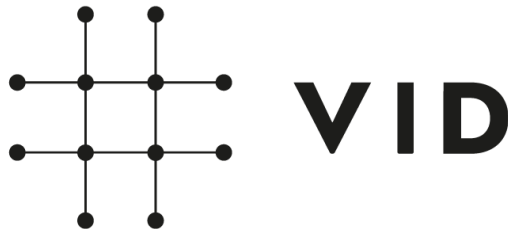


# Barrierer mot analgetika

Betydningen av sykepleiers undervisningsfunksjon ved  
kreftrelatert smerte



Kandidatnummer: 119

VID vitenskapelige høgskole, Diakonhjemmet.

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie heltid

Kull: 13SYK

Antall ord: 10 290

17. mars 2016

## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren gjennom undervisning bidra til smertelindring hos kreftpasienter som er skeptiske til smertebehandling?

**Metode:** Oppgaven er basert på prinsippene til systematisk litteraturstudium. Etter søkeprosessen endte oppgaven opp med fem ulike forskningsartikler.

**Funn:** Kreftpasienter og sykepleiere opplever barrierer mot bruk av opioidanalgetika. Ved å skolere sykepleiere og pasienter vil de bli tryggere i møte med kreftrelaterte smerter. Dette vil også føre til færre barrierer mot bruk av smertestillende.

**Drøfting:** Ved å anvende den didaktiske relasjonsmodellen tydeliggjøres kompleksiteten ved undervisning. Det er viktig at sykepleieren har nødvendig kunnskap om fakta og metode og er bevisst de forutsetninger som gjelder for at undervisningen skal bli optimal.

**Konklusjon:** Relasjon mellom sykepleier og pasient, kunnskap og undervisningsforberedelser er viktige elementer når man skal undervise kreftpasienten. Disse elementene påvirker hverandre og bidrar til at kreftpasienten smertelindres bedre pga. optimal undervisning.

## Innhold

1 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	6
1.3 Avgrensinger og presisering av oppgaven .....	7
1.4 Oppbygging av oppgaven.....	8
2 Teori .....	10
2.1 Kreft- og smerteteori .....	10
2.1.1 Hva er kreft? .....	10
2.1.2 Hva er smerte? .....	10
2.1.3 Medikamentell smertelindring .....	11
2.1.4 Sykepleierens funksjon ved smertelindring .....	12
2.1.5 Å leve med smerter .....	13
2.1.6 Barrierer for optimal smertelindrende behandling .....	13
2.2 Hjemmesykepleie og å være syk i eget hjem .....	15
2.3 Palliasjon .....	16
2.4 Sykepleieteori.....	17
2.4.1 Valg av sykepleieteoretiker .....	17
2.4.2 Undervisning .....	19
2.4.3 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	20
3 Metode.....	22
3.1 Valg av metode – Litteraturstudium.....	22
3.2 Søkehistorie .....	22
3.3 Refleksjoner rundt metode og funn .....	23
3.4 Etske overveielser .....	24
4 Funn.....	26
5 Drøfting .....	30
5.1 Deltagerforutsetning .....	30
5.2 Mål .....	32
5.3 Læringsaktiviteter.....	33
5.4 Rammefaktor .....	33
5.5 Innhold .....	34
5.6 Evaluering .....	37

6 Oppsummering .....	38
Litteraturliste .....	39
Pensumlitteratur .....	39
Selvvalgt litteratur .....	39

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

I 2014 ble det registrert 31 651 nye tilfeller av kreft i Norge (Kreftregisteret 2014). I løpet av de siste ti årene har det vært økning i nye krefttilfeller for begge kjønn (ibid). På grunn av økningen i nye krefttilfeller vil statistisk en av tre nordmenn få en kreftdiagnose før fylte 75 år (Folkehelseinstituttet 2014). Disse dataene viser hvor utbredt kreftdiagnoser er. Kreft er i dag regnet som en av de store folkesykdommene i Norge (NHi 2010). Det blir derfor stadig viktigere for sykepleiere å ha god kunnskap om ulike kreftdiagnoser og hvilken betydning diagnosene har for behandling og pleie av kreftpasienter. Som sykepleier vil man kunne møte på kreftpasienter på alle nivå i helsesektoren (St.meld. nr. 47 (2008-2009):14).

Det er knyttet mange forskjellige symptomer til det å ha kreft. Hvilke symptomer som oppstår, vil variere ut fra hvilken kreftform vedkommende har. Blant de vanligste symptomene er nedsatt allmenntilstand, kvalme, fatigue og vekttap svært utbredt (Bertelsen, Hornslien og Thoresen 2012:141). Et av de mest fryktete, men også vanligste symptom som er forbundet med kreft, er smerter (Kaasa og Klepstad 2005). Blant inneliggende kreftpasienter på sykehus rapporterer 51 % at de opplever betydelige smerter (Holtan, Kongsgaard og Ohnstad 2005).

Det er ikke alltid slik at alle kreftpasienter med smerte opplever å bli optimalt smertelindret. I et forskningsstudium, ved kreft-poliklinisk avdeling, St. Olavs Hospital, ble det forsket på smerteprevalens. Det ble konkludert med at det burde gjennomføres en kartlegging av smerteopplevelse for kreftpasienter da dette ikke var godt nok dokumentert (Raj m.fl. 2014:1970). Ifølge McClaffery og Beebe (1996a:28) er det flere pasienter med smerter som unngår å si i fra til sykepleiere at de har smerter. Årsakene til dette varierer, men ofte er de knyttet til de smertelindrende legemidlene pasienten går på. Frykt for avhengighet til legemidler, frykt for bivirkninger og frykt for toleranseutvikling er noen av grunnene til at enkelte kreftpasienter ikke ønsker å ta i mot smertestillende medikamenter (Valeberg, Bjordal og Rustøen 2010). Prevalensen i smerteopplevelsen blant kreftpasienter har vært stabil de siste årene. Dette kan tyde på at det fremdeles er underbehandling av smerter blant kreftpasienter (van den Beuken-van Everdingen MHJ m.fl. 2007). Det er viktig at sykepleier retter opp i feiloppfatninger angående smertebehandling da det å leve med smerter er

uhensiktsmessig for pasienten og kan føre til redusert livskvalitet (McClaffery og Beebe 1996b:48).

Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme smertebehandlingen hos kreftpasienter. Jeg har valgt å legge vekt på undervisning som sykepleieren sin metode. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det forventet at sykepleieren skal ha kompetanse nok til å kunne informere pasienten tilstrekkelig (Norsk sykepleierforbund 2011:8).

Jeg synes de ovennevnte funnene er spennende fordi forskningen viser at det finnes kreftpasienter som ikke opplever å bli tilstrekkelig smertelindret, selv om man har behandlinger som skal være effektive nok. Samtidig blir jeg nysgjerrig på hva sykepleieren kan gjøre for å fremme god smertekontroll hos kreftpasienter. Hva skal til for å få dem som er skeptiske til smertestillende medikamenter, til å velge å smertelindres? Dette er temaet for min bacheloroppgave.

Valg av tema kommer av interesse for feltet. Samtidig er dette et område jeg tror det er svært relevant for sykepleiere å ha kunnskap om. Videre ønsker jeg å opparbeide meg mer kunnskap om feltet, å lære mer om kreftpasienter, (kreft)smarter, smertelindring og om relasjonen mellom sykepleier og pasient. Jeg har et nært familiemedlem som er kreftsykepleier. Det har vært spennende å høre hvordan hun opererer i sitt virke og i pasientsituasjoner hun møter. I tillegg har jeg vært innom et par tilfeller i praksis der jeg har møtt kreftpasienter med mye smerter. Da jeg var i praksis i hjemmebaserte tjenester, møtte jeg en eldre kvinne som hadde kreftspredning til skjelettet. Hun valgte bevisst å ikke ta oxycontin siden hun var engstelig for å bli sløv, som kan være en bivirkning. Imidlertid førte dette til at hun ble isolert i sitt eget hjem siden hun ikke orket å komme seg ut grunnet smertene. Jeg forsøkte å forklare ulempene med å være smertepåvirket, samtidig som jeg opplevde at dette var et fagfelt jeg gjerne skulle hatt mer kunnskap rundt.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Problemstillingen for min bacheloroppgave vil være:

- «Hvordan kan sykepleieren gjennom undervisning bidra til smertelindring hos kreftpasienter som er skeptiske til smertebehandling?»

Jeg ser på problemstillingen som sykepleierelevant siden sykepleiere ofte er i tett kontakt med palliative kreftpasienter. De har dermed mulighet til å observere pasientens smerteopplevelse samtidig som at sykepleieren kan fremme bruk av smertestillende hvis pasienten har barrierer mot å gå på analgetiske opioider (McClaffery og Beebe 1996c:58).

### 1.3 Avgrensinger og presisering av oppgaven

Jeg har valgt å snevre inn problemstillingen, slik at pasientgruppen bare inkluderer kreftpasienter i palliativ fase med moderat til sterke smerter. I oppgaven har jeg valgt å omtale kreft generelt og ikke fokusere på en enkel krefttype for å ikke gjøre problemstillingen for snever. Smerter kan oppstå i de fleste krefttilfeller, selv om enkelte varianter er mer utsatt for smerte. Jeg vil også avgrense oppgaven til å se på pasienter som følges opp i egne hjem. Grunnen til at jeg avgrenser oppgaven til hjemmeværende pasienter, er at smertene en kreftpasient vil oppleve i hjemmet, som oftest vil være relatert til tumoren. Smerter som pasienten opplever på sykehus, kan komme av andre årsaker, som for eksempel et kirurgisk inngrep. Jeg velger å inkludere begge kjønn fra 18 år og oppover, da jeg tror skepsisen til å innta smertestillende kan være utbredt uavhengig av alder.

I forhold til smerter kommer jeg til å avgrense temaet slik at det hovedsakelig vil fokusere på kreftsmarter som kan relateres til en kreftdiagnose. Smerter er et stort felt, og jeg kan derfor ikke omtale alle former for smerte. Man pleier å skille mellom fire varianter av smerte. Disse smerteformene, enten alene eller i en kombinasjon med en annen smertetype, kan også relateres til kreft. De fire variantene er: nociseptiv, nevropatisk, overført og psykogen smerte. I oppgaven kommer jeg bare til å ta for meg nociseptiv smerte, fordi denne smertetyper er mest utbredt blant kreftpasienter og smerten kan lindres av opioider (Bjørgero, Klepstad 2009:132). Når jeg bruker begrepet kreftsmarter, så brukes begrepet om smerter som relateres til selve tumoren. Annen type smerter som operasjonssår, cytostatika etc. vil ikke bli omtalt videre.

I forhold til kreft kommer jeg ikke til å omtale kurativ behandling, og andre former for kreftbehandling, men begrense meg til palliasjon og palliativ behandling. Jeg tar for meg palliasjon og palliativ behandling siden disse behandlingsformene har som mål at pasienten skal oppleve fravær av smerte når kurativ behandling ikke er realistisk.

