (2007) Pain Attitudes and Knowledge Among RNs, Pharmacists, and Physicians on an inpatient Oncology Service:**

96 helsearbeidere, farmasøyter og sykepleiere var med i den amerikanske kvantitative undersøkelsen. Grunnet dårlig håndtering og kunnskap om smertestillende, opplevde pasientene unødvendige smerter. Forskningen konkluderte med at de ulike helsearbeiderne trengte å videreutvikle kunnskapene om smertebehandling.

**Okuyama, T m.fl (2004) Adequacy of Cancer Pain Management in a Japanese Cancer Hospital:**

Ved et sykehus i Japan ble 138 pasienter involvert i en undersøkelse som ville undersøke hvor adekvat smertebehandlingen var. Resultatet viste at hele 70 prosent var underbehandlet. Samtidig var pasienter med moderate eller lite smerter lettere å behandle adekvat enn pasienter med avansert smerte

### ***3.8 Kildekritikk***

Vi har brukt noen artikler fra Legeforeningens tidsskrift, tidsskriftet.no. Selv om disse artiklene er spesielt rettet mot leger, velger vi å bruke dem fordi de gir oss en del relevant informasjon. De forskningene som er gjort på spesifikke kreftavdelinger, gir kanskje et annet resultat enn dersom undersøkelsene hadde vært utført på en medisinsk avdeling. Dette fordi spesifikke kreftavdelinger kanskje har bedre kompetanse på kreft og smertelindring generelt, enn medisinske avdelinger som har et større omfang av diagnoser. I forhold til smertetrappen nevner teorien at den består av 4 trinn. Det vi har funnet i forskningen er at bare de tre første trinnene nevnes. Det forklares ikke hvorfor det fjerde trinnet ikke er med.

I Lorentsen har vi ikke greid å søke frem forskningen artikkelen bygger på. Vi velger allikevel å benytte den, fordi kunnskapen er sentral for oppgaven.

## 4.0 Drøfting og presentasjon av funn.

Vårt hovedfokus i bachelor oppgaven er: **Hvordan kan sykepleier bidra med smertelindring til kreftpasienter i den palliative fasen.** Oppsettet i drøftingen er lik sykepleiefokuset i teoridelen. Bortsett fra at vi har endret på overskriften om *samhandling og samtale med pasienten*. Vi velger å skrive *Å finne mening i lidelsen*, med den intensjonen å besvare problemstillingen på en bedre måte. Vi bygger drøftedelen opp etter et av Kristoffersen og Breivnes mål for sykepleie. Dette innebærer å gi mennesker som lider på grunn av sykdom og tap, mening, håp og livsmot. Overskriftene i drøftedelen er satt opp slik:

- Å finne mening i lidelsen
- Kartlegging
- Medikamentell behandling

### 4.1 Å finne mening i lidelsen

Vedvarende smerter kan øke pasientens oppgitthet, og medvirke til følelsen av å leve et uverdige liv (Kaasa, 2007).

En norsk undersøkelse av 309 pasienter på 13 sykehus viste at 50 prosent av kreftpasientene opplevde smerter når de var innlagt (Holtan, Kongsgaard & Ohnstad, 2005). Brochgrevinck m. fl (2004) hevder derimot at så mange som 70 – 90 prosent av pasienter i palliativ fase har smerter. Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005) sier videre at kreftpasienter ikke får god nok palliasjon. Særlig gjaldt dette pasienter med nevrologiske smerter og gjennombruddsmerter. De fikk ofte ikke god nok lindring. Disse pasientene hadde det derfor verre enn andre kreftpasienter. Noe som gikk ut over livskvaliteten.

I følge Valand & Fodstad (2001) har alle pasienter rett til akseptabel meningsfull livskvalitet. Dette gjelder også de med uheldelig kreftdiagnose og smerter. Meningsfull livskvalitet oppnås ved å gi den rammende og hans nærmeste den omsorgen og behandlingen de har behov for. Som vi tidligere har nevnt handler dette om palliasjon.

## Helhetlig smertelindring

I helse- og sosial departementets stortingsmelding fra 1999 kreves det innenfor den palliative behandlingen generell og spesiell kompetanse. Dette innebærer i følge Haugen, Jordhøy & Hjermestad (2007) tverrfaglig sammensatt personal og ressurspersoner med særlig ansvar for palliasjon. Engstad m. fl (2004) sier noe om sykehusavdelingens ansvar i arbeidet med kreftpasienter i lindrende behandling. Ansatte ved avdelinger som har kreftpasienter eller andre typer pasienter som har behov for lindrende behandling, skal beherske grunnleggende palliasjon. I følge helse- og sosial departementet (1999) er palliasjon sammensatt av personalets holdninger, ferdigheter og kunnskaper.

Teorien sier at sykepleier skal kunne se alle sider ved pasientene og være oppmerksom på deres behov og tilstandsforandringer. Norsk sykepleierforbund (2007) har formulert dette i de yrkesetiske retningslinjene. De poengterer at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients rett til verdighet, integritet og helhetlig sykepleie. Herunder også medbestemmelsesrett og retten til ikke å bli krenket. Sykepleie skal samtidig være kunnskapsbasert og bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.

I følge Kristoffersen & Breivne (2005) er et av målene for sykepleie å gi mennesker som lider på grunn av sykdom og tap, mening, håp og livsmot. Ved å oppleve dette blir mennesket bedre i stand til å mestre vanskelige situasjoner, nederlag, ensomhet, kjedsomhet og lidelse. Ved å gjenkjenne og forstå hva lidelsen innebærer vil sykepleieren ha grunnlag for å gå inn i konkrete situasjoner og lindre. Uavhengig av årsaken til pasientens lidelse skal sykepleieren møte det lidende mennesket og bidra til lindring. Sykepleier kan ikke lide for pasienten, men være medlidende som bygger på forståelse og innlevelse i situasjonen pasienten befinner seg i. Først og fremst handler det om å være tilstede og gi pasienten den tid han trenger, samtidig å vite at noen tar del i hans lidelse. I forskningsstudiet til Benzein beskrevet i Lorentsen (2003) kommer det også frem at det å være lyttende til lidelsen kan bidra til håp. Det trenger nødvendigvis ikke være å si de "riktige" ordene. Benzein beskriver også tilstedeværelsen med pasientene som vesentlig for kommunikasjonen. Opplevde pasienten sykepleiers holdning som positiv, gjennom empatisk stemmebruk, kroppsspråk og lytting ga det signaler som styrket håpet.

