

10029

Smerte: en sammensatt subjektiv opplevelse

Litteraturbachelor

7601 ord

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

10029

Smerte: en sammensatt subjektiv opplevelse

Litteraturbachelor

7601 ord

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Smerte er et subjektivt sammensatt fenomen som har høy relevans for sykepleiere. Pasienter med kreft under palliativ behandling oppgir at smerte er det mest plagsomme og fryktede symptomet. I behandling av kreftsmarter i palliasjon spiller sykepleier en viktig rolle som observatør, omsorgsperson og behandler. Hensikten med denne oppgaven er derfor å avdekke hvordan sykepleier kan bidra til å optimalisere smertelindring, ved å besvare problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å optimalisere smertelindring hos pasienter med kreft i en palliativ fase?».

Metode:

En litteraturstudie med åtte utvalgte forskningsartikler, hvor kunnskap er supplert med relevant faglitteratur og pensumlitteratur fra sykepleiestudiet.

Resultat:

Det ble avdekket at mange pasienter ikke opplever å bli tilfredsstillende smertelindret ved bruk av kun medikamentell behandling. Resultatene viser til at fysiske og psykiske smertekomponenter øker og synker i takt med hverandre. Videre ser man at flere i denne pasientgruppen har et behov for nær kontakt med kompetente helsepersonell for å oppnå følelsen av trygghet. Sykepleieres holdning og kunnskap angående smertelindring er til en viss grad preget av forutinntatte holdninger som igjen fører til lavere kvalitet på behandlingen av smerter. Det ble også avdekket rutinesvikt ved palliative enheter angående bruk av kartleggingsverktøyet ESAS, hvor sykepleiere selv påpeker viktigheten av kontinuerlig oppfølging med dette verktøyet.

Konklusjon:

Ved behandling av kreftsmarter spiller sykepleier en viktig rolle, ettersom sykepleiere ofte er den profesjonen som jobber tettest på pasienten. For at sykepleier skal kunne bidra til å optimalisere lindring av kreftsmarter er det viktig å innhente seg kunnskap angående fenomenet og i tillegg besitte gode holdninger når det gjelder smertelindring. Utfordringer kan være mangel på tid som går utover den personorienterte sykepleien. Kreftsmarter består av både fysiske og psykiske faktorer som avler hverandre, derfor kan det være utfordrende for både pasient og sykepleier å konkretisere hvor smerten befinner seg. For at sykepleier skal kunne identifisere smerten vil det derfor være nødvendig å bruke faglig kompetanse, kommunikasjon og riktig bruk av kartleggingsverktøy i henhold til lovverk. I tråd med lovverket og yrkesetiske retningslinjer har også sykepleier et ansvar med å anvende ny kunnskap i praksis, som kan være nyttig i behandling av smerter som er vanskelige å lindre.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
1.1 Introduksjon til tema	3
1.2 Bakgrunnskunnskap	3
1.3 Teori	3
1.3.1 Kreftsmarter – helhetlig smerte	3
1.3.2 Palliasjon	4
1.3.3 Smertelindring	5
1.3.4 Kartlegging av smerter og kommunikasjon	6
1.3.5 Sykepleiers funksjon og rolle	6
1.3.6 Joyce Travelbee: Mellommenneskelige forhold	7
1.4 Hensikt og problemstilling	7
2. Metode	7
2.1 Beskrivelse av metode	7
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.3 Søkehistorikk og søkestrategi	8
2.4 Kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler	11
2.5 Analyse	11
3. Resultat	13
3.1 Artikkelmatiser	13
3.2 Presentasjon av resultater	20
3.2.1 Helhetlig smerteopplevelse	20
3.2.2 Alternativ smertelindrende behandling	20
3.2.3 Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel for å avdekke smerter	20
3.2.4 Sykepleiers rolle og funksjon	21
4. Diskusjon	21
4.1 Innledning	21
4.1.1 Helhetlig opplevelse av kreftsmarter	21
4.1.2 Hvordan påvirker fysisk og psykisk smerte hverandre?	22
4.1.3 Pasientens opplevelse av å være under palliativ behandling	23
4.1.4 Hvordan kan kartlegging bidra til smertelindring?	24
4.1.5 Medikamentell eller ikke – medikamentell behandling, kan de supplere hverandre?	24
4.2 Implikasjoner for sykepleie	25
4.2.1 Sykepleiers rolle og ferdigheter som lindrende behandler	25
4.2.2 Kommunikasjon og veiledning som verktøy i henhold til Travelbees teori	26
4.3 Metoderefleksjon	26
4.4 Konklusjon	27
Referanseliste	28
Vedlegg	30

Tabeller

Tabell 1 Inklusjon – og eksklusjonskriterer	8
Tabell 2 PICO-skjema.....	8
Tabell 3 Søketablell	8
Tabell 4 Tema med nøkkelfunn	12
Tabell 5 Artikkelmatriser	13

1. Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Ifølge kreftregisteret døde 10981 mennesker i Norge av kreft i 2020 (Kreftregisteret, 2021). Mange kreftpasienter i palliativ fase har flere plager. Kreftsmarter er det mest fryktede symptomet, og mange er redde for at smertene vil øke. Årsakene til smerte er ofte komplekse og kan være vanskelig å identifisere da de som regel er en kombinasjon av ulike smertetyper. Smerte er et subjektivt fenomen og oppleves ulikt fra individ til individ (Reitan, 2017). Ved smertesymptomer er det viktig å tidlig varsle sykepleier eller annet helsepersonell da smerte ofte avler smerte (Tavelbee, 2001). Det er også kjent at kreftrelaterte smerter som ikke blir behandlet ofte blir verre med tiden. Hensikten med å behandle smerter er ikke å bli helt fri for smertene, men å oppnå en viss kontroll over dem slik at smertene ikke blir et begrensende problem. Behandling av smerter kan være krevende både for pasient og sykepleier, og ulike tiltak vil være nødvendig for å oppnå god lindring (Kreftforeningen, u.å). Smertestillende medikamenter er mye brukt i palliasjon hos kreftpasienter, men alternative behandlingsmetoder kan også være hensiktsmessige (Kashyap et al., 2017; Peng et al., 2019). Sykepleiere jobber ofte tett på pasienter med kreft som er under palliativ behandling, og må ofte bruke sin yrkesfaglige kompetanse til å oppnå best mulig smertelindring.

1.2 Bakgrunnskunnskap

Palliativ pleie er et tema som er relevant ved de fleste arbeidsplasser som sykepleier, og smerter er noe man som sykepleier ofte møter på gjennom yrkeskarrieren. Gjennom sykepleiestudiet ved NTNU lærer man både om kreftsykdom og sykepleie ved livets siste fase. I praksis har jeg også vært ved seksjon lindrende hvor jeg fikk et dypere innblikk av pleie av palliative pasienter med kreft. Her fikk jeg mye erfaring gjennom pleie av pasienter, samtaler med pasienter og veiledning av erfarne sykepleiere. Her fikk jeg også utøve palliasjon under veiledning. Dette innebar kartlegging, kommunikasjon, observasjoner og behandling.

1.3 Teori

I dette kapitlet blir sentrale begreper i oppgaven forklart. Her vil også det faglige grunnlaget for oppgaven bli presentert.

1.3.1 Kreftsmarter – helhetlig smerte

Kreft kommer av skader i cellenes arvestoff (mutasjoner). Celler med mutasjon i arvestoffet er kreftceller som deler seg ukontrollert. Slik vil det bli en opphopning av kreftceller i organet hvor veksten utviklet seg, som danner en kreftsvulst (Vegard Bruun Bratholm Wyller, 2019).

Smerte er et subjektivt fenomen, hvor følelsesmessige og tankemessige faktorer har innvirkning på hvordan det individuelle mennesket fortolker smerten. Dette kan utgjøre forskjeller i opplevelse av intensitet uavhengig av hvor kraftig smertereseptorene er stimulert (Wyller, 2019).

Kreftsmarter er summen av den totale smerteopplevelsen. Dette kan beskrives som en sammensatt subjektiv opplevelse av fysiske, psykiske, følelsesmessige og åndelige problemer knyttet til smerte (Reitan, 2017). Ofte vil den fysiske smerteopplevelsen forsterkes av psykososiale eller åndelige og eksistensielle forhold. Kvaliteten på sykepleien og helsehjelpen er derfor avgjørende for å forstå sammenhengen i elementene som utgjør smerteopplevelsen og deretter kunne gi god smertelindring (Reitan, 2017).

Fysisk smerte er enten vevssmerter (nociceptive) eller nervesmerter (nevropatiske). Ved kreftsmarter kan de fysiske smertene skyldes tumorvekst, behandling med cytostatika, stråling eller kirurgi (Reitan, 2017).

Vevssmerter skyldes stimulering av nociceptorene, som for eksempel kan forårsakes av svulstvekst i organer da svulsten stimulerer nociceptorene (Wyller, 2019).

Nervesmerter gir uttrykk for sykdomsprosesser i det sentrale eller perifere nervesystemet og forstyrrer den afferente signalveiene. For eksempel kan mekanisk skade på perifere nervebaner i form av en tumor som penetrerer nervebanen være årsaken til nevropatisk smerte (Wyller, 2019).

Tumorrelaterte smerter utgjør 75% av alle kreftsmarter. Endring i smertesymptomer kan komme av at tumoren vokser seg inn i nye organer eller nervebaner.

Skjelettmetastasesmerter, infiltrasjon og kompresjon av nerverøtter, strekk på kapsler og hinner rundt organer, obstruksjon av hulorgan, økt intrakranielt trykk og bløtdelsinfiltrasjon er ofte opphavet til kreftsmarter (Stubberud & Grønseth, 2016b).

Psykisk smerte (psykogen smerte) kommer av at hjerneområdet som fortolker smerteopplevelse er affisert av en psykisk lidelse. For eksempel kan depresjon føre til smerteopplevelser uten av nociceptorene og de sensoriske signalveiene er stimulert. For eksempel kan alvorlig sykdom føre til depresjon som igjen kan føre til smerteopplevelse (Wyller, 2019). Psykiske stressreaksjoner som emosjonelt stress kan gi opphav til reelle smerter. Eksistensielle og åndelige smerte er også en faktor som påvirker smerteopplevelsen da det vil være vanskeligere å finne en mening med livet og lidelsen man opplever. Sosial smerte er også en del av den psykogene smerten hvor pasienten føler på en fremmedgjøring overfor sosiale relasjoner i livet (Stubberud & Grønseth, 2016b).