I forhold til undervisning vil jeg kun inkludere kreftpasientene og velger å ekskludere familie og pårørende. Årsaken til det er at mange pasienter ønsker å spare pårørende for belastende informasjon eller for at pasienten selv skal oppleve å ha styringen rundt sin behandling uten innvendinger fra familien (Loge m.fl. 2008a:65). En annen årsak er at jeg senere i oppgaven skal anvende noen av Joyce Travelbees' synspunkter i sin sykepleieteori. Teorien er kjent for å ha «den syke» (pasienten) i sentrum, og fokusere på enkeltmennesket, framfor familien (Travelbee 2010).

Senere i oppgaven, når jeg skal omtale pasienten, vil jeg bruke det personlige pronomenet «hun», og «han» når jeg refererer til sykepleieren. Når jeg beskriver den didaktiske relasjonsmodellen, omtaler jeg den som underviser, for sykepleier, mens den som skal lære, for pasient. Når jeg bruker begreper som «smertelindrende preparater», «-medikamenter» og «-legemidler», mener jeg bruk av opioider som fremmer smertekontroll.

Når jeg skal besvare min problemstilling, vil jeg forsøke å finne ut hva som skal til for at pasienten skal ta smertestillende. I teoridelen har jeg presentert hvilke barrierer pasientene kan ha i mot opioider. I funndelen vil jeg forsøke å finne forskning som sier noe om hvordan sykepleierens rolle kan spille inn i forhold til optimal smertelindring.

## **1.4 Oppbygging av oppgaven**

I 1. kapittel introduserer jeg kort temaet for oppgaven, og jeg forklarer valg av tema. Deretter blir oppgavens problemstilling presentert. Til slutt i kapitlet omtales avgrensninger for oppgaven.

Kapittel 2 er teoridelen. Her blir relevant litteratur for oppgavens problemstilling presentert. Jeg har delt kapitlet opp i fire deler som omhandler kreft og kreftsmarter, å være syk i hjemmet, palliasjon og sykepleieteori.



Kapittel 3 omhandler metode. Først beskriver jeg valg av metode, som er prinsippene for et systematisk litteraturstudium. Deretter forklarer jeg søkeprosessen for å finne relevant forskning. Til slutt skriver jeg om etiske overveielser for oppgaven.

Det 4. kapitlet beskriver funn. Her blir forskningsartiklene jeg endte opp med i metodedelen, presentert.

I kapittel 5, drøfting, trekker jeg inn teorien på nytt, men ser den i lys av forskningsartiklene. I drøftingsdelen vil jeg forsøke å svare på problemstillingen.

I den siste delen, oppsummering og konklusjon, viser jeg til hovedpoengene fra drøftingsdelen. Deretter presenterer jeg en oppsummering over det jeg kom fram til i oppgaven.

## 2 Teori

Litteraturen fra teoridelen baserer seg hovedsakelig på primærkilder fra pensumbøkene i bachelorutdanningen for sykepleiere. I *Klinisk sykepleie* av Grønseth er det et eget kapittel som omhandler sykepleie i forhold til kreftpasienter. Ved å søke i søketjenesten ORIA har det vært mulig å finne primærlitteratur innenfor fagområdene smerte, palliasjon, kreftbehandling og undervisning. Forskningen i teoridelen er funnet ved handsøk på sykepleien.no, tidsskriftet og pubmed med søkeordene «barrierer» OG «smerte» OG «kreft».

### 2.1 Kreft- og smerteteori

#### 2.1.1 Hva er kreft?

For å kunne gi optimal smertelindring, er det nødvendig med kunnskap om kreftsykdommen og hvordan den utvikler seg og metastaserer seg (Kaasa m.fl. 2008a: 278). Kreft kommer av ukontrollert celledeling grunnet mutasjonsforandringer i cellens arvemateriale. Som et resultat av dette, vil det danne seg en svulst (tumor). Man skiller mellom to typer tumorer: benigne (godartete) og maligne (ondartete). Maligne tumorer er i stand til å vokse seg inn i omkringliggende vev og å spre seg til fjerntliggende organer, også kalt metastasering. Dette kan skje via kroppens lymfebaner, blodstrøm eller ved innvekst i hulrom. Disse egenskapene har ikke benigne tumorer. Når man omtaler kreft, er det snakk om maligne tumorer (Grasdal u.å., Bertelsen, Hornslien og Thoresen 2011:125-129).

#### 2.1.2 Hva er smerte?

Ifølge The International Association of the Study of Pain (IASP) er smerte en ubehagelig erfaring som kan være både sensorisk og emosjonell. Smerten kan assosieres som en vevsskade eller som en potensiell vevsskade eller bli omtalt som en variant av en slik skade (IASP Taxonomy 2012). Selv om årsaken til smerten er en vevsskade eller lignende, er selve smerteopplevelsen subjektiv. Smertene kan være akutte eller kroniske (Kaasa og Borchgrevink 2008a:274).

Nociseptiv smerte kjennetegnes ved vevsskade eller en potensiell vevsskade som stimulerer smertereseptorer. Signalet fra smertereseptoren blir sendt til hjernen via ryggmargen.

Nociseptiv smerte forekommer også når kreftsvulster trykker på og belaster omgivende vev, organer og skjelett. Smerten kjennetegnes ved å være «verkende» ved smerte fra hud og skjelett, mens smerten fra indre organer blir beskrevet som «diffuse». Nociseptiv smerte er følsom for både opioide og ikke-opioide legemidler (Rustøen m.fl. 2008:258, Bjørgo og Klepstad 2009:132, Kaasa m.fl. 2008a:277).

### **2.1.2.1 Kreftmerter**

Ved tre av fire tilfeller er det tumoren som er hovedårsak til smerteopplevelsen hos kreftpasienter. Opplevelsen av kreftmerter avhenger av hvilken kreftvariant en pasient har, og hvor langt kommet kreften er (Rustøen m.fl. 2008:257). Det kan være flere mekanismer som aktiveres når en opplever kreftmerter, og disse mekanismene kan ofte opptre samtidig.

Mange kreftpasienter, avhengig av hvilken krefttype man er rammet av, kan være plaget av gjennombruddssmerter. Dette er smertetopper som kommer brått og ofte uventet. Siden smertene er intense og akutte, er det en utfordring å behandle gjennombruddssmerter (Rosland og Tjølsen 2008:324). Blant krefttilfeller i Norge rapporteres det at hele 37 % av kreftpasienter har gjennombruddssmerter (Holtan m.fl. 2007).

### **2.1.3 Medikamentell smertelindring**

Målet med medikamentell smertebehandling er å fremme mest mulig smertelindring med så få bivirkninger som mulig. På den måten ønsker man å treffe det terapeutiske vinduet, et punkt der den smertestillende effekten er tilfredsstillende nok, uten de verste bivirkningene (Kaasa 2008b:266). De vanligste bivirkningene som følger av opioider er kvalme, tretthet og obstipasjon (Klepstad og Kaasa 2008:366).

WHO og IASP har i samarbeid utarbeidet retningslinjer for smertebehandling av kreftmerter i form av en smertetrapp. Trinn 1 i trappen brukes ved milde til moderate smerter. Da benyttes ikke-opioide analgetika som NSAIDs og paracetamol. Ved sterkere smerter benyttes trinn 2 som består av svake opioider sammen med ikke-opioide analgetika. Det mest vanlige svake opioidet er kodein. Hvis dette ikke gir tilfredsstillende smertelindring, går man over til trinn 3, som er bruk av sterke opioider sammen med ikke-opioide analgetika. Av sterke opioider er

morfin det mest brukte medikamentet. Dersom pasienten ikke er i stand til å ta peroral medisin, og hvis smerten er vedvarende, må man vurdere å gå over til trinn 4. Her blir sterke opioider administrert parenteralt. Ved spesielle tilfeller kan opioider også administreres epiduralt, da dette gir kraftigere smertelindring (Bjørø m.fl. 132).

#### **2.1.4 Sykepleierens funksjon ved smertelindring**

Sykepleieren er en viktig støttespiller for pasienten ved smertelindring. Han tilbringer mye tid sammen med pasienten, noe som gjør ham i stand til å gjøre viktige observasjoner i forhold til bruk av medikamenter, effekten av medikamentene og om det er behov for å endre dose eller preparat (McClaffery m.fl. 1996c:58).

Sykepleiere må kjenne til hvordan smertefysiologien og smertebehandlingen virker for å kunne forklare hvorfor kreftpasienten opplever smerter. Å vite noe om smertetype, spredningen og vekstmønsteret til kreften, er nødvendig kunnskap for sykepleieren i møte med kreftpasienter. Det vil kunne oppleves betryggende for pasienten og fremme bedre smertebehandling hvis pasienten får informasjon om smerter og smertelindring (Rustøen m.fl. 2008:266, Kaasa m.fl. 2008a:278). Når man begynner med medikamentell smertebehandling, vil det ofte ta tid før pasienten opplever optimal effekt. Det skyldes at medikamentet må oppnå et en viss serumkonsentrasjon før pasienten opplever å bli smertelindret. Ofte kan bivirkningene fra medikamentene oppstå før smertelindringen. Derfor er det viktig at sykepleier forteller dette til pasienten og oppmuntrer henne til å unngå å hoppe over enkeltdoser for å redusere bivirkningene (Rustøen m.fl. 2008:263).

En annen viktig sykepleieoppgave er å kartlegge pasientens smerteopplevelse. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er et mye brukt skjema som den palliative pasienten bruker til egenrapportering ut fra egen smerteopplevelse, både fysisk og psykisk. Skjemaet kartlegger ni symptomer som er vanlige ved langtkommet kreft. Disse er: smerte, slapphet, våkenhet, kvalme, matlyst, tungpust, stemningsleie, angst og velvære (Bergh m.fl. 2012). De nevnte symptomene er viktige å få kartlagt da de påvirker hverandre. For eksempel vil en pasient som er deprimert og føler seg sliten, kunne oppleve en økning i smerteopplevelsen (Bjørø m.fl. 2009:132). Skjemaet er konstruert slik at pasienten skal være i stand til å fylle det ut på egenhånd, uavhengig om hun er på sykehus eller i hjemmet sitt.

Et annet nyttig verktøy er systematisk bruk av smertekart der pasienten merker av på kroppskartet hvor smerten sitter (Kaasa 2008c:291). Sykepleiers oppgave vil være å se hva kartleggingen sier og å observere scorene i de forskjellige kategoriene og eventuelle forandringer. På denne måten kan sykepleier gjøre seg opp en mening om behandlingen er tilfredsstillende (Bergh m.fl. 2012, Dudgeon, Harlos og Clinch 1999).