Vi har tidligere beskrevet kommunikasjonsteori i oppgavens teoridel. Det som Lorentsen beskriver i undersøkelsen over samsvarer med teorien. Kommunikasjon og samhandling med

## Helhetlig smertelindring

pasienten er faktorer som bidrar til å finne mening, føle seg bedre lindret og å takle hverdagen.

I følge O`Baugh m. fl (2003) sin studie kan det være nødvendig for kreftpasientene med en positiv innstilling for å kunne takle hverdagen, sykdommen og behandlingen. Sykepleierne og pasientene uttrykte seg ulikt i synet om positivitet. Pasientene mente det å være positiv var en form for normalitet. Tross kreftens mange negative effekter på dagliglivet. Sykepleiere identifiserte det å være positiv med håp, aksept av sykdommen, stå på vilje og se det positive i tilværelsen. De opplevde at pasientene var i en mestringsfase og hadde håp når de uttrykte positivitet. Pasienten derimot opplevde å være normal i sin sykdom, ved å ha positive tanker.

Når sykepleier bidrar til å gi lindring kan hun hjelpe pasienten med å finne mening i lidelsen. Det innebærer ikke at pasienten skal oppleve mening i sykdommen. Derimot å kunne forsones seg med den nye livssituasjonen (Kristoffersen & Breievne, 2005). Busch & Hirsch (2007) skriver noe av det samme. Deres fokus er å hjelpe pasienten ut av håpløsheten, slik at pasienten kan leve i håpet. Det er viktig at sykepleier erkjenner pasientens bekymringer og håpløshet. Med dette som utgangspunkt kan sykepleier hjelpe pasienten å bære byrden. ”Delt sorg kan oppleves som halvert sorg”

I håpløsheten opplever mange kreftpasienter sorg (Sæteren, 2006). I følge en kvalitativ undersøkelse gjort av Ryde i Jonsson (2005) sier kreftpasienter i palliativ fase at de til tider gråter. De beskriver gråten som spenningsløsende med en avslappende effekt som gir ny kraft til å gå videre. Pasientene ønsket at sykepleier forstod reaksjonene deres og årsakene til sorgen. De ville at sykepleier skulle bekrefte at gråt er en naturlig prosess i sorgarbeid, og at sykepleier ga av sin tid til å være sammen med pasienten til de hadde sluttet å gråte. Slik at de kunne bearbeide følelsene. Dersom sykepleieren våget å stå i den vanskelige situasjonen ga dette trygghet for pasientene.

Trygghet er avgjørende for pasientens opplevelse av mening og håp (Thorsen, 2005). Stang & Stangs (2005b) undersøkelse viste at manglende følelse av mening og håp for tilværelsen ga flere pasienter et ønske om en snarere død. Dette sier noe om viktigheten av at sykepleier må være tilgjengelig for å kunne se pasienten og hans lidelse. I samme undersøkelse kom det frem at pasienter faktisk spurte sykehusprestene om tema som mat, tabletter, smertefrihet og lavere selvråderett. Slike tema skal i utgangspunktet være

## Helhetlig smertelindring

sykepleiers ansvar å informere om. Busch & Hirsch (2007) slår fast at sykepleiers tilgjengelighet er av stor betydning for at pasienten skal oppleve trygghet.

Lorentsen (2003) mener at sykepleieren både kan svekke eller styrke pasientens håp gjennom sin væremåte. I undersøkelsen kom det frem at atmosfæren i pasientomgivelsene er avgjørende for håpet. Gode opplevelser og øyeblikk er viktig. Dette kan gi pasienten håp til å kjempe mot sykdommen og fortsette å leve. De gode opplevelsene kan være et godt stell eller smertefrihet. Busch & Hirsch (2007) mener også at hjelp og tilrettelegging innenfor personlig hygiene kan påvirke til en bedre hverdag. Erfaringer som beskrives i Lorentsen (2003) sier noe om hvordan sykepleieren tar på pasienten, vasker og hjelper han opp av sengen påvirker om opplevelsen blir god eller dårlig. Det gode håndlaget er altså avgjørende. Det kan gi signaler til pasienten om at han fortsatt er av stor verdi som menneske tross sykdommen. Pasienten kan hjelpes ut av håpløsheten ved at sykepleieren signaliserer at hun tåler desperasjon og håpløshet. Psykisk og fysisk nærvær er derfor av stor betydning for håpet. Helse- og sosial departementenes stortingsmelding gjenspeiler det Lorentsen sier om at berøring og fysisk kontakt i stellesituasjoner kan være bekræftende og støttende for den syke.

Nortvedt & Nortvedt (2001) bemerker viktigheten av at sykepleieren har kjennskap til portkontrollteorien i sin praksis og pleie av smertepasienter. Ved å samtale, skape trygghet og berøre pasienten fysisk kan det utløse stimuli som fortrenger smerteimpulsene. Når en vet betydningen av teorien kan en lettere prioritere tiltak som kan redusere pasientens smerteopplevelse.

Kreftpasienten skal i følge Busch & Hirsch (2007) også hjelpes til å finne tilbake til sin integritet og selvspekt. Dette er en forutsetning for at pasientene skal oppleve kontroll over eget liv. For å bidra til kontroll over eget liv mener Helse- og sosial departementet (1999) det er viktig å ta vare på den sykes muligheter og ressurser til å gjøre mest mulig selv, slik at ikke evnen til egenomsorg avtar tidligere enn nødvendig. I følge Lorentsens (2003) undersøkelse opplever pasienter egenverd når de får være med å ta avgjørelser over egen situasjon.

En annen faktor som er viktig for pasientene er å sette egne mål. For eksempel daglig å handle avis i kiosken. Det er av stor betydning om de får fullføre målene. Fullførelse medfører at pasienten opplever kontroll over egen situasjon, mestring, glede og håp. Sykepleieren kan bidra til at pasientene ser mulighetene og ikke begrensingene i egen tilværelse, slik at

## Helhetlig smertelindring

pasientene kan nå sine mål (Lorentsen, 2003). Men sykepleieren må i følge Busch og Hirsch (2007) ikke være overdrevent løsningsfokusert. Det kan oppleves nedverdiggende og virke mot sin hensikt. Pasienten må selv ha et ønske om å sette mål.

Selv om pasientene har håp og setter seg mål, er de ikke alltid gjennomførbare. Travelbee mener allikevel at håpsprosessen er virkningsfull til tross for at målet er urealistisk (Kirkevold, 1998). Det samme fremkommer i Lorentsen (2003) at mange pasienter har urealistiske håp. Sykepleierne i undersøkelsen mente dette var nødvendig for noen av pasientene, slik at de kunne mestre situasjonen og håpet. Sykepleierne mente også at pasientene ikke skulle realitetsorienteres når de snakket om urealistiske håp. Dette gjaldt pasienter som var informert om uhelbredelig sykdom. Dersom sykepleieren deltok i samtalen og tok pasienten på alvor opplevde de å bli respektert.

