

Emilie Liland: 10147

Marie Lillevik: 10099

Hvordan kan sykepleier best lindre pasienters symptomtrykk ved palliative kreftforløp?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7227

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Emilie Liland: 10147
Marie Lillevik: 10099

Hvordan kan sykepleier best lindre pasienters symptomtrykk ved palliative kreftforløp?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7227

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Stadig flere får påvist kreft i Norge. Delvis fordi andelen eldre øker, og delvis grunnet nye screeningsprogrammer og dermed tidligere diagnostisering. Nye og bedre behandlingsformer gjør at flere med uhelbredelig kreft lever lenger enn før. Både kreften i seg selv og behandlingen kan gi symptomer med behov for lindring.

Hensikt: Undersøke hvordan sykepleiere best kan lindre pasienters symptomtrykk ved kreft i palliativ fase med fokus på smerte, kvalme og dyspné.

Metode: Et litteraturstudium gjennomført våren 2023 basert på syv forskningsartikler og to oversiktsartikler.

Resultat: Kontinuitet blant sykepleiere og en god pasient-sykepleier relasjon bidrar til god symptomlindring. Å identifisere og iverksette tiltak mot irreversible årsaker er vesentlig der dette er mulig. Kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak er gunstig for maksimal smertelindring. WHO's smertetrapp følges for å lindre smerte. Metoklopramid og haloperidol er førstevalg mot kvalme, opioider anses som effektivt mot dyspné. Et godt luftet og kjølig pasientrom, leieendring og distraksjonsmetoder som musikk har effekt på alle tre symptomene.

Konklusjon: Symptomer og årsakene bak disse er komplekse og har gjensidig påvirkning. Lindring av det ene vil i mange tilfeller også lindre de andre. En kombinasjon av tiltakene ovenfor vil trolig gi best effekt.

Nøkkelord: Sykepleie, symptomlindring, palliative kreftforløp.

Abstract

Background: More and more people are diagnosed with cancer in Norway. Partly because of the increasing amount of elders, and partly because of new screening programs and thus earlier diagnosis. New and better forms of treatment make people with incurable cancer live longer. Both cancer and treatments can cause symptoms in need of relief.

Aim: Investigate how nurses best can relieve patients' symptoms in incurable cancer, focusing on pain, nausea and dyspnea.

Method: A literature study conducted in spring 2023 based on seven research articles and two review articles.

Results: Continuity among nurses and a good nurse-patient relationship contributes to good symptom relief. Identifying and acting against irreversible causes is essential when possible. Combining pharmacological and non-pharmacological measures is beneficial for maximum pain relief. WHO's analgesic ladder is followed to relieve pain. Metoclopramide and haloperidol are first-choice against nausea, opioids are considered effective against dyspnea. Well-ventilated and cool environments, repositioning, and distraction techniques such as music relieve all three symptoms.

Conclusion: Symptoms and causes behind them are complex and interacting. Relief of one will in many cases also alleviate the others. A combination of the measures above is likely to have effect.

Keywords: Nursing, symptom relief, palliative care, cancer

Innhold

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | INTRODUKSJON | 1 |
| 1.1. | INTRODUKSJON TIL TEMA | 1 |
| 1.2. | TEORETISK PERSPEKTIV/BEGREPER..... | 1 |
| 1.2.1. | PALLIATIVE KREFTFORLØP..... | 1 |
| 1.2.2. | SYMPTOMTRYKK OG SYMPTOMLINDRING..... | 2 |
| 1.2.3. | SMERTE | 2 |
| 1.2.4. | KVALME | 3 |
| 1.2.5. | DYSPNÉ | 3 |
| 1.2.6. | SYKEPLEIERENS LINDRENDE FUNKSJON | 3 |
| 1.2.7. | VIKTIGHETEN AV EN GOD RELASJON | 4 |
| 1.3. | FORMÅL OG PROBLEMSTILLING..... | 4 |
| 2. | Metode | 6 |
| 2.1. | Beskrivelse av metode | 6 |
| 2.2. | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 6 |
| 2.3. | Søkestrategi og søkehistorikk | 7 |
| 2.4. | Vurdering og utvelgelse av artikler | 10 |
| 2.5. | Analyse | 11 |
| 3. | Resultater | 13 |
| 3.1. | Artikkelmatrise | 13 |
| 3.2. | SAMMENFATNING AV RESULTATER | 18 |
| 3.2.1. | PASIENT-SYKEPLEIER RELASJON | 18 |
| 3.2.2. | MEDIKAMENTELLE TILTAK | 18 |
| 3.2.3. | IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK..... | 19 |
| 4. | DISKUSJON..... | 20 |
| 4.1. | PASIENT – SYKEPLEIER RELASJON | 20 |
| 4.2. | MEDIKAMENTELLE TILTAK..... | 21 |
| 4.3. | IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK | 24 |
| 4.4. | STYRKER OG SVAKHETER | 25 |
| 4.5. | KONKLUSJON..... | 26 |
| 5. | Referanser | 27 |

Tabeller

| | |
|---|----|
| Tabell 1: WHO's smertetrapp | 3 |
| Tabell 2: Konsepttabell | 6 |
| Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 7 |
| Tabell 4: Søketablell | 7 |
| Tabell 5: Analyse av tema | 12 |
| Tabell 6: Artikkelmatrise | 13 |

1. INTRODUKSJON

1.1. INTRODUKSJON TIL TEMA

Det vil i 2030 for første gang være flere eldre enn barn i befolkningen (Helsedirektoratet, 2022). Dette vil gi et stort press på helse- og omsorgstjenestene. Forekomsten av en rekke kroniske sykdommer og sammensatte diagnoser er høyere for eldre (Lorentsen & Grov, 2016, s.397). En av disse sykdommene er kreft, hvor mer enn tre firedeler av pasientene som blir diagnostisert er over 60 år. Hvis man samlet ser på den økende eldre befolkningen i Norge og dagens kreftbilde, anses det at om lag 40% vil få en kreftdiagnose innen de fyller 80 år (Kreftregisteret, 2022).