Smerter som er vedvarende kan føre til psykiske plager, intens lidelse og virker forverrende på underliggende sykdom. Smerter utløser ofte en stressreaksjon som aktiverer kroppens forsvarsmekanismer i form av fysiologiske reaksjoner: utskillelse av glukokortikoder og adrenalin fører til økt hjerterefrekvens, høyere blodtrykk, overflatisk og rask ventilasjon og muskelspenninger. Smerter som utvikler seg til å bli kroniske kan komme av kontinuerlig vevsskade, som for eksempel en tumor som stadig vokser (Wyller, 2019). Kroniske smerter fører ofte til muskelspenninger over tid, som igjen er en kronisk irritasjon av smertereseptorene og forsterker den helhetlige smerteopplevelsen. Disse smertene har en negativ innvirkning på psykologiske, biologiske og sosiale forhold som igjen gir økt risiko for å utvikle depresjon og følelse av meningsløshet (Wyller, 2019).

Dame Cecily Saunders ansees som en pioner innen den moderne hospicebevegelsen, og grunnlegger av teorien «total pain». På 1960-70 tallet utbredte hennes ide om at palliative pasienter med kreft ikke bare hadde en fysisk smerteopplevelse, men at denne opplevelsen var preget av flere elementer (Guldbrandsen, 2001). Saunders teori om total smerte defineres slik "*The suffering that encompasses all of a person's physical, mental, social, spiritual pain and practical struggles*" (Hansen, 2006). Med andre ord mente Saunders at total smerte er en sammenfatning av psykisk, fysisk, spirituell, praktisk og sosial smerte. Teorien tar også utgangspunkt i at kommunikasjon bør benyttes som et verktøy for å kartlegge pasientens totale smerte (Hansen, 2006).

1.3.2 Palliasjon

Palliativ fase inntreer når den kurative behandlingen ansen som avsluttet. Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert palliasjon på denne måten:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (Helsedirektoratet, 2019).

Sykepleien i palliativ behandling har som mål å lindre smerte og andre symptomer knyttet til sykdomsprosessen hvor psykologiske og åndelige faktorer bør inkluderes i pasientomsorgen. Palliativ behandling går også ut på å kunne tilby pasienten å leve så meningsfullt som mulig ved hjelp av nødvendig støtte og hjelp. Ivaretagelse av pårørende er også en del av den palliative behandlingen, som også kan være en stor bekymring for den døende. Sykepleier har et ansvar om bruk av tverrfaglig tilnærming hvor det skulle være behov for dette. I sin helhet handler sykepleie av palliative pasienter om å forbedre livskvalitet som også kan virke positivt på sykdomsforløpet. I livets aller siste fase skal den palliative behandlingen hjelpe pasienten til å anerkjenne døden som livets naturlige gang, samtidig har ikke palliasjon til hensikt å hverken fremskynde eller utsette døden (Helsedirektoratet, 2019)

1.3.3 Smertelindring

I hovedtrekk har sykepleien som utøves i en palliativ fase stort fokus på lindring av smerte for å fremme pasientens livskvalitet. Lindring kan utøves på de fleste formene for smerte, medikamentelt eller ikke-medikamentelt. Psykososial ivaretagelse er også en viktig del av den palliative smertelindringen, da angst og depresjon ofte er noe palliative pasienter opplever, og bør også sees som en faktor som kan påvirke pasientens opplevelse av smerte. Her kan kommunikasjon, kartlegging, trygghet og kontinuerlig oppfølging av helsepersonell være en viktig faktor for å lindre ulike former for smerte (Stubberud & Grønseth, 2016b).

Medikamentell behandling: I livets slutfase er smerte ofte det mest fremtredende problemet. En blanding av nevropatiske og nociseptive smerter preger mange og ofte behandles disse medikamentelt. Kombinasjon av paracetamol, opioider og ikke-steroid betennelsesdempende blir ofte brukt for å lindre nociseptive smerter. Antidepressiva i lave doser og antiepileptika er en kombinasjon som brukes i behandling av nevropatiske smerter, men denne smerteformen er ofte vanskeligere å behandle (Wyller, 2019). WHO har utarbeidet en smertetrapp som en mal på hvilke medikamenter som bør benyttes ut fra smertens intensitet vist i vedlegg 1. Smertetrappen består av tre trinn ut fra hvor man ligger på smerteskalaen hvor trinn 1 representerer moderat/mild smerte som kan tilfredsstilles med paracetamol, på trinn 2 er smerten vedvarende og har økt i intensitet hvor kodein er nødvendig for lindring, trinn 3 representerer den mest intense smerteopplevelsen hvor morfin/fentanyl/oksykodon må benyttes (Helsedirektoratet, 2019).

Ikke-medikamentell behandling mot smerter kan være relevant for pasienter som er vanskelige å lindre medikamentelt, for eksempel nevropatiske smerter og også for å unngå overdosering og medikamentbivirkninger. Siden psykologiske faktorer kan påvirke smerteopplevelsen vil det kunne ha effekt med kognitiv atferdsterapi eller annen psykologisk behandling (Stubberud & Grønseth, 2016b). Scrambler Therapy er en form for smerteterapi mot nevropatisk smerte. Strømførende elektroder festes ved eller på smerteområdet, hvor elektrisitet treffer huden og blokkerer smerten (Kashyap et al.,

2017). Denne formen for terapi har i flere studier vist nedgang i bruk av analgetiske medikamenter. Pasienter med kroniske og tumorrelaterte kreftsmarter har hatt god lindrende effekt av terapiformen (Kashyap et al., 2017). Musikk har også blitt brukt i lindring av kreftsmarter hvor bruken av opioide analgetika ble lavere og det helhetlige smertebilde bedret seg etter musikkintervensjonen (Peng et al., 2019).

1.3.4 Kartlegging av smerter og kommunikasjon

Kartlegging av smerter en del av behandlingen da dette verktøyet vil avdekke symptomene pasienten kjenner på og vil kunne starte behandlingen i en tidlig fase. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er kartleggingskjemaet som brukes som kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge. ESAS kartlegger flere symptomer samtidig og består av åtte komponenter: smerte, slapphet, døsighet, kvalme, dårlig matlyst, tung pust, depresjon og angst (Stubberud & Grønseth, 2016b). Skjemaet benytter en numerisk skala fra 0-10 for å måle hvert symptom, hvor null er «ingen plage» og ti er «verst tenkelig plage», se Vedlegg 2. Ved å bruke kartleggingsverktøy kan sykepleier være med på å forebygge og lindre smerte. Smerte består av både fysiske og psykiske faktorer som påvirker hverandre. Det er derfor viktig at pasientene blir informert om viktigheten av å bruke kartleggingsverktøy og får tilbud om å fylle ut slike skjema. Sykepleier skal bistå med veiledning for å unngå misforståelser angående utfyllingen. Det er også viktig med kontinuerlig kartlegging, slik at man kan fange opp hvilke symptomer som eventuelt forverrer eller forbedrer seg underveis i sykdomsforløpet (Stubberud & Grønseth, 2016b).

En annen form for kartlegging av smerte er Visuell Analog Skala (VAS) vist i Vedlegg 3. VAS består av en 10 cm lang linje hvor den venstre enden illustrerer ingen smerte og den høyre enden illustrerer verst tenkelig smerte. Den kan også illustrere med ansikter som går fra å være glad til trist ut fra hvor på skalaen man er, og pasienten skal markere med en strek hvor de befinner seg på skalaen. Denne skalaen bruker også numerisk skala fra 0-10 (Stubberud & Grønseth, 2016b).

Kommunikasjon med pasienten er også viktig for å lindre smerte. Pasienter i en palliativ fase kan være sårbare og sykepleier bør derfor ha visse kommunikative ferdigheter for å kunne forstå hva som forårsaker pasientens ubehag. Personorientert kommunikasjon er viktig for å skape et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier slik at pasienten kan åpne seg om sine problemer. Mange pasienter er også redde for å være til bry, og tør ikke si fra om symptomer som fører til unødvendig økt symptombelastning (Stubberud & Grønseth, 2016b). Her kan ferdigheter som aktiv lytting og ikke-verbal kommunikasjon være med på å styrke den mellommenneskelige relasjonen (Eide & Eide, 2017). Det kan være nyttig med et tillitsforhold da det blir lettere for sykepleier å stille konkrete og direkte spørsmål uten at pasienten føler at dette er ubehagelig eller inngripende.

1.3.5 Sykepleiers funksjon og rolle

I helsepersonelloven (1999, Kap 2, § 4) står det at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». I spesialisthelsetjenesteloven (1999, Kap 3, § 3-4 a) understrekes det at alle som yter helsetjenester har plikt til å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Sykepleieutøvelse baserer seg på faglig forsvarlighet. Dette kan oppnås gjennom utøvelse av kunnskaps- og erfaringsbasert praksis. Som sykepleier har man et ansvar angående å holde seg faglig oppdatert og i

tillegg bidra til å anvende ny kunnskap i praksis. Det ligger et ansvar på sykepleier om at den praksisen som utøves forebygger sykdom og fremmer helse, samtidig skal pasientenes behov for helhetlig omsorg ivaretas (Norsk sykepleierforbund, 2019).

1.3.6 Joyce Travelbee: Mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee (1926-1973) var utdannet sykepleier og jobbet som psykiatrisk sykepleier. Hennes teori om mellommenneskelige forhold har satt søkelys på mennesket som unikt individ i vekst, endring og utvikling. I følge Travelbee skal ikke sykepleie ha handlinger som mål, men handlinger skal være et hjelpemiddel for å hjelpe andre mennesker (Joyce Travelbee, 2001). Hva kan sykepleier tilby mennesker med uhelbredelig sykdom? I følge Travelbee skal sykepleier bidra til å oppnå optimal helse på høyest mulig nivå, hun skriver følgende: «*Den profesjonelle sykepleieren må gå inn for å hjelpe den enkelte til å mestre sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene*» (Travelbee, 2001). Videre mener Travelbee at sykepleie gitt til terminale pasienter avhenger av sykepleierens egne følelser, erfaringer, livssyn og forhold til døden. Hun belyser at den terminale pasienten opplever vanskelige følelser som smerte, lidelse, angst, fortvilelse og ensomhet. Derfor er det nødvendig at sykepleieren selv har gjort seg opp en mening ved disse erfaringene for å kunne utøve profesjonell sykepleie (Travelbee, 2001).