Mange kreftpasienter har fokus på spørsmål om livet etter døden. I underbevisstheten vet pasientene sannsynligvis at de skal dø, men håpet vil fortsatt være sentralt for noen. I undersøkelsen til Stang & Stang (2005b) er det kartlagt hvilke spørsmål og emner dødende pasientene tar opp. De vanligste spørsmålene som stilles er av eksistensiell art. Hva som skjer når de dør, vil de lide, meningen med lidelsen og om lidelsen vil ta slutt når de kommer til himmelen. En del av pasientene var også bitre fordi de ikke får se barn eller barnebarn vokse opp. Av de spurte prestene opplevde 29 prosent å få jevnlig spørsmål om livet etter døden.

Lorentsen (2003) skriver at sykepleierne var lite flinke til å snakke om åndelighet og Gud med pasientene. Sykepleierne mente det var prestens oppgave. Derimot fastslår Stang & Stang (2005b) at pasientene sjelden tar opp religiøse spørsmål i samtaler med presten. Det kan tyde på at pasientene i palliativ fase er mer opptatt av eksistensielle spørsmål enn religion. Selv om Lorentsen mener at sykepleiere burde vært flinkere å ta opp tema som åndelighet og gud, er det ikke sikkert pasientene hadde noen interesse for dette emnet. Stang & Stang sier at det er sykdommens påvirkning på livet som opptar pasientene mest. Kalfoss (2001) hevder at enkelte sykepleiere vegrer seg for å gå inn i samtaler av eksistensiell og åndelig art. Grunnene til dette kan være mange. Sykepleierens verdier, meninger og mål kan føles truet. Situasjonen kan samtidig utløse angst, sinne, usikkerhet, maktesløshet og skyldfølelse.

Arman m. fl (2004) understreker i sin undersøkelse at dersom sykepleieren benekter viktigheten av pasienten eksistensielle behov kan det ytterligere øke pasientens lidelse.

Sykepleieren kan derimot gjennom velgjørenhet og nestekjærlighet være medlidende og bidra til å finne mening i pasientens lidelse.

Vår erfaring kan tyde på at sykepleiere setter av lite tid til å skape trygghet mellom sykepleier og pasient. Dette gjør pasientens situasjon vanskelig fordi han kanskje ikke våger å ta initiativ til vanskelige samtaler. For at sykepleier skal kunne hjelpe må hun gi av sin tid. Har hun ikke tid kan det oppleves krenkende og tillitssvekkende.

Når kreftpasienter har smerter kan det være vanskelig å fokusere på noe annet. Det er derfor vesentlig at smertene blir kartlagt og at pasientene får tiltrekkelig smertelindring.

### ***4.2 Kartlegging***

I Selans, Kaasa & Klepstads (2005) undersøkelse registrerte leger smerte hos pasientene hyppigere enn sykepleierne. Sykepleierne og legene brukte hovedsaklig fritekst til å dokumentere pasientens smerter. I tillegg brukte 39 prosent av sykepleierne standardisert kartleggingsverktøy, noe legene var dårligere på. Pasientens smerteintensitet ble kartlagt mer korrekt av sykepleierne selv om legene registrerte flere.

Det er bemerkelsesverdig at sykepleiere registrerer smerte mindre enn legene. Når det i teorien står at sykepleiere har god anledning til å bli kjent med pasientene ettersom de er mye inne på pasientrommene. Sykepleiere skal være pasientens ”advokat”. Selv om kartleggingen deres var av bedre kvalitet, er det underlig at de er dårligere på smerteregistrering enn legene.

Resultatet av undersøkelsen til Selans, Kaasa & Klepstads (2005) viste at potensialet for å bedre kartleggingen blant annet ligger i å bruke ESAS. Dette er fordi ESAS baseres på en enkel egenrapportering av smerter og symptomer.

ESAS er vurdert av flere forskergrupper. De konkluderte med at ESAS som verktøy ga høy kvalitet og god sensitivitet (Haugen & Eriksson, 2006). Når ESAS utfylles av pasienten blir utgangspunktet for helsehjelpen sett ut ifra det pasienten uttrykker som viktig (Ellingsen &

## Helhetlig smertelindring

Strand, 2007). Pasienten får dermed være delaktig i smertebehandlingen ved å vurdere egne smerter. Autonomi kan gi pasienten følelse av å ha kontroll.

Undersøkelsen utarbeidet av Haugen & Eriksson (2006) viste at et fåtall av helsepersonell opplevde bruk av ESAS- skjema som belastende. De fleste oppgav ESAS registrering som nyttig eller svært nyttig i forhold til kvalitetssikring, god symptomlindring, forenklet dokumentasjon, bedre kommunikasjon med pasienten, forbedret rapportering, avdekking av nye symptom og lettere å beskrive symptom. De fleste som besvarte undersøkelsen var sykepleiere, noe som kan tyde på at sykepleierne stilte seg positive til ESAS registrering. Studiens resultat ble testet i praksis. Av innlagte pasienter innenfor lindrende behandling viste at kun halvparten ble registrert med ESAS. Årsakene var ulike. Blant annet mente personalet at det var for tidkrevende, manglende rutiner og at ESAS var glemt. Andre mente de visste hvordan pasienten opplevde sin situasjon og syntes det var unødvendig med dobbelføring. Travelhet og at det var vanskelig å forklare pasienten hva ESAS innebar var andre faktorer som pleierne la skylden på. Selv om sykepleierne synes ESAS er nyttig, ser det i praksis ut som om de opplever dette som tungvindt og tidkrevende.

I arbeidet med ESAS skjema konkluderer Ellingsen & Strand (2007) i sin artikkel at det kan være vanskelig å vite når det skal opprettes tiltak, og på hvilken score det er rimelig å reagere. Både helsearbeidere og pasienter er ulike. De mener det ville vært en sikrere score dersom man hadde en nøkkel som definerte hva det enkelte tall innebar for pasienten.