Kreftregisteret (2022) har også fremhevet at prognosene har bedret seg mye grunnet screeningsprogrammer, tidligere diagnostisering og utvikling av nye og bedre behandlingsformer. Så mye som 75% av kreftpasientene i landet overlever i dag i minst fem år etter diagnosetidspunktet. Flere med uhelbredelig kreft lever lenger enn tidligere grunnet forbedringen og utviklingen av behandlingsformene (Kreftforeningen, u.å.). Ved uhelbredelig kreft brukes de samme metodene som ved kurativ behandling, men med hensikt om å forlenge livetiden og/eller forbedre livskvaliteten. Både kreft i seg selv og behandlingen av den kan gi symptomer med behov for lindring, som ved smerte, kvalme og dyspné (Lorentsen & Grov, 2016, s.425-429). Sykepleiere kan møte pasienter med disse utfordringene på mange ulike avdelinger, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

1.2. TEORETISK PERSPEKTIV/BEGREPER

1.2.1. PALLIATIVE KREFTFORLØP

Når pasienten ikke lenger har effekt av kurativ kreftbehandling, endres fokuset over på livsforlengelse og symptomlindring (Lorentsen & Grov, 2016, s.423). Dette kalles palliasjon, som vil si aktiv pleie og omsorg ved uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. For sykepleieren står lindring av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov sentralt i denne fasen (Helsedirektoratet, 2018; Brenne & Dalene, 2016, s.639-640). Det overordnede målet er å sikre best mulig livskvalitet for både pasient og pårørende. Selv om kreften ikke er kurativ, kan pasienter leve med et palliativt behandlingstilbud i lang tid (Lorentsen & Grov, 2016, s.423). Ved palliative kreftforløp ønsker man derfor å gjøre den siste tiden så god som mulig, uavhengig om det er snakk om dager, uker, måneder eller år.

Begrepene *palliativ* og *lindrende* kan virke uklare da mange typer behandling og omsorg kan ha lindrende hensikt (Lorentsen & Grov, 2016, s.423). Tidligere ble begrepet palliasjon bruk om å legge en lindrende, beskyttende kappe over den som trenger det. Begrepene brukes derfor om hverandre, siden begge hovedsakelig handler om å lindre pasientens symptomer.

1.2.2.SYMPTOMTRYKK OG SYMPTOMLINDRING

«De forandringene som skjer i kroppen ved sykdom, gir opphav til plagene pasienten opplever. Pasientens opplevelse av disse plagene kalles symptomer» (Bertelsen, 2016, s.45). Det kan f.eks. være smerte, kvalme og dyspné. Symptomene kan påvirke kreftpasienters hverdag i stor grad og skaper et slags «trykk». Dette trykket sier noe om hvor preget pasienten er og kalles *symptomtrykk* (Finset, 2016a, s.62). Symptomtrykk er dermed den samlede opplevelsen av symptomer og plager pasienten opplever i forbindelse med alvorlig sykdom.

Symptomlindring, altså tiltak for å kurere eller lindre plagene, står sentralt i både behandling og sykepleie til disse pasientene. Behovene og symptomene er komplekse og sammensatte, noe som kan være utfordrende når en skal iverksette tiltak. Lindringen bør derfor være en helhetlig kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2017). Ved bruk av medikamenter må sykepleier være observant på bivirkninger da pasientgruppen er særlig utsatt, noe vi går nærmere inn på i kapittel 4: Diskusjon (Saltvedt & Wyller, 2016, s.270).

1.2.3.SMERTE

Hos pasienter i palliativ fase er smerte et av de hyppigste problemene i hverdagen. Smertelindring blir dermed en sentral oppgave for leger og sykepleiere (Lorentsen & Grov, 2016, s.426). Omtrent 50% av kreftpasienter generelt, og 70% av de med langtkommen sykdom, opplever smerte (Helsedirektoratet, 2019). Helsedirektoratet (2019) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse». Smerte er alltid subjektivt, og kan ha ulikt opphav. For kreftpasienter kan det være tumorrelatert, behandlingsrelatert, relatert til generell svekkelse som følge av alvorlig sykdom eller av andre sykdommer (Lorentsen & Grov, 2016, s.402-403). Smerte kan også komme av psykiske årsaker, noe vi ikke går nærmere inn på ettersom vi ønsker å fokusere på fysisk betinget smerte.

God smertelindring kan utgjøre en stor forskjell i hverdagen til disse pasientene (Helsedirektoratet, 2019). Til tross for dette får ikke alle optimal smertebehandling. Det gjelder særlig pasienter med metastatisk sykdom og de med kort forventet levetid. Ifølge Helsedirektoratet (2019) er mangelfull kartlegging og oppfølging ofte faktorer til utilstrekkelig smertelindring.

Smertelindrende tiltak kan være både medikamentelle og ikke-medikamentelle, og blir presentert nærmere i kapittel 4: Diskusjon (Lund & Kaasa, 2016, s.310-311; Finset, 2016b, s.383-385; Kaasa, 2016, s.404-406). For kreftpasienter har Verdens Helseorganisasjon (WHO) utarbeidet et eget smertelindringsregime i form av en trapp som brukes ved medikamentell behandling (Lorentsen & Grov, 2016, s.412-413). Hvert trinn kommer med forslag til behandling av smerter med ulik intensitet. Som regel starter en i bunnen av trappen og titrerer behandlingen etter behov. Trinnene går som følger:

Tabell 1: WHO's smertetrapp

| Trinn | WHO's smertetrapp |
|-----------------|--|
| Trinn 1: | Svake til middels sterke smerter behandles med paracetamol eller NSAIDs-preparater. |
| Trinn 2: | Trinn 1 + et svakt opioid, f.eks. Tramadol. |
| Trinn 3: | Trinn 1 + et sterkt opioid, f.eks. morfin. |
| Trinn 4: | Trinn 1 + kontinuerlig infusjon av et sterkt opioid subkutant eller intravenøst. Ved akutt forverring av smertene kan det gis bolus-doser. |
| Trinn 5: | Trinn 1 + kontinuerlig infusjon av et sterkt opioid epiduralt eller spinalt, f.eks. morfin. Kan også gi bolus-doser ved behov. |

1.2.4.KVALME

Hos pasienter med langtkommen kreftsykdom er kvalme og oppkast vanlige symptomer (Helsedirektoratet, 2019). Hele 40-70% av pasientene opplever kvalme, og 30% av dem opplever også oppkast. For noen oppleves dette som det mest plagsomme symptomet ved sykdommen. Kvalme omfatter også brekninger og oppkast, og de behandles ofte som ett symptom. Helsedirektoratet (2019) beskriver kvalme som en subjektiv opplevelse, og en ubehagelig følelse i mellomgulvet med eller uten oppkast. Kvalme fører ofte til dårlig matlyst og brekninger.