Smerte og lidelse er ensomme erfaringer, som er svært vanskelig å formidle og igjen gjør det vanskelig for sykepleier å bedømme i intensitet og styrke. Travelbee mener at smerte ikke kan kategoriseres som enten fysisk eller psykisk, fordi smerten angår hele mennesket. Psykisk smerte har innvirkning på mennesket i fysisk forstand og psykisk smerte har en klar innvirkning på det følelsesmessige (Travelbee, 2001). Hvordan sykepleier forholder seg til pasientens smerte er også en viktig faktor. Sykepleiere kan tilegne seg en «mental målestokk» når det angår smerte, ut fra hvilken intensitet knyttet til en gitt diagnose som er «vanligst», noe som kan være en risikabel stilling å innta ettersom smerte er subjektivt og oppleves forskjellig i intensitet og styrke fra individ til individ selv med samme diagnose (Travelbee, 2001).

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse at smerte kan komme til uttrykk på ulike måter, hvor den fysiske og psykiske smerteopplevelsen er sammensatt og opptrer som elementer i påvirkning av hverandre. For å besvare problemstillingen benyttes pensumlitteratur, relevant faglitteratur, forskning og egne erfaringer fra praksis. Videre vil hensikten med oppgaven være å undersøke ulike behandlingsmetoder i form av medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder. Sykepleiers rolle, kompetanse og funksjon vil være gjennomgående som en rød tråd i hele oppgaven med involvering av Travelbees teori om mellommenneskelige forhold. Ut fra dette formålet er problemstillingen formulert slik:

«*Hvordan kan sykepleier optimalisere smertelindring hos pasienter med kreft i en palliativ fase?*»

2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Metoden som er benyttet i denne oppgaven er litteraturstudie med systematisk litteratursøk. Data som er brukt i oppgaven er hentet fra forskning, teori og fagkunnskap. Metode skal bidra til å finne frem til informasjon som er nødvendig for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017). Datamaterialet som er benyttet i oppgaven skal

inkludere fenomenet smerte. Studiene som er inkludert er ikke eldre enn ti år, hvor alle er fagfellevurderte og har IMRAD struktur. Som støttelitteratur er pensumlitteratur og nasjonale retningslinjer inkludert i oppgaven. Videre er det benyttet faglitteratur fra søk i NTNU's databaser, yrkesetiske retningslinjer og lovverk fra Lovdata.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 Inklusjon – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Palliative pasienter	Alder: under 18 år
Alder: 18-70 (all adults)	Pårørendeperspektiv
Fagfellevurderte artikler	Pasienter i kurativ fase
Pasientperspektiv	Gravide
Pasienter med langtkommen kreft	Artikler eldre enn 10 år
IMRAD struktur	
Artikler publisert mellom 2012-2022	
Skandinavisk og engelsk språk	

2.3 Søkehistorikk og søkestrategi

Sentrale begreper i problemstillingen er utgangspunktet for litteratursøket. For å gjøre problemstillingen presis og tydelig, ble PICO-skjema fylt ut med sentrale nøkkelord/begreper (Helsebiblioteket, 2016a). Videre i dette kapitlet følger en søketabell, denne viser til bruk av ulike databaser, kombinasjoner av søkeord, antall treff og artikler som er inkludert.

Tabell 2 PICO-skjema

P (Patient/population) <i>Hvem ønsker vi å få vite noe om?</i> <i>Pasientgruppe, diagnose, problem</i>	I (Intervention) <i>Hvilke tiltak, behandling eller intervensjon ønsker vi å vite noe om?</i>	C (Comparison) <i>Brukes i de tilfellene hvor vi sammenligner to forskjellige tiltak</i>	O (Outcome) <i>Hvilke utfall, effekt, erfaring eller vendepunkt er vi interessert i?</i>
Pasienter med kreft (cancer patients)	Smertelindring (pain management)		Smertelidring (pain relief)
Palliative pasienter (palliative patients)	Palliativ behandling (palliative care)		
Smerte (pain)	Sykepleietiltak (nursing interventions)		Forebygge smerte (prevent pain)
Kreftsmarter (cancer pain)	Depresjon (depression)		
Sykepleier (nurse)	ESAS/VAS		

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Valgte artikler

Cinahl	30.03.22	S1	Palliative Care OR Palliative nursing	Utgitt mellom 2012-2022, Peer reviewed (fagfelleurdert), Age groups: All Adult, Search mode: Boolean/Phrase	2384	
		S2	Pain Management OR Pain Relief		1120	
		S3	Cancer Patients OR Cancer		4247	
		S4	S1 AND S2 AND S3		19	A
Cinahl	01.04.22	S1	Pain Management	Utgitt mellom 2012-2022, Peer reviewed (fagfelleurdert), Age groups: All Adult, Search mode: Boolean/Phrase	1120	
		S2	Cancer Pain OR Pain		5935	
		S3	Quality of Life		138740	
		S4	S1 AND S2 AND S3		11	B, C
Cinahl	03.04.22	S1	Palliative Care	Utgitt mellom 2012-2022, Peer reviewed (fagfelleurdert), Age groups: All Adult, Search mode: Boolean/Phrase	2384	
		S2	Cancer Patients OR Oncology Patients		4247	
		S3	S1 AND S2		311	
		S4	Cancer Pain		5935	
		S5	S3 AND S4		27	D, E
Cinahl	07.04.22	S1	Smerter	Utgitt mellom 2012-2022, Peer reviewed (fagfelleurdert), Age groups: All Adult, Search mode: Boolean/Phrase	38	
		S2	Kreft		128	
		S3	Palliasjon		1	

		S5	S1 OR S2 OR S3		167	F, G
PubMed	02.05.22	S1	Palliation AND Pain AND Depression	Full tekst, utgitt mellom 2012-2022	85	H

Inkluderte artikler

- A. Sønning, H. E. & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1), 121–136. <https://doi.org/10.7557/14.4319>
- B. Peng, C. S., Baxter, K. & Lally, K. M. (2019). Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(1), 45–49. <https://doi.org/10.1177%2F1049909118788643>
- C. Rafii, F., Taleghani, F. & Khatooni, M. (2021). Barriers to Effective Cancer Pain Management in Home Setting: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 22(4), 531–538. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.003>
- D. Kashyap, K., Joshi, S., Vig, S., Singh, V. & Bhatnagar, S. (2017). Impact of Scrambler Therapy on Pain Management and Quality of Life in Cancer Patients: A Study of Twenty Cases. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 18–23. <https://www.doi.org/10.4103/0973-1075.197948>
- E. Satija, A., Joad, A. K., Rana, S. P. S. & Bhatnagar, S. (2021). The Burden of Cancer-related Neuropathic Pain: A Multi-centric Cross-sectional Observational Study from North India. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 104–108. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_277_20
- F. Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 14(79585), e-79585. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>
- G. Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326–334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- H. Grotmol, K. S., Lie, H. C., Loge, J. H., Aass, N., Haugen, D. F., Stone, P. C., Kaasa, S., & Hjermstad, M. J. (2019). Patients with advanced cancer and depression report a significantly higher symptom burden than non-depressed patients. *Palliative & Supportive Care*, 17(2), 143–149. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001183>

Håndsök:

- (I.) Gulbrandsen, P. (2001). Cicely Saunders og hospicebevegelsen. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 121(22), 2644. <https://tidsskriftet.no/2001/09/aktuelt/cicely-saunders-og-hospicebevegelsen>
- (J.) Hansen, S. R. (2006). Den totale smerte. *Klinisk Sygepleje*, 20(2), 15–23. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2006-02-03>

Cinahl er databasen som har blitt brukt i hovedsak. Her har jeg gjort enkeltsøk ved søke på ord som for eksempel *palliative care OR palliative nursing, pain management OR pain relief* som ga mange treff. Ordlydene som faller inn under samme kategori ble kombinert med søkeoperatoren OR for å øke relevante treff. For å begrense søkene ble søkeoperatoren AND benyttet for å kombinere S1, S2, S3 og S4 som ga langt færre treff og samtidig økte relevansen i henhold til problemstillingen. For å avgrense søket ble det gjort avhukinger i databasen hvor eksempelvis *full text, peer reviewed, Boolean/Phrase, all adult, year: 2012-2022* samt *english language* ble brukt i alle søkene bortsett fra søk etter artikkel I og J. PubMed ble brukt i det siste søket for å finne artikkel angående smerte og depresjon.

Håndsök ble benyttet for å finne artikler angående sykepleieteorien *total pain* da jeg opplevde at dette var vanskelig å finne i databasene ved å gjøre et avgrenset søk. Her søkte jeg i flere tidsskrifter som er relevant for sykepleie. Begge artiklene er eldre enn 10 år og definert som fagartikler/nyheter. Likevel er disse inkludert da formålet er å beskrive en relevant teori.

2.4 Kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler

I utvelgelsen av forskningsartikler ser man på reliabilitet og pålitelighet. Dette er et viktig kriterium for å bedømme forskningens kvalitet, og et hjelpemiddel for å vite om innholdet er til å stole på. Forskning bør leses med et kritisk blikk, og fokuset være rettet mot den informasjonen som er sentral for å besvare problemstillingen (Dalland, 2017). For å kunne vurdere forskningen ble sjekklister med spørsmål benyttet: «*Har artikkelen en klart formulert problemstilling? Kan du stole på resultatene? Kan resultatene brukes i min praksis?*» (Helsebiblioteket, 2016b).

I denne oppgaven er det inkludert artikler fra ulike verdensdeler og land. Dette fordi palliasjon er relevant uavhengig av geografisk område, og dette vil også gi et mer helhetlig perspektiv på fenomenet smerte ettersom det er relevant for alle pasienter med kreft uansett etnisitet. I tillegg vil kanskje andre land kunne ha oppdaget ulike typer smertelindring som ikke blir benyttet i Norge. En svakhet med å benytte studier fra ulike verdensdeler er at det kan være utfordrende å vurdere overføringsverdien disse studiene har til norsk helsevesen. Det er inkludert to artikler fra Norge hvor sykepleiers rolle blir belyst. Siden sykepleiere på tvers av verdensdeler og land kanskje praktiserer ulikt, vil disse artiklene være mer relevant for oppgaven med tanke på egne erfaringer fra sykepleierstudiet og pensumlitteratur.