Ellingsen & Strand (2007) er også kritisk til ESAS registrering. Dette fordi pasientenes hverdag starter med problemfokusering når de fyller ut skjema. Det er ikke alle pasienter som ønsker å dele sine innerste problemer og tanker. Registreringen kan for noen oppleves som om de består av enkeltstående deler og ikke et fullverdig menneske. Pasienter som er kognitivt svekket eller deprimert kan ha vansker med å fylle ut skjema. Kognitivt friske kan derimot også ha vansker med å tallfeste sine opplevelser av fysiske plager. Dette sier noe om at ESAS ikke er et godt verktøy for alle. De pasientene som ikke klarer å uttrykke sin smerte med tall bør tilbys et annet kartleggingsverktøy, som for eksempel VAS med ansiktsuttrykk (se vedlegg 5)

Det kom frem i studien til Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005) at visuell analog skala er vanlig å bruke for å kartlegge kreftmerter. Det er funnet få forskningsartikler om VAS



## Helhetlig smertelindring

relatert til kreft smerter. Da ESAS er spesielt utviklet for å registrere kreft smerter og symptomer, gjenspeiler dette seg i forskningen. Det er kun funnet forskning på VAS i forbindelse med postoperativ og akutte smerter. Det er merkelig da VAS gir et godt bilde på pasientenes smerteintensitet.

Hernæs (2007) sin anbefaling fra smerteklinikken og avdelingen for ortopedi i Helse Bergen har satt seg som mål at smerteintensiteten hos pasienter med postoperative og akutte smerter, ikke skal være høyere enn tre på VAS skalaen. Grunnen til dette målet er at null er uoppnåelig med tanke på at bivirkningene kan bli for store. Erfaringene deres sier at et mål på tre eller mindre legitimerer at pasientene ikke trenger å vente på sterke smerter før de ber om analgetika. VAS score bør registreres før og etter medikamentene gis. Deretter sammenlignes tallene mot hverandre og effekten vurderes ut ifra det.

Kreftpasienter med smerter bør også vurderes etter VAS score. Særlig ved gjennombruddsmerter, slik at pasienten kan se objektiv forbedring eller forverring i egen tilstand. I tillegg får sykepleieren objektive data om effekten på smertestillende. Vurderingen av smerte etter VAS tar kortere tid å beskrive enn å fylle ut ESAS skjemaet.

I Seland, Kaasa & Klepstad (2005) sin undersøkelse kom det fram at det er dårlig sammenheng mellom pasientens opplevelse av smerteintensitet, og den dokumenterte graden av smerte. Det samme avdekkes i Xue m. fl, (2007) sin studie der smertedokumentasjonen viste seg å være dårlig. Seland, Kaasa & Klepstad (2005) sier videre at sykepleiere og annet helsepersonell har en tendens til å undervurdere pasientens smerter. Almås m. fl (2001) mener at sykepleierne bruker egne erfaringer til å tolke andres smerter.

Å bruke egne erfaringer og tolkninger kan være en av grunnene til at helsepersonell undervurderer pasientens smerte. Dette viser viktigheten av god dokumentasjon og samhandling med pasienten, og hvor viktig det er å få frem hvordan pasienten egentlig har det.

Det trenger nødvendigvis ikke være helsepersonellens feil at smertebehandlingen ikke er ideell. Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005) sier at pasientene har en del av ansvaret for god smertebehandling. Det er ikke alle pasienter som tar initiativ til å snakke om smertene sine. Holdninger til at kreft smerter er ”normalt”, liten tro på medikamentell behandling eller

fordommer om avhengighet, kan være årsaker til lite initiativ. Sykepleieren må derfor informere om viktigheten av å rapportere egne smerter.

Eriksson & Haugen (2006) mener at for å bedre smertekartleggingen må helsepersonellens atferd endres, slik at ny rutine kan innføres. Det kreves undervisning og motivasjon for å få helsepersonell til å prioritere kartleggingen. Seland, Kaasa & Klepstad (2005) mener som Eriksson og Haugen at det stadig er potensialet for å få registreringer mer i bruk. Ellingsen & Strand (2007) mener gjentatt informasjon om skjema, bruk, utfylling og eventuelt å gi ut skriftlige retningslinjer kunne forbedret utgangspunktet. Den medikamentelle behandlingen kan dermed evalueres bedre ut ifra kartleggingen.

### ***4.3 Medikamentell behandling***

Målet med medikamentell behandling er optimal smertelindring, ikke en tilstand uten smerter (Kaasa, 2007). Almås (2001) forklarer at forskningen på smerter har foregått i mange år. Forskningen har gjort at en har fått bedre oversikt over nervebaner som er involvert i ledningen av smerteimpulser, medikament effekt og hvilke stoffer som virker inn på smerteintensiteten. En årsak til den omfattende forskningen er at reaksjonene på smerte er høyst forskjellige, og er situasjonsbetinget. Allikevel er det fortsatt et mysterium hva som gjør smerte til et så høyst personlig variabelt og subjektivt fenomen.

I en norsk undersøkelse gjort over 24 timer hadde 52 prosent av pasientene kreft smerter. Av pasientene brukte 42 prosent opioider. Disse pasientene hadde høyere score av smerte og deres dagligliv var mer redusert enn pasientene med mindre smerter. Det var en del pasienter med moderate smerter som ikke fikk smertestillende (Holtan m. fl, 2007). Av de norske kreftpasientene med smerter brukte 40 prosent ikke analgetika (Holtan, Kongsgaard & Ohnstad, 2005). Det samme resultatet kom frem i en undersøkelse fra Korea hvor 39 prosent av kreftpasientene med smerter heller ikke brukte analgetika (Chang m. fl, 2005).

En undersøkelse utført av WHO i Milan beskrevet i Carr m. fl (2005) viser at bruk av smertetrappen var et effektivt hjelpemiddel i smertelindringen for 71 prosent av kreftpasientene. Pasientene rapporterte at smertens intensitet ble redusert med en tredjedel. En

## Helhetlig smertelindring

annen undersøkelse i samme artikkel rapporterte at 76 prosent av pasientene hadde god smertelindring ved bruk av smertetrappen. Til tross for resultatene fastslår WHO at trolig hele 90 prosent av pasientene med smerter, vil kunne oppnå tilfredsstillende smertebehandling når smertetrappen brukes. Ifølge Klepstad (2002) vil effekten på medikamentell behandling gjennomsnittelig oppnås på 2-3 dager med morfin tabletter. Hos kreftpasienter med spredning skal lindringen være adekvat etter 1-6 dagers morfin behandling. I teorien er det altså mulig å gi adekvat smertelindring relativt raskt.

Hvorfor er det da så mange kreftpasienter som ikke blir tilstrekkelig smertelindret?

Japanske forskere har funnet ut at 70 prosent av kreftpasientene med smerter er underbehandlet. Det kom også frem at de pasientene med ukomplisert og lokal smerte fikk bedre smertelindring enn de pasientene med avansert smerte (Okuyama, m. fl 2004). I følge Seland, Kaasa & Klepstad (2005) blir det ikke dokumentert smerte hos pasienter med lav egenregistrering av smerte. Trolig kan dette ha negativ innvirkning på den medikamentelle behandlingen. Da pasientene allikevel kan ha behov for analgetika, selv om de registrerte liten grad av smerte.