Det er flere årsaker til kvalme. De kan være tumorrelaterte, behandlingsrelaterte, sekundære til generell svekkelse eller relatert til en komorbid tilstand (Helsedirektoratet, 2019; Halvorsen & Aass, 2016, s.551). Helsedirektoratet (2019) påpeker at det er vesentlig å finne årsaken bak kvalmen for å kunne gi god behandling. En bør derfor alltid se etter reversible årsaker. Dersom dette ikke påvises må symptomatisk behandling med kvalmestillende igangsettes. Man kan også supplere med ikke-medikamentelle tiltak (Risberg et al., 2016, s.105-106). Eksempler på hvordan kvalme kan lindres går vi nærmere inn på i kapittel 4: Diskusjon.

1.2.5.DYSPNÉ

Dyspné, eller tungpust, defineres som en subjektiv opplevelse av pustebesvær hos pasienter med sykdom i lunger og/eller andre organer som påvirker respirasjonssystemet (Helsedirektoratet, 2019). Det er et av de vanligste symptomene på langtkommen kreftsykdom. Årsakene kan være mange. Det kan være tumorrelatert, indirekte relatert til grunnsykdommen gjennom komplikasjoner, behandlingsrelatert eller relatert til andre sykdommer (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s.584-585). Flere kreftpasienter har beskrevet dyspné som et av de mest ubehagelige symptomene, da det å ikke få puste oppleves som skremmende (Helsedirektoratet, 2019). Det finnes både medikamentelle og ikke-medikamentelle måter å rette behandlingen mot symptomets årsaker, noe vi skal diskutere i kapittel 4: Diskusjon.

1.2.6.SYKEPLEIERENS LINDRENDE FUNKSJON

Kristoffersen et al. (2016, s.17-18) løfter fram åtte områder eller funksjoner som sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. En av disse funksjonene er lindring, hvor sykepleierens mulighet til å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger fremheves. Lorentsen og Grov (2016, s.425-426) påpeker også at symptomlindring står sentralt, særlig ved sykepleie i palliativ fase. Belastningene kan

være fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige, altså er det et bredt spekter av tiltak som kan iverksettes ut fra pasientens behov (Kristoffersen et al., 2016, s.17-18). Målet med disse handlingene er å fremme pasientens opplevelse av velvære. Litteraturstudien tar for seg fysiske behov, dermed blir ikke det psykiske, sosiale eller åndelige utdypet videre.

Sykepleierens lindrende funksjon er omtalt i NSF sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: «2.10 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Noe lignende finner vi også i en annen retningslinje: «2.12 Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene». God pleie, omsorg og symptomlindring i forkant kan gjøre døden mer verdig for pasienten.

1.2.7.VIKTIGHETEN AV EN GOD RELASJON

Til tross for valget om å gå bort fra psykiske, sosiale og åndelige behov, ser vi hvordan en god relasjon mellom pasient og sykepleier er viktig for at lindrende tiltak skal ha maksimal effekt (Finset, 2016a, s.62- 72). En del psykiske egenskaper og kommunikasjonsferdigheter må være til stede hos sykepleieren, som f.eks. oppmerksomhet, aktiv lytting og god informasjonsgivning. Dette er viktig å «ha i bunn» for å bygge tillit og en god relasjon, noe Travelbee (1999, s.120, s.124) sier sykepleiere må gjøre seg fortjent til over tid. Når pasientene ikke stoler på sykepleieren bruker de mer energi på grunn av en stadig vurdering av sykepleierens kunnskap og omtanke. Dersom sykepleieren bruker tid på å bli kjent med pasienten stoler han/hun gjerne mer på sykepleierens kompetanse, og forholdet mellom dem blir som regel mer avslappet og mindre energikrevende for pasienten (Travelbee, 1999, s.215). Pasientene beskriver nemlig denne relasjonen med sykepleier som en tillitsrelasjon (Lorentsen & Grov, 2016, s.429).

Å nærme seg livets avslutning er en stor psykisk påkjenning. Samtidig får pasienten økende symptomtrykk etter hvert som sykdommen utvikler seg (Finset, 2016a, s.71-72). En norsk studie forsket på pasienters preferanser i palliativ omsorg og fant flere faktorer som var avgjørende for pasientene. Det første var betydningen av imøtekommende helsepersonell som skapte en relasjon bygget på gjensidig respekt, tillit, vennlighet, tålmodighet og medfølelse, og at de var gode på aktiv lytting. Tid og riktig utnyttelse av den blir da viktig for å kunne skape en god relasjon (Molnes, 2021b, s.75). Det andre handlet om organisatoriske forhold i helsetjenesten som tilgjengelighet og kontinuitet (Finset, 2016a, s.71-72). Å forholde seg til nye sykepleiere ved hvert vaktskifte kan være krevende når pasienten stadig må gjenfortelle plagene sine (Molnes, 2021a, s.89). Med kontinuitet vil det for pasienten bli enklere å åpne seg opp og skape en relasjon bygget på tillit og trygghet. Som nevnt tidligere er kommunikasjonsferdigheter viktig for å oppnå dette (Kristoffersen, 2016, s.24).

1.3.FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Pasienter med kreft i palliativ fase kan ha sammensatte behov og symptomer, noe som kan gjøre det utfordrende for sykepleiere å iverksette tiltak (Lorentsen & Grov, 2016, s.425). Sykepleierens lindrende funksjon står sentralt for å redusere pasientens symptomtrykk og sikre best mulig livskvalitet i tiden som gjenstår. Litteraturstudien er avgrenset til å omhandle det fysiske symptomtrykket, mer spesifikt om symptomene smerte, kvalme og dyspné. Å kartlegge er viktig for å iverksette riktige tiltak, men vi har

valgt å gå bort fra dette da vi ønsker å utdype oss i hvilke lindrende tiltak sykepleiere kan iverksette. Vi har ikke begrenset oss til en spesifikk arena for utøvelsen av sykepleie ettersom man kan møte pasientgruppen i alle deler av helsetjenesten. Med bakgrunn i dette har vi formulert følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier best lindre pasienters symptomtrykk ved palliative kreftforløp?»

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

En metode beskriver hvordan man bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s.53). Denne studien er en litteraturstudie, altså er det brukt eksisterende forskning og fagkunnskap for å besvare den valgte problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2015, s.27).