2.5 Analyse

Artiklene er analysert ved bruk av innholdsanalyse som er en firetrinns modell utformet av Evans (Evans, 2002).

Trinn 1:

Etter gjennomført systematisk litteratursøk ble åtte relevante forskningsartikler samlet inn.

Trinn 2:

Her ble det gjennomgått nøkkelfunn fra alle åtte artiklene. For å få oversikt over innholdet ble abstraktet først lest nøye, så gikk jeg videre inn på de forskjellige underoverskriftene. Videre for å få god forståelse av innholdet ble artiklene lest i sin

helhet, med spesielt fokus på resultatdelen opp mot hensikten med studien. Dette også for å finne ut om artiklene var relevante for min problemstilling. Markeringspenn ble benyttet for å markere de viktigste delene under hver underoverskrift. Alle resultater som gikk ut over mine egne eksklusjonskriterier ble ekskludert fra artikkelutvelgelsen.

Trinn 3:

I trinn 3 sorterte jeg hovedtemaer ut fra nøkkelfunnene i artiklene. Disse tar utgangspunkt i likheter i artiklene. For å danne meg en bedre forståelse av problemstillingen, ble undertemaer identifisert ut fra de samlede temaene. Ved å trekke frem resultater fra de ulike artiklene ble undertemaene identifiserte. For å komme frem til disse måtte jeg lese hensikten med forskningen og resultatdelen nøye. Her brukte jeg markeringstusj og noterte i marginen med penn. Nøkkelfunnene er systematisert etter fellestrekk og lagt frem i tabellen under.

Tabell 4 Tema med nøkkelfunn

Hovedtema	Nøkkelfunn/undertema	Knyttet til artikkel
<i>Helhetlig smerteopplevelse</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientenes opplevelse av lidelse og smerter • Hvordan fysisk og psykisk smerte påvirker hverandre • Nevropatiske smerter 	A, E, H,
<i>Alternativ smertelindrende behandling</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Musikkintervensjon som smertelindrende behandling • Scrambler Terapi som smertelindrende behandling 	B, D
<i>Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel for å avdekke smerter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ESAS som kartleggingsverktøy til å avdekke somatiske og psykiske smerter • VAS som kartleggingsverktøy • S-LANSS for å avdekke nevrologiske smerter • Kartleggingsverktøy som forebyggende hjelpemiddel 	B, D, E, F
<i>Sykepleiers rolle og funksjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleiers holdninger til smertelindrende behandling • Sykepleiers erfaring med bruk av kartleggingsverktøy 	A, C, F, G

	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleiers erfaringer og kunnskap • Sykepleier som omsorgsperson 	
--	--	--

Trinn 4:

Dette trinnet er en beskrivelse av resultatene under hvert hovedtema, og presentert under kapittel 3.2. Resultatene som er beskrevet er kun de som er relevante for å besvare problemstillingen.

3. Resultat

3.1 Artikkelmatriser

Tabell 5 Artikkelmatriser

A: Referanse	Sønning, H. E. & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i>, 16(1), 121–136. https://doi.org/10.7557/14.4319
Hensikt	Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan kreftpasienter som bor hjemme opplever sin livssituasjon etter avsluttet kurativ behandling, altså i den palliative fasen, for å øke kunnskapen angående hva som kan bidra til god palliativ omsorg.
Metode	Dette er en fenomenologisk studie, hvor kvalitativ metode i form av individuelle dybdeintervju ble benyttet. Her har Georgi (2009) sin fenomenologiske deskriptive metode blitt anvendt, hvor hensikten med metoden er å få frem den subjektive opplevelsen av et fenomen. Åtte hjemmeboende deltakere med avsluttet kurativ behandling i alderen 35-63 år ble rekruttert. En av deltakerne var gift med voksne barn, to deltakere var i nye forhold med voksne barn, tre var aleneforsørgere for små barn og to var gift med små barn. Alle deltakerne var norskspråklig. Intervjuene forgikk hvor de passet best for deltakerne. En intervjuguide med tre hovedtemaer ble benyttet; beskrivelse av hvordan man opplever å være i en palliativ fase, hvilke utfordringer deltakerne opplevde med palliasjon og egne beskrivelser angående hva som bidrar til gode dager.
Resultat	Studien viser at alle deltakerne hadde et ønske om å leve et normalt liv på tross av sykdommen, og det å kunne være hjemme var viktig. Planlegging og forutsigbarhet var viktig for deltakernes egen beskrivelse av økt livskvalitet. Økt kontakt med helsevesenet, forutsigbarhet og trygghet ble beskrevet som en forutsetning for å oppnå visshet om

	<p>å bli ivaretatt av profesjonelle helsepersonell. For at palliasjonen skulle oppleves som best mulig var deltakerne avhengig av helsepersonell med høy faglig kompetanse. Kommunikasjon ble også beskrevet som viktig. Samtaler kunne oppleves lindrende, men også forårsake lidelse. Derfor var kommunikative ferdigheter viktig i form av kroppsspråk, bruk av ord, informative ferdigheter og nonverbal og verbal kommunikasjon viktig for deltakerne. Dette kunne ha en positiv og lindrende effekt på deltakernes situasjon. Det å skulle forlate sine nærmeste ga skyldfølelse, opplevelse av å svikte og påføre sine pårørende smerter. Det at pårørende deltok i undersøkelser, oppfølging og informasjonsmøter med helsepersonell opplevdes lindrende for deltakerne.</p>
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er etisk godkjent • Studien belyser viktigheten av høy faglig kompetanse blant sykepleiere for å ivareta pasienter med denne problematikken best mulig. • Studien er basert på deltakernes egne erfaringer med å være i en palliativ fase og hva som forårsaker lidelse og lindring som øker forståelsen av hva denne pasientgruppen har behov for. • Studien belyser viktigheten av behovet for informasjon, oppfølging og tilstedeværelse i dialog med sykepleiere. • Denne kvalitative studien er inkludert da den kan tilføre oppgaven bedre innsikt og mer dybde i drøftingsdelen.

B: Referanse	<p>Peng, C. S., Baxter, K. & Lally, K. M. (2019). Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care. <i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i>, 36(1), 45–49.</p> <p>https://doi.org/10.1177%2F1049909118788643</p>
Hensikt	<p>Hensikten med studien var å undersøke om implikasjon av livemusikk ville ha positiv effekt på palliative pasienters opplevelse av symptomer målt ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale). Formålet med studien er å avdekke om palliative pasienters opplevelse av symptomer etter eksponering for live-musikk fra biologiske, atferdsmessige og subjektive standpunkter.</p>
Metode	<p>Dette er en pilotstudie som er en mix av kvalitativ og kvantitativ metode. Alle pasienter som var under palliativ behandling ved Kent Hospital eller Woman and Infants Hospital i perioden juni-juli 2017, og kunne gi skriftlig samtykke selv eller via verge oppfylte kriteriene for å delta i studien. Pasientene måtte også være i stand til å fylle ut</p>

	<p>en forenklet versjon av Edmonton Symptom Assessment Scale med 6 av opprinnelig 8 elementer før og etter musikkintervensjon. Gjennomsnittsalderen var 66,8 år og 29 av deltakerne var kreftpasienter. 33 pasienter var under behandling med opiat, hvor bruken av medikamentet blant 19 av disse ble målt over en periode på 24t før og etter musikkintervensjon. For å analysere bruken av opiat ble medikamentet konvertert til peroral bruk av morfin. Elementene i ESAS som ble brukt før og etter musikkintervensjonen var «smerte, kvalme, depresjon, angst, velvære og tung pust», hvor hvert element blir vurdert fra 0-10 hvor et høyt tall beskriver sterke symptomer. Deltakerne fikk også besvare 4 spørsmål etter intervensjonen som utgjør den kvalitative delen av studien.</p>
Resultat	<p>Studien viser til en gjennomsnittlig signifikant forbedring i symptomer basert på elementene i ESAS før og etter musikkintervensjon. 42 av 43 deltakere opplevde reduksjon av symptomene smerte, kvalme, depresjon, angst og velvære. 41 av 43 deltakere opplevde også forbedring av tung pust. 32 av 33 deltakere som samtidig ble behandlet med opiat hadde en nedgang i behov for smertestillende etter musikkintervensjonen.</p>
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er etisk godkjent • Studien peker på andre former for smertelindring som kan ha effekt utover medikamentell behandling • Bruk av ESAS som er relevant for smertelindring. • Relevant for sykepleiere da denne formen for intervensjon bør være enkle å gjennomføre da det ikke krever mye bruk av ressurser.

C: Referanse	<p>Rafii, F., Taleghani, F. & Khatooni, M. (2021). Barriers to Effective Cancer Pain Management in Home Setting: A Qualitative Study. <i>Pain Managment Nursing</i>, 22(4), 531–538. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.003</p>
Hensikt	<p>Hensikten med studien er å belyse hvordan omsorgspersoners barrierer i forhold til smertelindring vil påvirke palliative pasienters smertesymptomer.</p>
Metode	<p>Kvalitativ studie som benytter individuelt dybdeintervju som metode. Intervjuene ble spilt inn og transkribert og videre analysert tematisk. Gjennomsnittsalderen på pasientene var 42 år.</p>
Resultat	<p>Flere av omsorgspersonene syntes det var vanskelig å bedømme hvor stort behov pasientene hadde for smertestillende. Studiet belyser også at pasientene uttrykker mye smerte, og at det er vanskelig for pårørende å tolke hvorvidt smerten er reel eller ikke. Studien belyser viktigheten av oppfølging fra helsevesenet for å oppnå best mulig smertelindring og livskvalitet.</p>

Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Artikkelen beskriver utfordringer med å lindre palliative pasienter som blir ivaretatt av pårørende. • Studien er relevant for oppgaven i den grad at man får et innblikk i viktigheten av tilstedeværelse av sykepleiere. • Pårørende har et emosjonelt forhold til pasienten, som kan være utfordrende for smertebehandlingen. • Utfordringen med fordommer mot smertebehandling i forhold til bekymring om avhengighet blir belyst, og er relevant for diskusjonsdelen.
------------------	---