En undersøkelse fra Korea skriver om sykepleieres ansvar i den medikamentelle behandlingen. Bare 27 prosent av sykepleierne var villige til å maksimere dosen av opioider til kreftpasienter med smerter selv om dosen var rekvirert av lege. De vanligste årsakene var blant annet sykepleierens holdninger og frykt for å gjøre pasienten avhengig av medikamentene, lite kunnskap om opioider og frykt respirasjonsstans (Chang m. fl, 2005).

Xue m. fl (2007) slår fast i sin studie at sykepleierne i USA trenger mer kunnskap og utdanning i smertelindring, selv blant sykepleiere som arbeider mye med kreft smerter forekommer det lav kunnskap. Dette fører til at pasientene opplever unødvendig smerte. Av sykepleierne mente 60 prosent at de hadde god utdanning og erfaring i smertebehandling. Når de i samme undersøkelse skulle svare på spørsmål om sin kunnskap om smertebehandling viste det seg at bare 34 prosent av sykepleierne visste hvordan de skulle håndtere smerter ved skjelettmetastaser.

Vi ser altså ut i fra disse utenlandske og norske forskningene at dårlig smertelindring er et internasjonalt problem. Holtan, Kongsgaard & Ohnstad (2005) hevder at selv om kunnskapen

## Helhetlig smertelindring

rundt smertelindring og analgetika stadig bedres viser det seg derimot at kunnskapen om prinsippene i smertetrappen ser ut til å være mangelfulle. Dette medfører i følge Holtan m. fl (2007) at bruken av smertestillende er for liten. Pasientene lider derfor unødvendig. Det som er oppsiktsvekkende er at Klepstads (2002) undersøkelse konstaterer at vellykket reduksjon av smerter ikke gir pasientene bedre livskvalitet. Brochgrevink m. fl (2004) hevder det samme at god smertekontroll ikke kan gi pasientene bedre livskvalitet.

Dette kan tyde på at medikamentell behandling alene ikke kan lindre pasientens smerte.

Vår erfaring fra medisinsk avdeling kan tyde på at pasientene kun får lindret den fysiske smerten og ikke den eksistensielle smerten. Det er som oftes de pasientene som ”roper høyest” som får mest oppmerksomhet. Det kan se ut som om de psykiske og eksistensielle behovene til pasienten sjeldent blir ivaretatt tilfredsstillende. Følelser av å ikke bli sett kan derfor forekomme. Sykepleiere har tidspress, og de fysiske behovene hos pasienten blir derfor prioritert først. De fysiske behovene trenger nødvendigvis ikke være det pasienten opplever som viktig. Kanskje sykepleiere prioriterer de fysiske behovene først fordi de er lettere å se og håndtere?

## 5.0 Avslutning

Hensikten med oppgaven var blant annet å tilegne oss mer kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan være bedre forberedt på å møte kreftpasienter med smerter. Vi opplever å ha oppnådd lite kunnskap om smertelindring gjennom utdanningen. Som nyutdannede sykepleiere anser vi denne kunnskapen som grunnleggende i møte med denne pasientgruppen.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått en bredere forståelse omkring viktigheten av å yte god smertelindring. Erfaringer fra praksis er at pasientene har gitt uttrykk for at de ikke fikk god nok smertelindring. Gjennom studiene vi har beskrevet viser det seg at i Norge, så vell som i andre land er smertelindring et felles problem. Altså er det et internasjonalt problem. At vellykket medikamentell smertebehandling ikke nødvendigvis trenger å gi bedre livskvalitet er overraskende. Psykisk omsorg er avgjørende for at pasienten skal oppleve velvære og trygghet. Sykepleieren kan gjennom lytting, samtale og berøring vise omsorg og respekt for pasienten. Å føle seg ivaretatt og sett som menneske er en forutsetning for å ha det godt med seg selv. For å lindre pasientens smerter må sykepleiere gi av sin tid og være tilgjengelig. Det kan blant annet være å en støttende hånd, en stille stund eller en ny dose med analgetika. Når det gjelder å avdekke de fysiske smertene må sykepleiere tilegne seg kunnskap om de vanligste kartleggingsverktøyene og bruken av medikamentene i smertetrappen. Ved å kunne bruke dette i praksis, kan pasienten oppnå bedre smertelindring.

Det føles godt å bli beriket med kunnskap og ferdigheter som kan brukes videre i vår yrkesutøvelse. Og forhåpentligvis gis videre til våre kollegaer og medarbeidere.

## Kildehenvisning

Almås, H m. fl (2001) Sykepleie til pasienter med smerter. I: *Klinisk sykepleie, bind 1*. Red: Hallbjørg, Almås, s 64- 115. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Aambø, A (2007) Innledning. I: *Smerter- smerteopplevelsen og atferd*. Red: Arild Aambø, S 9 – 18. Oslo, Cappelen, Akademisk forlag

Arman, M, m. fl (2004) Suffering related to health care: A study of breast cancer patients`experience. I: *International Journal of Nursing Practice*. Nr 10 s 248 – 256.  
Tilgjengelig fra: [Academic Search Premier](#). [lest: 07.03.2008]

Bielecki, T & Børdahl, B (2004) *Legemiddelhåndtering*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Bjørge, S (2006) Smerte og smertebehandling. I: *Kreftsykepleie – pasient- utfordring – handling*. Red: Anne Marie Reitan & Tone Kr. Schjølberg, s 139- 155. Gjøvik, Akrike.

Brattberg, G. (2001) Når livet gjør ondt. I: *Smerter og smerte-behandling i klinisk praksis*. Red:Fasting, U & Lundorff, L. s. 13-36. København, Munksgaard Danmark.

Brochrevink, P. C m. fl (2004) Bruk av opioider mot sterke kraftrelaterede smerter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* nr 3. Tilgjengelig fra [www.tidsskriftet.no/](http://www.tidsskriftet.no/) swemed [lest 22.02.08].

Busch, C. J & Hirsch, A (2007) Eksistensiell og åndelig omsorg. I: *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa. s. 115- 141. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Carr, B. D m. fl (2005) Time to modify the WHO Analgesic Ladder? *International associations for the study of pain*. Vol 8 nr 5. Tilgjengelig fra: [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)

Chang, Y. J m. fl (2005) Nurses willingness to maximize opioid analgesia for serve cancer pain, its perdictor. *Support care cancer*. Vol 13, nr 9 s 743 – 751. Tilgjengelig fra: ovid medline

## Helhetlig smertelindring

Dalland, O (2000) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo, Gyldendal Akademisk

Eide, T & Eide, H (2004) *Kommunikasjon i praksis*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Ellingsen, E & Strand, E (2007) Hvordan har du det i dag?. *Sykepleien nr 17*. Tilgjengelig fra sykepleien.no. [lest: 01.03.08]

Engstad, P m. fl (2004) *Standard for palliasjon*. Norsk forening for palliativ medisin.

