

Asgeir Halvorsen

# Livskalitet hos kroniske smerte pasienter

Bacheloroppgave i SY300215 Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Elisabeth Dahlborg  
August 2022



Asgeir Halvorsen

# **Livskalitet hos kroniske smerte pasienter**

Bacheloroppgave i SY300215 Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Elisabeth Dahlborg

August 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

## Hensikt:

Hensikten er å fremme livskvalitet til disse pasientene gjennom et biopsykososialt perspektiv.

## Metode:

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie som tar for seg fremming av livskvalitet hos eldre kroniske smerte pasienter.

## Resultat:

Oppgaven bruker forskning fra databasen Cinahl Complete og supplerer med verifisert sykepleie litteratur, bruker også noen manuelle søk for statistikk. Artiklene i studien kan vise til at fysisk aktivitet fremmer funksjonsevne, men hemmer sosial aktivitet. Sosial omgang fremmer tilfredshet som også fremmer livskvalitet. Det som er veldig interessant er at velferdsteknologien innenfor smertekartlegging, brukermedvirkning og selvrapporing er komst ganske langt og kan muligens i fremtiden avlaste helsetjenesten en del. Opoider er fremdeles og kommer til å spille en sentral rolle i smertelindring, men det kommer frem i forskning at det har vært stort overforbruk og at de som først tar opioider stort sett blir stående på disse preparatene resten av livet. Det finnes flere ikke medikamentelle tiltak som kan ha gunstig effekt på livskvaliteten og smerte intensiteten der noen eksempler er hvile og meditasjon.

## Konklusjon:

Jeg konkluderer med at livskvalitet er en subjektiv faktor som best tilnærmes gjennom et biopsykososialt perspektiv for å lage en pasientsentrert pleieplan som et nøkkel- og dynamisk verktøy for å kunne best fremme livskvaliteten i videre behandling hos eldre kroniske smerte pasienter.

# Abstract

## Intention:

The intention is to improve quality of life to these patients through a biopsykososial perspektive.

## Method:

This assignment is a systematic litterature study that looks at improving quality of life in elderly patients with chronic pain.

## Result:

The assignment uses science from the database Cinahl Complete and supplements with verified nursing litterature, also uses some manual searches for statistics. The Articles in this study shows that physical activity improves the patients functionality, but inhibits sosial acitvity. Sosial interaction improves satisfaction which also improves quality of life. What is really interessting is that welfare technology in painmapping, user participation and self reporting has come quite far and can possibly relieve the healthcare professionals alot in the future. Opioids are still and will continue to play a sentral role in pain management, but science shows great over perscription and that people that use opioids continues on them for the rest of their lives. There exists several non-medical measures that can have a positive effect on quality of life and pain intensity and some examples are rest and meditation.

## Conclusion:

I draw the conclusion that quality of life is a subjective factor best approached through a biopsykososial perspektive to make a patient oriented nurisng plan as a key- and dynamic tool to best improve quality of life in continued treatment of elderly chronic pain patients.

# Innhold

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 1     | Kroniske smerte pasienter.....                                | 9                                       |
| 1.1   | Innledning: .....   | 9                                       |
| 1.1.1 | Bakgrunn for tema: .....                                      | 9                                       |
| 1.1.2 | Hensikt: .....  | 9                                       |
| 1.1.3 | Problemstilling: .....  | 9                                       |
| 1.1.4 | Avgrensning av problemstilling: .....                         | 10                                      |
| 2     | Teoribakgrunn: .....  | 11                                      |
| 2.1.1 | Fysiologien: .....  | 11                                      |
| 2.1.2 | Livskvalitet: .....   | 12                                      |
| 2.1.3 | Den eldre pasienten: .....                                    | 12                                      |
| 2.1.4 | Angst og depresjon .....                                      | 12                                      |
| 2.1.5 | Verdighet: .....  | 13                                      |
| 2.1.6 | Calista Roy sin adaptasjonsprosess: .....                     | 13                                      |
| 3     | Metode: .....   | 15                                      |
| 3.1.1 | Datasamling: .....  | 15                                      |
| 3.1.2 | Sentrale tema i artiklene: .....                              | 15                                      |
| 3.1.3 | Analyse: .....  | 15                                      |
| 3.2   | Metode diskusjon: .....                                       | 21                                      |
| 3.2.1 | Svakheter, Inklusjonskriterier og Eksklusjonskriterier. ....  | 21                                      |
| 4     | Resultat: .....   | 16                                      |
| 4.1.1 | Livskvalitet og Verdighet: .....                              | 16                                      |
| 4.1.2 | Brukermedvirkning: .....                                      | 17                                      |
| 4.1.3 | Psykiske følgesykdommer: .....                                | 17                                      |
| 4.1.4 | Smertelindring: .....   | 18                                      |
| 4.1.5 | Samfunnet sin innvirkning på sykepleiers rolle: .....         | 20                                      |
| 5     | Diskusjon: .....  | 21                                      |
| 5.1.1 | Sykepleier sin rolle: .....                                   | 22                                      |
| 5.1.2 | Å leve med den kroniske smerten: .....                        | 23                                      |
| 5.1.3 | Smertelindring: .....   | 25                                      |
| 5.1.4 | Velferdsteknologi kan spare pasienten og samfunnet mye: ..... | 27                                      |
| 6     | Konklusjon: .....   | <b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b> |
|       | Referanser .....  | 29                                      |
|       | Vedlegg 1 .....   | 31                                      |
|       | Vedlegg 2 .....   | 32                                      |

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Vedlegg 3 .....              | 33 |
| Vedlegg 4 .....              | 34 |
| Vedlegg 5 .....              | 35 |
| Vedlegg 6 .....              | 36 |
| Vedlegg 7 .....              | 37 |
| Vedlegg 8 .....              | 39 |
| Vedlegg 9: Søketablell ..... | 40 |

Antall ord: 8628



# 1 Kroniske smerte pasienter

## 1.1 Innledning:

Tall fra Apotek 1 (2020) trekker frem at mellom 25-30% av den voksne befolkningen i Norge lever med kroniske smerter og at forekomsten er økende med alderen. Kvinner er mer utsatt enn menn og personer med lavere utdanning og inntekt, videre sier også Apotek 1(2020) at faktorene som fører til dette er ukjent, men at høyere yrkesbelastning og andre sosioøkonomiske faktorer kan være en relevant teori.

### 1.1.1 Bakgrunn for tema:

Gjennom mine år i helsevesenet har jeg sett mange kronisk syke pasienter i alderen 65+ og som følgesvenn til sitt ofte multisyke anamnese finner vi ofte kroniske smerter. Jeg mener at behandlingen og oppfølgingen av kroniske smerter slik jeg har erfart den per i dag ikke er god nokk da en ofte får analgetika og det er det. En glemmer litt hvordan smertene påvirker livet til pasienten og hvordan pasienten opplever å skulle leve med smertene sine, ofte klarer en ikke å oppnå en smertefri hverdag gjennom medikamenter alene. Smerter setter restriksjoner på fysisk aktivitet, psykisk helse og sosial omgang da ulike aspekter ved livet blir vanskeligere å gjennomføre som gjør at det er lettere å velge bort alternativer som en egentlig ønsker å gjennomføre. Livskvalitet er subjektivt og pasienten sin selvfølelse, psyke, sosiale forhold og verdighet er sentralt i det subjektive selvet i min erfaring.

### 1.1.2 Hensikt:

Dette er en systematisk litteratur studie med hensikt om å fremme livskvaliteten hos eldre kroniske smerte pasienter gjennom å se på behandlingen av kroniske smerter fra ulike vinkler. Samt å se etter en mer helhetlig behandling som kan være med på å fremme livskvaliteten og redusere faktorer som setter restriksjoner på pasienten. Jeg har erfaringsmessig sett at livskvaliteten til denne pasientgruppen ikke er like høy.

### 1.1.3 Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier med et biopsykososialt perspektiv bidra til økt livskvalitet hos eldre pasienter med kroniske smerter?

#### 1.1.4 Avgrensning av problemstilling:

Avgrenser oppgaven til kroniske smertepasienter og livskvalitet, samt aldersgruppen 65+. Jeg ser at smertene hos eldre pasienter setter store restriksjoner på hvordan de klarer å leve livet sitt, og reduserer mengden aktiviteter som de tør å delta i. Kroniske smerter har også ofte med seg psykiske konsekvenser i form av angst, depresjoner og sosiale følger. Jeg har valgt å ikke fokusere på sykehjemspasienter eller hjemme sykepleie spesifikt fordi at det finnes lite forskning på fagfeltet og fordi at den kroniske smerte pasienten på sykehjem og i hjemme situasjon har mange likheter i sine plager.

## 2 Teoribakgrunn:

Teorien er delt inn i temaer som er knyttet til de tre domene i et biopsykososialt perspektiv, men tar også for seg litt om smerter generelt samt den eldre pasienten, livskvalitet og verdighet.

### 2.1.1 Fysiologien:

Smerte står i en særstilling blant sansene ved at smerte oppleves som både skremmende og ubehagelig, smertesansen er til for å forhindre skade på vev eller formidle at det er skade på vev. Smertesansen trigger det sympatiske nervesystemet som øker hjertefrekvensen, blodtrykket og reduserer blodsirkulasjonen til huden. Kroppen har utviklet reflekser som brukes dersom kroppen opplever smerte for å forhindre større skader, og for å prøve å forhindre skade. Sosialbakgrunn, kulturellbakgrunn og tidligere erfaringer med smerte er med på å bedømme hvor godt hvert individ takler smerte (smerte terskel). Smerte fungerer med at nociseptive reseptorer i får tilsendt signaler fra smertefibrene der skaden er forårsaket. Videre tolker hjernen det som at smerten er der nerveendene til smertefibrene ender eller tidligere endte (Sand, 2018 s. 170-172). Det vil si at dersom endene endte i et område som er amputert vil smertene fortsatt oppleves som i lemmen som mangler (fantomsmerte). Analgetika behandling fokuserer på å blokkere nervesignalene slik at hjernen ikke oppfatter signalene og tolker dem til smerte, og denne blokkeringen kan skje i alle leddene involvert i signal prosessen fra oppfattelsen til tolkningen. Opioider for eksempel inhiberer (forhindrer) signaloverføring i smertebanene. (Sand 2018, s169-174) Kirkevold (2018) kan fortelle at blant de vanligste sykdommene hos eldre er muskel og skjelettplager, begge disse lidelsene har som regel kroniske smerter som følgesykdom.