### **2.1.5 Å leve med smerter**

Kompetansen rundt smertelindring har aldri vært så god som den er i dag. Hele 90 % av kreftpasienter som er behandlingstrengende, kan oppleve å bli tilstrekkelig smertelindret. I praksis derimot er det en lavere prosentandel som får tilstrekkelig smertekontroll (Bjørge m.fl. 2009:131). Det viser seg at hele 53 % av kreftpasienter som bor hjemme, har kreftrelaterte smerter (Valeberg m.fl. 2008). Det å leve med smerter er ikke ønskelig da det kan føre til slapphet, dårlig ernæring og isolasjon fra omverdenen (Rustøen m.fl. 2008:256). Om man ikke lindrer smertene, kan plagene utvikle seg til andre plager som depresjon, angst og kvalme (Svendsen u.å.). Ifølge McClaffery (1996b:48) kan hele 18 sykepleiediagnoser stilles som en konsekvens for smertepåvirkete kreftpasienter. Totalt sett vil det å leve med intense smerter føre til redusert livskvalitet for pasienten. Pasientens daglige funksjon vil også være redusert ved intens smerteopplevelse. Som sykepleier bør en fremme pasientens opprettholdelse av funksjoner, da dette ofte vil være en grunnleggende verdi for pasienten. Derfor er det ønskelig å oppnå optimal smertebehandling da det kan forbedre livskvalitet og funksjon (Kaasa 2008b:262, Kaasa og Loge 2008d:85).

### **2.1.6 Barrierer for optimal smertelindrende behandling**

Som nevnt tidligere, er det ikke alle kreftpasienter som opplever å bli tilstrekkelig smertelindret i de tilfellene hvor det er mulig. Årsakene kan være mange, men pasienters frykt og barrierer mot smertelindrende preparater er en viktig faktor. I et norsk studium (Valeberg m.fl. 2010), ble de hyppigste barrierene for optimal smertelindring hos pasientene presentert. De vanligste barrierene var: frykt for avhengighet av opioider, frykt for å bli sløv, frykt for toleranseutvikling, unngåelse av bruk av smertestillende for å oppleve å ha mer kontroll over

sykdommen, og fortrenning av behovet for smertestillende da frykt for økt smerte kan tyde på at sykdommen forverrer seg.

Norske sykepleiere har mye kunnskap om smerter på enkelte områder. Likevel viser det seg at det ikke er god nok kompetanse når det gjelder opioidavhengighet. Dette kommer av at sykepleierne er engstelig for at pasienten skal bli medikamentavhengig (Granheim m.fl. 2015). Siden dette er et sjeldent problem er det viktigere å behandle smertene hos pasienten. Det er u hensiktmessig for sykepleieren å ikke ha kunnskap rundt dette, da det også kan påføre falsk frykt for analgetiske opioider for pasienten. Derfor er det behov for å satse mer på kunnskap hos sykepleieren (ibid).

I lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A-1 (1999) skal helsehjelpen pasienten mottar, være i tråd med pasientens selvbestemmelsesrett. Likevel er det viktig at sykepleiere gir pasienten presis informasjon, slik at pasientens bestemmelser ikke baserer seg på misforståelser eller ubegrunnet frykt (McClaffery m.fl. 1996a:28). Mange av grunnene for at kreftpasientene ikke ønsket å ta smertestillende opioider, er mer eller mindre reelle. Samtidig må man respektere pasientens selvbestemmelsesrett i forhold til smertelindring.

Frykt for avhengighet til opioider kan forekomme. Man må skille mellom to forskjellige former for avhengighet: psykisk og fysisk avhengighet. Ved fysisk avhengighet vil kroppen kunne tilvenne seg opioider etter en stund. Hvis det oppstår en brå overgang fra opioider til å være foruten, vil det kunne føre til abstinenser. Dette er ikke det samme som psykisk avhengighet. Abstinensene gir seg utrykk på forskjellige vis, men svetting, irritabilitet og utvidede pupiller kan forkomme. Abstinenser blir ikke sett på som et klinisk problem siden en langsom nedtrapping av et opioid vil være et effektivt tiltak (Stubhaug og Ljoså 2008:38). I forhold til psykisk avhengighet, som omhandler det psykiske behovet for et narkotikapreparat, kan ikke en pasient omtales som avhengig så lenge narkotikapreparatet tas med den hensikt å lindre smerter (McClaffery m.fl. 1996:81). Ved psykisk avhengighet har det oppstått en atferdsendring, og en vil ta opioider med hensikt for å oppnå en rus. Dette skjer svært sjeldent så lenge opioider blir brukt i riktig hensikt. I praksis forsøker man å hjelpe pasienten til å oppnå smertelindring på en måte slik at man unngår rusopplevelsen (Klepstad og m.fl. 2008:366).

Hvis en pasient går på smertestillende opioider over tid, kan det hende at hun vil oppleve mindre smertelindring ved lik dose. Det er mye usikkerhet om det faktisk oppstår en form for toleranse ved bruk av opioider. Imidlertid vil ikke bruk av analgetika føre til at kroppen blir immun. Det finnes heller ingen øvre grense for bruk av sterke opioider. Derfor kan dosen økes hvis gammel dose ikke er tilstrekkelig nok til å lindre smertene (McClaffery m.fl. 1996:84, Klepstad m.fl. 2008:366).

Opplevelsen av sløvhet er en reell bivirkning ved bruk av opioider. Likevel vil denne bivirkningen avta etter en tid, mens den analgetiske effekten forblir lik (Klepstad m.fl. 2008:367). Ut fra de nevnte barrierene ved bruk av smertelindrende legemidler, viser det seg at frykten for opioider er mer eller mindre realistisk.

## 2.2 Hjemmesykepleie og å være syk i eget hjem

Hjemmesykepleien er en helsevirksomhet innenfor kommunehelsetjenesten. Den har som mål å ivareta innbyggere i en kommune som har et omsorgs- eller pleiebehov, uavhengig av alder (Helsenorge 2014). De vanligste tilfellene en hjemmesykepleier vil møte, er mennesker med kroniske lidelser, alvorlig sykdom, funksjonssvikt og aldersrelaterte plager.

Hjemmesykepleien sine oppgaver innebærer kurativ behandling, pleie, rehabilitering, og forebyggende virksomhet (Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunes helsetjeneste 1983).

Undervisning er også en viktig arbeidsoppgave for hjemmesykepleierne. Når en er pasient i sitt eget hjem, vil sykepleiere og leger være mindre tilgjengelige enn når man er pasient på en sykehuspost. Derfor er det viktig at sykepleieren er i stand til å undervise pasienten i forhold til lidelse og medisinerer da dette vil kunne fremme pasientens mestringsfølelse og kontroll rundt sin lidelse (Fermann og Næss 2013:210). Hjemmesykepleiere kan også oppleve det som utfordrende å jobbe selvstendig. Når man er alene, har man ikke samme mulighet til å tilkalle leger og sykepleiekolleger hvis man er usikker. Det er derfor nødvendig at sykepleiere er kompetente nok til å stole på egne observasjoner og vurderinger (ibid:216).

En kjent belastning til det å være pasient hjemme, er opplevelsen av at fremmede sykepleiere kommer inn i pasientens private hjem. Pasientens daglige rutiner må ofte vike for

sykepleierens tidsskjema, da han ofte er i tidsnød. Dette kan oppleves som belastende for pasienten. Som sykepleier må man være i stand til å skape et godt miljø, og tilstrebe et samarbeid med pasienten for å gjøre situasjonen mindre belastende (ibid:202,215).

## 2.3 Palliasjon

Palliasjon blir beskrevet som en tilnærming som har som mål å forbedre livskvaliteten til pasienter med livstruende sykdom, ved å behandle lidelse og smerte når sykdommen ikke kan kureres. Palliasjon har ikke som mål å utsette eller å framskynde døden, men forholder seg til døden som en normal prosess og ønsker at pasienten skal få leve et så aktivt liv som mulig før døden inntreffer (WHO u.å.).

Ofte er det slik at en kreftpasient først har forsøkt å gjennomgå en kurativ eller en livsforlengende behandling før en eventuell palliativ fase. Tidspunktet for å gå over til palliativ behandling avhenger av kreftens aggressivitet og utbredelse. Avgjørelsen blir gjort av en lege etter samtale med pasient og familie (Kaasa 2008e:45). Å gå over til palliativ behandling vil for mange oppleves som en stor påkjenning (Kaasa 2008e:39). Derfor er det viktig å skape trygghet og å lindre pasienten best mulig fra plagsomme symptomer.

Selv om palliasjon kan omhandle all slags sykdom, blir det oftest assosiert med kreftpasienter da det er denne gruppen man har mest kunnskap om i en palliativ setting (Helsedirektoratet 2015:17). Den palliative fasen starter fra tidspunktet sykdommen blir konstatert uhelbredelig og varer fram til pasientens død. Siden palliative pasienter befinner seg og får behandling på alle nivåer i helsevesenet, bør sykepleiere ha kunnskap om og utøve grunnleggende palliasjon. Grunnleggende palliasjon har som mål å ivareta generell symptomlindring, kartlegging av symptomer og plager, kommunisere med aktørene rundt pasienten, informere og utføre terminal pleie (Haugen, Jordhøy og Hjermsstad 2008:199).

Mange palliative pasienter kan slite med flere symptomer og plager på en gang. Dessuten kan plagene variere i intensitet fra dag til dag. Ved sykdomsprogresjon er det viktig å kartlegge og å behandle plagene. Ved bruk av ESAS er det lettere for sykepleieren å oppdage forandringer i sykdomsforløpet. På den måten kan man til enhver tid evaluere om den palliative



behandlingen er optimal. Samtidig krever det at man setter av tid til kartleggingen og at pasienten er i form til å gjennomføre den (Kaasa m.fl. 2008d:77, Helsedirektoratet 2015:63).

Man forsøker å tilrettelegge for at de fleste palliative pasienter skal få være hjemme under den palliative fasen da dette er et viktig ønske for mange. Noen pasienter ønsker også å få dø i sitt eget hjem. Noen ganger kan det likevel være behov for sykehusinnleggelse av medisinske grunner. Dessuten kan det bli svært utfordrende for den palliative pasienten å være hjemme hvis hun bor alene (Haugen, Jordhøy og Hjermstad 2008:198). Det er heller ikke uvanlig at pasienter med uhelbredelig sykdom veksler med å befinne seg i hjemmet, på sykehus eller i sykehjem. Dette avhenger av behandlings- og pleiebehovet pasienten til enhver tid trenger.

I en belastende og sårbar livsfase bør pasienten ha tilgang på kompetent faglig personell uavhengig av om pasienten befinner seg i en institusjon eller i hjemmet (ibid:197). For at pasienten skal få redusert sin belastning mest mulig i den terminale fasen, bistår hjemmesykepleien og eventuelt andre faggrupper i kommunen (ibid:202).