Eriksson, S & Haugen, D. F (2006) *Systematisk symptomregistrering i lindrende behandling – ved hjelp av ESAS*. Kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion Vest.

Fagermoen, M.S (2001) Samtale, undervisning og veiledning. I: *Klinisk sykepleie, bind 1*. Red Hallbjørg Almås. s.12-29. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C & Wengstrøn, Y (2003) *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, natur och kultur.

Haugen, D.F, Jordhøy, M.S & Hjermsstad, M.J (2007) Organisering av palliative tilbud. I: *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa. s. 197-212. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Hawthorn, J & Redmond, K (1998) *Smärta – bedömning och behandling*. Lund. Studentlitteratur

Helse- og sosial dep. (1999) Livshjelp- behandling, pleie og omsorg for uhelbredlig syke og dødende. (NOU 1999:2) Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2.html?id=141460>

Hernæs, N (2007) Tallet er 3. *Sykepleien nr. 15*, s. 14- 15.

Holtan, A., Kongsgaard, U.E & Ohnstad, H. O (2005) Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening nr 4*. Tilgjengelig fra [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no) [lest 01.03.08].

## Helhetlig smertelindring

Holtan m. fl (2007) Prevalence of pain in hospitalised cancer patient in Norway: a national survey. *Palliative Medicine* 2007; 21: 7 - 13. Tilgjengelig fra: [Academic Search Premier](#) [lest 26. 02.08]

Jacobsen, D m. fl (2001) *Sykdomslære- indermedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Jonsson, A (2005) Gråten öppnar för svåra samtal. *Vårdfacket, nr 5, s. 7*.

Kalfoss, M. H (2001) Møte med lidende og dødende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: *Klinisk sykepleie- bind 1*. Red: Almås, Hallbjørg, s: 48- 64. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M (1998) *Sykepleieteorier – analyse og vurdering*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Klepstad, P (2002) Morfin for kreftsmarter. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*. nr. 23. Tilgjengelig fra [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no) [lest 01.03.08].

Kristoffersen, N, J & Breievne, G (2005) Lidelse, håp og livsmot. I: *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Red: Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt & Eli- Anne Skaug. s. 157-205. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S (2007) Palliativ medisin – en introduksjon. I: *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa, s 31 - 47. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S (2007) Smertebehandling. I: *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa, s. 261 - 269. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S & Borchgrevink, P. C (2007) Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I: *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa, s 271, 283. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Lindring i Nord (2003) *Håndbok i lindrende behandling*. Tilgjengelig fra: <http://www.kreft.unn.no>. Kompetansesenteret for lindrende behandling i region nord.



## Helhetlig smertelindring

Lorentsen, V. B (2003) Kreft: hvordan kan sykepleieren stryke pasientens håp. I: *Sykepleien*. Nr 21. Tilgjengelig fra [sykepleien.no](http://sykepleien.no). [Lest:24.02.08]

Madsen, K. H & Skiveren, J (2004) Sykepleie og smertebehandling. I *Smertes -en lærebog*. Red: Jensen, T., Dahl, J., & Arendt- Nilsen, L. s. 368-377. Copenhagen, FADLs Forlag

Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Oslo

Nortvedt, F & Nortvedt, P (2001) *Smerte- femomen og forståelse*. Oslo, Gyldendal norsk forlag.

Nortvedt. M. W m. fl (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. 39 – 47, 39 - 139. Oslo, Norsk sykepleierforbund

Nortvedt, P (1998) *Sykepleiens grunnlag – Historie, fag og etikk*. Otta, Tano Aschehoug.

O`Baugh, J m. fl (2003) Being positive: perceptions of patients with cancer and their nurses. I: *Journal og Advances Nursing*. Vol 44, nr 3. S 262 – 270. Tilgjengelig fra: [Academic Search Premier](#) [lest: 03.03.08]

Olsson, H & Sörensen, S (2003) *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Okuyama, T m. fl (2004) Adequacy of Cancer Pain Management in a Japanese Cancer Hospital. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. Vol 34 s 37-42. Tilgjengelig fra ovid medline. [lest 22.02.08]

Overgaard, A, E (2003) *Åndelig omsorg – en lærebog*. Viborg. Nyt Nordisk Forlag Arnorl Busck A/S

Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen (2004) Tilgjengelig fra class fronter.

Rawal, N (1999) *Postoperativ smärta - Behandling, kvalitetssækring och organisasjon*. Lund, Studentlitteratur.

## Helhetlig smertelindring

Reitan, A. M (2006) Krise og mestring. I: *Kreftsykepleie – pasient- utfordring – handling*.

Red: Anne Marie Reitan & Tone Kr. Schjøberg, s 47 - 64. Gjøvik, Akribe

Rienceker, L & Jørgensen, P. S (2006) *Den gode oppgaven*. Bergen, Fagbokforlaget.

Rosland, J. H & Tjølsen, A (2007) Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa. s. 312-326. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Rustøen, T (2004) *Håp og livskvalitet*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Rustøen, T & Stubhaug, A (2006) Smerter i: *Sykepleieboken 2*. red: Knutstad, Unni & Nielsen, Birthe Kamp. s. 199-242. Oslo. Akribe.

Sand, A, M. (2001) Se også meg- om å være pårørende til en syk. I: *Klinisk sykepleie, bind 1*.

Red: Hallbjørg Almaas. s. 31-47. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Seland, M., Kaasa, S & Klepstad, P (2005) Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening nr 18*. Tilgjengelig fra [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no) [lest 01.03.08].

Schjødt, B, m.fl (2007) Familien. I: *Palliasjon*. Red. Stein Kaasa. s. 89-114. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Sjøgren, P.& Pedersen, L (2004) Cancersmertetilstande- epidemiologi, ætiologi og behandling. I: *Smerter -en lærebog*. Red: Jensen, T., Dahl, J., & Arendt- Nilsen, L. s. 303-316. Copenhagen, FADLs Forlag

Skau, G, M. (2005) *Gode fagfolk vokser*. Oslo. Cappelens Forlag

Stang, S & Stang, P (2005a) Eksistensiella och andlige dimensjonen innom vården. I: *Palliativ medicin*. Red: Barbro back- Friis & Peter Stang. S 96- 101. Stockholm, Liber AB.