Smerte som oppstår og ikke varer lengre enn 3 måneder defineres som akutt smerte, mens smerte som varer over 3 måneder og/eller som ofte kommer daglig defineres som kronisk smerte (Stubberud, 2017). Stubberud (2017) forklarer videre at det finnes flere typer smerter som kan grovt deles inn i 2 hoved kategorier Nociseptive smerter og Nevropatiske smerter. De Nociseptive er grunnet skadet vev eller prosesser som leder til skadet vev der nociseptive reseptorer aktiveres. De Nevropatiske derimot har ikke aktiveringen av disse reseptorene og forekommer fra en skade i sentral nervesystemet eller det perifere nervesystemet. Et av hovedoppgavene til sykepleieren i forhold til smertebehandling er en omfattende datasamling av smertene som tar utgangspunkt i 6 faktorer: Årsak, lokalisering, varighet, intensitet, kvalitet og funksjonsnivå. Alle pasienter sine smerter er subjektive og individuelle, og det er derfor slik at ikke alle pasienter skal ha identisk behandling selv om de har samme årsak til smertene. Sykepleieren har også som rolle å administrere analgetika på sykehjemmet og ofte i hjemmeboende situasjoner hos pasienter over 65 år. Da må sykepleieren ha en oversikt over virkninger, ønsket effekt og bivirkninger. Smerter med høy intensitet trigger en aktivering i sentral nervesystemet med økt puls, blodtrykk, rask ventilasjon, utvidede pupiller og svetting. (Stubberud, 2017)

### 2.1.2 Livskvalitet:

Barstad (2019) definerer livskvalitet som en betegnelse på velferd og ha et godt liv. Videre deler Barstad (2019) livskvalitet inn i 2 deler, subjektiv og objektiv. Eksempler som Barstad gir er arbeidsledighet og forekomsten av kroniske lidelser, mens den subjektive delen handler om hvordan individet opplever disse objektive delene av livskvalitet. Sentralt for opplevelsen er tema om å ha et godt liv. Dette innebærer indre kvaliteter, ens egen oppfattelse av eget liv altså en subjektiv livskvalitet. Videre påvirkes livskvaliteten av eksterne og interne faktorer. Eksterne faktorer kan være venner, familie, jobb, sosiale aktiviteter osv. Mens interne faktorer kan være psykiske påvirkninger, emosjonelle påvirkninger, fysisk aktivitet, livsstil, smerter osv.

### 2.1.3 Den eldre pasienten:

Kirkevold (2018) forklarer at prosessen som skjer ved aldring deles inn i tre aldringsprosesser: biologisk aldring, psykisk aldring og sosial aldring. Den biologiske aldringen innebærer de fysiologiske aldringsprosessen som er innebygd i kroppens celler. Eksempler på dette er stivere ledd, tørrere og mindre elastisk hud, mindre svette, stivere muskel fibre med flere. Psykisk aldring går ut på endringer som skjer i hjernen. Evnen til å lære blir endret, hukommelsen endres og intelligensen påvirkes. Slike endringer har ofte innvirkning på selvbildet. Videre forklarer Kirkevold (2018) at forskning støtter at hukommelsen svekkes med aldring. Eldre trenger ofte lengre tid på å utføre intellektuelt krevende oppgaver. Personligheten til eldre derimot ser ut til å endre seg minimalt, og heller holde seg stabil gjennom hele livsløpet. Eldre tilegner seg ofte negative bilder av alderdommen som møtes i samfunnet, som leder til at de eldre trenger flere aspekter ved omsorg. Den sosiale aldringen går ut på hvordan den eldre sin rolle i sine relasjoner påvirkes av aldringen. Veldig mange av de eldre får tildelt pasientrollen og kan bli værende det for resten av livet. Mange av de eldre blir både besteforeldre og oldeforeldre, men i nyere tid er det mer vanlig at ikke alle blir oldeforeldre. Dette medfører at den sosiale aldringen er mer uforutsigbar og mangfoldig enn før (Kirkevold (2018)).

### 2.1.4 Angst og depresjon

Håkonsen (2017) kan fortelle at angstlidelser sine emosjonelle reaksjoner ikke alltid følger ytre realiteter og ofte er ladet med frykt, angst, fobi og panikk. Håkonsen (2017) bruker et ordtak som går slik «Følelsenes språk er ikke det samme som fornuftens språk». Denne måten å se på de emosjonelle reaksjonene til kroniske smerte pasienter som lever med en del restriksjoner på seg er nyttig for helsepersonell, i form av å ikke oppleves som dømmende og uforstående i møte med pasienten. Angst har også en rekke symptomer som ofte opptrer hos pasienten, særlig ved angstanfall: stram muskulatur, svetting, skjelving, økt hjerte frekvens, rask og overfladisk pusting. En rekke av disse symptomene kan øke smertene ved at musklene/området som opplever smerte kan få ufrivillige bevegelser/stramminger og/eller redusert oksygenopptak grunnet et respirasjonsmønster som ikke legger til rette for tilstrekkelig diffusjonskapasitet pga for raske/overfladiske åndedrett.

Depresjon på en annen side leder mer mot følelsesmessig nedstemthet og motløshet der individet ikke lengre makter å prøve å utføre en rekke oppgaver (de ser ikke lengre vitsen eller oppgaven virker for stor, selv om det kan være snakk om en oppgave som de tidligere har mestret). Depresjonen følger som regel med som en tilleggs diagnose til andre sykdommer og setter en demper på en rekke funksjoner som hemmer individets evne til å fungere normalt. Funksjoner som: initiativ, interesse for andre, evne til å føle

glede, redusert konsentrasjonsevne, nedsatt aktivitetsnivå og økt tretthetsfølelse (Håkonsen, 2017).

### 2.1.5 Verdighet:

Kristoffersen (2017) kan fortelle at i 2010 trådte det i kraft forskriften om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) som forteller at eldreomsorgen skal organiseres slik at en sikrer en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Videre definerer Kristoffersen (2017) verdighet som et både subjektivt og objektivt fenomen. Objektiv verdighet er en iboende verdighet vi har i å være menneske mens den subjektive er hver enkeltes opplevelse av å bli behandlet med verdighet.

Kristoffersen (2017) tar for seg Joyce Travelbee sin sykepleie teori som er opptatt av mellom menneskelig kontakt som ser hvert enkelt individ som en person. Empati og sympati er nødvendig i behandlings prosessen. Travelbee sier også at kommunikasjon og samhandling er sentralt i god sykepleie der en snakker om tema som levd liv, verdier og eksistensielle spørsmål, da dette er tema som fremmer verdighet i Travelbee sin versjon av pasientsentrert sykepleie. Til sist kjennetegner omsorgen i Travelbee sin teori respekten til mennesket forankret i altruistiske verdier, menneskesyn der mennesket er avhengig av hverandre. På daglig basis i en still situasjon betyr dette at sykepleieren viser anerkjennelse og respekt i oppgavene som skal gjennomføres.

### 2.1.6 Calista Roy sin adaptasjonsprosess:

Adaptasjonsmodellen til Callista Roy (Roy, 1999) går ut på å se pasienten fra et biopsykososialt perspektiv der mennesket med sin lidelse eller lidelser blir satt i sentrum, videre handler den om å styrke pasienten sine egne ressurser slik at pasienten klarer å tilpasse seg sin egen livssituasjon. Modellen behandler mennesket som en konstant bevegelse i en prosess som kontinuerlig har endringer som påvirker mennesket og at mennesket derfor trenger hjelp til å tilpasse seg for å håndtere endringene. Sykepleieren er derfor en god ressurs der sykepleieren datasamler pasienten med et biopsykososialt perspektiv for å kartlegge alle problemområdene innenfor prosessen hver enkelt pasient befinner seg i slik at sykepleieren kan bidra med ressurser akkurat der pasienten trenger dem. S.32-39

#### 2.1.6.1 Adaptasjonsmodellen sine 3 stimuli:

1. Fokus stimuli som er en intern eller ekstern stimulus som direkte fanges i oppmerksomheten til mennesket. Dette kan for eksempel være når mennesket brått snur seg rundt og hører en skarp lyd, denne lyden blir da fanget opp og holdt i oppmerksomheten til mennesket som skaper emosjoner og reaksjoner til denne. (Roy, 1999)

2. Kontekstuell stimuli som dreier seg om alle stimuli som er knyttet til en situasjon satt sammen i en kontekst, ett makro perspektiv. Det omhandler stimuli som kommer eksternt fra omgivelsene rundt pasienten og påvirker pasienten i sin situasjon. For eksempel kan dette være faktorer som øker stress eller sykdomsfølelse som når pasienten ligger innlagt på sykehuset og får «hvit-frakk syndromet». Angst er også en veldig viktig kontekstuell stimulus i den form av at stimuli fra omgivelsene rundt pasienten bidrar til å trigge angsten gjennom spesifikke triggere som traumatiserer pasienten. (Roy, 1999)

3. Residual stimuli er stimuli fra omgivelsene, men uten de menneskelige prosessene, der effekten av situasjonen er uklar. Et godt eksempel på dette kan være traumer fra

barndommen som ligger i underbevisstheten til pasienten, der pasienten selv ikke kan huske hva som har skjedd i traumet i det hele tatt. Allikevel når pasienten havner i en lignende situasjon som et eldre individ reagerer pasienten sterkt på situasjonen uten selv å være klar over hvorfor, i noen av tilfellene som PTSD vil pasienten gjenleve traumet sitt på nytt og da er det ikke en residual stimulus lengre, men en kontekstuell stimulus som trigger pasienten. (Roy, 1999)

#### **2.1.6.2 Adaptasjonsmodellens forutsetninger:**

Roy (1999) tar også for seg en del forutsetninger som den lener seg på, disse forutsetningene deles inn i 2 hovedkategorier med 2 underkategorier hver. Hovedkategoriene kalles forsknings forutsetninger og filosofiske forutsetninger. De forskningsbaserte forutsetningene deles videre inn i System teori og tilpasnings teori. System teori tar for seg temaer som det å se menneske som et biopsykososialt vesen, selvstyring, kontroll prosesser, informasjons tilbakemeldinger og kompleksiteten av levende systemer. Tilpasnings teori tar for seg individet som tilpasningsdyktig, tilpasning som en funksjon i stimuli og tilpasningsnivå, individuelle og dynamiske tilpasnings nivåer og til slutt positive og aktive prosesser i respondering.

De filosofiske forutsetningene er delt inn i humanistiske og vaner/atferd. Humanistiske forutsetningene tar for seg temaer som kreativitet, å ha et mål fylt og viktig hverdag, menneske som et biopsykososialt vesen og til slutt interpersonale prosesser. Atferden/vane forutsetningene tar for seg temaer som meningen med menneskelig eksistens, samlingen av mål hos mennesket, kreativitet og aktivitet, og til slutt verdi og meningen med livet. (Roy, 1999)

## **2.2 Konsekvenser for sykepleier:**

Gjennom å bruke Roy sin tilnærming med biopsykososial tilnærming kan sykepleieren fremme livskvaliteten, ivareta verdigheten og minske risikoen for angst og depresjon. Det biopsykososiale perspektivet ivaretar flere aspekter ved det subjektive selvet som er viktig for livskvalitet og danner et omfattende grunnlag for en helhetlig pleieplan.

## 3 Metode:

### 3.1.1 Datasamling:

Bachelor oppgaven er en systematisk litteraturstudie og databasene jeg har søkt i henvises til vedlegg søkehistorikk. Søkeordene er Quality of life AND Chronic pain AND Nurse or nursing or nurses. Avgrensninger er at artiklene må være fra 2015 eller nyere. Søket er også begrenset til at en av forfatterne er sykepleier og aldersgruppe 65+. Geografisk avgrensning til UK, Europa og USA. Begrenset til engelsk eller norsk språk. Den bruker apply related words for å få opp Pain management og andre viktige søkeord. Antall treff på 326 som jeg har gått igjennom alle overskriftene for å finne relevante sammendrag for igjen å finne relevante artikler.