Prosesen startet med å fordype oss i relevant litteratur for å skaffe en oversikt over og forståelse for eksisterende teori, og for å kunne formulere en treffende problemstilling. Sentrale begrep fra problemstillingen ble oversatt til engelsk og satt opp i en konsepttabell for å finne aktuelle søkeord. De fleste ble oversatt gjennom Medical Subject Headings (MeSH), en terminologibase for medisinske og helsefaglige termer (Helsebiblioteket, u.å.). Andre ble forsøkt oversatt på egenhånd da det ikke ble funnet relevante begreper på MeSH. Begrepene i tabell 2: Konsepttabell ble brukt til systematiske litteratursøk i tre forskjellige databaser som alle ga relevante treff. Videre fremgangsmåte og søkestrategi er utdypet i kapittel 2.3 Søkestrategi og søkehistorikk.

Tabell 2: Konsepttabell

| Konsept 1 | Konsept 2 | Konsept 3 |
|--|---|--|
| Symptomlindring | Palliativ fase/kreft | Sykepleier |
| Søkeord: <ul style="list-style-type: none">- Symptom management- Pain relief, pain management, pain control, pain reduction- Nausea, nausea management- Shortness of breath, dyspnea, breathlessness, oxygen | Søkeord: <ul style="list-style-type: none">- Palliative care- Palliative medicine- End of life care- Terminal care- Cancer patients- Cancer- Neoplasms | Søkeord: <ul style="list-style-type: none">- Nurse(s)- Nurses role |

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å kunne vurdere artiklenes relevans for den valgte problemstillingen ble inklusjons- og eksklusjonskriterier definert. Disse presenteres i tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Palliativ behandling, helst kreft - Fysiske behov - Pasienter over 18 år - Pasienters eller sykepleiers perspektiv - Artikler fra 2013-2023 - Fagfellevurderte artikler/tidsskrift - I både primær- og spesialisthelsetjenesten | <ul style="list-style-type: none"> - Psykiske/sosiale/åndelige behov - Artikler publisert før 2013 - Pasienter under 18 år - Pårørendes perspektiv |

Vi forsøkte først å begrense oss til én krefttype, men grunnet mangel på relevante treff landet vi på at artiklene skulle omhandle palliativ behandling, og helst kreft. Samtidig ønsket vi å begrense søket til fysiske behov/symptomer, og ekskluderte derfor artikler som bare omhandlet psykiske, sosiale eller åndelige behov. Artiklene måtte inkludere pasienter over 18 år, og basere seg på pasientens eller sykepleiers perspektiv. Vi ville også sørge for å inkludere relevant og oppdatert forskning, og valgte derfor å begrense oss til ti år gamle artikler. Til å begynne med ønsket vi å fokusere på enten kvalitativ eller kvantitativ forskning, men grunnet mangel på relevante treff valgte vi å inkludere begge typene i tillegg til oversiktsartikler. Mangelen på forskning kan komme av at det er etisk utfordrende å utføre kliniske studier på palliative pasienter, særlig døende (Brenne & Dalene, 2016, s.638). Dermed er det blant annet få randomiserte studier. Kriteriet om fagfellevurderte artikler/tidsskrift har sitt grunnlag i retningslinjene for bacheloroppgaven, hvor vi måtte ha syv til ti forskningsartikler. Som nevnt tidligere inkluderer vi artikler fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ettersom man kan møte pasientgruppen i alle deler av helsetjenesten.

2.3.Søkestrategi og søkehistorikk

Systematiske litteratursøk ble gjennomført i Medline, PubMed og Cinahl, tre store databaser innen medisin og sykepleie (Helsebiblioteket, 2015). Søkeordene fra tabell 2: Konsepttabell ble brukt, i tillegg til begrensningene «fagfellevurderte artikler/tidsskrift» og «artikler fra 2013-2023» fra tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier. På PubMed ble søket ytterligere begrenset med «artikler fra 2018-2023», grunnet svært mange treff ved bruk av «artikler fra 2013-2023». Vi endte til slutt opp med ni artikler hvor søkehistorikken presenteres i tabell 4: Søketablell. Videre vurdering og utvelgelse av artikler ut fra antall treff på søkene presenteres i kapittel 2.4 Vurdering og utvelgelse av artikler.

Tabell 4: Søketablell

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Valgte artikler |
|----------|------------|-----|---|-------------|--------------|-----------------|
| Medline | 12.04.2023 | S1. | (MH «Palliative Care») OR «palliative care» OR (MH «Palliative Medicine») | | 95 257 | |
| | | S2. | (MH «Terminal Care+») OR «Terminal care» OR (MH «Terminally ill») | | 60 910 | |

| | | | | | | |
|----------------|------------|-----|---|------------------------------------|-----------|----------------|
| | | S3. | «end of life care» | | 64 096 | |
| | | S4. | S1 OR S2 OR S3 | | 138 932 | |
| | | S5 | (MH «Nausea+») OR «nausea» | | 78 278 | |
| | | S6 | (MH «Nurses+» OR (MH «Nurse ´s Role») OR «nurse» | | 315 172 | |
| | | S7 | S4 AND S5 AND S6 | | 66 | |
| | | S8 | | Date 2013-2023 | 27 | |
| | | S9 | | Scholarly (Peer Reviewed) Journals | 27 | A |
| Medline | 14.04.2023 | S1 | (MH «Pain Management») OR «pain management» | | 86 255 | |
| | | S2 | «Pain relief» | | 71 316 | |
| | | S3 | «Pain control» | | 51 549 | |
| | | S4 | «Pain reduction» | | 42 735 | |
| | | S5 | S1 OR S2 OR S3 OR S4 | | 130 345 | |
| | | S6 | (MH «Palliative Care») OR «palliative care» OR (MH «Palliative Medicine») | | 95 518 | |
| | | S7 | «end of life care» | | 64 189 | |
| | | S8 | (MH «Terminal Care+») OR «Terminal care» OR (MH «Terminaly Il») | | 60 974 | |
| | | S9 | S6 OR S7 OR S8 | | 139 223 | |
| | | S10 | (MH «Nurses+») OR (MH «Nurse ´s Role») OR «nurse» | | 315 580 | |
| | | S11 | S5 AND S9 AND S10 | | 434 | |
| | | S12 | | Date 2013-2023 | 204 | |
| | | S13 | | Scholarly (Peer Reviewed) Journals | 201 | B, C, D |
| Pubmed | 14.04.2023 | S1 | (Dyspnea) | | 69 472 | |
| | | S2 | (Symptom management) | | 134 225 | |
| | | S3 | (Cancer) OR (Neoplasms) | | 4 872 968 | |
| | | S4 | (Oxygen) | | 862 338 | |
| | | S5 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 | 2018-2023 Clinical trial, | 220 | E |