D: Referanse	<p>Kashyap, K., Joshi, S., Vig, S., Singh, V. & Bhatnagar, S. (2017). Impact of Scrambler Therapy on Pain Management and Quality of Life in Cancer Patients: A Study of Twenty Cases. <i>Indian Journal of Palliative Care</i>, 23(1), 18–23.</p> <p>https://www.doi.org/10.4103/0973-1075.197948</p>
Hensikt	Hensikten med denne studien er å undersøke virkningen av Scrambler Therapy på kroniske kreftsmarter og livskvalitet ut fra WHO´s definisjonsområder.
Metode	Denne studien baserer seg på observasjoner ved bruk av kvalitativ metode. VAS (visuell analog smerteskala) er benyttet som kartleggingsverktøy før og etter hver behandling. Graden av smerten måles i en skala på 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelige smerte). Behandlingen foregår over 12 ganger, hvor 10 kvinner og 10 menn som ikke responderte på peroral smertebehandling med medikamenter deltok. Alle deltakere hadde en forventet levetid på >3 måneder.
Resultat	Alle deltakerne opplevde god smertelindrende effekt og bedring på alle fire definisjonsområder angående livskvalitet. Smertescoren med bruk av VAS hadde signifikant bedring hos alle deltakere etter hver behandlingstid. Det ble også bevist signifikant bedring i fysiske, psykiske, sosiale og omgivelsesmessige vilkår.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Scrambler Therapy er en form for smertelindring ved hjelp av strømførende elektroder som blir festet på eller rundt det smertefulle området. • Tidligere forskning viser at denne terapiformen har ført til mindre bruk av analgetiske medikamenter, forbedret livskvalitet og avtakende kreftsmarter. • Studien er etisk godkjent. • Relevant for oppgaven da den tar for seg alternative metoder for smertelindring, som er relevant for kreftsmarter da disse kan være vanskelig å behandle medikamentelt.

E: Referanse	Satija, A., Joad, A. K., Rana, S. P. S. & Bhatnagar, S. (2021). The Burden of Cancer-related Neuropathic Pain: A Multi-centric Cross-sectional Observational Study from North India. <i>Indian Journal of Palliative Care</i>, 27(1), 104–108. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC.277.20
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse hvor belastende nevrologiske smerter er for palliative pasienter med kreft.
Metode	Kvantitativ studie som har benyttet seg av flere sykehusavdelinger og mennesker med ulike etnisiteter, alder og kjønn. Pasientene hadde alle uheilbredelig kreft. Studien benytter selvrapporing via Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) for å observere graden av nevrologiske smerter hos pasientene. Studien hadde 261 deltakere totalt.
Resultat	Femtifire prosent av alle deltakere fikk en score på <10 på S-LANSS som vil si at alle disse hadde nevrologiske smerter. Resultatet viser til at flertallet av pasientene opplevde høy grad av nevrologiske smerter. Studien viser til at en tidlig diagnostisering av nevrologiske smerter ved hjelp av screeningverktøy kan hjelpe helsepersonell til å avdekke nevrologiske smerter. Screeningskjema er lite ressurskrevende og vil også hjelpe å skille nevrologiske smerter fra nociceptive smerter.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien belyser at nevrologiske smerter er svært vanlige hos pasienter med kreft. • Bruk av screening for å avdekke smerter blir trukket frem som relevant for behandling. • Denne studien er relevant for oppgaven da behandling og identifisering av forskjellige typer smerter er relevant for sykepleiere. • Studien er etisk godkjent.

F: Referanse	Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. <i>Sykepleien Forskning</i>, 14(79585), e-79585. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585
Hensikt	Studiens hensikt er å finne ut av sykepleieres erfaring med bruk av ESAS for å kartlegge symptomer hos kreftpasienter.
Metode	Metoden som er brukt er kvalitative dybdeintervjuer av seks sykepleiere som jobber på onkologisk sengepost. Til intervjuene ble semistrukturert intervjuguide benyttet. Datamaterialet som ble samlet inn ble analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat	Sykepleiere i studien beskriver ESAS som nyttig i kartlegging, som fører til innblikk i pasientens subjektive symptomopplevelse. Dette kan igjen bidra til bedre symptomlindring da ESAS også er en inngangsport til samtale med pasientene om deres symptomer. Bedre symptomlindring kan også føre til bedre livskvalitet. Sykepleierne uttrykte at ESAS må brukes systematisk hvis det skal ha ønsket effekt. Deltakerne rapporterte om uklare rutiner rundt bruk av ESAS og manglende vektlegging på å bruke kartleggingsverktøyet.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Relevant for oppgaven da den tar for seg bruk av kartleggingsverktøyet ESAS. • Belyser sykepleieres erfaring med bruk av ESAS for å kartlegge symptomer. • Relevant for oppgaven da de inneholder sykepleiefaglige metoder og sykepleieres perspektiv på et element innenfor behandling av smerter. • Studien er etisk godkjent.

G: Referanse	Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. <i>Sykepleien Forskning</i>, 10(4), 326–334. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983
Hensikt	Hensikten med denne studien er å belyse sykepleiere og sykepleiestudenters kunnskap om og holdninger til smertelindring.
Metode	Kvantitativ studie basert på tverrsnittundersøkelse med bruk av spørreskjema på 39 spørsmål ved hjelp av kartleggingsverktøyet Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). Disse spørsmålene vedrører smertehåndtering og smertelindring. 200 sykepleiere og sykepleiestudenter deltok i studien fra ett universitet og en høyskole. Endelig utvalg besto av 165 deltakere og utgjorde en svarprosent på 83%.
Resultat	Gjennomsnittlig svarte 71% av sykepleieren og 58,5% av sykepleiestudentene riktig på utsagnene i spørreundersøkelsen. Sykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleierstudentene. Begge grupper hadde gode kunnskaper om smertelindring på noen områder, og begge grupper var bekymret for respirasjonsdepresjon og opiatavhengighet. Det fantes forskjeller mellom gruppene når det kommer til teoretisk kunnskap og praktisk handling vedrørende to pasienthistorier, hvor sykepleieren hadde flest riktige svar. Studien konkluderer med at sykepleiere og sykepleiestudenter trenger økt kunnskap rundt smertelindring, og at holdninger rundt smertebehandling

	med opiat er bør fornyes. Studien avdekker at begge grupper bør bli flinkere til å ta hensyn til hva pasientene uttrykker gjennom innhenting av pasienthistorie.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien belyser sykepleiere og sykepleierstudenters holdninger til smertelindring med bruk av opiat er. • Studien er relevant for oppgaven da den legger frem hvordan holdninger hos omsorgsgiveren kan gå ut over pasientens symptomer. • I denne studien kommer det frem at kunnskap, erfaring, holdninger, klinisk blikk er viktig for smertelindring som samsvarer med helhetlig smerteforståelse. • Studien er etisk godkjent.

H: Referanse	<p>Grotmol, K. S., Lie, H. C., Loge, J. H., Aass, N., Haugen, D. F., Stone, P. C., Kaasa, S., & Hjermstad, M. J. (2019). Patients with advanced cancer and depression report a significantly higher symptom burden than non-depressed patients. <i>Palliative & Supportive Care</i>, 17(2), 143–149.</p> <p>https://doi.org/10.1017/S1478951517001183</p>
Henskt	Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom selvrappportert depresjonslidelse og symptomer relatert til langtkommen kreft.
Metode	Kvantitativ studie som inkluderte 935 palliative pasienter med kreft fra ulike sykehusavdelinger og hjemmeboende pasienter. Depresjon ble kartlagt ut fra Patient Health Questionnaire – 9 og scoret opp mot Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders – 5 hvor somatiske symptomer ble ekskludert fra kartleggingsverktøyene. Somatiske symptomer ble kartlagt ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) hvor depresjon, angst og velvære ble ekskludert.
Resultat	Depresjon hos pasienter med langtkommen kreft er assosiert med signifikant flere plagsomme somatiske symptomer. Pasientene som ble kartlagt å ha depresjon scoret høyere på ESAS. Studien belyser at pasienter med smertefulle symptomer bør bli kartlagt for depresjon, for å mulig lette symptomtrykket. Resultatet viser til at et helsepersonell bør ha en helhetlig smerteforståelse for å best mulig kunne lindre smerter hos palliative pasienter med kreft.
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Studien viser til at psykisk lidelse kan påvirke fysiske lidelse. • Benytter ESAS som kartleggingsverktøy. • Studien er etisk godkjent. • Viser til at depresjon forverrer somatiske symptomer.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Belyser at behandling av depresjon kan forbedre somatiske symptomer. |
|--|--|

3.2 Presentasjon av resultater

3.2.1 Helhetlig smerteopplevelse

I artikkel A beskrives kreftpasienters opplevelse av palliativ behandling og hva som er vanskelig med å vite at de skal dø. Det trekkes frem at bekymring for pårørende oppleves som smertefullt og gir lidelse. Artikkelen får frem flere trekk ved helhetlig smerteopplevelse hvor psykiske påkjenninger kan være mer belastende enn fysiske. Viktigheten av et tilgjengelig helsevesen med kompetente sykepleiere belyses også som en viktig faktor for lindring (Sønning & Fossum, 2020). Artikkel E belyser at flertallet av pasienter med kreft opplever nevropatiske smerter, som er også viser til økt symptomer på angst, depresjon og velvære (Satija et al., 2021). I likhet med artikkel E viser artikkel H til hvor mange kreftpasienter under palliativ behandling som opplever å være deprimerte og hvordan depresjon sammen med kreftsykdommen fører til økt symptomsbyrde. Dette er et viktig tema i denne oppgaven da det er viktig å se smerte i et helhetlig perspektiv hvor fysiske, psykiske, sosiale og åndelige faktorer påvirker hverandre (Grotmol et al., 2019).

3.2.2 Alternativ smertelindrende behandling

Artikkel B og D tar for seg alternative former for smertelindring, hvor B belyser musikk som smertelindrende behandling mens artikkel D tar for seg elektroniske impulser som smertelindrende. Begge formene for behandling har vist god effekt ved symptommåling og er også et lite inngripende behandlingsalternativ for pasientene. Disse behandlingsalternativene viste også til nedgang i bruk av medikamenter som kan være heldig for pasienten med tanke på uheldige bivirkningen (Kashyap et al., 2017; Peng et al., 2019). Artiklene tar i bruk ESAS og VAS som kartleggingsverktøy som er relevant i optimaliseringen av smertelindring på sykepleiefaglig nivå. Bruk av kartleggingsverktøy blir belyst i artikkel F hvor man tar for seg bruk av ESAS blant sykepleiere og deres erfaringer med kartleggingsverktøyet. Her får man innblikk i viktigheten av kontinuerlig bruk, kommunikasjon med pasienten, veiledning og oppfølging (Ihler & Sæteren, 2019).