### 3.1.2 Sentrale tema i artiklene:

Artiklene legger seg på ulike vinkler inn mot den kroniske smerte pasienten innenfor det fysiske, det sosiale og det psykiske. Artiklene er valgt fordi at de belyser disse tre hovedtemaene innenfor biopsykososial tilnærming ved ulike fremgangsmåter og tar med viktige sentrale tema som: livskvalitet, psykiske følge sykdommer, verdighet, brukermedvirkning, sosiale konsekvenser, mening og smertelindring.

Roy sin adaptasjonsmodell passer perfekt inn til å omfavne alle disse temaene i tilnærmingen til kroniske smerte pasienter da de sentrale temaene summerer opp pasienten i et biopsykososialt perspektiv.

Sosiale konsekvenser blir brukt i Yilmaz (2016) som en mer sentral tematikk, mens i de andre artiklene kommer det ikke direkte frem i studiene. Mellom linjene derimot kan en tydelig se at pasienter med høy smerte intensitet og mangelfull behandling vil kunne oppleve redusert sosial tilfredshet.

### 3.1.3 Analyse:

Oppgaven bruker Evans (2002) sin 4 trinns modell for analyse av artiklene. Gjennom datasamling, identifisering av nøkkel funn, relaterte tematikk i artiklene og å lage en oversikt over hoved tematikker og under tematikker i artiklene. Kroenke (2017) sin artikkel som er publisert i Society of Internal Medicine er et samfunn drevet av amerikanske leger som driver med forskning. Alle artiklene er sjekket med kanalregisteret for å se styrken på forskningen. Felles tema som går igjen i artiklene er fysisk aktivitet, smertelindring, hvile og psykisk påvirkning (f.eks. angst, depresjon og humørpåvirkning). Dette kommer frem i resultatdiskusjonen og det at disse 4 hovedtemaene går igjen og at sosial påvirkning også blir trukket frem i noen av artiklene gjør at sykepleieren må bruke et biopsykososialt perspektiv for å oppnå en helhetlig tilnærming til de kroniske smertene.

## 4 Resultat:

Felles tematikk som går igjen i artikkelen er summert opp i overskriftene i resultatet:

### 4.1.1 Livskvalitet:

Det er en sammenheng mellom livskvalitet, smerter og trening. (Yilmaz, 2016) Samtidig forklarer artikkelen at livskvalitet henger tett sammen med aldringsprosessene, fordi at tallene fra artikkelen viser til at livskvaliteten som rapporteres fra eldre er synkende med alderen. (Yilmaz, 2016) Kroenke (2019) ser på hvordan psykiske plager er med på å påvirke livskvaliteten og hvordan en gjennom brukermedvirkning kan forbedre ADL og senke risikoen for angst og depresjon. Den eldre pasienten har mange utfordringer som kan sette en demper på livskvaliteten både naturlig og at de er mer eksponert for sykdommer som kan gi kroniske smerter. (Aziato, 2016)

### 4.1.2 Activities of daily living (ADL):

Den eldre pasienten på 60+ gjennomgår en del aldringsprosesser og at noen av disse ofte kan føre til kroniske smerter og plager. Et eksempel på en slik prosess er benskjørhet eller leddgikt (Aziato, 2016). Den eldre pasienten er også ofte multisyk og valget av smertestillende til en slik pasient må derfor ta utgangspunkt i hvilke medisiner som pasienten tar fra før av. Smertene kan sette store restriksjoner på pasienten innenfor ulike områder som for eksempel mobilitet, og ADL (activities of daily living). Disse restriksjonene medfører tap av funksjonsnivå og lavere livskvalitet. Studien viser til at utøvelsen av spirituelle/religiøse aktiviteter kan ha positiv innvirkning på smerteintensiteten. Studien drar frem at planlegging av daglige aktiviteter og gjennomføring av dagen knyttet opp til pasienten sine mål i hverdagen er viktig for å lettere gjennomføre hverdagen. Studien nevner til sist at det er viktig å være obs på fysiologiske forandringer som kan påvirke smertebehandlingen som endring i nyre funksjon, hjerte funksjon og nevrologisk funksjon.

Det ble gjort en studie i 2016 som foregikk på sykehjem som delte pasientene inn i 2 grupper og satte den ene gruppen opp på regelmessig trening, mens den andre gruppen ikke hadde dette. Begge gruppene av pasienter er multisyke og en god del har kroniske smerter. (Yilmaz, 2016)

En studie viser til at uavhengig av sykdomsbildet er resultatet at pasientene som deltok i trening fikk en bedre ADL funksjon, men en lavere sosial tilfredshet, mens de som ikke deltok i treningen hadde en høyere sosial tilfredshet (Yilmaz, 2016). Så 2 ulike aspekter som er veldig avgjørende for livskvaliteten sett ut ifra et biopsykososialt perspektiv er påvirket både i positiv og negativ retning. Artikkelen sier derimot ikke noe om hvor ofte denne treningen ble gjennomført og hvilken intensitet treningsøkten hadde. Det er allmennkjent blant lekfolk at en sunn kropp gir et sunt sinn.

Sykepleieren må skaffe seg et innblikk i hvordan smertene til pasienten direkte påvirker ADL, målene til pasienten, hvilke restriksjoner de setter på seg selv og påvirkningen det har på livskvaliteten. Kroenke (2019) trekker frem at det å rapportere inn om sine symptomer til et team eller gjennom digital selvrapporing gav en bedring i tilstanden til pasientene. Den menneskelige faktoren som var i det tverrprofesjonelle teamet, viser



seg å ha en endra større positiv betydning for pasientene. I løpet av de 12 månedene studien foregikk var den tydelig bedring i ADL og smerte intensitet i begge gruppene pasienter som deltok. Viktig å nevne at begge gruppene pasienter fikk både analgetika og medisiner for angst/depresjon alt etter som anamnesen til hver enkelt pasient. (Kroenke, 2019)

#### 4.1.3 Brukermedvirkning:

Silva (2016) tar for seg troen på individet, smerte intensitet og livskvalitet hos kronisk syke pasienter. De bruker tre verktøy for å måle de ulike parametrene og disse er følgende: «Self-Efficacy scale for pain», «the Numerical Scale of Pain» og «WHOQOL». Studien bruker pasientene sin egen subjektive oppfatning av sin livssituasjon i verktøyene gjennom at deltakerne anvender verktøyene selv. Silva (2016) omhandler hvordan pasienten sin psykologiske påvirkning er med på å avgjøre hvor godt pasienten klarer å leve med smertene sine.

##### 4.1.3.1 Tilnærming til smerte:

Mennesket har en klar sammenheng mellom smerteintensitet og hvordan hvert individ forholder seg til sine smerter(Silva, 2016). Ulike tilnæringsmåter og mestringsstrategier må tilpasses hver enkelt pasient i den mentale og fysiske tilstanden som pasienten befinner seg i. Ulike kroniske smerte pasienter jeg har møtt gjennom praksisfeltet snakker om å lære seg å leve med smertene sine, og dette omhandler en helomvending rundt tankene om smerte i pasienten sin egen psyke. Fra å tenke at smerte er utholdelig til å vende mot hva kan jeg gjøre selv om jeg har smerte. Pasientene lærer seg også hvilke aktiviteter som fremmer smerte intensiteten og hva de kan gjøre for å unngå det. Artikkelen tar også frem troen på seg selv som en nøkkel faktor i å kunne lære seg å leve med smertene, og viser til at dersom en har en positiv vinkling med tro på seg selv så faller smerte intensiteten(Silva, 2016). Denne sammenhengen er en klar indikasjon på at psykisk smerte henger sammen med fysisk smerte.

#### 4.1.4 Psykiske følgesykdommer:

Det å få pasienten til å vurdere sin egen smerte tilstand kan være med på å skape en dialog mellom pasient og helsepersonell som leder til mestring (Kroenke, 2019). Artikkelen bruker et verktøy der pasienten selv går inn og evaluerer sin situasjon med tanke på smertene sine og psyken sin. Et annet verktøy som ble brukt og evaluert opp mot var et tverrprofesjonelt team som fulgte opp pasienten. Gjennom selv evaluering og telefon konsultasjoner opplevde pasientene som følges opp av et tverrprofesjonelt team bedring i livskvalitet, humør, behandlings tilfredshet og smerter. Denne forandringen gjorde også at pasientene lettere tok kontakt med helsetjenesten for oppfølging. Pasientene opplevde mild til moderat bedring i smerteproblematikken og livskvaliteten sin. Til slutt vil jeg legge til at artikkelen konkluderte med at dersom en sykepleier ledet oppfølgingen av pasienten i teamet opplevde pasienten enda mer bedring. Denne kombinasjons behandlingen viser også til at pasienten hadde lavere sannsynlighet for å rapportere forverring og høyere sannsynlighet for å rapportere bedring. Studien foregikk over 12 måneder(Kroenke, 2019).

#### 4.1.5 Smertelindring:

Den eldre pasienten kan ha mange ulike sykdommer som gir kroniske smerter og som setter forskjellige restriksjoner på livet. Men der er mange felles faktorer i lindringen av smerter til denne gruppen. Artikkelen kommer frem til at å velge riktige strategier er veldig viktig for å minimere symptomene og for å behandle tilstanden optimalt. Semra (2016) trekker frem at det er klar sammenheng mellom smerteintensitet og livskvalitet. Artikkelen diskuterer også medisinsk tilnærming opp mot ikke medikamentell tilnærming og funnene er interessante, da livskvaliteten til pasientene som hadde ikke medikamentell tilnærming og alternative strategier kunne vise til en høyere livskvalitet. Farmakologiske tiltak står fortsatt veldig sentralt i behandling av smerter i moderat til høy smerteintensitet.

#### 4.1.6 Medikamentell:

Pasientene fikk utdelt et skjema med 23 spørsmål som ser på tematikker som sosiodemografiske karaktertrekk, helsestatus og livsstil til individene. Studien var delt inn i 2 stadier der første stadiet handlet om følelser, symptomlindring, faktorer som øker smerten og smerten sin karakter. Andre delen handler om hvilke strategier pasienten skal bruke for å oppnå lavere smerteintensitet. (Semra, 2016) De omtalte strategiene er farmakologiske tiltak (analgetika), trening, vektkontroll, hvile, heve den vonde ekstremiteten, hudstimulerende teknikker (f.eks. massasje), alternative metoder og tradisjonelle metoder (urte medisiner, å be eller tilbe). (Semra, 2016) Disse strategiene ble diskutert mellom den profesjonsutøvende og pasientene for å finne den tilnærmingen som ga mest tilfredshet hos pasienten og som hadde mest effekt. Tallene fra artikkelen viser til at analgetika reduserte smertene hos 40% av pasientene. Farmakologisk strategi var den mest brukte strategien med 37,5% bruk, og var den mest foretrekkende strategien hos 54%.