| | | | | | | |
|----------------|------------|-----|---|--|---------|----------|
| Medline | 17.04.2023 | S1 | (MH «Dyspnea+») OR «shortness of breath» | | 35 090 | |
| | | S2 | «breathlessness» | | 14 783 | |
| | | S3 | (MH «Palliative Care») OR «palliative care» | | 95 523 | |
| | | S4 | (MH «Terminal Care+») OR «end of life care» | | 88 726 | |
| | | S5 | (MH «Palliative Medicine») OR «palliative medicine» | | 50 818 | |
| | | S6 | S1 OR S2 | | 39 228 | |
| | | S7 | S3 OR S4 OR S5 | | 145 815 | |
| | | S8 | (MH «Nurses+») OR (MH «Nurse´s Role») OR «nurse» | | 315 622 | |
| | | S9 | S6 AND S7 AND S8 | | 115 | |
| | | S10 | | Date 2013-2023 Scholarly (Peer Reviewed) Journals | 43 | F |
| Pubmed | 19.04.2023 | S1 | (Nausea) OR (Nausea management) | | 78 765 | |
| | | S2 | (Palliative care) | | 99 350 | |
| | | S3 | S1 AND S2 | | 1 955 | |
| | | S4 | | 2018-2023 Clinical trial, Randomized Controlled Trial | 59 | G |
| Cinahl | 20.04.2023 | S1 | (MH «Palliative Care») OR «Palliative care» OR (MH «Palliative Medicine») | | 51 786 | |
| | | S2 | (MH «Terminal Care+») OR «Terminal care» OR (MH «Terminally Ill Patients+») | | 78 915 | |
| | | S3 | «End of life care» | | 50 471 | |
| | | S4 | S1 OR S2 OR S3 | | 88 209 | |
| | | S5 | (MH «Nausea») OR «Nausea» OR (MH «Nausea and Vomiting+») | | 29 112 | |
| | | S6 | «Nausea management» | | 7 | |
| | | S7 | S5 OR S6 | | 29 112 | |
| | | S8 | S4 AND S7 | | 1 075 | |

| | | | | |
|--|----|---|-----|-------------|
| | S9 | Date 2013-2023 Academic Journals English All adult | 241 | H, I |
|--|----|---|-----|-------------|

Inkluderte artikler:

- A.** Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., Geluz, J., Ma., J. D. & Roeland, E. J. (2018) Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), s.227-240. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.004>
- B.** Munkombwe, W. M., Petersson, K. & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), s.1643-1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.15232>
- C.** Martinez, K. A., Aslakson, R. A., Wilson, R. F., Apostol, C.C., Fawole, O. A., Lau, B. D., Vollenweider, D., Bass, E. B. & Dy, S. M. (2013). A Systematic Review of Health Care Interventions for Pain in Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(1), s.79-86. <https://doi.org/10.1177/1049909113476129>
- D.** Zadeh, R. S., Eshelman, P., Setla, J. & Sadatsafavi, H. (2017). Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(3), s.411-416. <https://doi.org/10.1177/1049909117711997>
- E.** Hui, D., Hernandez, F., Urbauer, D., Thomas, S., Lu, Z., Elsayem, A. & Bruera, E. (2021). High-Flow Oxygen and High-Flow Air for Dyspnea in Hospitalized Patients with Cancer: A Pilot Crossover Randomized Clinical Trial, *The Oncologist*, 26(5), s.883-892 <https://doi.org/10.1002/onco.13622>
- F.** Yang, G. M., Teo, I., Neo, S. H., Tan, D. & Cheung, Y. B. (2018). Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP) Intervention for Patients With Advanced Lung Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(8), s.1050-1056. <https://doi.org/10.1177/1049909118756095>
- G.** Harder, S., Groenvold, M., Isaksen, J., Sigaard, J., Frandsen, K. B., Neergaard, M. A., Mondrup, L. & Herrstedt, J. (2018). Antiemetic use of olanzapine in patients with advanced cancer: results from an open-label multicenter study. *Supportive Care in Cancer*, 27(8), s.2849-2856. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4593-3>
- H.** Rhondali, W., Yennurajalingam, S., Chisholm, G., Ferrer, J., Kim, S. H., Kang, J. H., Filbet, M. & Bruera, E. (2013). Predictors of response to palliative care intervention for chronic nausea in advanced cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), s.2427-2435. <https://www.doi.org/10.1007/s00520-013-1805-8>
- I.** 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), s.45-49. <https://www.doi.org/10.1177/1049909118788643>

2.4.Vurdering og utvelgelse av artikler

For å vurdere og velge ut artikler gjorde vi oss først opp et førsteinntrykk av artiklens relevans ved å se på overskriftene, og deretter velge ut artikler som virket aktuelle. Etter utvelgelsen leste vi artiklens sammendrag. De som syntes å være aktuelle leste vi nøye

gjennom, og vurderte om var relevante for vår problemstilling. Underveis i søkeprosessen ble det fortløpende tatt hensyn til kriteriene vi hadde satt, presentert i tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artikler som hadde andre søkeord enn de vi hadde valgt ut, og som ikke samsvarte med kriteriene, ble ikke lest.

De utvalgte artiklene ble ved hjelp av Norsk senter for forskningsdata (NSD) kontrollert om var publiserte i et fagfelleverdert tidsskrift, og hvilket nivå de var vurdert til (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Dersom artiklene var nivå en eller to ble de vurdert videre. Vi brukte en forenklet versjon av Helsebibliotekets sjekkliste for vurdering av kvalitative og kvantitative studier og oversiktsartikler utarbeidet av NTNU. Ved bruk av sjekklisten blir de ulike studiene vurdert med noen forskjeller, men hovedsakelig ser man på formål og om resultatene er tydelig presenterte og relevante for oppgaven.