3.2.3 Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel for å avdekke smerter

I artikkel B brukes ESAS til å kartlegge symptomer før og etter bruk av musikkintervensjon hvor man ser en tydelig sammenheng mellom fysiske og psykiske smerter, hvor begge smerteformene er betydelig reduserte etter intervensjon (Peng et al., 2019). Artikkel E er en studie som belyser hvor vanlig nevropatisk smerte er blant pasienter med langtkommen kreft. Nevropatisk smerte er smerteformen som artikkel D tar for seg i utøvelsen av elektroimpulser mot smerter. Nevropatisk smerte er også vanskeligere å lindre, hvor artikkelen får frem at en stor andel opplever denne smerteformen. Slik får man belyst at dette er problematisk for helsepersonell å vite hvordan man skal behandle, og bruken av kartlegging og andre behandlingsformer kan derfor være svært aktuelt (Kashyap et al., 2017; Satija et al., 2021). I artikkel F belyses sykepleieres erfaring med bruk av ESAS, hvor de oppgir at dette er et viktig kartleggingsverktøy for å avdekke smerter både psykisk og fysisk, og at konsekvent bruk av dette er viktig for å forebygge og behandle pasientenes lidelse (Ihler & Sæteren, 2019).

3.2.4 Sykepleiers rolle og funksjon

Artikkel A viser til palliative pasienters behov for kompetente helsepersonell i likhet med artikkel C som belyser problemet med å ikke ha helsepersonell lett tilgjengelig (Rafi et al., 2021; Sønning & Fossum, 2020). Artikkel F tar for seg hvordan sykepleiere opplever å behandle smerter ved bruk av kartleggingsverktøy. Her får man innblikk i hvordan sykepleiere mener bruken av ESAS kan være med på å lindre pasientens symptomer (Ihler & Sæteren, 2019). Artikkel G viser til hvordan sykepleieres holdninger til smerte og smertelindring påvirker pasienten, og belyser viktigheten av å tolke smerte som en subjektiv opplevelse uten å blande inn personlige preferanser eller erfaringer. Sykepleiere er en viktig person for pasienter under palliativ behandling da rollen som sykepleier har som formål å hjelpe pasientene til optimal lindring, hvor studiet viser til at det er uheldig å ha forutinntatte meninger eller holdninger til et annets individ opplevelse av smerte (Granheim et al., 2015). Artikkel C belyser mennesker i en palliativ fase som ikke har god nok oppfølging fra helsevesenet og hvordan dette påvirker deres symptomer. Det beskrives at pårørende har et emosjonelt forhold til pasienten, hvor valg angående smertelindring kan være vanskelig å ta. Bekymringer for å gjøre pasienten avhengig av medikamenter, eller at pasienten selv er redd for avhengighet beskrives som et problem hvor pårørende synes det er vanskelig å administrere sterke smertestillende. Dette belyser viktigheten av kontakt med helsepersonell som har kompetanse til å forklare, veilede og administrere (Satija et al., 2021).

4. Diskusjon

4.1 Innledning

I dette kapitlet drøftes min problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier bidra til å optimalisere smertelindring hos pasienter med kreft i en palliativ fase?*» med utgangspunkt i teori og forskning som er brukt i tidligere kapittel.

4.1.1 Helhetlig opplevelse av kreftsmarter

I dette kapitlet vil jeg ta for meg viktigheten av å se kreftsmarter som en helhetlig smerteopplevelse som inkluderer ulike domener. Ulike studier vil bli belyse dette, samtidig som teori fra litteratur også kan være med å underbygge denne påstanden.

Pasienter med langtkommen kreft har ofte en kompleks opplevelse av smerter. For pasienten kan det være vanskelig å skille mellom de ulike symptomene. Travelbee hevder at kreftsmarter er en kombinasjon av fysiske og psykiske forhold hos pasienten, hvor den ene ikke utelukker den andre (Travelbee, 2001). I studien «*Jeg gråter noen tårer hver dag*» beskriver deltakerne i stor grad hvordan psykisk smerte i form av redsel, skyldfølelse og håpløshet bidrar til fysisk smerte. En pasient beskriver at «*tanken på å forlate barna mine gjør fysisk vondt*» (Sønning & Fossum, 2020). I en annen studie av Grotmol (2019) er det funnet resultater som viser til at kreftpasienter med depresjon opplever større symptomsbyrde når det gjelder fysiske symptomer (Grotmol et al., 2019). Gjennomgående i denne oppgaven viser både teori og forskning til at pasienter med kreft ofte har mer smerter på grunn av psykiske påkjenninger. Her går altså teorien og forskningen hånd i hånd. Likevel rapporterer flere pasienter i de fleste forskningsartiklene høy smertescore. Samtidig som teorien viser til en forståelse og viten om helhetlig smerteopplevelse, viser forskning til at kreftpasienter ofte ikke opplever god smertelindring.

Nevropatiske smerter er fremtredende hos pasienter med kreft, og flere opplever at disse er vanskelig å behandle, hvor en studie viser til at 54% av gruppen rapporterer

nevropatisk smerte, noe som igjen viser til svekket livskvalitet (Satija et al., 2021). Ut fra egen erfaring som sykepleierstudent har jeg en opplevelse av at mye av behandlingen går ut på lindring av fysisk smerte og at sykepleierne sjeldent har god nok tid til å sette seg inn i pasientens psykiske tilstand. Samtidig hadde jeg inntrykk av at de fleste pasientene var fornøyde og hadde akseptert sin situasjon. Alternativ behandling med musikk og elektroimpuls-behandling viser til at pasienter som scorer høyt på smerte, har lavere score på både fysiske og psykiske symptomer etter behandling (Kashyap et al., 2017) (Peng et al., 2019). Slik kan vi se at pasienter som opplever god fysisk smertelindring også har det bedre psykisk, noe som samsvarer med egne erfaringer. Travelbee skriver at sykepleiere trenger erfaring og kompetanse når det kommer til å bedømme smerte. Hun mener at fysisk og psykisk smerte er så kompleks at for å kunne sette seg inn i pasientens smerteopplevelse, trenger sykepleier å tilegne seg en egen oppfatning og forståelse av hva smerte er og hvordan den kommer til uttrykk (Travelbee, 2001). Dette samsvarer med Cecily Saunders teori om «total pain» hvor også hun mener at sykepleiere må se smerte som en helhet og pasienten som et kompleks menneske, og samtidig forstå viktigheten av dette når det kommer til behandling av smerter (Hansen, 2006).

4.1.2 Hvordan påvirker fysisk og psykisk smerte hverandre?

I dette kapittelet vil jeg diskutere hvordan fysiske og psykiske smerter konkret påvirker hverandre. Jeg vil bruke resultater fra forskning som støtter opp om at fysiske symptomer kan forverres ved psykisk belastning og visa versa.

I studien angående Scrambler Therapy ser man signifikant økning i domenene livskvalitet, psykisk helse og fysisk helse etter behandling mot somatiske smerter. Dette viser også studien angående musikkintervensjon, hvor fysiske og psykiske symptomer viser nedgang i takt med hverandre etter behandling. I likhet viser også Grotmol (2019) i sin studie at pasienter med depresjon opplever tydelig høyere symtomsbyrde enn pasienter uten depresjon. Dette underbygger teorien til Saunders angående helhetlig smerte, hvor hennes påstand er at fysiske og psykiske faktorer påvirker hverandre (Hansen, 2006). I likhet med Travelbee, mener Saunders også at pasienten skal sees som et helt menneske, hvor ulik form for lidelse påvirker hverandre. Hvis pasienten føler seg utrygg, er preget av frykt for døden og andre vanskelige tanker kan dette komme til uttrykk som fysisk smerte (Hansen, 2006). Samtidig kan det være utfordrende å avdekke hvilke av disse symptomene som påvirker det andre. En mulig forklaring er at de uansett vil påvirke hverandre, men dette kan ikke sies for sikkert. Som sykepleiestudent har jeg vært i kontakt med pasienter jeg opplevde som godt lindret. Samtidig kunne jeg observere individuelle forskjeller, kanskje spesielt angående alder. Det er viktig å påpeke at det kan være en større psykisk påkjenning for en relativt ung pasient å vite at man skal dø, men her kan man ikke trekke konklusjoner kun ut fra alder da også en eldre pasient kan føle på at man ikke er «ferdig» med livet (Travelbee, 2001). Det er nok lite tvil om at fysiske og psykiske faktorer påvirker hverandre når det kommer til smerte. Det er viktig å være klar over at smerte kommer til uttrykk ulikt fra individ til individ. Travelbee skriver videre at smerte er et fenomen som er nærmest umulig for sykepleier å sette seg inn i, og at man gjennom erfaring, holdninger og kommunikasjon bare kan finne ut hvordan smerten oppleves for det andre individet (Travelbee, 2001). Dette handler om at sykepleier må vite at smerte er så mangt, og ha et åpent sinn angående hva som forårsaker smerten. I likhet med forskningen det vises til, har nasjonale retningslinjer til hensikt å ivareta både fysiske og psykiske faktorer hos palliative pasienter, nettopp fordi disse påvirker hverandre (Helsedirektoratet, 2019).

4.1.3 Pasientens opplevelse av å være under palliativ behandling

Dette kapitlet vil handle om hvordan pasientene selv opplever å være under palliativ behandling. Samtidig vil jeg prøve å trekke frem hvordan deres opplevelse er kontra hva nasjonale retningslinjer setter som krav til god palliasjon.