##### 4.1.6.1 Opioidavhengighet:

Sykepleien.no (2020) viser til tall på at opioidbruken i Norge øker og at en ikke får pasientene av preparatene igjen, dette er veldig alarmerende da tallene fra USA viser til at 470 000 personer har mistet livet sitt i opioidmisbruk relaterte hendelser.

Avslutningsvis vil jeg ta for meg opioidavhengighet gjennom artikkelen til Cottler (2016) som tar for seg data samlet i USA fra 1980 tallet og frem til 2007. Dataene er på 9985 personer som tar opioidpreparater av ikke medisinske årsaker. Årsaker som avhengighet, selvmedisinering og rus. Artikkelen viser til at pasientene over 20 år har en mortalitetsrate på litt over 71% og blant disse 9985 pasientene er 2479 over 65 år. Artikkelen viser til at mye av skylden for opioidavhengigheten i USA kommer av overforordning av opioider som smertestillende, blant annet til kroniske smertepasienter og ved alle smerteintensiteter. Mange av pasientene som brukte opioidpreparatene brukte også kokain, amfetamin eller marihuana, og mange av dem hadde også alkoholavhengighet og/eller røyker i tillegg. Så bruk av opioider må gjøres i samråd med sykepleier og lege, og med forsiktighet.

#### 4.1.7 Ikke medikamentell:

Helsepersonell kan hjelpe pasienten til å hvile seg bedre gjennom planlagte avslapningsplaner eller gjennom guidet avslapningsterapi (Adeola, 2015). Artikkelen kan fortelle at denne formen for terapi har vist positive resultater hos kroniske smertepasienter

spesifikt kreft pasienter. Behandlingen gjennom guidet avslapning foregår ved hjelp av ulike metoder som: meditasjon, yoga, tai chi, biofeedback, progressiv avslapning, hypnose og visuell bilde terapi. Den fysiske smerten kan påvirkes fra det psykiske domenet og sørge for lavere intensitet og høyere funksjonsnivå (Adeola, 2015). Artikkelen kan fortelle at det er en klar sammenheng mellom det psykiske domenet og den fysiske smerten pasientene opplever. Målet med studien er å hjelpe helsepersonell med å øke sin forståelse om de ulike faktorene som hemmer pasienten sin evne til å utføre sine aktiviteter i det daglige og gi dem kunnskapen de trenger for å gi pasientene de ressursene som de trenger for å utføre de aktivitetene som de ønsker. Dette vil da ha en påvirkning på livskvaliteten.

Det som er ekstra interessant er at hele 40,3% av pasientene foretrakk en ikke medikamentell tilnærming for å redusere smerte intensiteten sin. Den ikke medikamentelle strategien som flest pasienter trakte frem var «coping strategies». Det handler om strategier som hjelper pasienten med å håndtere å skulle leve med smertene sine og redusere symptom forekomsten. (Semra, 2016) Slike strategier kan for eksempel være trening, massasje, samtale terapi m.m. Videre viste det seg i studien at pasienter med lav smerte intensitet hadde bedre nytte av ikke medikamentelle tiltak, mens de som hadde moderat til høy smerte intensitet var det nødvendig med farmakologiske tiltak for å få ned smerte intensiteten. Resultatene som pasientene opplevde av denne studien var bedring i smerte intensitet, mobilitet, gåing og tøyning (Semra, 2016).

#### **4.1.7.1 Hvile:**

Bakgrunnen til studien viser tall fra artikkelen at 46% prosent av kreft pasientene erfarer smerter med høy intensitet. Kreft pasientene blir heller ikke kvitt smertene sine og faller under kroniske smerter. Studien dykker ned i hvile prosessen da den er knyttet opp mot reparasjon av skader i kroppen og viser til at hvile er nødvendig for en rekke prosesser. Pasientene som hadde guidet hvile opplevde høyere smerte intensiteter enn de som hadde planlagt hvile tider. Begge gruppene pasienter utførte en rekke oppgaver daglig selv om de rapporterte smerter ved aktivitet. (Adeola, 2015) Begge gruppene opplevde bedring i smerte intensiteten over de 4 ukene studien pågikk, og hvile stod helt sentralt. Et av hovedpunktene som blir trukket frem er at pasientene opplevde å få bedre søvn og søvnmønster. Til slutt understreker Adeola (2015) med at helsepersonell burde prøve å guide pasientene vekk ifra stressende aktiviteter, fokusere på å hvile seg enten gjennom hvile eller gjennom guidet hvile, hjelpe pasienten i aktiviteter som krever mye ressurser av pasienten i form av enten å skaffe de ressursene de trenger eller hjelpe til på et nivå som fortsatt fremmer autonomien og være oppmuntrende og støttende i møte med pasienten.

#### **4.1.8 Livskvalitet:**

Det kommer frem i en studie at kne artritt og smertene det medfører har stor innvirkning på livskvalitet. Søkelyset i artikkelen omfatter strategier for å bedre håndtere smertene sine (Semra, 2016). Videre kommer det frem at smertene drar ned fysisk aktivitet, sosial aktivitet, bevegelse og øker fatigue (Semra, 2016). Foretrukket smertelindring for å øke livskvaliteten for mesteparten var en farmakologisk tilnærming med smertestillende som primærbehandling (54%), men resten foretrakk en ikke medikamentell metode for sin primær smertelindring (Semra, 2016). Til slutt kan studien påpeke at smerte intensiteten økte med økende alder og synker ved økende utdannings nivå.

#### 4.1.9 Velferdsteknologi og sykepleier sin rolle:

Velferdsteknologi er mer og mer på vei inn i helsevesenet for å både hjelpe pasientene, men også helsepersonell med å utføre ulike oppgaver, for den kroniske smerte pasienten kan dette få stor betydning. Priyanka (2017) ser på kvaliteten og bruksområdet av Apper for å kunne håndtere sine smerter selv. Studien har gått igjennom mange apper som ligger ute for allmennheten og kan påpeke at mange av appene har gode bruksområder for den eldre pasienten, men at ingen har alle parameterne som skal til for å ha den kvaliteten som kreves av et slikt verktøy per dags dato. De har i all hovedsak sett på apper som handler om selvhåndtering av leddgikt smerter. Inkluderingskriteriene for at appene skulle bli vurdert var: smerte vurdering, dokumentasjon, funksjon, instruksjoner for medikamenter, kommunikasjon med helsevesenet, kognitiv terapi basert smerte håndtering, fysisk trening, humør håndtering, depresjon vurdering, angst vurdering og egenvurdering av søvn. Veldig få apper viste seg å ha med nokk aspekter til å kunne få en helhetlig vurdering til pasienten. Artikkelen finner dessverre ut at dagens teknologi innenfor app markedet som er spesialisert innenfor kroniske smerter ikke har nådd det nivået som er nødvendig for å kunne anvende informasjonen til behandling av pasienten.

## 5 Diskusjon:

### 5.1 Metode diskusjon:

#### 5.1.1 Svakheter, Inklusjonskriterier og Eksklusjonskriterier.

En klar svakhet i søket er at det ikke er gjort mye forskning som knytter livskvalitet og den kroniske smerte pasienten direkte sammen. Det medfører at gode konkrete forskningsartikler på temaet fort blir upresise og dermed irrelevante. Noen av artiklene i denne oppgaven har et svakt datagrunnlag med få deltakere, men er allikevel interessante og relevante i det store bildet da de får frem indikasjonene til hvordan ting henger sammen. Mange av artiklene som kom frem i søket etter forskning var ikke relevante da de ikke knytter kroniske smerter opp mot livskvalitet. Det er veldig nødvendig å få kroniske smerter knyttet opp mot livskvalitet mer frem, da det er mange pasienter ute i klinikken og kommunehelsetjenesten som lever med restriksjoner i hverdagen knyttet til sine smerter.

For at artiklene skulle kunne inkluderes i teksten måtte de være peer reviewed, research article eller review article. De må være utgitt innen de siste 10 årene og ha sentral tematikk innenfor livskvalitet, kroniske smerter og med en vinkling innenfor et biopsykososialt domene. For å få en mest mulig helhetlig vinkling har jeg valgt artikler som har ulik tilnærming innenfor de ulike domenene (fysisk, psykisk, sosialt).

Alle artiklene måtte være etisk vurdert og deltakerne gitt samtykke til studien. Artiklene er sjekket for etisk vurdering og at de er forsknings artikler etter ImRaD struktur. Deltakerne i studiene har gitt samtykke. Oppgaven støttes av faglitteratur fra sykepleie faget og med sentral teoretiker Callista Roy med litteratur fra utenfra pensum.

Artiklene i cinahl complete har også krysset av i advanced search at en av forfatterne skal være sykepleier.

Noen av artiklene i oppgaven tar for seg primerdiagnoser der kroniske smerter er hoved symptomene som pasientene lever med, og disse er relevante for oppgaven da smerter ofte følger en primærdiagnose. Oppgaven bruker også manuelle søk i relevante reviderte medisinske nettsteder for å finne tillegg fakta og statistikk. Disse nettstedene er kvalitetssjekkede og brukes som supplement til teorien og forskningsartiklene.

#### 5.1.2 Styrker og hva jeg kunne gjort annerledes:

Artiklene er sjekket for kvalitetsnivået sitt og ingen artikler er under nivå 1. Jeg har brukt kvalitative studier som er funnet i medisinsk database som NTNU har avtaler med. De kvalitative studiene trekker frem pasientene sine subjektive meninger mer presist en kvantitativ forskning og siden livskvalitet er et subjektivt fenomen var det viktig å finne denne typen artikler.

Jeg syns at forskningen på akkurat dette tema om kroniske smerter knyttet opp mot livskvalitet er mangelfull. Jeg tror at denne typen oppgave ville vært mye bedre og mer konkret om den hadde blitt skrevet om et tiår.

## 5.2 Resultat diskusjon:

### 5.2.1 Sykepleier sin rolle:

I møte med den eldre kroniske smerte pasienten står sykepleieren i en sentral rolle. Rollen inkluderer ofte administrering av analgetika, rapportering av effekt og bivirkninger, koordinering av tjenester og den som assisterer i primærhelsetjenesten. Sykepleieren har ansvar for å sette opp en personsentrert plan, pleieplanen, som skal omfatte sykepleieprosessen i sin helhet. (Kristoffersen, 2017, kap.8 bind 1) Det vil si at sykepleieren ser på pasienten sine utfordringer, ressurser, setter i verk tiltak og evaluerer tiltakene opp mot pasienten sine mål.

Pasienten må også få god oppfølging i forhold til smertelindring og her spiller sykepleieren en sentral rolle i å rapportere effekt og bivirkninger som pasienten måtte oppleve. Cottler (2016) viser til hva som skjer dersom pasienten har manglende oppfølging til smertelindring og hvis legene ikke er kritisk til hvilken mengde opioider de skriver ut. Mortaliteten, toleransen og avhengigheten øker drastisk, pasientene klarer ikke slutte med smertestillende og tar for høye doser. Dette er særlig problematisk med eldre pasienter og sykepleier og lege må jobbe tett sammen.