I forskning er det ikke én metodisk tilnærming som er rett (Thidemann, 2019, s.75-77). Svakheter ved én metode kan veies opp av sterke sider ved en annen metode, og omvendt. Mens kvalitativ metode gir kunnskap om menneskelige erfaringer og opplevelser, gir kvantitative data forståelse av hvor mange pasienter som hadde effekt av de ulike tiltakene. Oversiktsartikler kan gi en bredere forståelse siden de sammenligner og oppsummerer funn fra flere artikler (Thidemann, 2019, s.70). Det kan derfor lønne seg å kombinere ulike metoder. Thidemann (2019, s.77) kaller dette metodetrianglering. Det handler om å kombinere både kvalitative og kvantitative tilnærminger på en måte som veier opp for svakhetene med å bare benytte én metode. Dersom denne kombinasjonen av metoder gir samme resultat, står studien sterkere, og man får en mer helhetlig forståelse og et sterkere kunnskapsgrunnlag. Noe vi har forsøkt å oppnå i denne litteraturstudien.

Etter vurderingsprosessen ble ni aktuelle artikler inkludert i litteraturstudiet, hvorav to er kvalitativ forskning, fire er kvantitativ forskning, en er blandet kvalitativt og kvantitativ og to er oversiktsartikler.

2.5. Analyse

Analysen av data tar utgangspunkt i Evans analysemodell, som omhandler fire steg for analysering og fremstilling av data (Evans, 2002).

Steg 1

Det første steget handler om utvelgelse av data (Evans, 2002). Det systematiske litteratursøket er gjort rede for tidligere i kapittel 2: Metode, og blir derfor ikke utdypet her.

Steg 2

Det andre steget identifiserer nøkkelfunn, og vi får forståelse av studien som helhet ved å lese hver av artiklene gjentatte ganger (Evans, 2002).

Steg 3

Det tredje steget handler om å identifisere felles tema på tvers av artiklene (Evans, 2002). Studiene ble sammenlignet ved å se på nøkkelfunnene for hver av dem, og deretter kategorisert i grupper.

Tabell 5: Analyse av tema

| Hvilke fenomener ble beskrevet | Artikler som inkluderte temaet |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Pasient-sykepleier relasjon | A, C |
| Medikamentelle tiltak | C, D, E, G, H |
| Ikke-medikamentelle tiltak | A, B, C, F, I |

Steg 4

På det fjerde steget legger man fram syntesen av funnene, og knytter dem opp mot de opprinnelige artiklene for å kontrollere nøyaktigheten i beskrivelsen (Evans, 2002). Dette er presentert nærmere i kapittel 3: Resultater.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 6: Artikkelmatrise