## **2.4 Sykepleieteori**

### **2.4.1 Valg av sykepleieteoretiker**

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte Joyce Travelbees sykepleieteori. Joyce Travelbee er opptatt av begreper som relasjon, smerter og mening i sin forståelse på sykepleie. Hennes teori er bygget på eksistensialistisk menneskesyn hvor tap og smerte er en uunngåelig del av et menneskeliv (Travelbee 2010a:27). Dette er temaer som er essensielle i forhold til oppgavens problemstilling som tar for seg barrierer rundt optimal smertelindring. Travelbees teori omhandler også menneske-til-menneske-forholdet som er relevant i forhold til måten en sykepleier kan forstå pasienten, men også hvordan denne relasjonen kan fremme sykepleierens mål og interesser. Andre viktige temaer i Travelbees sykepleieteori er betydningen av kommunikasjon og sykepleiers terapeutiske bruk av seg selv.

#### **2.4.1.1 Menneske-til-menneske-forhold**

Ifølge Travelbee (ibid) handler sykepleie om å hjelpe den syke (pasienten) til å leve med sykdom og å mestre de utfordringene som følger med. For at sykepleieren og den syke skal være i stand til å samhandle må man unngå å se på hverandre som generaliserte roller. Det vil ikke være noe godt utgangspunkt for en god dialog mellom to individer. Travelbees teori innebærer at sykepleier og pasient gjennom en aktiv prosess lærer å se hverandre som unike individer, noe som er essensielt for å kunne opparbeide tillitt og et ønske om å samarbeide (Travelbee 2010b:155). Når man etablerer et menneske-til-menneske-forhold, skjer det gjennom en interaksjonsprosess som består av fem faser.

Den første fasen er «det innledende møte». Her starter den syke og sykepleieren å betrakte hverandre som spesifikke roller. Ved å observere hverandre starter man med å få et inntrykk av det andre individet ut i fra væremåte, språk og handlinger. Dette er et viktig steg for å kunne betrakte hverandre uavhengig av sin rolle (ibid:169). Da vil man omsider bevege seg til den andre fasen; «fremtredelse av identitet». I denne fasen begynner partene å se hverandre som unike individer fordi man oppdager særtrekk hos hverandre. På denne måten kan sykepleier få mer innsikt i den sykes situasjon (ibid:172).

«Empati» er den tredje fasen i menneske-til-menneske-forholdet. Den omhandler egenskapen til å sette seg inn i den sykes situasjon i øyeblikket og møter henne med forståelse. På denne måten kan partene oppleve tillitt og kontakt med hverandre, uavhengig av om man liker eller misliker den andre. «Empati» skapes uten intensjon om å bygge tillit (ibid:176). Likevel kan empati kun bli til hvis det finnes likheter mellom partenes erfaringsgrunnlag. Man kan ikke forstå den andres situasjon med mindre man kan referere situasjonen til egen erfaring. Samtidig vil en ved empati kunne distansere seg til en viss grad fra den sykes opplevelse (ibid:176-177).

Den fjerde fasen, «sympati», er et resultat av empatifasen. I motsetning til «empati» har «sympatifasen» intensjon om å skape tillit (ibid:184). «Sympati» kommer til uttrykk ved å engasjere seg og å involvere seg i pasientens situasjon fordi sykepleieren opplever et genuint ønske om å hjelpe pasienten. Når den syke opplever sympatien fra sykepleieren, vil det kunne påvirke henne både fysisk og psykisk. Denne reaksjonen kan føre til at pasienten mestrer sin sykdom bedre og skaper et ønske om å forbedre sin tilstand (ibid:183).

Til slutt kommer fasen «etablering av gjensidig forståelse og kontakt». På dette siste stadiet har sykepleier og den syke en nær og gjensidig forståelse til hverandre som et resultat av hele interaksjonsprosessen. Sykepleieren har vist at han har et ønske om å hjelpe. Pasienten på sin side vil stole på sykepleieren fordi sykepleieren viser tillit til pasienten gjennom sine handlinger (ibid:192).

#### **2.4.1.2 Kommunikasjon**

Et av de viktigste redskapene en sykepleier har, er mulighet til å kommunisere (Travelbee 2010c:123). Kommunikasjon blir sett på som et nødvendig virkemiddel for å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og den syke. Dette skjer gjennom en dynamisk prosess mellom sykepleier og den syke ved at de formidler tanker og følelser til hverandre. Sykepleieren bruker kommunikasjon som verktøy når han gir eller innhenter informasjon, mens pasienten benytter seg av kommunikasjonen for å bli hørt og få hjelp (ibid:125). Kommunikasjonen foregår både verbalt og non-verbalt. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier bli kjent med den syke. En sykepleier må kunne identifisere og skille pasientens behov og interesser fra sine, og handle ut fra dette for å utøve god sykepleie (ibid:125-126).

#### **2.4.1.3 Terapeutisk bruk av seg selv**

Det mest hensiktsmessige en sykepleier kan gjøre for å fremme et menneske-til-menneske-forhold med den syke, er å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee 2010a:41). Sykepleieren er i stand til å ta i bruk sin personlighet med bevisst hensikt om å fremme en ønsket positiv forandring hos pasienten. For å kunne bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren være bevisst på hvordan egen atferd virker inn på pasienten. Klarer sykepleieren dette, kan det være til hjelp ved å dempe den sykes smerter og plager (ibid).

#### **2.4.2 Undervisning**

Sykepleiere er også lærere, selv om man ikke nødvendigvis forbinder yrket med pedagogikk (Dalland 2010a:18). Sykepleiere møter stadig pasienter som mangler kunnskap om egen diagnose og behandling. Derfor er det viktig at sykepleiere understøtter pasienten til å mestre

utfordringene som kommer med en diagnose eller tilstand for å skape trygghet og beredskap. Dette skjer blant annet ved at sykepleieren underviser pasienten slik at hun kan mestre sin nye livssituasjon (ibid).

### 2.4.3 Den didaktiske relasjonsmodellen

Didaktikk er et begrep som brukes om undervisningen i pedagogikk. Den didaktiske relasjonsmodellen beskriver seks kategorier, eller faktorer, som er essensielle for å kunne fremme undervisningsprosessen (Bjørndal og Lieberg 1978a:26). Den didaktiske relasjonsmodellen er en dynamisk prosess der kategoriene påvirker hverandre kontinuerlig, både i positiv og negativ retning. Sykepleierens oppgave vil være å anvende disse kategoriene ved planlegging av undervisning. Ved å kjenne til, planlegge og å utnytte kategoriene kan det hjelpe sykepleieren med å reflektere over effektiviteten av sin undervisning (Bjørndal og Lieberg 1978b:136).

Opprinnelig besto modellen av faktorene «mål», «faginnhold», «læringsaktiviteter», «didaktiske forutsetninger» og «evaluering». Senere ble modellen utvidet til seks kategorier da «didaktiske forutsetninger» ble oppdelt i «deltagerforutsetninger» og «rammefaktorer» fordi disse omhandlet to forskjellige forhold (Loeng m.fl. 2001:69).

Første punkt i Den didaktiske relasjonsmodellen er deltagerforutsetninger. Hvem er det som er involvert i undervisningen? Dette avhenger av hvem som skal undervise, hvem som skal lære, og eventuelt andre som vil ta del i undervisningen. Deltagerne i denne kategorien blir sett på som ressurser, siden resultatet avhenger av de ulike partene i undervisningen. Dette punktet er også essensielt i forhold til motivasjon for å lære. Hvis en pasient skal lære om hvordan en kan leve med kronisk sykdom, men ikke er motivert for å lære, vil det være en ulempe i forhold til undervisningen. En annen viktig faktor innen deltagerforutsetning er om pasienten har kjennskap til det hun skal lære om, eller om det er et helt nytt område for henne. Hvis en sykepleier skulle undervise pasienten, måtte han kartlegge pasientens kunnskap om kronisk sykdom og finne ut om hun var motivert for å lære (Dalland 2010b:109).

Når en starter en undervisningsprosess, må en sette seg mål som undervisningen retter seg mot. Målet sier noe om hva man ønsker å oppnå med undervisningen. Deltagerne må bli enige

om mål og vurdere disse opp mot pasientens kunnskap og den ferdighet hun oppnår med undervisningen (ibid:110).

Rammefaktorer handler om ytre faktorer som styrer handlingsrommet man jobber i. Disse faktorene setter rammer for undervisningen. Utfordringen er å kunne utnytte rammefaktorene til tross for begrensninger. Rammefaktorer kan omhandle stedet hvor undervisningen tar sted og tidsaspektet man har til disposisjon (ibid:112).

Kategorien «innhold» omhandler kunnskapen eller ferdighetene sykepleieren ønsker å overføre til pasienten. Når pasienten har behov for undervisning, kan det bety at det har oppstått noe nytt i pasientens liv. Da er det behov for ny kunnskap. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å forså behovet for den nye kunnskapen og hvordan den kan hjelpe pasienten til å nå målene sine (ibid:113).

Når sykepleieren vet hva han ønsker å lære pasienten, må han ta stilling til hvordan han skal presentere innholdet. Her må man velge hvilken læringsaktivitet (metode) som kan fungere for å fremme læringsinnholdet på best mulig måte. Det er ikke uvanlig at man velger flere metoder for å fremme innholdet. Å arrangere gruppesamtaler, kurs, illustrasjon eller samtale mellom pasient og sykepleier, er noen eksempler på læringsaktiviteter (ibid:114).

Etter en viss tid bør man evaluere hvordan undervisningsprosessen har foregått. Det er viktig for å vurdere hva som fungerer eller er utfordrende i undervisningsprosessen. Etter en evaluering kan man forsøke å utføre undervisningen på nytt med eventuelle endringer. På den måten henger kategoriene i den didaktiske modellen sammen og er en kontinuerlig prosess (ibid:115).

## 3 Metode

Metode er en framgangsmåte for å innhente og belyse relevant kunnskap. Man kan se på metode som et verktøy som er til hjelp for å samle data. Disse dataene anvendes og tolkes i lys av relevant teori og kunnskap (Dalland 2012a:111-112).

### 3.1 Valg av metode – Litteraturstudium

Metoden i denne oppgaven er basert på prinsippene til systematisk litteraturstudium. I et litteraturstudium samler man relevant forskning ved en systematisk og kritisk framgangsmåte, og ser på dette i lys av en problemstilling (Fredriksen og Beedholm 2011:47).

Litteraturstudium er et nyttig metodevalg siden man kan sammenligne kjent forskning og undersøke likhetstrekk med teori og annet forskningsmateriale (ibid). Det er strenge krav for hvordan et litteraturstudium skal utføres og struktureres (ibid:48). Valg av søkeord, inkluderings- og ekskluderingskriterier og valg av søkemotorer er nøye bestemt for å sikre at forskningen man finner, ikke er tilfeldig. Kildene vil være nøye utvalgt for å finne forskningen som besvarer problemstillingen best (ibid). Siden dette er en bacheloroppgave, vil hensikten være å anvende kjent forskning framfor å oppdage ny kunnskap.

### 3.2 Søkehistorie

Oppgaven har brukt databasen CHINAL som søkemotor for å finne relevante forskningsartikler. Søkeordene, som ble brukt, var: cancer AND pain AND barriers AND nursing AND supervision OR education OR teaching AND palliative care AND pain management. For å begrense søket ble innstillingen endret, slik at treffene man fikk, var «peer reviewed», - det vil si at forskningen var fagfellevurdert.