#### **5.2.1.1 Sykepleie i et biopsykososialt perspektiv:**

Sykepleieren må også sette seg ned å kartlegge pasienten sitt sosiale nettverk og spørre pasienten om hvordan smertene påvirker sosial omgang. Erfaringsmessig har jeg sett at kroniske smerte pasienter unngår ofte sosial omgang dersom smertene kommer ved bevegelse eller i sittende, og de føler ofte at de ikke er godt selskap. Egostyrkende sykepleie og gjennom tiltakene i den individuelle planen vil være gode verktøy for å øke pasienten sin mestringsevne og selvbilde for å lettere kunne velge sosial omgang. Pasienten trenger noe å se frem til, å glede seg til for å lettere møte de vanskelige dagene.

Yilmaz (2016) viser til en klar sammenheng mellom fysisk aktivitet, hvile, sosial omgang og funksjonsnivå. Resultatet i studien viser til at fysisk aktivitet øker funksjonsnivået, men trekker ned sosiale omgangen. Trolig er dette fordi at balansen mellom trening og hvile ikke er balansert overfor pasientens adaptasjonsprosess. Det vil si at sykepleieren bør hjelpe til med å lage et treningsprogram til pasienten som tar hensyn til nokk trening til å bevare funksjoner og øke funksjonene som pasienten ønsker, samt nokk hvile til å kunne delta i sosiale settinger. I forhold til hvile må sykepleier hjelpe pasienten med å legge til rette for god søvnhygiene, med faste tider å stå opp og tilnærmet det samme i forhold til å legge seg, selvfølgelig tilpasset pasienten sine egne ønsker så godt det lar seg gjøre. God søvnhygiene inkluderer å legge til rette for at soverommet også er klart i slik at det er litt kjølig og godt luftet, at pasienten får mosjon noen timer før legge tid og unngår sentral stimulerende midler før sengetid. (Bjorvatn,2021) Fysioterapeut kan være et godt verktøy for å finne en treningsplan som fungerer med tanke på øvelser og intensitet i treningsprogrammet. Adeola (2015) viser også til en alternativ måte å hvile på gjennom guidet meditasjon med en guide. Det fungerer som en slags meditasjon og er nokk ikke for alle, men Adeola (2015) sitt andre opplegg med planlagte avslapningsperioder er enklere å gjennomføre og kan tilpasses hvem som helst og er en mer foretrukket metode. Denne metoden hadde også positive resultater på smerte intensitet.

De eldre som pasientgruppe har ofte mange sykdommer som danner et komplisert sykdomsbilde og dette skaper et komplekst sykdomsbilde som påvirker hverandre og

sykepleieren må ha en oversikt over fysiologiske sykdommer som påvirker dette bildet og de farmakologiske bildet. Tre vanlige svikter som kan påvirke absorpsjonen og eliminasjonen av smertestillende midler er leversvikt, hjertesvikt og nyresvikt, har pasienten disse må sykepleieren være ekstra obs.

### 5.2.2 Å leve med den kroniske smerten:

Verdighet har per definisjon av Kristoffersen (2017) en direkte påvirkning i hvordan livskvaliteten påvirkes på det sosiale planet ved subjektiv verdighet. Sykepleieren må derfor ta hensyn til verdighet i møte med kroniske smertepasienter og møte pasienten med respekt, tålmodighet og tillitt. Verdighet og selvverd står sentralt i selvfølelse som også er viktig for livskvalitet. Verdighet er den verdien som Travelbee trekker mest frem. Callista Roy sin adaptasjonsmodell kan knyttes direkte opp mot helsefremming ved at sykepleieren må jobbe med det residuale og kontekstuelle stimuli slik at det tilpasses pasientens adaptasjonsnivå for å gjøre det mulig for pasienten å oppleve brukermedvirkning og helsefremming. Det er selvsagt at bedring av smertene i form av helsefremming også påvirker livskvaliteten i positiv retning.

#### 5.2.2.1 Brukermedvirkning:

Når pasienten evaluerer seg selv og sin egen situasjon får sykepleieren ett unikt innblikk i pasienten sin subjektive forståelse av sin egen adaptasjonsprosess. Denne måten å selv evaluere har vist gode resultater i forskningen og er med på å gi økt livskvalitet for de som deltok. Det kan være flere grunner til dette, men det at pasienten kunne sitte for seg selv og bruke tid på å sette ord på sin situasjon og lett videre formidle den til helsepersonell gjennom et elektronisk verktøy gjør at sykepleieren får en mer konkret og bearbeidet informasjon fra pasienten (Kroenke, 2019). Denne måten å gjøre datasamling på gjør at sykepleieren får et subjektivt innblikk når de skal gjøre en objektiv evaluering av tiltakene som er satt i verk i en eventuell pleieplan.

#### 5.2.2.2 Adaptasjonsprosessen og Behandlingsprosessen:

Det kommer tydelig frem at Callista Roy sin adaptasjonsmodell tar for seg mennesket fra et biopsykososialt vesen som er i en prosess som konstant er i bevegelse med innenfra og utenfra påvirkning der mennesket selv står i sentrum av denne prosessen. Denne formen for sykepleie teori står i tråd med samfunnet sin bevegelse av sykepleiefaget inn i retningen mot pasientsentrert sykepleie og individuelle planer. Det biopsykososiale perspektivet handler om å se hele pasienten fra de ulike perspektivene satt i sammenheng der en ser hvordan perspektivene påvirker hverandre.

Travelbee ser i likhet med Roy pasienten med et prosess perspektiv, der pasienten er i en behandlingsprosess kontra en adaptasjonsprosess. Grunnen til at Travelbee er relevant er at hun tar for seg viktige holdninger og verdier som behandleren trenger for å kunne ivareta pasienten psykisk og sosialt i en behandlingsprosess. For å kunne vise god omsorg i pasienten sin prosess må sykepleieren ta med pasienten sine verdier, emosjoner, ressurser og møte pasienten der hvor pasienten befinner seg i sin prosess. Jeg mener at gjennom Roy sitt adaptasjonsperspektiv og Travelbee sine verdier klarer sykepleieren bedre å sette seg inn i pasienten sin opplevelse av sykdom, som resulterer i at sykepleieren møter pasienten der han/hun er og kan bedre lage en pleieplan som dekker pasienten biopsykososialt.

En ser likheter med Roy sin tilnærming til pasienten gjennom adaptasjonsprosessen og helsetjenesten sin satsning på pasientsentrert omsorg. Da pasientsentrert omsorg

handler om å møte pasienten der han/hun er, se og lytte til pasienten og lage en plan for behandlingen som tar høyde for pasienten sine ønsker.

### **5.2.2.3 Kroniske smerter i et biopsykososialt perspektiv:**

Den eldre kroppen blir påvirket av aldringsprosesser som gjør at den takler mindre intensitet, blir raskere sliten og lettere for å bli skadet. (Aziato, 2016) Som sykepleier i dette tilfellet vil det være gunstig å se nærmere på hvilke faktorer fra treningen som gjør at pasientene ikke får samme sosiale kvaliteten som de hadde uten trening og om disse faktorene er noe som sykepleieren klarer å legge til rette for. Det at studien har så få deltakere er en klar svakhet i studien, men resultatene er en grei pekepinn på hvilke resultater en kan forvente. Det at resultatene var så samstemte styrker studien. Det trengs flere studier med større deltakermengde som kan replisere resultatene.

Den kroniske smerte pasienten er erfaringsmessig en kompleks pasient og smertene setter store restriksjoner på hvordan pasientene opplever sin situasjon og mestrer sin hverdag. Disse restriksjonene øker med økt smerte intensitet og når en ikke lengre føler at en mestrer hverdagen følger det ofte psykiske belastninger. Disse belastningene både fysisk og psykisk kan ofte lede til sosiale ringvirkninger da de mest vanlige psykiske følgene er depresjon og angst, angst og depresjoner leder ofte til sosial distansering og i noen tilfeller isolasjon. Derfor er det viktig å se på kroniske smerte pasienter i et biopsykososialt perspektiv slik at en klarer å legge en omfattende plan for pasienten tidlig slik at en kanskje klarer å unngå noen av følgene som ofte kommer med smertene. Helsevesenet i dag bruker pleieplaner som er pasient sentrert og disse er et godt utgangspunkt når en skal jobbe med kroniske smertepasienter. Disse planene er tilpasset hver enkelt pasient sin helsetilstand og behov, men er ikke alltid dekkende nok i den forstand at den underliggende sykdommen og det den påvirker er hovedfokus mens det psykiske og smertene kommer ikke alltid like godt frem etter min mening.

For å takle de fysiske smertene som oppstår har helsevesenet, nei menneskeheten i flere tusen år brukt opioider/analgetika til å behandle smerter, men siden opioidene er så vanedannende så burde vel bruken av de være veldig begrenset? Tall fra sykepleien.no kan vise til at fra 2008-2018 steg antallet pasienter som fikk opioid preparater på blå resept fra 5568 til 17383, altså en økning på over 300%! Blant de som startet med opioider mot kroniske smerter brukte 50% fortsatt opioid preparater for smertene sine 9 år etterpå og 1,9% av disse pasientene fikk økt dosene sine (til og med høyere doser enn det som tillates). Artikkelen fra sykepleien argumenterer også for at langtidseffekten ved bruk av opioider til kroniske smerte pasienter er usikker som smertelindring og samtidig vet en at langvarig bruk av opioider øker sjansen for avhengighet, fallskader og nedsatt kognitiv funksjon. Preparatene som øker mest, er bruken av Oxycodone (økning på 7 ganger så mye fra 2004-2017) og Tramadol (økning på 3 ganger så mye fra 2004-2017). Høsten 2020 ble også Tramadol satt på narkotikalistens og både Tramadol og andre opioid preparater omsettes illegalt. Opioidpreparater er en vanlig del av mange kroniske smerte pasienter sin hverdag. Opioider gjør at en ikke kan kjøre bil som i seg selv setter restriksjoner på friheten til pasienten og kan påvirke livskvaliteten i negativ retning.

### **5.2.3 Angst og Depresjon.**

I forhold til det psykiske er det viktig at sykepleieren er tilgjengelig og møter pasienten der han/hun er, bruker gode kommunikasjonsverktøy og tilbyr pasienten å snakke med en psykiatrisk sykepleier dersom dette er ønskelig. Viktig at pasienten føler seg sett og hørt, samt at pasienten får utløp for sine følelser da å leve med kroniske smerter kan lede til mye frustrasjon og sorg gjennom smerte og tap av funksjoner. Kroenke (2019)



sin metode med selvrapporing som også fanger opp endringer i humør, tilfredshet og livskvalitet kan være en god måte for pasienten å medvirke til at helsepersonell forstår pasienten sin situasjon bedre og kan tilpasse behandlingen bedre til der pasienten er i sin adaptasjonsprosess. Pasienten kan gjøre dette på en indirekte måte uten å måtte sitte ansikt til ansikt med helsepersonell som kan ha både positive og negative sider. Pasienten blir mindre dømt, blir tolket mer objektivt, føler seg mindre klagete og kan bruke tid på å tenke og formulere seg. Dette kan bidra til mindre psykisk press i en allerede stresset situasjon. På den andre siden kan ikke helsepersonell se reaksjonene til pasienten ved evaluering av resultat, ser ikke pasienten så det kliniske blikket ikke fanger opp ting som det eventuelt ellers ville og det er vanskelig å kunne si konkret hvor smerter ligger når pasienten ikke kan vise. Det er også vanskeligere å bedømme om pasienten har angst eller depresjon uten å fysisk se og snakke med han/henne. Derimot kan dette verktøyet være et godt supplement til enkelte pasienter som kanskje har vanskelig med å åpne seg til helsepersonell og ikke være en erstatning til fysiske møter med den gode samtalen.