| Referanse | Hensikt | Metode | Resultat | Kommentar og relevans for problemstilling |
|---|---|--|--|---|
| Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., Geluz, J., Ma., J. D. & Roeland, E. J. (2018) Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. <i>Seminars in Oncology Nursing</i> , 34(3), s.227-240 https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.004 | Vurdere effektive tilnærminger for symptomlindring med fokus på kvalme og oppkast, forstoppelse, diaré, anoreksi/kakeksi, tretthet og dyspné. | Oversiktsartikkel som bygger på fagfelleverderte artikler, retningslinjer for klinisk praksis og profesjonelle organisasjoners standpunkt. | Studien fant at de mest effektive sykepleierne innen symptomlindring var de som hadde god forståelse for underliggende årsaker og grunnleggende patofysiologi. Videre ble lavdose Olanzapin anbefalt for behandling av kvalme og oppkast, mens opioider ble sett på som nøkkelbehandling mot dyspné. | Studien presenterer medikamentelle tiltak som sykepleiere kan iverksette for å redusere kvalme og dyspné hos pasienter med kreft. |
| Munkombwe, W. M., Petersson, K. & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in | Utforske erfaringer og synspunkter på ikke-medikamentelle tiltak hos sykepleiere som jobbet med palliativ behandling. | Kvalitativ studie. 15 sykepleiere med erfaring fra palliativ pleie ble individuelt intervjuet. Studien finner sted i Livingstone, Zambia. | Resultatene bestod av fire kategorier som beskriver ulike aspekter ved sykepleiernes erfaringer og syn på ikke-medikamentelle tiltak for smerte ved palliativ behandling; <ol style="list-style-type: none"> 1. Bygge og opprettholde gunstige terapeutiske relasjoner | Studien understreker viktigheten av pasient-sykepleier relasjonen og forebygging av kunnskapsmangler ved lindring i den palliative fasen. |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>palliative care: A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 29(9-10), s.1643-1652. https://doi.org/10.1111/jocn.15232</p> | | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Erkjenne mangfoldet av pasientenes behov 3. Involvere pårørende 4. Erkjenne eksistensen av barrierer | |
| <p>Martinez, K. A., Aslakson, R. A., Wilson, R. F., Apostol, C.C., Fawole, O. A., Lau, B. D., Vollenweider, D., Bass, E. B. & Dy, S. M. (2013). A Systematic Review of Health Care Interventions for Pain in Patients With Advanced Cancer. <i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i>, 31(1), s.79-86. https://doi.org/10.1177/1049909113476129</p> | <p>Undersøke effektiviteten av smertelindrende tiltak for personer med langtkommen og alvorlig kreft.</p> | <p>Systematisk oversiktsartikkel basert på 19 studier (publisert mellom 2000-2011) som omhandler smertelindrende tiltak for personer med langtkommen og alvorlig kreft. 14 av studiene var fra USA, én fra Canada, én fra Italia, én fra Australia og to fra Nederland. 16 av studiene var randomiserte kontrollstudier, mens de tre siste ikke hadde randomiserte utvalgte kontrollgrupper.</p> | <p>Studien fant moderate bevis for at tiltak med pasientundervisning ledet av sykepleiere hadde effekt. Bruk av ulike undervisningsformer kunne også være effektivt. Behandlerfokuserede tiltak med fokus på standardisering av smertelindrings-protokoller hos pasientgruppen var også nyttig. En kombinasjon vil trolig være mest effektiv for å optimalisere smertelindring til pasientgruppen.</p> | <p>Studien presenterer ulike tiltak for smertelindring innen vår valgte pasientgruppe. Samlet sett er det et stort antall pasienter som har deltatt, noe som gjør forskningen mer relevant for oppgaven vår.</p> |
| <p>Zadeh, R. S., Eshelman, P., Setla, J. & Sadatsafavi, H. (2017). Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. <i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i>,</p> | <p>Identifisere individuelle og integrerte strategier for å forbedre pasientenes livskvalitet.</p> | <p>Kvalitativ studie fra New York med 131 deltakere fra ulike yrkesgrupper, som alle jobbet innen palliativ pleie. Sykepleiere utgjorde majoriteten av deltakerne (35%). Undersøkelsen var skriftlig med semistrukturerte spørsmål</p> | <p>Studien fant to strategier for å tilstrebe god livskvalitet for pasientene; Pleiernes atferd og praksis, og symptomlindring. Å etablere en god relasjon med tillit stod sentralt. Det ble sett på som viktig at pasientene følte seg i sentrum, og at pleierne hadde gode kommunikasjonsferdigheter. Både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for symptomlindring ble sett på som nødvendig for å lindre smerte og kvalme.</p> | <p>Studien kommer med pleiernes egne erfaringer om hvordan man kan lindre to av våre valgte symptomer for den aktuelle pasientgruppen. Sykepleiere utgjorde majoriteten av utvalget, noe som styrker resultatenes relevans for problemstillingen</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 35(3), s.411-416. https://doi.org/10.1177/1049909117711997 | | om syv sentrale områder innen livskvalitet, og et åpent spørsmål om hva deltakerne synes var viktig for å sikre god livskvalitet for pasientene. | | |
| Hui, D., Hernandez, F., Urbauer, D., Thomas, S., Lu, Z., Elsayem, A. & Bruera, E. (2021). High-Flow Oxygen and High-Flow Air for Dyspnea in Hospitalized Patients with Cancer: A Pilot Crossover Randomized Clinical Trial, <i>The Oncologist</i> , 26(5), s.883-892 https://doi.org/10.1002/onco.13622 | Undersøke effekten av oksygen og/eller luft ved high- eller low flow på dyspné hos ikke-hypoksemiske pasienter med kreft. | Kvantitativ studie. 17 kreftpasienter fra University of Texas MD Anderson Cancer Center deltok. | High-flow oksygen og high-flow luft viste signifikant lindring av dyspné, sammenlignet med low-flow oksygen og low-flow luft. | Studien inneholder relevant statistikk og aktuelle tiltak for å lindre dyspné for vår valgte pasientgruppe. |
| Yang, G. M., Teo, I., Neo, S. H., Tan, D. & Cheung, Y. B. (2018). Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP) Intervention for Patients With Advanced Lung Cancer. <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> , 35(8), s.1050-1056. https://doi.org/10.1177/1049909118756095 | Undersøke gjennomførbarheten og akseptabiliteten av EQUIP-intervensjonen, og hvilken effekt den har på livskvalitet og humør. | Kvantitativ studie. Randomisert kontrollstudie fra Singapore med 69 deltakere, hvorav 58 av disse fullførte. 34 ble plassert i kontrollgruppen, mens 35 ble plassert i intervensjonsgruppen. EQUIP-intervensjonen gikk ut på å ha fire «læringsøkter» med en sykepleier om hvordan man taklet vanlige symptomer ved | Alle deltakerne i «læringsøktene» syntes undervisningen og temaene var relevante og nyttige. Dog har resultatene ingen indikasjon på forbedring av livskvalitet og/eller humør. Dette var ikke overraskende siden 49 av 69 deltakere ikke hadde opplevd dyspné i det hele tatt/i liten grad. | Studien undersøker om læringsøkter med sykepleier er akseptable for pasientene og om de har effekt på dyspné. Det er interessant hvordan alle deltakerne var fornøyde til tross for ingen rapportert effekt på symptomtrykket. |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | lungekreft, som f.eks. dyspné. | | |
| Harder, S., Groenvold, M., Isaksen, J., Sigaard, J., Frandsen, K. B., Neergaard, M. A., Mondrup, L. & Herrstedt, J. (2018). Antiemetic use of olanzapine in patients with advanced cancer: results from an open-label multicenter study. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 27(8), s.2849-2856. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4593-3 | Undersøke den kvalmestillende effekten og toleransen av Olanzapine hos pasienter med avansert og inkurabel kreftsykdom. | Kvantitativ studie. En åpen klinisk undersøkelse fra Danmark med 40 deltakere som alle fikk Olanzapine daglig i én uke. | Basert på funnene konkluderte studien med at Olanzapine var et fornuftig alternativ ved kortvarig behandling av kvalme og/eller oppkast. | Studien viser statistikk for om Olanzapine hadde effekt på kvalme hos vår valgte pasientgruppe. |
| Rhondali, W., Yennurajalingam, S., Chisholm, G., Ferrer, J., Kim, S. H., Kang, J. H., Filbet, M. & Bruera, E. (2013). Predictors of response to palliative care intervention for chronic nausea in advanced cancer outpatients. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 21(9), s.2427-2435. https://doi.org/10.1007/s00520-013-1805-8 | Undersøke effekten av palliativ behandling for kvalme hos pasienter med langtkommen kreft på polikliniske timer. | Kvantitativ studie. 444 pasienter med langtkommen og avansert kreft deltok, hvorav 228 kjente på noe kvalme. Pasientene måtte fylle ut ESAS-skjema (kartleggingskjema av symptomer ved kreft), ved to av timene på klinikken med maks 30 dagers mellomrom. | Studien anbefaler kartlegging og behandling av obstipasjon som et tiltak for å lindre kvalme. Den mest brukte medikamentelle behandlingen var laksantia, etterfulgt av økning av opioider og/eller antiemetika midler. Lindring av andre symptomer viste seg å hjelpe på graden av opplevd kvalme. | Studien inneholder relevant statistikk som viser effekten og vurdering av diverse kvalmestillende tiltak innenfor vår utvalgte pasientgruppe. |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <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 & Palliative Medicine</i>, 36(1), s.45-49. https://doi.org/10.1177/1049909118788643</p> | <p>Undersøke effekten av musikk på palliative pasienters symptomtrykk.</p> | <p>Blandet kvantitativ og kvalitativ studie. 43 pasienter i Rhode Island (USA) deltok, hvor de måtte fylle ut ESAS-skjema etter intervensjonen. I tillegg fikk de et spørreskjema med åpne spørsmål hvor de kunne dele deres personlige erfaring. Hos pasientene som ble behandlet med opioider ble mengden som ble gitt 24 timer før og etter intervensjonen sammenlignet.</p> | <p>Resultatene fra kartleggingskjemaet tydet på at musikk lindret smerte, kvalme og dyspné underveis og rett etter musikken. Hos pasientene som brukte opioider kunne man se en synkende trend i bruken timene etter intervensjonen. For enkelte brakte musikken liv i dem, mens for andre ga det bedre muligheter for avslapping.</p> | <p>Studien viser den kortvarige effekten av et ikke-medikamentelt tiltak for alle tre symptomene i vårt fokusområde</p> |
|---|--|---|--|---|

3.2. SAMMENFATNING AV RESULTATER

I dette kapittelet presenteres funnene fra forskningsartiklene i ulike kategorier, som beskrevet i Evans analysemodell (tabell 5: Analyse av temaer).