## Helhetlig smertelindring

Strang, S & Strang, P (2005b) Questions posed to Hospital Chaplains by Palliative Care Patients. I: *Journal of Palliative Medicine*. Vol 5, nr 6. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier. [Lest: 02.03.08]

Svarrer, H (2001) Når man har smerter hele tiden I: *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis*. Red. Ulla Fasting & Lena Lundorff. s. 49- 83. København. Munkegaard Danmark.

Sæteren, B (2006) Omsorg for dødende pasienter. I *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Red Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, s 174- -193. Oslo. Akribe Forlag.

Thorsen, R (2005) Trygghet. I: *Grunnleggende sykepleie – bind 3*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Valand, E & Fodstad, G (2001) Generell onkologisk sykepleie. I: *Klinisk sykepleie, bind 1*. Red. H. Almås. s.247-270. Oslo, Gyldendal Akademisk AS.

Wall, P (2003) *Smerte – Kunnskap om lidelse*. Oslo. Gyldendal akademisk

Xue, Y m. fl (2007) Pain Attitudes and Knowledge Among RNs, Pharmacists, and Physicians on an inpatient Oncology Service. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol 11, nr 5, s 687-695. Tilgjengelig fra: Ovid medline [lest: 20.02.08 ]

Bilde på fremsiden hentet fra internett. Tilgjengelig fra:

<http://images.google.com/images?q=hender&hl=no&start=20&sa=N&ndsp=20>

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: ESAS skjema

Vedlegg 2: Oversiktsark ESAS

Vedlegg 3: Smertetrappen

Vedlegg 4: VAS - linjal

Vedlegg 5: Visuell VAS linjal

Vedlegg 6: Kartlegging av artikler

**Hvordan har du det i dag?**

Fødselsnr.

Navn

Dato     Tidspunkt

**Smerte – i ro**

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

**Smerte – ved bevegelse**

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

**Slapphet**

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

**Kvalme**

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

**Tungpust**

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

**Muuntørrhet**

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

**Matlyst**

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

**Angst /uro**

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

**Trist/deprimert**

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

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

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

Utfylt av

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), revidert ved Seksjon lindrende behandling (TPAT) (Eriksson & Haugen, 2006)

Helhetlig smertelindring

Vedlegg 2.

Dato																					
Dag i sykehus Tidspunkt		09		18		09		18		09		18		09		18		09		18	
		Smerte i ro	10																		
Smerte - ved bevegelse	10																				
Slapphet	10																				
Kvalme	10																				
Tungpust	10																				
Munntørighet	10																				
Matlyst	10																				
Angst/uro	10																				
Trist/ deprimert	10																				
Hvordan har du det i dag?	10																				
ECOG																					
Utfyllt av																					
Sign.:																					
		PS = Pasient, skriftlig										PI = Pasient, intervju									
WHO/ECOG-status:																					
0 = Normal aktivitet.																					
1 = Begrensning ved fysisk aktivitet. Oppgående, kan gjøre lett arbeid.																					
2 = Oppe > 50% av dagtid. Selvhjulpen, kan ikke arbeide.																					
3 = I seng eller stol > 50% av dagtid. Noe hjelpetrengende.																					
4 = Helt sengeliggende. Helt hjelpetrengende.																					

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)  
revidert ved Seksjon lindrende behandling (TPAT)

(Eriksson & Haugen, 2006)

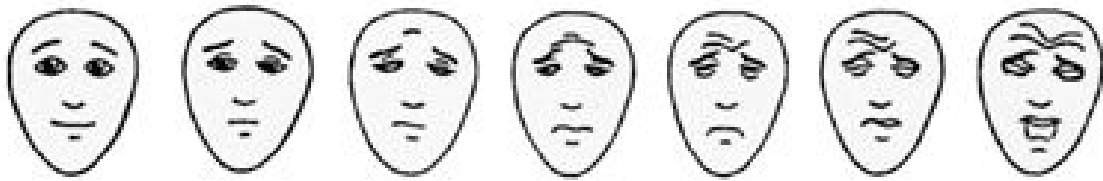
<p>I</p>	<p>Acetylsalisylsyre 0,5 g x 3–4 Paracetamol 0,5 g x 3–4 NSAID, f.eks. diklofenak (Voltaren) 50 mg x 3–4 <i>NSAID er spesielt egnet ved skjelettmetastaser</i> Naproxen enterotabletter (Napren E) 250–500 mg x 2 Vurder stråleterapi</p>	<p>II</p>	<p>Kombinasjon av perifertvirkende og sentraltvirkende medikamenter: Paracetamol + kodein (Paralgin forte, Pinex Forte) 1–2 tbl. x 4–5 Paracetamol + dekstropropoksyfen (Aporex) 1 tbl. inntil x 6 Vurder stråleterapi</p>	<p>III</p>	<p>Morfin eller ketobemidon per os. Begynn med mikstur eller tablett. Startdose 5–10 mg hver 4. time Ved tilfredsstillende dose: gå over til depottabletter av morfin (Dolcontin) eller av ketomebidon (Ketodur) x 2 Fentanylplaster skiftes hver 72. time Vurder stråleterapi</p>	<p>IV</p>	<p>Morfin, evt. ketobemidon subkutant via pumpe Morfin, evt. ketobemidon som i.v. infusjon Epiduralkateter Intratekalt kateter Nerveblokader Vurder stråleterapi</p>
----------	---	-----------	--	------------	--	-----------	--

Almås m. fl (2001, s 102)



(Tilgjengelig fra [www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html](http://www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html))





(Tilgjengelig fra [www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html](http://www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html))