#### 5.2.4 Livskvalitet:

For å oppnå god livskvalitet må sykepleieren se på pasienten med et biopsykososialt fenomen for å oppfatte alle domene rundt pasienten som kan være påvirket av den kroniske smerten. Det kommer frem at både farmakologisk og ikke farmakologisk tilnærming kan være nesten like viktige, men at det er individuelt (Semra, 2016). Travelbee og Roy sine teorier i kombinasjon dekker mesteparten av verdiene og hovedtrekkene i det subjektive selv som danner grunnlaget for ens egen oppfatning av livskvalitet. Det jeg mener med det er at pasienten sine verdier, mål, fysiske påvirkning, psykiske påvirkning og sosiale påvirkning i kombinasjon med heldekkende omsorg og det å bli sett, hørt og møtt er avgjørende for livskvaliteten. Livskvalitet er et komplisert fenomen og der kriteriene for god livskvalitet varierer fra individ til individ. Siden smerteintensiteten øker ved lengre sykdomstilstand og risikoen for smerter øker med alderen er den eldre pasienten mer utsatt.

#### 5.2.5 Smertelindring:

Forskningen og teorien viser til at smerter er et biopsykososialt fenomen. Gjennom Callista Roy sin modell, kan en lettere tilpasse behandlingsplanen rundt pasienten da en går inn med fokus på pasienten i den adaptasjonen han/hun befinner seg i og behandler pasienten ikke som et enkelt scenario, men som en prosess som er i konstant utvikling. (Roy, 1999) Mennesker er tross alt i konstant utvikling gjennom livet og hver enkelt pasient situasjon selv om det skyldes samme diagnose er individuell og forskjellige fra hverandre. Pasienten sin oppfattelse av sine kroniske smerter og dets innvirkning på sitt liv må stå i sentrum.

Fysiologien bak smerte kan vise til at en trenger ulik tilnærming til smertelindring ved ulik smerte intensitet der lave intensiteter kan klare seg med NSAIDS eller lokal anestesi (for eksempel xylocain ved kateterisering) mens ved høyere intensiteter må en blokkere nerven sin evne til å sende smerte signal ved å bruke preparater som sperrer for smerte neurotransmitterene i synapsen, slik som opioider gjør (Stubberud, 2017).

##### 5.2.5.1 Smertelindring til den eldre pasienten:

Den eldre pasienten har også nedsatt nyre funksjon grunnet aldringsprosesser og vil derfor ha litt nedsatt eliminering av legemidler, noe som gjør at de kan få opphopning av medikamenter i blodet og få sterkere effekt og bivirkninger. Den eldre pasienten har ofte

en lavere toleranse for opioidpreparater og det skal derfor kun gis opioider med forsiktighet og god oppfølging (Kirkevold, 2018). Endringer i hjerte funksjonen eller nevrologiske endringer kan også påvirke farmakologien, fysisk og psykisk form og livskvalitet. Sykepleieren må ha en god rutine for å fange opp bivirkninger og effekt knyttet til oppstart av medikamenter. Kursing i farmakologi kan være med å bidra til at slike rutiner blir lettere å få på plass.

#### **5.2.5.2 Kartlegging av smerter:**

Stubberud (2017) tar for seg et verktøy for å kartlegge smertene til pasienter; McGill Pain Questionare / smerteskjema (MPQ) som tar utgangspunkt i 78 adjektiver og som har fokus på tre hovedpunkter: hvordan sanses smertene på kroppen, hvordan følelsene påvirkes og hvordan pasienten vurderer inntrykkene. Dette verktøyet har jeg ikke sett eller hørt noe av ute i klinikken og stiller spørsmål om hvorfor sykepleierne ikke bruker omfattende kartleggingsverktøy. Det brukes VAS (visuell analog skala) med en smerteskala fra 0-10, men det er mangel på noe som er mer omfattende enn dette. Erfaringsmessig får ofte pasienten Paracetamol x3 per dag og blir fulgt opp med observasjon i forhold til medikamentet. Smertetrappen er et mye brukt verktøy på sykehjemmene og i hjemmesykepleien (Stubberud, 2017). Smertetrappen er retningslinjer for hvilken styrke analgetika som skal gis for de ulike smerte intensitetene der Paracetamol er trinn1, trinn 2 er opioider for mild til moderate smerter og trinn 3 er moderate til intense smerter. Smertetrappen er god når sykepleieren skal vurdere om pasienten har tilstrekkelig med analgetika i behandlingen og eventuelt om pasienten skal opp et trinn eller ned et trinn (avgjørelsen tas av lege, men sykepleier sine observasjoner har stor betydning i avgjørelsen). Riktig mengde analgetika er veldig viktig for å oppnå god smertelindring som er med på å gi pasienten økt livskvalitet og legge til rette for mestring på fysisk, psykisk og sosial arena. Mindre smerter gir mindre fysiske plager som letter det psykiske stresset som leder til at pasienten lettere kan ta del i sitt sosiale liv med mindre restriksjoner.

#### **5.2.5.3 Opioider og avhengighet:**

Noen farmakologiske selskaper i USA gav leger en bonus basert på hvor mange pasienter de hadde skrevet opioid preparater på resept til. (Department of Justice, 2020) Dette har indirekte ledet til en opioidavhengighet på et epidemisk nivå i USA og gitt høye mortalitetsrater, derfor er det viktig at sykepleier i dialog med lege hele tiden vurderer behov for analgetika. Mortalitetens raten for bruken av opioid preparater når en er avhengig og ikke lengre bruker det til medisinsk årsak er veldig høy (Cottler, 2016).

Det har blitt ett strengere reglement for bruken av opioider og pasientene følges opp tettere av helsepersonell. Opioid preparater har fortsatt sin plass i behandlingen av kroniske smerter med moderat til høy intensitet, men må da følges godt opp av behandlende lege. Opioidene har en rekke bivirkninger som er farlige for den eldre befolkningen spesielt, siden de har ofte en lavere toleranse (pga kroppsvekt) og lengre eliminasjonsfase. Disse følges opp av blodprøver som ofte tas av sykepleier og sendes til tolkning i laboratoriet.

I Norge der jeg har vært i praksis eller yrkesutøvende har jeg erfaringsmessig sett at opioider stort sett blir brukt i korte perioder og i så lave doser som mulig der en fortsatt oppnår tilstrekkelig smertelindring. Legene ønsker også å få pasientene av opioid preparatene så fort som mulig og heller bruke andre preparater som f.eks. NSAIDS (non steroid anti inflammatory Drugs). Samt brukes opioider ved livets slutt for at pasientene

skal få en smertefri avslutning på livet, og da er det ikke like nøye om pasienten blir avhengig, siden de ikke har så lenge igjen.

Ut ifra det som forskningen viser virker det som om at det er på tide å vurdere flere smerte kartleggings verktøy ute i klinikken og ikke lene seg like mye på VAS. VAS vil fortsatt være ganske sentral å bruke hyppig i klinikken for å kunne følge godt med på smerte utviklingen, men tar ikke for seg smerten sin karakter, område og opplevelsen av smerten. VAS er et godt supplerende verktøy for å kartlegge smerte intensitet, men er ikke omfattende nok til å kartlegge smerte som fenomen.

#### 5.2.6 Velferdsteknologi kan spare pasienten og samfunnet mye:

Velferdsteknologi er et stort satsningsområde innenfor helsevesenet den dag i dag der mye teknologi allerede er på plass i hjemmene til pasientene, og på sykehjemmene for å sikre et bedre behandlingsforløp. Kanskje burde helsevesenet selv investere litt ressurser i app utvikling i forhold til både akutt og kroniske smerte pasienter da disse pasientene finnes overalt i helsevesenet siden smerter ofte følger andre diagnoser hånd i hånd. Appene derimot har mange positive sider ved seg og en kan tenke seg at fremtidens behandling av denne pasientgruppen kan lettes ressursmessig og ha større brukermedvirkning samt sikre pasientens autonomi på en helt annen måte enn det som er mulig per i dag. Dette fagfeltet er i voldsom utvikling og kan komme med mange ressurs besparende løsninger i fremtiden og muligens spare pasientene noen legebek. (Priyanka, 2017) Pasienten er en god ressurs å ha med på laget og sykepleieren får mye gratis innblikk i pasienten sin tilstand med å legge til rette for brukermedvirkning.

### 5.3 Konklusjon:

For at sykepleier skal kunne bidra til bedre livskvalitet til den eldre pasienten som har kroniske smerter kommer det frem at sykepleieren må se på pasienten med et helhetlig biopsykososialt perspektiv. Sykepleieren må da kartlegge hvordan disse domeneene påvirkes i pasienten sitt liv i den delen av sykdomsstadiet som pasienten befinner seg i. Denne kartleggingen gir grunnlaget for en helhetlig sykepleie som setter livskvalitet i fokus og som bidrar til en pasientsentrert pleieplan. Det finnes ingen fasit for hvordan denne planen skal se ut, men at den må ha sentrale momenter som smerte, livskvalitet, psykisk helse, sosial helse, fysisk helse, restriksjoner, forutsetninger, ressurser, ønsker og brukermedvirkning. Travelbee og Roy sine teorier komplementerer hverandre for å bedre se det subjektive selvet i pasienten, det vil si pasienten sin identitet, verdier, verdighet og mål samt å gi pasienten god omsorg. For at pasienten lettere skal kunne henge med og bidra til økt livskvalitet er det viktig å spille på lag med pasienten i utviklingen av pleieplanen. Velferdsteknologi kan bidra til å gjøre prosessen lettere og pasienten mer selvstendig og burde alltid vurderes behovet særlig hos hjemmeboende.

Denne planen er sykepleierens grunnleggende og sentrale verktøy for å fremme livskvaliteten, men det er like mye jobb etter planen er på plass. Planen er et dynamisk verktøy som må jobbes med og tilpasses ut ifra endringer i pasienten sin adaptasjonsprosess og anamnese. Livskvalitet er subjektivt og derfor står spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» helt sentralt i pleieplanen.

## Referanser

Adeola, M.T.; Baird, C.L.; Sands, L.P.; Longoria, N.; Henry, U.; Nielsen, J.; Shields, C.G. (2015) *Active Despite Pain: Patient Experiences With Guided Imagery With Relaxation Compared to Planned Rest*. Hentet fra: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=93d132e4-a40d-429c-a467-9ffc805aecf7%40redis>

Apotek 1 (2020) *Kroniske smerter*, hentet fra (hentet 13.01.2022 kl: 1700): <https://www.apotek1.no/smerter/kroniske-smerter>

Aziato, L.; Ohene, L.A.; MPhil, L.N.; Antwi, H.O.; (2016) *Ageing With Aches and Pains: Lived Experiences of the Elderly in Ghana*, International Journal of Caring Sciences, Volume 9.