Andre begrensninger som ble tatt i bruk, var at forskningsartiklene skulle være på engelsk eller et nordisk språk, forskningen skulle være basert på voksne mennesker i aldersgruppen 18 år og eldre, og forskningen skulle ikke være eldre enn fra 2005. Dette ga 176 treff. For å begrense søket ytterligere ble «full text»-funksjonen tatt i bruk, men antall treff ble da uendret. En ny begrensning var å søke på ordet «pain» i abstract, det vil si at disse søkeordene enten sto i forskningens tittel eller i sammendraget. Nytt antall treff ble da 104. Deretter ble hver forskningsartikkel raskt gjennomgått. Ved å lese overskriften kunne man raskt finne ut

hvilken forskning som var relevant. Ut fra overskriftene ble 24 forskningsartikler valgt ut. Sammendraget av disse forskningsartiklene ble lest.

Deretter ble artiklene som omhandlet undervisning mellom sykepleier og pasient, hjemmesykepleien, og funn om mangel av kunnskap om opioider favorisert. Da sto det igjen syv forskningsartikler. To av disse forskningene ble ekskludert da de enten gikk utenfor oppgavens inkluderingskriterier eller hadde et fokus som ikke passet til oppgavens intensjon. Den ene forskningsartikkelen var basert på et litteraturstudium som ikke var nyere enn 2005. Den andre forskningsartikkelen var opptatt av kvaliteten ved overflytting av kreftpasienter fra sykehus til hjemmet, noe som var vanskelig å relatere til oppgaven. Til slutt sto det igjen fem aktuelle forskningsartikler.

### **3.3 Refleksjoner rundt metode og funn**

For å finne forskning som kunne linkes til problemstillingen, ble flere fagsider og søkemotorer tatt i bruk. CHINAL er en database som har over 3000 tidsskrifter innen helse og sykepleie (Hørmann 2011:42). Databasen er kjent for å inneha gode tidsskrifter innen pasientopplevelser og –erfaringer, og er dermed nyttig i forhold til kvalitative studier. I metoddelen ble samtlige forskningsartikler hentet fra CHINAL.

Fire av forskningsartiklene er kvantitative studier, mens ett studium er av kvalitativ type. Det kan bidra positivt med å gi flere innfallsvinkler under drøftingen. Det at de fem forskningsartiklene er ulike, kan være positivt ved at det viser kompleksiteten rundt undervisning og barrierer. Andre fordeler med disse forskningsartiklene er at de er svært opptatt av sykepleierens funksjon, samt at de er lette å forstå.

Forskningen skal helst ikke være eldre enn 10 år. Dette fordi enkelte fagområder krever ny og oppdatert kunnskap, som f.eks. kreftforskning, siden dette faget er i stadig utvikling (Sethre u.å.). Samtidig er det begrenset med publisert forskning i den senere tid. Derfor ble forskningen som ble publisert i 2005 eller senere, inkludert i søkeprosessen.

Ingen av disse forskningsartiklene går i dybden i opplevelsen av å ha barrierer mot opioider. Det kunne ha gitt interessante bidrag i drøftingen av sykepleierens rolle ved medikamentell smertelindring.

Noen av forskningsartiklene har valgt å ikke fokusere på hjemmet som institusjon. Det beste hadde vært hvis alle fem forskningsartikler hadde inkludert behandling i pasientens hjem da behandling og smertelindring kan oppleves forskjellig hjemme i forhold til i sykehus. Samtidig skal man ikke se bort fra at barrierer mot medikamentell smertelindring er noe som finnes hos flere pasienter, uavhengig av behandlingssted. Derfor er artiklene inkludert i oppgaven da de omtaler temaer som barrierer, undervisning, smerter og kreft.

En begrensning med tanke på spesielt to av forskningene, er at de tar for seg forholdene rundt barrierer og pasienter fra Taiwan og Singapore. Man må ta høyde for at det kan være en annen forståelse og kultur for hva smerte er, og hvordan man forholder seg til det. Dette kan begrense forståelsen ut fra norske forhold. Likevel er det mye fra disse forskningene som går igjen i de tre andre valgte forskningsartiklene. De andre forskningene tar for seg forhold i vestlige nasjoner. De ikke-vestlige forskningene er inkludert siden deres resultater ikke skiller seg vesentlig ut fra de andre funnene.

### **3.4 Etiske overveielser**

Ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 1.3 er det forventet at sykepleieren utøver en praksis som ses på som faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund 2011:7). Ut fra dette er det viktig at denne bacheloroppgaven innhenter anerkjent fagstoff og forskning og presenterer kunnskapens relevans for sykepleiere. Derfor er all forskning som er brukt i denne oppgaven, fagfelleurdert. Fagfellevurdering vil si at forskningen er presentert og bygget opp etter en bestemt struktur, samt at den er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland og Trygstad 2012b:78).

All taushetsbelagt informasjon angående pasienter er i denne oppgaven anonymisert for å hindre at sensitiv informasjon blir presentert. Fagstoffet fra denne oppgaven er basert på forskning og primærlitteratur fra diverse emner. For å unngå plagiat er det ikke brukt fagstoff



uten at det er referert til hvor fagstoffet er hentet fra. Videre er oppgaven gjort etterrettelig ved at det er referert til forskning og litteratur og henvist til kilder når disse er anvendt.

## 4 Funn

Tabellen viser en kort oversikt over funnene. Etter tabellen vil funnene bli gjort rede for.

Forfatter/ årstall, land	Hensikt	Utvalg	Intervensjon	Metode	Resultat
Garcia, Whitehead og Winter, (2015), New Zealand.	Å finne ut hvordan sykepleiere på onkologisk avdeling i sykehus oppfattet og forholdt seg til kreftsmarter.	5 sykepleiere.		Kvalitativ semi- strukturert intervju.	Sykepleierne manglet kunnskap i forhold til identifisering og undervisning om smerte. Det var underforbruk av farmakologisk behandling av smerte.
Vallerand, Riley- Doucet, Hasenau og Templin (2005), USA.	Å undersøke effekten av et undervisnings- program for sykepleiere i hjemmesyke- pleien. Programmet omhandlet smerte- behandling og opplevelsen av opioid- bivirkninger blant kreftpasienter i hjemmet.	202 hjemmesyke- pleiere, som deltok i behandlingen av kreftpasienter.	Sykepleierne ble opplært igjennom undervisning og rollespill.	Spørreskjema som "Nurses' Knowledge", "Attitudes Survey Regarding Pain", "the barriers questionnaire", "perception of control over pain" og "a demographic questionnaire" ble brukt. Disse omhandlet bruk av opioider, holdninger til smerte og smertekontroll.	Sykepleierne i intervensjons- gruppen hadde en betydelig bedre score angående kunnskap om smerter, smertekontroll og opioidbruk enn de andre sykepleierne i forskningen.

Chou og Lin (2011), Taiwan.	Å undersøke betydningen av et undervisningsprogram for kreftpasienter, angående tilfredshet rundt smertebehandling, kunne ha noe å si for barrierer for analgetisk smerte-lindring.	61 par av pasient-familieforhold der en av partene var kreftpasient plaget av kreftmerter.	Privat forelesning og dialog med pasient og familie.	Diverse spørreskjemaer ble anvendt. Disse var: "American Pain Society outcome questionnaire", "the Barriers Questionnaire-Taiwan form", "self-reporting evaluations of analgesic adherence" og "the Pain Education Booklet".	Pasienter og familie som hadde fulgt undervisningsprogrammet var mer tilfreds i sin smertebehandling. Dette resulterte til færre barrierer ved bruk av smertestillende.
Aubin m.fl. (2006), Canada.	Forskningen ville finne ut om et undervisningsprogram, om smertebehandling for kreftpasienter i hjemmet, kunne fremme bedre smertelindring for kreftpasienter.	80 hjemme-sykepleiepasienter med langt kommet kreft som brukte opioider.	Sykepleierne fikk undervisning om smertebehandling ved kreft og retningslinjer rundt dette. Sykepleierne presenterte så undervisningen til sine pasienter ved hjemmebesøk.	Kvasi-eksperimentell undersøkelse. Pasientenes kunnskap og smerteopplevelse ble kartlagt før og etter undervisningsprogram.	Pasientens tanker om smerte og bruk av opioider ble signifikant endret for de som fulgte undervisningsprogrammet. Smerteopplevelsen blant disse ble også kraftig redusert.

Tjuin m.fl. (2007), Singapore.	Å undersøke pasientrelaterte barrierer for smertelindring blant kreftpasienter som selv-administrer bruk av opioider.	De 65 deltagerne var kreftpasienter som har vært innlagt på onkologisk sykehus-avdeling.		Et beskrivende kvantitativt studie ved bruk av spørreundersøkelse.	Pasientene valgte bevisst å ikke varsle at de hadde smerter, både fordi de ikke ønsket å bry sin lege og fordi de foretrakk smerter framfor bivirkninger fra opioider.
--------------------------------	---	--	--	--	--

Garcia, Whitehead og Winter (2015) fant ut at sykepleiere på onkologisk avdeling manglet kunnskap om smertebehandling. Sykepleierne rapporterte at de ønsket å bidra til smertelindring hos kreftpasientene, noe som var utfordrende på grunn av tidsnød og mye arbeid. Sykepleierne fortalte også at de følte de ikke fikk god nok opplæring om kreftsmerte og smertebehandling før de begynte å jobbe på avdelingen. Dette skapte hjelpeløshet og frustrasjon. Det er generell mangel på kunnskap om identifikasjon og undervisning om smerte, og det er underforbruk av analgetiske legemidler på onkologisk avdeling. Det ble konkludert med at det bør satses mer på kompetanse innenfor disse områdene blant sykepleiere.

En annen forskningsartikkel fant ut at det var en gruppe hjemmesykepleiere som scoret høyere på tester angående kunnskap og holdning til kreftsmerte, enn andre hjemmesykepleiere (Vallerand m.fl. 2005). Disse sykepleierne, en såkalt intervensjonsgruppe, hadde fulgt et undervisningsprogram angående smertebehandling og bivirkninger av opioider. Intervensjonen forgikk ved at sykepleierne i denne gruppen fikk opplæring i faget samtidig som de utførte rollespill. Intervensjonsgruppen hadde også mulighet til å få individuelle tilbakemeldinger fra en smertespesialist etter pasientbesøk. Det viste seg at disse sykepleierne etter endt undervisning hadde en mer positiv holdning i møte med kreftrelatert smerte og opplevde færre barrierer ved smertebehandling. Det var en reduksjon i smerteopplevelse blant kreftpasienter som hadde sykepleiere som fulgte intervensjonsgruppen i forhold til pasienter som sykepleiere som ikke fulgte undervisningen. Ved selvrapporing om den verste smerteintensiteten var den redusert fra 7,8 til 6,5 (på en skala fra 0 – 10) etter fire uker.