Forfatter/ tidsskrift	Populasjon	Metode	Sammendrag	resultat
1. Borchgrevink, P. C m. fl (2004) Tidsskrift for den norske legeforening	Bygd på andres forskning.	Fagartikkel	Opioider er de viktigste analgetika ved kreftsmarter, og morfin tabletter er førstevalget.	Kommer fram at god smertebehandling alene ikke kan gi pasienten generell livskvalitet.  Smertetrappen anbefales, mot smerter.
2. Seland, M., Kaasa, S & Klepstad, P (2005)	201 pasienter under pågående morfinbehandling	Kvantitativ	De ville undersøke om legene og sykepleierne registrerte smerter og andre symptomer ved innleggelse.	Leger registrerte smerte hyppigere enn sykepleiere. De brukte mye fritekst i smerte reg. Pas med lav egenrapportert smerte ble ikke rapportert.
3. Holtan, A., Kongsgaard, U. E & Ohnstad, H (2005)  Tidsskrift norsk legeforening	309 pasienter med kreft, med ulike forutsetninger var med i undersøkelsen.	Kvantitativ Endags prevalens studie.	Flere undersøkelser viser til at kreftpasienter ikke smertelindres tilstrekkelig. Artikkelen ser på helsepersonelles rolle . 1 av 2 kreftpasienter opplever smerte når de er innlagt i sykehus, tross ny kunnskap. Det var ingen forskjell på om pasientens ulike alder, kjønn, behandlingssted ga ingen spesifikke forskjeller. Det synst å være mangelfull kunnskap om smertetrappen og farmakologiske kunnskaper. Svært få pasienter ble behandlet med antidepressiva og antiepileptika til behandlingen av nevrogene smerter. Dette til tross for 1 av 3 pasienter rapporterte gjennombruddsmerter. Det	Mange av de som ikke brukte sm- stillende hadde verst tenkelige smerter. I tillegg viste det seg at pasienter med gjennombrudd smerter ikke får ofte nok adekvat behandling. Der 50% av pasientene hadde smerter mens de var hospitalisert. 9% oppgav at de hadde utholdelige smerter, uten at de brukte opioider.  Videre ble svært få pasienter behandlet med antidepressiva og antiepileptika til

Helhetlig smertelindring

			kommer tydelig frem at mange kunne blitt bedre smertebehandlet ved hjelp av nevroleptika.	behandling av nevrogene smerter til tross for 1 av 3 pasienter rapporterte gjennombruddsmerter.  Mange pasienter kunne blitt bedre smertelindret dersom de hadde fått nevorleptika.
4. Chang, Y. J m.fl (2005) Support care cancer	av 2317 sykepleiere, var det 963 som svarte på undersøkelsen (41,6 prosent svarte). I Korea	Kvantitativ	Smerte er de mest forstyrrende symptomene v/kreft. 39 prosent av pasientene som rapporterte smerte brukte ikke analgetika.	Få sykepleiere var villige til å maksimere smertestillende dosen. Av de som har svart har bare 27, 4 % av dem som er villige til å maksimere dosen av smertestillende.
5. Okuyama, T m. fl (2004) Jpn J clin Oncol	138 pasienter	Kvantitativ	Studien skulle undersøke hvor adekvat smertebehandlingen var ved et sykehus i Japan. Grunnen til dette var at smerte er et stort problem hos kreftpasienter.	70 % av pasientene med smerter ble underbehandlet. Pasienter med moderat eller lite smerter var lettere å behandle enn pasienter med sterke smerter
6. Klepstad, P (2002) Tidskriftet.no		Fagartikkel.	Hvor nyttig er morfin mot kreftsmertor.	Vellykket reduksjon av smerter ga ikke bedret livskvalitet
7. Holtan m. fl (2007) Palliative medicine	1347 pasienter var med i undersøkelsen. 872 pasienter ble inkludert, mens de resterende 465 ble ekskludert.	kvantitativ	Tar for seg smertebehandling i Norge. Et en dags prevalens studie, som hadde hensikt å finne ut kvaliteten på kreftsmertebehandlingen i Norge.	Det at så mange hadde smerter indikerer at smertetrappen ikke blir brukt godt nok. 52 prosent av de som deltok i undersøkelsen hadde kreftrelaterte smerter.
8. Carr, D m. fl (2005)	Over en 10års periode ble 2118 pasienter involvert.	kvalitativ	Mange kreftpasienter blir dårlig smertebehandlet p.g.a at	Over en to års periode ved bruk av smertetrapp hadde

Helhetlig smertelindring

Internasjonal association for the study of pain.			smertetrappen blir lite brukt, Og hva som skal til for at pasienten kan gå over til neste trinn av smertestigen.	71 % effekt av behandlingen. Over en 10 års periode hadde smertetrappen gitt 76 % effekt av behandlingen.
9. Xue m. fl (2007) Clinical oncology nursing	96 helsearbeidere, farmasøyter og sykepleiere	Kvantitativ	At de ulike helsearbeiderene trenger å videreutvikle kunnskapene om smertebehandling.	Pasienter får ikke god nok smertelindring. På grunn av dårlig kunnskap om smertelindring. Sykepleiere har også lav kunnskap om å håndtere smertestillende.
10. Strang, S & Strang, P (2002) Journal of palliative medicine	153 prester	Kvantitativ	Blant 172 svenske sykehusprester ble det undersøkt via spørreskjema hva de snakket mest med pasienter i palliativ fase om. Av disse 172 informantene kunne bare 153 spørreskjema brukes. Fire kategorier ble identifisert: meningen med lidelsen og livet, døden, forholdet til andre og religiøse standpunkt.	Det mest stilte spm. Var av eksistensiell art. pasientene kontaktet ikke prestene for å snakke om religiøse spørsmål, men derimot om deres kjærlighet til familien, og om meningen med lidelsen. Det som var bemerkelsesverdig var at pasientene spurte prestene om avdelingens rutiner, smerte, og smertestillende. Dette burde være sykepleiers oppgave å snakke med pasienten om.
11. O' Baugh m.fl (2003) Journal of advanced nursing.	11 pasienter og 9 sykepleiere	kvalitativ	De ville undersøke om det å være positiv hadde en helbredende effekt hos kreftpasienter. Metoden var intervjuer. Det har tidligere vært undersøkt likheten mellom psykiske faktorer og holdningen til pasientene, men det har derimot	Pasientene mente positivisme er en form for normalitet, selv om de er kreftrammet. Sykepleieren såg på positivisme som håp, aksept av sykdommen, stå på vilje

Helhetlig smertelindring

			vært lite undersøkt hva pasientene og sykepleierne mener om positivisme.	og se lyst på livet. Å være positiv var en forutsetning for at en skal kunne håndtere sykdommen og behandlingen.
12. Lorentsen, V. B (2003) Sykepleien.no	To sykepleiere	Kvalitativt forskningsintervju.	Artikkelen er skrevet på bakgrunn av en studie hvor problemstillingen er: Hvordan kan sykepleieren styrke kreftpasientens håp der kurativ behandling er avsluttet. Sykepleierne understreket at opplevelsen av noe godt var viktig i forhold til det å håpe.	Det kom frem at det var de små ting som hadde betydning for håpet. Å gi håp handlet ikke om å si noe, men heller være lyttende til lidelsen. Å gi godt stell, hvordan hun tar på pasienten var avgjørende.
13. Hernæs, N (2007) Sykepleien.no		Anbefaling fra Helse Bergen	Tallet er 3 er en anbefaling om at VAS score ikke bør være over tre.	
14. Ellingsen & Strand (2007) Sykepleien.no		fagartikkel	Viktigheten i bruk av ESAS.	Det er behov for struktur av smertekartleggingen.