Barstad, A. (2019) *livskvalitet*, hentet fra (hentet 13.01.2022, kl: 1700): <https://snl.no/livskvalitet>

Bjorvatn, B. (2021) *Søvnhygiene- gode råd ved søvnproblemer*, Hentet fra: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnhygiene-gode-rad-ved-sovnproblemer>

Cottler, L.B.; Smallwood, B.A.; Anthony, J.C.; Eaton, W.W. (2016) *Nonmedical Opioid Pain Relievers and All-Cause Mortality: A 27-Year Follow-up From the Epidemiologic Catchment Area Study*, American Journal of Public Health, Volume 106

Department of Justice, (2020) *Justice Department Announces Global Resolution of Criminal and Civil Investigations with Opioid Manufacturer Purdue Pharma and Civil Settlement with Members of the Sackler Family*, Hentet fra (hentet 28.04. 2022 kl 10:00): <https://www.justice.gov/opa/pr/justice-department-announces-global-resolution-criminal-and-civil-investigations-opioid>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, Vol.20(2)*, 22-26.

Håkonsen, K.M. (2017) *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.), Gyldendal akademisk

Kanalregisteret, Register over vitenskapelige publiseringskanaler, hentet fra: <https://kanalregisteret.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=476732>

Kirkevold, M.; Brodtkorb, K.; Ranhoff, A.H. (2018) *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.)(s.31-32) , Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J.; Nortvedt, F.; Skaug, E.; Grimsbø, G.H. (2017) *Grunnleggende sykepleie* (3.utg. bind 3)(s.299, 17-19,29 og 53) , Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J.; Nortvedt, F.; Skaug, E.; Grimsbø, G.H. (2017) *Grunnleggende sykepleie* (3.utg. bind 2) Kap. 8, Gyldendal akademisk.

Kroenke, K.; Baye, F.; Lourens, S.G.; Evans, E.; Weitlauf S.; McCalley S.; Porter, B.; Matthias, M.S.; Bair, M.J. (2019) *Automated Self-management (ASM) vs. ASM-Enhanced Collaborative Care for Chronic Pain and Mood symptoms: the CANNPS Randomized*

*Clinical Trial*, publisert i: Society of General Internal Medicine. Hentet fra:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6712242/>

NHI, *Hva er søvn?* hentet fra (hentet 28.04.2022, kl 10:00): <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/hva-er-sovn/?page=2>

Priyanka, B.; Newton, J.; Phillips, J.L. (2017) *Quality and Usability of Arthritic Pain Self-Management Apps for Older Adults: A Systemic Review*, American Academy of Pain Medicine, Hentet fra:  
<https://academic.oup.com/painmedicine/article/19/3/471/3852644?login=true>

Roy, C. (1999) *The Roy Adaptation Model* (s. 32-39), (2.utg.) Appelton & Lange stanford, conneticut

Sand, O.; Sjaastad, Ø.V.; Haug, E.; Bjålie, J.G.; Toverud, K.C. (2018) *Menneskekroppen*, Gyldendal akademisk (3.utgave)

Semra, A.; Senay, U.; Servet, T. (2016) *Evaluation of the Coping Strategies Used by Knee Osteoarthritis Patients for Pain and Their Effect on the Disease-Specific Quality of Life*, International Journal of Caring Sciences (vol. 9) Hentet fra:  
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=93d132e4-a40d-429c-a467-9ffc805aecf7%40redis>

Silva, M.S.; Hortense, P.; Napoleão, A.A.; Stefane, T. (2016) *Self-efficacy, Pain intensity and quality of life in individuals with cronic pain*. Hentet fra:  
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=93d132e4-a40d-429c-a467-9ffc805aecf7%40redis>

Stubberud, D.; Grønseth, R.; Almås, H. (2017) *Klinisk Sykepleie* (5.utg. 2 opplag.) gyldendal akademisk. (s. 384-389)

Sykepleien.no (2020) ØKT bruk av sterke opioider i Norge, hentet fra:  
<https://sykepleien.no/2020/10/okt-bruk-av-sterke-opioider-i-norge>

Bozkurt, Ü. Yilmaz, M. (2016) *The determination of Functional Independence and Quality of Life of older Adults in a Nursing Home*, International Journal of Caring Sciences (Vol. 9, Issue 1 Page 198) Hentet fra:  
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=93d132e4-a40d-429c-a467-9ffc805aecf7%40redis>

# Vedlegg 1.

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Referanse</b>              | Bozkurt, Ü. Yilmaz. M. (2016) <i>The determination of Functional Independence and Quality of Life of older Adults in a Nursing Home</i> , International Journal of Caring Sciences (Vol. 9, Issue 1 Page 198)   |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Finne funksjonsnivå og nivået av livskvalitet hos eldre over 65 i sykehjem.   |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | Quality of life, Nure or Nursing or nurses, Chronic disease   |
| <b>Metode</b>                 | 81 personer over 65år deltok i studen. Det ble brukt verktøyene The Funktional Autonomy Measurement system (SMAF) og SF-36 quality of life scale. Disse verktøyene er for å hjelpe brukeren til å vurdere sin egen helsetilstand ut ifra hvordan de selv mener de er fornøyde eller ikke. De vurderes både psykisk, fysisk og sosialt. Det fysiske går hovedsakelig på ADL funksjon.  |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | <b>Resultat:</b> Det er stor forskjell mellom funksjonsnivå skalaen og livskvalitets skalaen. Videre så sank livskvaliteten i takt med økende alder og SMAF sank ved økende smerter. <b>Konklusjon:</b> Personer med kroniske sykdommer hadde generelt lavere skår på funksjons nivå, men hadde en mer positiv og høyere oppfattelse av sin egen helse. Det ble funnet en klar sammenheng mellom SMAF og kroniske lidelser. |
| <b>Relevans</b>               | Den er relevant til oppgaven da den tar for seg livskvalitet i den riktige aldersgruppen og med kroniske lidelser. Den er aktivt på funksjonsnivå og tar også for seg det sosiale. Den kan brukes til å argumentere for fysisk aktivitet for å bedre funksjonsnivå og autonomi, men samtidig viste de som bidro på fysisk aktivitet at de hadde en lavere sosial tilfredshet.   |

## Vedlegg 2

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Referanse</b>              | Silva, M.S.; Hortense, P.; Napoleão, A.A.; Stefane, T. (2016) <i>Self-efficacy, Pain intensity and quality of life in individuals with chronic pain.</i>  |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Studien sin hensikt er å bruke 3 forskjellige verktøy; Self-efficacy scale for pain, the Numeric Scale of pain og WHOQOL-Bref. Verktøyene skulle brukes for å finne en sammenheng mellom pasienter med kroniske smerter og høy mestringsfølelse hadde en lavere smerte intensitet og derfor høyere livskvalitet.  |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | Quality of life, pain, pain measurement, self-efficacy, Nursing Care  |
| <b>Metode</b>                 | Det ble tatt i bruk verktøyene som beskrevet over for å måle pasienten sine smerter og mestringsfølelse. WHOQOL-Bref har en skala fra 0-100 og høyere tall tilsvarer høyere livskvalitet. Studien tar for seg 2760 pasienter der kriteriene er at de skal være over 18 år og opplever minst moderate smerter i smerte intensitet.   |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | Etter utvalget av journaler de valgte å bruke i sin sample fra de 2760 ble 120 valgt ut. Gjennomsnittsalderen på kvinner som deltok er 55år og menn 60år. Mange av pasientene hadde fedmeproblematikk. De kroniske smertene sin lokalisasjon innenfor gruppen var som følgende 71,60% hadde smerter i mer enn en kroppsdelt, 32,50% av disse var nedre rygg smerter (lumbar pain) smerter, 29% i beina, 23,50% i armene, 8% i hodet, 5,50% i thorax og 1,50% oppå hodet. Sykdommene som stod bak smertene var 6 sykdommer der artrose var mest representert 40,20%. De vanligste svarene ble, mestring 185,57 poeng, livskvalitet 56,31 poeng og psykiske domenet 61,64 poeng. Konklusjonen ble at sammenhengen mellom mestringsfølelse og smerte intensitet var for liten til å kunne virke som de kunne settes i sammenheng. Sammenhengen mellom mestring og livskvalitet derimot viste svake til moderate positiv sammenheng der fysiske og psykiske domenenene viser til at bedre mestringsfølelse gir bedre livskvalitet og spesielt på de fysiske og psykiske domenenene. |
| <b>Relevans</b>               | <i>Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den tar for seg mestring, smerter og livskvalitet fra et fysisk og psykisk perspektiv. Den viser også til at sammenhengen mellom mestring og smerte intensitet viste til negative resultater og at de faktorene som henger sammen for å bedre livskvaliteten nettopp ikke ligger i mestring av smertene, men en mestring av livssituasjonen fysisk og psykisk. At en ikke kan mestre smertene i seg selv, men kan lære seg å leve godt med dem, og ha et liv selv med moderate til sterke smerter.</i>  |



## Vedlegg 3

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Referanse</b>              | Kroenke, K.; Baye, F.; Lourens, S.G.; Evans, E.; Weitlauf S.; McCalley S.; Porter, B.; Matthias, M.S.; Bair, M.J. (2019) <i>Automated Self-management (ASM) vs. ASM-Enhanced Collaborative Care for Chronic Pain and Mood symptoms: the CANNPS Randomized Clinical Trial</i> , publisert i: Society of General Internal Medicine.  |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Studien sin hensikt var å sammenligne effektiviteten av automatiske selv styring (ASM) og ASM forbedret behandling.  |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | Pain, Chronic musculoskeletal pain, pain management, quality of life, Nurse  |
| <b>Metode</b>                 | Randomisert studie på seks forskjellige VA medisinske senter der 294 pasienter med muskel-skjelett smerter med minst moderat intensitet og signifikant klinisk depresjon og/eller angst.   |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | Et viktig resultat i studien var at smerte-angst-depresjons referert til som PAD og vises til i skårene BPI(0,2), PHQ-9(0,5) og GAD-7(0,8) hadde små, moderate og store kliniske forskjeller. Studien førte også til forbedring totalt sett for pasientene, bedring i helse relatert livskvalitet, behandlings tilfredshet og høynet bruk av helsetjenestene. Studien konkluderer med at to intervensjonsmodeller som ofte foregikk over telefonen produserte moderate forbedringer i smerte og humør symptomer. Viktig forskjell som kom frem var at dersom denne modellen ble ledet av et sykepleier-lege team med web-basert selv styring ble resultatene enda bedre. |
| <b>Relevans</b>               | Denne artikkelen er relevant da den ser på pasienten i et biopsykososialt perspektiv der det handler om hvordan pasienten forholder seg til den prosessen de er i og kan være med på å påvirke denne for å endre sin livskvalitet. Artikkelen får også frem at smerter, angst og depresjoner ofte følger hverandre og at en må sette opp et opplegg for å behandle hele pasienten for å få gode positive resultater. Videre får den frem at det er viktig at denne typen behandling blir ledet av et team og at teamet ledes av en sykepleier og lege, for å kunne se pasienten i et helhetlig perspektiv. Mortalitetens raten til de som er 20+ år er på 72,1%.         |