Nasjonale retningslinjer viser til at palliativ behandling har til hensikt å lindre på et fysiologisk, psykologisk, åndelig og eksistensielt plan. I tillegg påpeker nasjonale retningslinjer at palliasjon også omfatter kontinuerlig oppfølging fra helsevesenet, og at nettopp dette er viktig for å kunne optimalisere lindringen (Helsedirektoratet, 2019). Samtidig forteller en pasient i studien «*Jeg gråter noen tårer hver dag*» at overgangen fra å være pasient under kurativ behandling til palliativ pasient føles vidt forskjellig. Pasienten forklarer en opplevelse av å bli overlatt til seg selv når den palliative fasen inntreffer (Sønning & Fossum, 2020). Flere studier viser til at pasienter under palliativ behandling ofte beskriver eller scorer høyt på spørsmål om angst/depresjon, og at det å være døende forbindes med frykt, usikkerhet og følelsen av å svikte sine nærmeste samt det å være en byrde for sine pårørende (Sønning & Fossum, 2020; Peng et al., 2019; Grotmol et al., 2019). Studiene i likhet med nasjonale retningslinjer viser til at pasientene ofte profiterer på et tilgjengelig og kompetent helsevesen, som kan formidle trygghet og støtte. Pasientopplevelsen reflekterer altså de nasjonale retningslinjene, ved å belyse problematikk som retningslinjene er formulert for å forebygge. Hvorfor viser da flere studier til at realiteten for en palliativ pasient med kreft ofte består av utrygghet, smerter og sorg?

Fra egen erfaring i praksis som sykepleierstudent oppleves det som at dårlig tid ofte går ut over pasientens opplevelse av sykepleien som blir gitt. Dårlig tid vil være skadelig for å bygge relasjoner med pasientene og pasienthistorien uteblir. Pasienthistorien er en viktig del av pasientens behandling, da det pasienten uttrykker er nødvendig for å forstå det helhetlige smertebilde (Granheim et al., 2015). I likhet beskriver Travelbee viktigheten av å bli kjent med det individuelle mennesket, og lære å tolke deres væremåte. For å bli kjent med pasienten må man som sykepleier legge merkelappen «pasient» til side. Hun beskriver at sykepleier må legge sine egne følelser vekk, og heller prøve å forstå hvordan sykdomserfaring fremstår for det aktuelle individet. Slik vil man også lettere oppdage endringer, og kunne utøve sykepleie forebyggende. En viktig faktor for å lære den syke å kjenne er tid, og gi den syke en følelse av at sykepleieren ikke er under et tidspress vil forebygge den sykes følelse av å være til bry (Travelbee, 2001). I studien av Sønning (2020) beskriver pasientene at det mest smertefulle er å være en byrde for sine pårørende som også belyses i studien av Rafii (2020) hvor pasienter som er under pårørendes ansvar behandlingsmessig ofte opplever mye lidelse i form av smerte på flere plan (Rafi et al., 2021; Sønning & Fossum, 2020). I likhet reflekterer Travelbee rundt viktigheten av å få behandling av kompetente sykepleiere, da pårørende ofte har en emosjonell relasjon til den syke. Hun mener at følelser ikke kan være til stede i den grad at det går ut over valg man må ta til det beste for pasienten. Det handler også om å skjerme de pårørende for unødvendig lidelse. Samtidig som det vil være berikende for den syke å ha sine pårørende nærme, kan det også være vanskelig da den syke ikke vil påføre de pårørende lidelse (Travelbee, 2001).

4.1.4 Hvordan kan kartlegging bidra til smertelindring?

I dette kapitlet vil jeg belyse hvordan kartlegging kan bidra til smertelindring, og diskutere hvordan dette skal brukes hensiktsmessig.

Som tidligere nevnt bruker flere av studiene som er benyttet i oppgaven ESAS eller VAS når de måler symptomer hos palliative pasienter med kreft. ESAS er også noe jeg er kjent med fra praksis som sykepleierstudent, og som ble benyttet ved lindrende enhet. ESAS tar for seg både somatiske og psykiske symptomer, og er ment for å kartlegge et helhetlig smertebilde (Stubberud & Grønseth, 2016a). Sykepleiere oppgir at kartleggingsverktøy kan være en inngangsport til å starte en samtale med pasienten, som kan være viktig for at sykepleier skal kunne sette seg inn i pasientens helhetlige smertebilde (Ihler & Sæteren, 2019). Dette underbygger Travelbees teori om å se det hele mennesket, skape en relasjon og tolke den sykes pasienthistorie, som er viktig for å kunne gi best mulig lindring (Travelbee, 2001). Travelbee uttrykker videre at kommunikasjon er nøkkelen for å skape en mellommenneskelig relasjon mellom pasient og sykepleier. Hun beskriver også at datainnsamling er viktig for å kunne forstå og tolke pasientens behov for sykepleie.

Samtidig viser studien av Grotmol (2019) at for å kartlegge depresjon vil det ikke være tilstrekkelig å benytte ESAS, men heller ta i bruk kartleggingsverktøy som kun omhandler det psykiske aspektet. Studien belyser at pasienter som er deprimerte opplever flere og høyere grad av somatiske symptomer, hvor avdekking av depresjon er viktig for behandle det helhetlige smertebilde (Grotmol et al., 2019). Derfor kan det være nødvendig med et kritisk blikk på ulike kartleggingsverktøy for å kunne belyse svakheter. VAS er også et kartleggingsverktøy, hvor pasienten ved hjelp av det visuelle skal beskrive hvor smerten sitter, og i hvilken grad den forekommer. VAS kan være et alternativ for ESAS da noen pasienter kan føle det er enklere å beskrive smerten uten bruk av spørsmål som kan være lette å mistolke for pasienten (Stubberud & Grønseth, 2016a). Nasjonale retningslinjer understøtter bruk av kartleggingsverktøy som en viktig del av palliasjon, hvor hensikten er å forebygge, behandle og lindre smerte. Kartlegging er altså en del av det palliative behandlingsforløpet ifølge nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2019). Likevel melder sykepleiere om at bruk av ESAS er lite rutinepreget, ofte blir glemt og at det ikke blir sett på som veldig viktig (Ihler & Sæteren, 2019). Dette er ikke tråd med lovverket hvor spesialhelsetjenesteloven (1999, Kap 3, § 3-4 a) peker på at sykepleier skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Samtidig som Travelbees teori støtter opp om bruk av kartlegging og kommunikasjon i likhet med nasjonale retningslinjer, er det åpenbart ikke like lett å gjennomføre i praksis.

4.1.5 Medikamentell eller ikke – medikamentell behandling, kan de supplere hverandre?

Dette kapitlet vil belyse ulike former for ikke-medikamentell behandling, og diskutere fordeler og ulemper med bruk av medikamenter. Kapitlet vil også ta for seg hvorfor ikke-medikamentell behandling kan være hensiktsmessig som supplement.

I henhold til nasjonale retningslinjer refereres det ofte til bruk av WHO´s smertetrapp når det kommer til medikamentell smertelindring. Dette er et verktøy som brukes til å bedømme hvilken type smertestillende som bør administreres i henhold til smerteintensitet. Ifølge helsedirektoratet er smertelindring med bruk av medikamenter effektiv behandling, og majoriteten av pasienter med kreft i en palliativ fase har effekt av å lindres medikamentelt (Helsedirektoratet, 2019).

Min erfaring som sykepleierstudent fra praksis er at alle pasienter ved lindrende enhet på sykehuset mottok medikamentell lindring, ofte med god effekt på fysisk smerte. Likevel opplevde jeg flere pasienter som led uten å kunne peke på hvor smerten kom fra. Det ble ofte diskutert blant kolleger hvorvidt smertene var psykogene, og en mulig forklaring var at disse smertene hadde opphav i pasientens følelser rundt sin situasjon. Samtidig finnes det flere eksempler på smerte hvor medikamenter ikke er tilstrekkelig eller fører til andre plagsomme symptomer. Et eksempel fra faglitteraturen er nevrologiske smerter, som er vanskelig å konkretisere og behandle (Wyller, 2019). Også i henhold til den helhetlige smerteopplevelsen kan man underbygge påstanden om at bare medikamentell smertelindring ikke er godt nok. Dette kommer frem i studien angående Scrambler Therapy hvor pasienter som opplever nevrologiske smerter ikke har god effekt av behandling med smertestillende medikamenter. Pasientene i denne studien viser bedring av symptomer etter behandling med Scrambler Therapy, hvor elektriske impulser manipulerer nervebanene til å ikke innhente smertesignaler. Studien har vist at behandlingen også har ført til nedgang i bruk av opiater, som kan være fordelaktig for pasienten da opiater kan føre til plagsomme bivirkninger (Kashyap et al., 2017). I likhet viser en annen studie til bruk av musikk som smertelindring, hvor pasientene som var med i studien hadde mindre symptomer på både somatisk og psykiske faktorer etter å ha fått høre på live-musikk etter eget ønske. Denne studien belyser også at pasientene brukte opiater, hvor bruken av disse gikk ned etter musikkintervensjonen (Peng et al., 2019). Alternativ behandling viste også til at pasientene opplevde færre psykiske symptomer, hvor de scoret lavere på angst, depresjon og velvære. Her vises det også til at bedring i det ene symptomet kan virke inn på et annet symptom. Egen erfaring som sykepleierstudent tilsier at behandling med medikamenter ofte har god effekt på smerter, og man kan ikke se bort fra at pasientenes smerter hadde vært uutholdelige skulle man seponert alle medikamenter. Samtidig er målet med å være så smertefri som mulig vanskelig å oppnå for mange som lider av kreft smerter, og derfor kan alternativ behandling være nødvendig for pasientens helhetlige velvære, eventuelt som et supplement til medikamenter. En annen fordel med å benytte alternativ behandling vil være mindre plagsomme bivirkninger, som vil bidra til enda bedre lindring (Stubberud & Grønseth, 2016a).

4.2 Implikasjoner for sykepleie

4.2.1 Sykepleiers rolle og ferdigheter som lindrende behandler

Sykepleier har et faglig ansvar angående å forebygge sykdom, fremme helse og ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette samsvarer med helsepersonelloven (1999, Kap 2, § 4) som belyser at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Sykepleiers rolle ved behandling av smerter hos pasienter med kreft er i hovedsak at sykepleier ofte er den som observerer, bistår og kjenner pasienten best da sykepleier er til stede i ulike situasjoner. Dette kan for eksempel være i hjelpesituasjoner, hvor sykepleier får mulighet til observere pasientens funksjon og tilstand (Reitan, 2017). Sykepleier vil derfor være den som best observerer endringer hos pasienten og som pasienten føler en relasjon med å kan betro seg til. Dette belyses i Studien av Satija (2021), hvor pasienter som ikke har nær kontakt med helsepersonell oppleves som svært smertepåvirket (Satija et al., 2021). Ifølge helsedirektoratet har sykepleier et ansvar om å se behovet for tverrfaglig samarbeid, hvis behandlingen som allerede finner sted ikke er god nok. Travelbee legger stor vekt på at sykepleier bør ha et åpent sinn når

det kommer til smertelindring, da dette som tidligere nevnt er en subjektiv opplevelse som føles helt reel for pasienten. Sykepleier bør derfor ikke ha forutinntatte meninger om den andres smerteopplevelse, da dette kan være skadelig for den syke (Travelbee, 2001). I studien av Granheim (2015) belyses problemet med holdninger angående smertelindring. Ved en fiktiv pasienthistorie mente flere av deltakerne at det ikke var viktig å ta hensyn til pasientens egen smertevurdering. Samtidig svarte flesteparten at «*pasienten selv er den som best bedømmer smerte*» på et annet spørsmål angående smertevurdering. Dette kan mulig forklares med at pasientens subjektive utsagn ikke ble tatt hensyn til av deltakerne i henhold pasienthistorien (Granheim et al., 2015). En annen viktig rolle sykepleier har er omsorgsrollen. En pasient i studien av Sønning (2020) forteller at «*jeg har større behov for samtale for å få sove på natten, enn sovemedisin*», noe som belyser at sykepleier kan tilby omsorg og lindring ved å bruke sine ferdigheter på andre måter enn å tilby medisinsk behandling (Sønning & Fossum, 2020).