Pasienter med familie som hadde fulgt et undervisningsprogram angående smertebehandling av kreftpasienter, var mer tilfreds med sykepleieres og legers arbeid i smertebehandlingen. Denne intervensjonsgruppen fikk private forelesninger av forskere inspirert av et program kalt «pain education booklet». Der kunne de samtale om kvalitet og utførelse av smertebehandling. Den andre gruppen av pasienter og familie som ikke deltok i undervisningsprogrammet, opplevde en minimal økning i tilfredshet. Det viste seg at pasientene og familiene som var tilfredse med sykepleieres og legers arbeid i smertebehandlingen, opplevde færre barrierer i bruk av analgetiske legemidler. Det resulterte også til bedre håndtering av kreftsmarter fra pasientens side (Chou og Lin 2011).

Det har vist seg at undervisning om kreftrelaterte smerter og smertebehandling, kan bidra til å optimalisere smertelindring hos kreftpasienter i hjemmet. I første omgang ble sykepleierne i intervensjonsgruppen skolert i temaer som smertebehandling ved kreft, lege-sykepleier-samarbeidet, opioider og retningslinjer ved smertelindring. Dette skjedde ved forelesning, video- og lyspresentasjon. Deretter presenterte sykepleiere dette programmet i kortformat til sine pasienter ved hjemmebesøk. Den gjennomsnittlige smerteopplevelsen hos pasientene som fulgte undervisningen, ble betydelig redusert fra før oppstart til seks uker etter undervisning. I samme tidsperiode, for de som ikke fulgte undervisningen, var den gjennomsnittlige smerteopplevelsen uendret etter seks uker. Undervisningen var til god nytte da den oppklarte feiloppfatninger rundt opioider. Pasientene fikk også en bredere forståelse for sin behandling mot smerter. Forskningen konkluderer med at undervisningsprogrammet var vellykket (Aubin m.fl. 2006).

I et studium fant man ut at de tre største barrierene for analgetiske legemidler var frykt for avhengighet, frykt for sykdomsutvikling og fatalisme (Tjuin m.fl. 2007). Dessuten var det mange av pasientene som valgte å ikke fortelle at de hadde smerter av to ulike årsaker. Den ene grunnen var at mange opplevde at de ikke kunne «forstyrre» legen med å klage på smerter. Den andre grunnen var at pasientene mente at det var lettere å leve med smertene framfor å ha bivirkninger etter bruk av opioider. Forskningen ønsker med dette at sykepleiere innhenter mer kunnskap om smertebehandling, slik at de kan være i stand til å undervise kreftpasienter og deres pårørende. På den måten kan misoppfatninger om opioidbruk avsløres, og forhåpentligvis fremme en mer optimal smertebehandling.

## 5 Drøfting

Sykepleieren har en undervisningsfunksjon og må bruke denne ferdigheten til å fremme sykepleierens formål (Dalland 2010a:18). Når sykepleieren underviser pasientene, kan den nye kunnskapen hjelpe pasientene til å mestre sin lidelse bedre (Fermann m.fl. 2013:210). Ved å anvende den didaktiske relasjonsmodellen kan sykepleier forberede seg og utnytte de pedagogiske rammene for undervisningen.

### 5.1 Deltagerforutsetning

Første kategori er «deltagerforutsetninger». Sykepleieren er pedagog for den smertepåvirkede kreftpasienten. Kategorien er opptatt av hvordan deltagerne forholder seg til undervisningen og til hverandre. Hvilke kunnskaper har pasienten om smertelindring? Er hun motivert for å lære?

Når pasienten ikke ønsker å ta analgetika, må sykepleieren kunne argumentere for nødvendigheten med å være smertelindret. Sykepleierens intensjon vil være å overføre kunnskap til pasienten. Undervisning er en viktig del ved kunnskapsoverføring, men det er ikke nok for at en pasient skal være i stand til å lære. Lærdom og lysten til å lære kan fremmes ved etablering av menneske-til-menneske-forholdet. Først når denne relasjonen er til stede, kan sykepleierens formål brukes som et middel til å hjelpe pasienten til bedre smertelindring (Travelbee 2010d:203, Travelbee 2010b:155).

Det å være smertepåvirket er ikke ideelt da det kan føre til nye problemer som f.eks. at man isolerer seg fra omverdenen (Rustøen m.fl. 2008:256). Dessverre er det palliative kreftpasienter som opplever mangel på livslust og føler på håpløshet. De har ikke motivasjon til å engasjere seg i egen helse (Loge 2008b:537). Her er det utfordrende å fremme smertelindring. Hvis pasienten ikke ønsker å smertelindres, kan ikke sykepleier tvangsmedisinere pasienten. Det vil være lovbrudd og i strid med den etiske praksisen til sykepleieren (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, Norsk sykepleierforbund 2011:8). Samtidig må sykepleier bruke sin kompetanse til å argumentere for smertelindring.

Kommunikasjon oppstår mellom partene hver gang de møtes og samhandler. Dette er en viktig forutsetning for å skape kontakt mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon er

essensielt ved undervisning fordi det er en aktiv prosess hvor kunnskap, meninger og lærelyst formidles mellom partene (Travelbee 2010c:127). Selve formålet med kommunikasjon består av tre deler: Partene lærer å kjenne hverandre, møte pasientens sykepleiebehov og oppnå sykepleierens formål (ibid). Et viktig utgangspunkt for å danne en god kommunikasjon er gjensidig respekt. Da blir det lettere for partene å lære hverandre å kjenne. Dette krever også en innstilling om at alle pasienter er unike. Det er gjennom kommunikasjon at partenes tanker, følelser og erfaringer utveksles. Sykepleieren må bruke sin kommunikasjon til å observere og kartlegge pasientens behov. Det optimale vil være at sykepleieren klarer å anvende sine kommunikasjonsferdigheter på en slik måte at han imøtekommer pasientens behov. Deretter må sykepleieren på bakgrunn av observasjoner og kunnskap fremme sykepleierens formål. Når den smertepåvirkede kreftpasienten ikke ønsker smertebehandling, må sykepleieren bruke sin kommunikasjon til å begrunne fordelene med å være smertelindret (ibid).

I tillegg til kommunikasjon er en annen viktig tilnærming at sykepleier bruker seg selv terapeutisk. Ved at sykepleieren bruker seg selv bevisst, kan han kommunisere verbalt og non-verbalt ved f.eks. å stille åpne spørsmål for å få pasienten til å forstå nødvendigheten med å være smertelindret. Likevel er dette utfordrende da det krever at sykepleier vet hvordan hans atferd virker på pasienten, noe som krever at partene kjenner hverandre godt (Travelbee 2010a:41). Derfor er et menneske-til-menneske-forhold ideelt da det gjør det enklere for sykepleieren å fremme sitt sykepleierformål.

For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold må sykepleier og pasient unngå tanken om å betrakte den andre ut fra en rolle. Ved det første møtet mellom sykepleier og pasienten vil de være ukjente for hverandre. Utfordringen for sykepleieren og pasienten vil være å komme seg fra «det innledende møte»-stadiet til «fremtredelse av identitet». Det kan hende det må flere møter til før pasienten og sykepleieren kommer til dette stadiet (Travelbee 2010a:172).

Det neste stadiet i menneske-til-menneske-relasjonen er «empati». Sykepleieren og pasienten begynner å forstå hverandre til en vis grad grunnet gjenkjennelser i hverandres erfaringsgrunnlag. En fallgrube i denne fasen kan være at pasient og sykepleier viser sårbare sider ved seg selv. Pasienten kan oppleve å ha utlevert for mye informasjon om seg selv, mens sykepleieren er usikker på hvordan han skal håndtere den gitte informasjonen. I dette stadiet vil pasienten kunne vise tillit til sykepleier. Sykepleieren kan oppleve tillit ved at pasienten deler noe personlig til ham, fordi hun stoler på at sykepleieren ivaretar den sårbare

informasjonen. Denne tilliten kan ta skade hvis ikke sykepleieren håndterer den på riktig vis (ibid:177). Siden den palliative fasen kan by på følelser som engstelse, nedstemthet eller skyldfølelse, opplevelser som er sårbare for pasienten, skal man ikke utelukke at pasienten vil kunne henvende seg til sykepleier for å snakke om dem (Loge m.fl. 2008:66). Derfor er det viktig at sykepleieren respekterer pasienten for å unngå tillitsbrudd.

Tillitt er en viktig forutsetning for å gå videre til «sympati»-fasen og deretter til «etablering av gjensidig forståelse og kontakt» (Travelbee 2010a:177). Det er i denne siste fasen pasienten kan motiveres til å forandre sin tilstand fordi sykepleierens sympati og ønske om å hjelpe pasienten påvirker henne psykisk og fysisk. Når denne relasjonen er til stede, er mye av grunnlaget for å tilegne seg kunnskap og ønsket om å lære på plass. Samtidig kreves det at sykepleieren har nødvendig kunnskap for å se hvordan han kan hjelpe pasienten til å mestre sin lidelse bedre. Uten kunnskap vil ikke sykepleieren være i stand til å identifisere kunnskapsmangler hos pasienten eller ha nødvendig ferdighet til å opplæring (ibid:191).

Når pasienten og sykepleieren har nådd «etableringen av gjensidig forståelse og kontakt»-stadiet i menneske-til-menneske-forholdet, har det blitt opparbeidet en relasjon. Denne relasjonen består av respekt, tillit og en forståelse av den andre parten som er en viktig forutsetning for å lære. I et studium av Chou m.fl. (2011) kom det fram at pasientene opplevde færre barrierer mot analgetika fordi pasientene var mer tilfredse med sykepleiers funksjon i smertebehandlingen etter utført undervisningsprogram. Det er spennende funn at tilfredshet med sykepleier fører til færre barrierer hos pasienter. En lignende funksjon har nettopp menneske-til-menneske-relasjonen da partene deler erfaringer og er betydningsfulle for hverandre. Dermed kan man anta at dannelse av menneske-til-menneske-forholdet kan bidra til at pasienter har færre barrierer mot analgetiske legemidler (Travelbee 2010a:161).

## 5.2 Mål

Under neste kategori, «mål», må sykepleier og pasient bli enige om hva undervisningen skal strekke seg etter. Dette kan bli en utfordring da partene har forskjellige holdninger til bruken av smertestillende. Da må sykepleier forsøke å samle deres fellesinteresser, f.eks. å være smertefri, som et formål med undervisningen. Ut fra dette må partene forsøke å sette kortsiktige og langsiktige mål. Et kortsiktig mål vil kunne være at pasienten følger



undervisningen og gjennomfører sin behandling ved bruk av opioider. Det langsiktige målet bør f.eks. være at pasienten har en smertescore på tre eller lavere på en smerteskala fra en til ti, da det å være fullstendig smertefri i palliativ fase ikke alltid er realistisk (Dalland 2010b:110, Kaasa 2010b:263).