## Vedlegg 4

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Referanse</b>              | Semra, A.; Senay, U.; Servet, T. (2016) <i>Evaluation of the Coping Strategies Used by Knee Osteoarthritis Patients for Pain and Their Effect on the Disease-Specific Quality of Life</i> , International Journal of Caring Sciences (vol. 9)  |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Hensikten med studien er å finne forskjeller og likheter i måten de ulike pasientene med smerter grunnet kronisk kne smerte (pga. artrose) håndterer smertene på og hvilke metoder som fungerer/ikke fungerer.   |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | Pain, Coping strategy, Quality of life, nursing & Osteoarthritis.  |
| <b>Metode</b>                 | Deskriptiv studie med 145 pasienter som deltok og som har hatt artrosen i kneet i minst 1 år. Studien har funnet sted i Ankara Tyrkia, på et sykehus. Dataene ble samlet gjennom bruk av flere verktøy som; pasient informasjons skjema, Smerte definisjon og håndterings strategi evaluerings skjema og artrose påvirknings kraft skala 2 skjema. Dataene ble så evaluert gjennom en statistisk analyse software ved navn SPSS 15.0.  |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | Resultat: Med økende smerte ble livskvaliteten påvirket i negativ retning. De beste skårene i forhold til livskvalitet var hos pasientene som hadde en ikke medikamentell og alternativ behandlingsplan sammenlignet med de som bare hadde en medikamentell plan. Konklusjon: Smerte håndteringsplan som inkluderer både ikke medikamentelle og medikamentelle spekter med implementert læring og konsultasjon gir trolig best resultater på livskvalitet.   |
| <b>Relevans</b>               | Dette er relevant for oppgaven da smerten hos disse pasientene ble prøvd å behandle med ulike behandlingsmetoder, der en også må ta for seg smerte på en biopsykososial måte for å kunne skape best mulig livskvalitet. Det kommer frem i artikkelen at å bare behandle smertene med analgetika ikke er å behandle hele smerte spekteret, men at smertespekteret strekker seg over på psykisk arena også. God eller dårlig smerte behandling vil også være med på å fri opp eller begrense sosial omgang da smerte også er en påkjenning som tar energi fra kroppen og limiterer fysisk aktivitet. |

## Vedlegg 5

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Referanse</b>              | Aziato, L.; Ohene, L.A.; MPhil, L.N.; Antwi, H.O.; (2016) <i>Ageing With Aches and Pains: Lived Experiences of the Elderly in Ghana</i> , International Journal of Caring Sciences, Volume 9.   |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Studien sin hensikt er å få en dypere forståelse av de eldre sine smerter og plager i Ghana.  |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | Chronic Pain, Nurse or nursing or nurses, Quality of Life   |
| <b>Metode</b>                 | Deskriptiv utforskende fenomenologisk design brukt blant fysioterapi avdelingen i Ghana. Foregikk ved intervju av eldre (60+) med muskel og skjelettplager med smerter. Studien har 12 deltakere og innholds analyse ble brukt for å analysere dataene.   |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | De som skal ta vare på de eldre samt den eldre pasienten selv burde bli undervist på aldringsprosessene og spesifikt de prosessene som kan føre til at pasienten utvikler smerte og effekten av multisykdom og smerte behandling. Smerte behandlingen til eldre bør forbedres for å kunne gi en bedre livskvalitet.               |
| <b>Relevans</b>               | Studien tar for seg den eldre pasienten innenfor livskvalitet og prosesser som leder til smerte. Denne typen pasienter lever ofte med kroniske smerter og er en ideell gruppe for denne oppgaven. Den forklarer også at aldringsprosessene i seg selv kan føre til utviklinger som kan gi plager og smerter som kan bli kroniske. |

## Vedlegg 6

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Referanse</b>              | Cottler, L.B.; Smallwood, B.A.; Anthony, J.C.; Eaton, W.W. (2016) <i>Nonmedical Opioid Pain Relievers and All-Cause Mortality: A 27-Year Follow-up From the Epidemiologic Catchment Area Study</i> , American Journal of Public Health, Volume 106  |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Hensikten med studien var å se på den forhøyede mortalitetsraten i den amerikanske befolkningen knyttet til opioid preparater.  |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | Chronic Pain, Nurse or nursing or nurses, Quality of Life   |
| <b>Metode</b>                 | Data er hentet fra Epidemiologic Catchment Area Program som startet i 1981 og tar for seg 9965 personer som har blitt intervjuet og er linket opp mot nasjonal døds index frem til og med 2007.   |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | Historien ved bruken av opioidpreparater for ikke medisinsk bruk og assosiert med høyere dødsrate er primært sett hos mannlige brukere.   |
| <b>Relevans</b>               | Grunnen til at denne artikkelen er relevant er at opioid preparater har ført til en stor avhengighet på global basis og er en sentral medikamentgruppe hos pasientgruppen i denne oppgaven. Opioid preparater omsettes illegalt og det er mange dødsfall knyttet til dette. Artikkelen viser til at 4,5 millioner personer over 12 år bruker opioidpreparater for ikke medisinsk bruk i USA per 2013. Over 2400 av individene som deltok i studien var over 65år. |

## Vedlegg 7

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Referanse</b>              | Adeola, M.T.; Baird, C.L.; Sands, L.P.; Longoria, N.; Henry, U.; Nielsen, J.; Shields, C.G. (2015) <i>Active Despite Pain: Patient Experiences With Guided Imagery With Relaxation Compared to Planned Rest.</i>  |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Bruke en psykologisk tilnærming til smerte behandling, der en setter i gang tiltak for å endre pasientenes oppfatning av smerte med bruk av avslapnings strategier (mind body treatment). Målet er at gjennom disse strategiene vil smerte intensiteten synke og Livskvaliteten øke.  |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | guided imagery with relaxation; cancer pain; cancer and rest; cancer and sleep  |
| <b>Metode</b>                 | Randomisert undersøkelse der pasientene ble gitt en fast avslapningstid eller satt på GIR som står for Guided imagery with relaxation. Gjennomsnittsalderen på deltagerne var 64,7 år og alle hadde smerter i begynnelsen av studien som låg mellom 2-6 på smerteskalaen som går fra 0-10. Alle pasientene hadde ansvar for å rapportere smerte opplevelsen, tid på studier, tid brukt på å slappe av, aktiviteter, medikamenter og helse problematikk i en journal over en tidsperiode på minst 4 uker. Dette var for å se om de ulike strategiene som pasientene ble satt på hadde en innvirkning på smertene, ADL og livskvalitet. Pasientene var kreftpasienter.  |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | Resultat: 6 pasienter i begge gruppene brukte allerede fantasien om behagelige senarioer for å føle seg bedre. 5 pasienter hadde depresjon fra før av, 4 hadde angst og 2 kvalme. I løpet av studien opplevde pasienter i begge gruppene symptomer på annen smerte som fatigue, gastrointestinale plager, svekkelse, frysninger og sinus plager. Fatigue var mest fremtredende i journalene. Pasientene i GIR gruppen rapporterte høyere smerte nivåer enn pasientene med planlagte avslapnings perioder (GIR smerte nivå lå på 4.2 uke 1, 4.1 uke 2, 4.3 uke 3 og 3.6 uke 4, mens i andre gruppen 2.7 uke 1, 2.8 uke2, 2.9, uke 3 og 2.5 i uke 4). 258 responser ble gitt på smerte over perioden på 4 uker. Smertene kan være relaterte til ulike endringer i aktivitet og sykdom, og pasientene utførte aktiviteter på tross av at de rapporterte smerter. Konklusjon: Studien kan være med på å øke forståelsen for aktivitetsproblematikk, pågående smerteproblematikk, fatigue og svekkelse hos pasienter med kreft. Sykepleiere bør tenke på å rette pasientene sine med slik problematikk mot mindre stressende oppgaver, assistere i å skaffe seg ressurser og hjelpe til med meningsfulle oppgaver mens en opprettholder et visst nivå av autonomi. Burde oppfordre pasientene sine til å søke ikke medikamentelle psykiske alternativer som tillegg behandling til |

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | smertene sine som for eksempel søvn forbedring, planlagte avslapnings perioder og ikke farmakologisk terapi. Artikkelen knytter en sammenheng mellom søvnproblematikk og økte smerter.   |
| <b>Relevans</b> | Kreft pasienter er en stor gruppe av pasientene med kroniske smerter og er derfor en relevant gruppe til oppgaven å se på. Ikke medikamentell behandling med fokus på avslapning, terapi og positivitet har en effekt på smerter kommer det frem i artikkelen samt at søvnproblematikk har en klar effekt. Pasientene rapporterte at GIR hadde en positiv innvirkning på søvnen og hjalp til med mer og bedre søvn. Den økte søvnen gjorde at pasientene fikk mer energi og lettere holdt seg positive, som økte livskvaliteten. |

## Vedlegg 8

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Referanse</b>              | Priyanka, B.; Newton, J.; Phillips, J.L. (2017) <i>Quality and Usability of Arthritic Pain Self-Management Apps for Older Adults: A Systemic Review</i> , American Academy of Pain Medicine   |
| <b>Studiens hensikt/mål</b>   | Å evaluere kvaliteten og bruksområdet til en app for at eldre som bor i bokollektiv skal kunne styre smertene knyttet til artrose.  |
| <b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b> | Older Adults, Pain Management, Arthritis, Smartphone, App, Usability, Technology  |
| <b>Metode</b>                 | De har gått systematisk igjennom 373 apper som har blitt validert opp mot WHO sin innovative behandling for kroniske tilstander, domeneene for kroniske sykdommer og selv styring av kroniske lidelser, elementene til Stanford programmet på mikro nivå i forhold til kvalitet og bruksområdet av smerte apper.  |
| <b>Resultat/ konklusjon</b>   | Resultatet var 4 av alle appene som var sett igjennom møtte kravene som teamet stilte og at appene hadde blitt laget i samråd med helsepersonell. Alle appene var gratis, men en app måtte en betale 7,99 dollar for full tilgang. Noen av appene hadde en tekstboks for pasientene å føre inn sine smerte medikamenter, virkninger og bivirkninger de hadde av disse.<br>De konkluderer med at appene og teknologien ikke tar med nokk parametere til å kunne fungere som et godt verktøy for å kunne hjelpe pasientene med symptom lindring og smerte behandling.   |
| <b>Relevans</b>               | Verden blir mer og mer digitalisert, velferdsteknologien dominerer også i helse sektoren, men mye forskjellige apparater og apper. De eldre pasientene strever med hukommelsen og allikevel er mange av de eldre på nettet, kanskje er det derfor høyst relevant for helsepersonell å få utviklet et digitalt verktøy for å bedre kunne samle data om pasientene sin tilstand og hvordan de opplever sin smerte og diagnoser. Det kommer tydelig frem at appene ikke har kvaliteten som skal til enda, men at det ligger mange på markedet allikevel og derfor er det veldig viktig at helsepersonell vet nettopp dette for å kunne gi anbefalinger og for å kunne gi riktige opplysninger om disse appene til brukerne/pasientene. |