4.2.2 Kommunikasjon og veiledning som verktøy i henhold til Travelbees teori

En viktig del av lindring av smerte hos døende er i følge Travelbee sykepleiers evne til å bruke kommunikasjon. Med kommunikasjon som verktøy kan man skape et mellommenneskelig forhold mellom den syke og sykepleier. Dette vil være hensiktsmessig for sykepleier, da det forenkler forståelsen av hva den syke føler, tenker, opplever og kjenner på (Travelbee, 2001). I likhet med Travelbee belyser Saunders og hennes teori om helhetlig smerte og at smerte kan komme til uttrykk på forskjellig vis. Begge mener at sykepleier må se menneskets smertebilde sammensatt av ulike faktorer, og at disse påvirker hverandre både positivt og negativt (Hansen, 2006; Travelbee, 2001). Sykepleier må derfor kunne bygge en relasjon med pasienten, av den grunn at sykepleier enklere skal kunne observere og tolke pasientens smerteinntrykk. For å bygge en relasjon benyttes kommunikasjon som hjelpemiddel, hvor både verbal og non-verbal kommunikasjon er viktige elementer. Pasientene i studien av Sønning (2020) viser til at pasientene ofte hadde behov for å bli lyttet til, og at for mange spørsmål fra sykepleier ofte kunne føles inngripende eller for personlige (Sønning & Fossum, 2020). Travelbee mener at sykepleier skal være forsiktig med å «ta seg til rette» overfor pasienten, og må ha forståelse for når pasienten ikke ønsker å dele. Sykepleier må vite når det er riktig timing for å være direkte, og heller veilede pasienten under sårbare samtaler og situasjoner. Veiledning kan være å lytte aktivt, bruke et bekræftende kroppsspråk, vise at man har anledning og tid til å lytte, komme med motiverende innspill og vise forståelse overfor en håpløs situasjon (Travelbee, 2001).

4.3 Metoderefleksjon

I denne oppgaven er det benyttet forskningslitteratur publisert mellom 2015-2021, hvor ingen artikler er eldre enn syv år noe som ansees som en styrke. En annen styrke ved oppgaven er at to av studiene er utført i Norge. Det benyttes forskning fra ulike land i oppgaven, som kan sees som både en styrke og svakhet. Dette kan være en styrke da fenomenet smerte blir aktualisert på et internasjonalt nivå. På den andre siden må man være bevisst på hvilken overføringsverdi studier fra andre land har ovenfor norsk helsevesen. Flere av studiene som er inkludert har tatt utgangspunkt i pasienter ved ulike avdelinger, både i og utenfor sykehus. Dette kan være en styrke da studiene er relevante for sykepleiere på generelle arbeidsplasser. ESAS er ofte benyttet som kartleggingsverktøy i studiene, som kan ansees som en svakhet da det ikke nødvendigvis gir et godt nok inntrykk i pasientens smertebilde.

Zotero er brukt som referanseverktøy, hvor en svakhet med dette er at ikke alle førstegangshenvisninger i tekst inneholder alle forfatternavn.

Grunnet tidsbegrensning er det kun utført søk i to databaser, som kan være med å begrense tilgangen til relevant forskning. Dette kan være en svakhet med oppgaven, da det kan ha vært med å påvirke utvelgelsen av forskningslitteratur. I tillegg er flere artikler skrevet på engelsk, som kan føre til mistolkning når de skal overføres til norsk. Flere av artiklene er kvalitative med få deltakere, dette kan være en svakhet da en liten gruppe ikke er dekkende for hele pasientgruppen. Samtidig har disse artiklene blitt benyttet da de har gitt et dypere innblikk som har vært relevant for å kunne besvare problemstillingen.

4.4 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier optimalisere smertelindring hos pasienter med kreft i en palliativ fase?

Ved behandling av kreft smerter spiller sykepleier en viktig rolle, da ofte sykepleiere er den profesjonen som jobber tettest på pasienten. For at sykepleier skal kunne bidra til å optimalisere lindring av kreft smerter er det viktig å innhente seg kunnskap angående fenomenet og i tillegg besitte gode holdninger når det gjelder smertelindring. En utfordring med å optimalisere smertelindring er tilgangen på tid, hvor både teori og forskning i denne oppgaven viser til at dårlig tid har negativ innvirkning på sykepleien som blir gitt. Det blir også vist til at mangle på tid også kan føre til mindre personorientert sykepleie, som er viktig for den individuelle kvaliteten på sykepleien. Kreft smerter består av både fysiske og psykiske faktorer som avler hverandre, derfor kan det være utfordrende for både pasient og sykepleier å konkretisere hvor smerten befinner seg. For at sykepleier skal kunne identifisere smerten vil det derfor være nødvendig å bruke faglig kompetanse innen kommunikasjon, riktig bruk av kartleggingsverktøy i henhold til lovverk. I tråd med lovverket og yrkesetiske retningslinjer har også sykepleier et ansvar med å anvende ny kunnskap i praksis, som kan være nyttig i behandling av smerter som er vanskelige å lindre.

Referanseliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22–26.
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326–334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Grotmol, K. S., Lie, H. C., Loge, J. H., Aass, N., Haugen, D. F., Stone, P. C., Kaasa, S., & Hjermland, M. J. (2019). Patients with advanced cancer and depression report a significantly higher symptom burden than non-depressed patients. *Palliative & Supportive Care*, 17(2), 143–149. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001183>
- Guldbrandsen, P. (2001). Cicely Saunders og hospicebevegelsen. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 121(22), 2644. Hentet 13.05.22 fra <https://tidsskriftet.no/2001/09/aktuelt/cicely-saunders-og-hospicebevegelsen>
- Hansen, S. R. (2006). Den totale smerte. *Klinisk Sygepleje*, 20(2), 15–23. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2006-02-03>
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Helsebiblioteket. Hentet 25.05.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklist*. Helsebiblioteket. Hentet 25.05.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet 10.05.22 fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:7e24fd12cfaee
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet 27.05.22 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 14(79585), e-79585. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>
- Kashyap, K., Joshi, S., Vig, S., Singh, V., & Bhatnagar, S. (2017). Impact of Scrambler Therapy on Pain Management and Quality of Life in Cancer Patients: A Study of Twenty Cases. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 18–23. <https://www.doi.org/10.4103/0973-1075.197948>
- Kreftforeningen. (u.å). *Lindrende/palliativ behandling*. Kreftforeningen. Hentet 24.05.22 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>

Kreftregisteret. (2021). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret. Hentet 24.05.22 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Norsk sykepleieforbund. (2019) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 21.05.22 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Peng, C. S., Baxter, K., & Lally, K. M. (2019). Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(1), 45–49. <https://doi.org/10.1177%2F1049909118788643>

Rafi, F., Taleghani, F., & Khatooni, M. (2021). Barriers to Effective Cancer Pain Management in Home Setting: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 22(4), 531–538. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.003>

Reitan, A. M. (2017). *Kreftsykepleie. Pasient-Utfordring-Handling*. (T. Kr. Schjølberg, Red.; 4.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Satija, A., Joad, A. K., Rana, S. P. S., & Bhatnagar, S. (2021). The Burden of Cancer-related Neuropathic Pain: A Multi-centric Cross-sectional Observational Study from North India. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 104–108. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_277_20

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten LOV-1999-07-02-61. Hentet 26.05.22 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2016a). *Klinisk sykepleie: 1* (H. Almås, Red.; 5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2016b). *Klinisk sykepleie: 2* (H. Almås, Red.; 5. utg., Bd. 2). Gyldendal Akademisk.

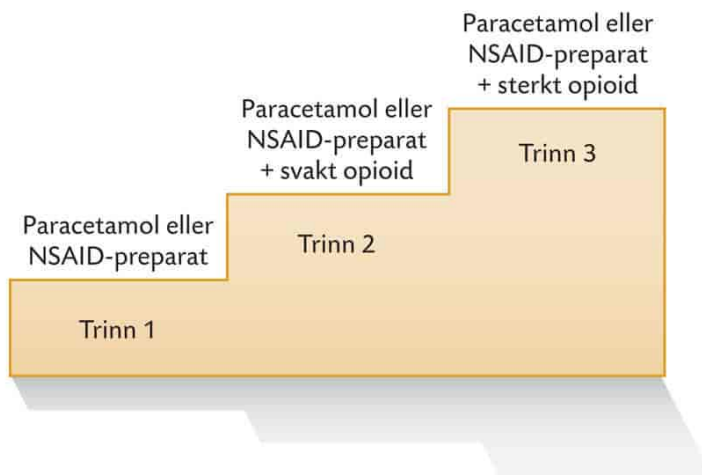
Sønning, H. E., & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1), 121–136. <https://doi.org/10.7557/14.4319>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.; 1.utg.). Gyldendal Akademisk.

Vegard Bruun Bratholm Wyller. (2019). *Syk. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin*. (4. utg., Bd. 1–958). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1



🌲 Gyldendal © Deborah Maizels i faglig samarbeid med forfatterne

Vedlegg 2

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsigheit <i>(døsigheit = å føle seg søvrig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsigheit
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ <i>Annet problem (f.eks. forstoppelse)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyllt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Påørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra påørende eller helsepersonell

Vedlegg 3