### 5.3 Læringsaktiviteter

I kategorien «læringsaktiviteter» kan sykepleieren velge flere muligheter til å overlevere kunnskapen, som f.eks. forelesning, videofremføring og gruppesamtaler. Noen av metodene kan være begrenset av rammefaktorer, f.eks. utstyr til videofremvisning (Dalland 2010b:114). Studier om undervisning rundt barrierer mot opioider har vist at enkelte læringsaktiviteter virker positivt og fremmer kunnskap hos pasienten. Sykepleierne får også tilegnet seg kunnskap rundt emnet ved selv å delta på forelesning og å utføre simuleringer. Deretter har de undervist pasienten ved å arrangere forelesning og hatt samtaler (ibid, Chou m.fl. 2011, Aubin m.fl. 2006). En utfordring ved å forelese eller å samtale er tidsaspektet. Hjemmesykepleieren kan ha begrenset tid da han ofte har flere oppdrag som skal utføres. Derfor kan tiden som er satt av til samtale, være for knapp til å gi nødvendig rom for utveksling av meninger og synspunkter.

### 5.4 Rammefaktor

«Rammefaktor» er neste kategori. Med mindre undervisningen inkluderer kurs og gruppetimer, vil det være naturlige å holde undervisningen i den palliative pasientens hjem når hun får besøk av hjemmesykepleien. Det kan være nyttig å gjøre seg kjent med lokalisasjonen for undervisningen hvis den tilbyr eller begrenser muligheter for å utføre kreative undervisningsformer.

Å jobbe som hjemmesykepleier byr på særskilte utfordringer i forhold til undervisning. Sykepleieren har begrenset tilgang på andre kollegaer og helsepersonell å rådføre seg med. Han er mer selvstendig, og han må stole på egen kunnskap, observasjoner og ferdigheter (Fermann m.fl. 2013:216).

I forhold til relasjonsbygging kan det også være krevende å opprette et menneske-til-menneske-relasjon ut fra forholdene, siden det ofte er nye sykepleiere innom pasienten. Derfor er det viktig å prioritere samme sykepleier til samme pasient så lenge det lar seg gjøre.

Sykepleier bør opptre særlig varsomt når interaksjonen med den palliative pasient befinner seg i pasientens hjem. Det kan hende at pasienten opplever det som påtrengende at det kommer en ukjent sykepleier inn i hjemmet. Ut fra dette må sykepleier «lese» situasjonen og føre kommunikasjonen på en respektfull måte.

Den palliative omsorgen handler om å ivareta generell symptomlindring og å fremme et så aktivt liv som mulig før pasientens helse blir for svekket (Haugen m.fl. 2008:199). Pasienten som er hjemmeboende, har mindre tilgang på sykepleiere da de kun er innom et begrenset antall ganger i løpet av en dag. I og med at pasienten tilbringer mye tid alene, kan det være utfordrende å vurdere smertene og effektiviteten av smertebehandlingen. Her kan aktivt bruk av ESAS-skjema og smertekart være en hjelp til å se om smertelokalisasjonen, smerteintensiteten, den smertestillende effekten og andre symptomer har forandret seg. Samtidig krever dette at sykepleier gir pasienten opplæring i bruk av kartleggingsskjema. Lykkes man med det, vil man kunne vurdere og følge opp behandlingen pasienten mottar og eventuelt oppdage og behandle andre symptomer som forsterker smerteopplevelsen (Bjørge m.fl. 2009:132).

Tidsrammen er en annen viktig rammefaktor. Hvis undervisningen skal finne sted mens hjemmesykepleieren er på sitt faste besøk hos pasienten, vil det være begrenset med tid han har til rådighet for å utføre undervisningen. Tidsnød er en faktor som kan hindre sykepleier i å ta seg tid til å undervise pasienten (Garcia m.fl. 2015). Derfor er det viktig at sykepleier forbereder seg godt til undervisningen og setter av nødvendig tid til undervisningsøkten.

## 5.5 Innhold

Når man skal undervise, må man bestemme «innholdet». Hva er den nye kunnskapen pasienten skal lære? Hvorfor skal pasienten tilegne seg ny kunnskap? Hvordan skal hun anvende kunnskapen (Dalland 2010b:112)? Hvis man ser på forskningen, har temaene i undervisningen handlet om kreftrelatert smerte, smertebehandling, opioider og deres

virksomheter og bivirkninger. Dette er viktige temaer å undervise om da det har vist seg at undervisningen har ført til færre barrierer mot bruk av opioider hos pasientene (Chou m.fl. 2011, Aubin m.fl. 2006). Derfor bør kreftpasienten konkret lære om hva kreftsmertene skyldes, bruk av smerteskala (NRS og ESAS), opioiders effekt på nociseptiv smerte, samt aktuelle og urealistiske bivirkninger av opioider. Dessuten har det vist seg at kunnskapen om smertebehandling, i tråd med WHO sin smertetrapp, har gjort sykepleieren tryggere i møte med kreftrelatert smerte (Vallerand m.fl. 2005).

Kreft oppleves forskjellig fra person til person i forhold til ulike kreftformer, smerteintensitet og eventuelt andre symptomer. For å kunne forstå mest mulig om kreftsmarter, må sykepleier vite hvordan forskjellige kreftformer oppstår og utvikles. Det er viktig at smertene kartlegges og behandles ut fra årsak for å fremme optimal smertelindring (Kaasa m.fl. 2008a:272).

Likevel kan det være komplisert å behandle kreftsmarter. Opplever pasienten gjennombruddssmerter, krever det en annen form for behandling enn behandling av kroniske smerter. Man kan heller ikke forvente likt resultat ut fra hvilken smertetype kreftpasienten er rammet av. Behandling av smertetopper vil som oftest føre til total smertefravær, mens det ikke alltid er tilfelle ved behandling av kroniske smerter.

Videre er det store utfordringer med å behandle kreftsmarter da de ofte er sammensatte (ibid:276). Hvis man ikke kjenner til de ulike formene for smerter og er ukjent med smertekartlegging, kan det være utfordrende å vite hva man skal gjøre som sykepleier. Å ordinere smertestillende er en legeoppgave, men sykepleieren må være i stand til å observere legemidlets effekts (McClaffery m.fl. 1996c:58). Hvis sykepleieren ikke har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandlingen, kan det hende at smertebehandlingen ikke praktiseres tilfredsstillende nok (Kaasa m.fl. 2008a:276). Mange sykepleiere har ikke nok kunnskap om kreftsmarter, selv om flere ønsker mer kunnskap om feltet (Garcia m.fl. 2015). Mangel på kunnskap vil kunne gjøre sykepleieren handlingslammet, og at pasienten vil kunne bli mer smertepåvirket. Derfor er det viktig at sykepleieren lærer om kreftsmarter, både fordi det gjør ham tryggere i egen rolle, men også fordi god informasjon kan trygge pasienten. (ibid, Kaasa m.fl. 2008a:276).

Sykepleiers mangel på kunnskap kan føre til misoppfatninger og gale beslutninger. Dette gjelder bl.a. bruk av opioide analgetika. Granheim m.fl. (2015) fant at kunnskapsmangel blant sykepleiere førte til et underforbruk av opioide legemidler grunnet frykt for at pasienten skal

bli medikamentavhengig. Dessuten kom det fram i Vallerand (2005) at sykepleiere som hadde blitt skolert om smertebehandling og opioid-bivirkninger hadde mindre barrierer mot bruk av opioider. Det tyder å at kunnskap bidrar til å redusere frykt mot opioider. Dette gjelder også pasienten, fordi kunnskap til en viss grad hjelper pasienten til å motarbeide sine barrierer (Rustøen m.fl. 2008:261). Det er derfor grunn til å anta at hvis sykepleieren frykter for at pasienten skal bli medikamentavhengig, er det fare for at frykten overføres til pasienten. Når sykepleier underviser pasienten, overfører han kunnskap til henne. Derfor er det viktig at undervisningen er kunnskapsbasert. Denne kunnskapen kan trygge pasienten og fremme mestringsfølelse og med det bidra til at pasienten gjør riktige valg i forhold til egen smertelindring.

Hvis verken sykepleier eller pasient har tilstrekkelig kunnskap om bruk av analgetika, vil det sannsynligvis føre til barrierer. Dette kan skyldes at man ikke identifiserer eller behandler smertene på riktig måte, eller fordi man prioriterer noe annet framfor å bli smertelindret. Mange avstår fra bruk av smertestillende da det er en fornektelsesreaksjon på sykdomsprogresjon (Tjuin m.fl. 2007). Aktiv valg mot bruk av opioider skyldes oftest frykt for å bli psykisk avhengig (ibid, Valeberg m.fl. 2010).

Som konklusjon kan man si at barrierer mot analgetika vil føre til unødvendige smerter. Paradoksalt nok er smerter det symptomet flest kreftpasienter frykter (Kaasa 2008a:275). Dette indikerer at det er mye usikkerheter om hvordan man skal forholde seg til smerten. Sykepleier må være i stand til å gi pasienten god informasjon om hva nociseptive smerter er, hva nociseptive smerter gjør med en, hvordan man kan forholde seg til dem og bruk av opioider. Psykisk avhengighet til opioider forekommer svært sjeldent så lenge behandlingen praktiseres på en hensiktsmessig måte. Hvis man opplever mindre effekt fra et opioid etter lik dose over lengre tid, betyr ikke det at det har oppstått en toleranseutvikling for den analgetiske effekten (Klepstad m.fl. 2008:366, McClaffery m.fl. 1996:81,84). Ved å undervise pasienten om dette, kan man realitetsorientere pasienten i forhold til frykten for bivirkninger av opioider. Det vil bidra til riktig bruk av opioidanalgetika, noe som igjen vil gi lavere smerteopplevelse blant kreftpasientene (Aubin m.fl. 2006, Tjuin m.fl. 2007).

## 5.6 Evaluering

Siste kategori er «evaluering». Selv om man oppsummerer hvordan undervisningsprosessen har vært, vil dette være en kontinuerlig og dynamisk prosess. Ved å illustrere undervisningsprosessen i den didaktiske relasjonsmodellen blir man mer oppmerksom på hvor omfattende denne prosessen er. Utfordringen er å identifisere alle kategoriene i undervisningen og å kunne planlegge ut fra det. Sykepleieren må kunne kjenne egne begrensninger og muligheter og utnytte disse. Videre må han tilegne seg den kunnskap som trengs, for å kunne undervise om dette temaet (Dalland 2010b:115).

Undervisningen kan føre til at sykepleiere tilegner seg mer kunnskap om smertebehandling. Når sykepleieren har kunnskap om dette feltet, opplever de mindre barrierer mot bruk av opioider (Valleran m.fl. 2005). Dette er et positivt resultat fordi det er med på å fremme pasientens kunnskap om smertebehandling. Når pasienten lærer om smertebehandling og bruk av opioider, fører det til at pasienten får en signifikant bedre holdning til bruk av opioider. Derfor vil det resultere i at færre pasienter opplever barrierer mot opioider. Dette innebærer videre at flere pasienter opplever å bli bedre smertelindret og ved det oppnår bedre livskvalitet (Chou m.fl. 2011, Aubin m.fl. 2006).

## 6 Oppsummering

For å motarbeide kreftpasienters frykt for opioider trenger sykepleieren kunnskap. Å ha kunnskap om smertefysiologi, smertebehandling, indikasjon, virkninger og bivirkninger av opioider er kunnskap sykepleieren må inneha for å undervise pasienten. Denne oppgaven har belyst hvor kompleks undervisningsprosessen er. Det viser seg at relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient er vel så viktig som kunnskap. Dette fordi relasjon bidrar til å øke lærelysten, samt at pasienten er i den overbevisning at sykepleieren handler ut fra det som gagnar henne best. Likevel er heller ikke det nok til å utføre optimal undervisning. Som sykepleier bør man identifisere elementene som påvirker undervisningsprosessen. Ved at sykepleieren sammen med pasienten setter mål for undervisningen og planlegger den ut fra tidsramme, innhold, lokalisasjon og metode, kan han gjøre undervisningen innholdsrik og fullstendig.

Det viser seg at undervisning er svært hensiktsmessig da det resulterer i at kreftpasienter opplever færre barrierer mot bruk av opioide smertestillende. Videre fører det til at kreftpasienter blir bedre smertelindret. Dette er kunnskap som er svært aktuell for sykepleiere i utøvelse av smertebehandling.

Behovet for å undervise om smerter og smertebehandling til kreftpasienter vil alltid være til stede. Det skyldes at de fleste palliative kreftpasienter aldri vil kunne bli helt smertefrie, men også fordi mange pasienter velger å avstå fra behandling med opioider.

## Litteraturliste

### Pensumlitteratur

- Bertelsen, B., Hornslien K. og Thoresen L. (2012). Svulster. I: S. Ørn, J. Mjell og E. Back-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2010b). Undervisning. I: O. Dalland. *Pedagogiske utfordringer – for helse og sosialarbeidere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2012a). Hva er metode? I: O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. og Trygstad, H. (2012b). Kilder og kildekritikk. I: O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Fermann T. og Næss, G. (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk sykeplejeråd – nyt nordisk forlag
- Holtan, A., Kongsgaard, U.E. og Ohnstad, H.O. (2005). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 125(4), s. 416–418. Hentet 19. januar 2016 fra: <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2005/416-8.pdf>
- Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk sykeplejeråd – nyt nordisk forlag

### Selvvalgt litteratur

- Aubin, M. m.fl (2006). Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home. *Oncology Nursing Forum*. 33 (6): 1183-1188. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/06.ONF.1183-1188> (6 sider).
- Bjørgo, S. og Klepstad, P. (2009). Smertebehandling hos pasienter som har kreft. I: O. Dahl, G. Lehne, I. Baksaas, S. Kvaløy og T. Christoffersen (red.). *Medikamentell kreftbehandling – cytostatikaboken*. 7. utg. Oslo: Farmakologisk institutt, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo. (12 sider).

- Bergh, I., Aass, N., Kaasa, S. og Hjermsstad, M.J. (2012). Symptomkartlegging i palliativ medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1 (132): 18 – 19. doi: 10.4045/tidsskr.11.1083 (2 sider).
- Bjørndal, B. og Lieberg, S. (1978a). Hva menes med didaktikk/undervisningslære? I: B. Bjørndal og S. Lieberg. *Nye veier i didaktikken?* Oslo: Aschehoug (12 sider)
- Bjørndal, B. og Lieberg, S. (1978b). Didaktiske relasjonstenkning. I: B. Bjørndal og S. Lieberg. *Nye veier i didaktikken?* Oslo: Aschehoug (9 sider).
- Chou, PL. og Lin, CC. (2011). A pain education programme to improve patients satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*. 20 (13/14): 1858- 1869. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03740.x> (12 sider).
- Dalland, O. (2010a). Helse- og sosialarbeideren som pedagog. I: O. Dalland. *Pedagogiske utfordringer – for helse og sosialarbeidere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk (10 sider).
- Folkehelseinstituttet (2014). *Kreft i Norge - Folkehelse rapporten 2014*. Hentet 18. januar 2016 fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110413> (1 side).
- Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunes helsetjeneste. *Forskrift av 23. november 1983 nr 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunes helsetjeneste*. (1 side).
- Garcia, A., Whitehead, D. og Winter, H.S. (2015). Oncology nurses' perception of cancer pain: a qualitative exploratory study. *Nursing praxis in New Zealand*. 31 (1): 27-33. Hentet fra CHINAL. (7 sider).
- Granheim, T.H., Raaum, K., Christoffersen, KA. og Dhile, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 4 (5): 266-276. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983. (11 sider).
- Grasdahl, A. (u.å.). *Hva er kreft?* Hentet 7. februar 2016 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>. (1 side).
- Haugen, D.F., Jordhøy, M.S. og Hjermsstad, M.J. (2008). Organisering av palliative tilbud. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (15 sider).
- Helsedirektoratet (2015a). Innledning. *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. (6 sider).



- Helsedirektoratet (2015b). Symptomer og tilstand. *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. (82 sider).
- Helsenorge (2014). *Om spesialist- og kommunehelsetjenesten*. Hentet 2. mars 2016 fra: <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/om-spesialist-og-kommunehelsetjenesten> (1 side).
- Holtan, A. m.fl. (2007). Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway: a national survey. *Palliative Medicine*, 21(1): 7-13. Hentet fra PubMed. (7 sider).
- IASP Taxonomy (2012). Pain terms. Pain. Hentet 21. januar 2016 fra: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>. (1 side).
- Kaasa, S. og Borchgrevink, P.C. (2008a). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (14 sider).
- Kaasa, S. (2008b). Smertebehandling. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (10 sider).
- Kaasa, S. (2008c). Smertediagnostikk. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (11 sider).
- Kaasa, S. og Loge, J.H. (2008d). Diagnostikk innen palliasjon. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (14 sider).
- Kaasa, S. (2008e). Palliativ medisin – en introduksjon. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (17 sider).
- Kaasa, S. og Klepstad, P. (2005). Kreftpasienter skal ikke ha smerter. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 125 (4):415. Hentet 21. januar 2016 fra: <http://tidsskriftet.no/article/1144274/>. (1 side).
- Klepstad, P. og Kaasa, S. (2008). Opioider. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (14 sider).
- Kreftregisteret (2014). *Cancer in Norway 2014*. Hentet 18. januar 2016 fra: [http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2014/cin2014-Special\\_issue.pdf](http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2014/cin2014-Special_issue.pdf) (145 sider)
- Loeng, S., Torgersen, G.E., Melbye, P.E. og Lodgaard, E. (2001). *Voksenpedagogikk i kompetansesamfunnet*. Stjørdal: Læringsforlaget DA. (27 sider).
- Loge, J.H., Bjordal, K., Paulsen, Ø. og Kaasa, S. (2008). Den Palliative konsultasjon. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (12 sider).

- Loge, J.H. (2008b). Angst og depresjon. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (15 sider).
- McClaffery, M. og Beebe, A. (1996a). Vurderinger. I: M. McClaffery og A. Beebe. *Smertesmerter – Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Notam Gyldendal. (31 sider).
- McClaffery, M. og Beebe, A. (1996b). Å pleie mennesker med smerter. I: M. McClaffery og A. Beebe. *Smertesmerter – Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Notam Gyldendal. (10 sider).
- McClaffery, M. og Beebe, A. (1996c). Smertekontroll ved hjelp av medikamenter. I: M. McClaffery og A. Beebe. *Smertesmerter – Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Notam Gyldendal. (77 sider).
- Norsk Helseinformatikk (2010). *Et liv etter kreften*. Hentet 1. februar 2016 fra: [http://nhi.no/forside/et-liv-etter-kreften-30282.html?page=all#reference\\_1](http://nhi.no/forside/et-liv-etter-kreften-30282.html?page=all#reference_1). (1 side).
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 21. januar 2016 fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf). (44 sider).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*. (1 side).
- Raj, S.X., Thronaas, M., Brunelli, C., Hjermstad, M.J., Klepstad, P. og Kaasa, P. (2014). A cross-sectional study on prevalence of pain and breakthrough pain among inspected group of outpatients in tertiary cancer clinic. *Support Care Cancer*. 22 (7):1965-1971 doi: <http://10.1007/s00520-014-2178-3>. (7 sider).
- Rosland, J.H. og Tjølsen, A. (2008). Patofysiologisk mekanismer ved kreftrelatert smerte. I: S. Kaasa (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (26 sider).
- Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I. og Stubhaug, A. (2008). Kreft og smerter. I: T. Rustøen og A.K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal akademisk. (17 sider).
- Sethre, E., A. (u.å.). *Hva er kreftforskning?* Hentet 24. februar 2016 fra <https://kreftforeningen.no/forskning/forskning-pa-kreft/>. (1 side).
- St.meld. nr 47 (2008-2009). Sammendrag. *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (6 sider).
- Stubhaug, A. og Ljoså T.M. (2008). Hva er smerte? I: T. Rustøen og A.K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal akademisk. (29 sider).

- Svendsen, L. (u.å.). *Smerte*. Hentet 5. februar 2016 fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/smerte/>. (1 side).
- Tjuin, E.T.Y. m.fl (2007). Patient-related barriers to effective use of self-administrated opioid in cancer pain management. *Singapore Nursing Journals*. 34 (2): 23-36. Hentet fra CHINA. (14 sider).
- Travelbee, J. (2010a). Sygeplejens natur. *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. 2. utg. København: Munksgaard Danmark. (19 sider).
- Travelbee, J. (2010b). Menneske-til-menneske-forholdet. *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. 2. utg. København: Munksgaard Danmark. (44 sider).
- Travelbee, J. (2010c). Begreb: Kommunikation. *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. 2. utg. København: Munksgaard Danmark. (26 sider).
- Travelbee, J. (2010d). Sygeplejeintervention – opfyldelse af sygeplejens funktioner. *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. 2. utg. København: Munksgaard Danmark. (39 sider).
- Valeberg B.T., Rustøen, T., Bjordal, K., Hanestad, B.R., Paul, S. og Miaskowski, C. (2008). Self-reported prevalence, etiology, and characteristics of pain in oncology outpatients. *European Journal of Pain*. 12 (5): 582-590. doi: 10.1016/j.ejpain.2007.09.004 (9 sider).
- Valeberg B.T., Bjordal, K. og Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barriere mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*, 4 (10): 326-334. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.01415 (11 sider).
- Vallerand A.H., Riley-Doucet, C., Hasenau, S.M. og Templin, T. (2005). Improving cancer pain management by homecare nurses. *Oncology Nursing Forum*. 31 (4): 809-816. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/04.ONF.809-816> (8 sider).
- Van den Beucen-van Everdingen MHJ. m.fl. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*. 18 (9): 1437-1449. doi: 10.1093/annonc/mdm056. (13 sider).
- WHO (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hentet 3. februar 2016 fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. (1 side).

Antall sider i selvvalgt litteratur: 911.