3.2.1. PASIENT-SYKEPLEIER RELASJON

En god relasjon mellom pasient og sykepleier ses på som viktig for at symptomlindrende tiltak skal ha effekt, særlig ved palliativ behandling (Munkombwe et al., 2020; Zadeh et al., 2017). Å bruke tid på å bli kjent med pasienten har vist seg å ha positiv innvirkning på symptomlindringen, ettersom pasientene gjerne er mer komfortabel med å fortelle om plager og bekymringer til noen de kjenner (Munkombwe et al., 2020). Kontinuitet blant personalet er viktig for å kunne danne en slik relasjon (Zadeh et al., 2017). Munkombwe et al. (2020) understreker hvordan tidlig dannelse av en god relasjon også er gunstig for det videre forløpet, ettersom det er utfordrende å sørge for god lindring når pasienten ikke er i stand til å kommunisere. Ved å allerede kjenne pasienten før tilstanden utvikler seg slik, har man kunnskap om hvilke tiltak som har hatt effekt på pasienten tidligere.

Å få palliativ behandling kan oppleves som intimt og utfordrende for pasientene (Zadeh et al., 2017). Gode relasjoner med omsorgsgiverne, deriblant sykepleiere, kan dermed være viktig. Studien sier videre at gode kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, stille spørsmål, snakke tydelig, beskrive prosedyrer som skal skje og svare fullt ut på spørsmål kan bidra til en god relasjon. Munkombwe et al. (2020) ser på en god pasient-sykepleier relasjon som et ikke-medikamentelt tiltak i seg selv.

3.2.2. MEDIKAMENTELLE TILTAK

Ulike medikamentelle tiltak viser seg å være effektive for symptomlindring av pasienter som får palliativ behandling (Zadeh et al., 2017; Hagmann et al., 2018, Harder et al., 2018; Hui et al., 2021, Rhondali et al., 2013). Ved langtkommen kreft kan symptomene ha flere ulike, og muligens ukjente, årsaker (Harder et al., 2018; Rhondali et al., 2013). Hagmann et al. (2018) hevder at de mest effektive sykepleierne innen symptomlindring er de med kunnskap om grunnleggende patofysiologi og god forståelse for underliggende årsaker.

For å kunne gi optimal smertebehandling anbefales en kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak (Munkombwe et al., 2020; Zadeh et al., 2017). For at den medikamentelle behandlingen skal ha ønsket effekt er det viktig å administrere medikamentene til riktig tid, unngå oversedering og ha hyppig legemiddelgjennomgang (Zadeh et al., 2017). Frykt for overdosering og avhengighet ved bruk av opioider kan føre til utilstrekkelig smertelindring (Munkombwe et al., 2020; Martinez et al., 2013). Behandling tilpasset den aktuelle pasienten ble også sett på som viktig, fordi pasientene kan respondere ulikt (Munkombwe et al., 2020).

Ved palliative kreftforløp ser man at kvalme ofte kommer som bivirkning av opioider, forsinket magetømming, mekanisk tarmobstruksjon, stoffskifteproblemer og infeksjoner (Rhondali et al., 2013). Bruk av kvalmestillende medikamenter med binding til flere reseptorer med kjent effekt på brekningscenteret kan dermed være gunstig (Harder et al., 2018). Olanzapine, et medikament som oftest brukes som antipsykotika, har vist lovende effekt som kvalmestillende ved palliasjon (Hagmann et al., 2018; Harder et al., 2018). I en dansk studie kjente majoriteten av deltakerne på bedring av kvalmen ved

korttids bruk av medikamentet (Harder et al., 2018). Flere av disse pasientene hadde ingen eller liten effekt av tidligere brukte antiemetika. En annen studie fant at obstipasjon var en gjentakende årsak til kvalme blant pasienter som mottok palliativ behandling (Rhondali et al., 2013). 82% av de som ikke lengre var obstiperte etter 30 dager rapporterte forbedring av kvalmen.

For dyspné kan opioider eller oksygenbehandling være mulige medikamentelle tiltak (Hagmann et al., 2018; Hui et al., 2021). Hagmann et al. (2018) ser på opioider som en av nøkkelstrategiene for å håndtere dyspné ved palliative forløp etter en gjennomgang av flere forskningsartikler innen temaet. De samme reseptorene som lindrer smerte, vil nemlig også lindre dyspné grunnet redusert ventilasjon. Ved en kreftavdeling i Texas, USA, ble effekten av oksygenbehandling undersøkt, med fokus på high-flow oksygen, high-flow luft, low-flow oksygen og low-flow luft (Hui et al., 2021). Til tross for at low-flow behandling opplevdes mer behagelig, foretrakk majoriteten av pasientene high-flow oksygen eller luft fordi dette best lindret dyspné.

3.2.3. IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK

I en studie utført av Munkombwe et al. (2020) hevdet flere sykepleiere at det var nødvendig å supplere medikamentell behandling med ikke-medikamentelle tiltak for å oppnå maksimal smertelindring. En kombinasjon av flere ikke-medikamentelle tiltak og å sikre individuell lindring for pasientene ble også fremhevet da de kan respondere ulikt. Å bringe pasientenes oppmerksomhet bort fra symptomene kan gjøre dem mer tilfredse (Munkombwe et al., 2020; Zadeh et al., 2017; Peng et al., 2019). Varmeputer opplevdes som beroligende og smertelindrende, mens leieendring viste seg å være effektivt overfor kvalme (Zadeh et al., 2017). Zadeh et al. (2017) påpekte at musikk fremmet komfort og reduserte smerte, urolighet og agitasjon. Peng et al. (2019) undersøkte også effekten av musikk, og fant en tydelig lindrende effekt på smerte, kvalme og dyspné. Deltakerne i studien fortalte at de ved å lytte til musikken fikk tankene bort fra plagene, og midlertidig fred fra problemene de ellers kjente på.

Kunnskapsmangel kan være en barriere for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Martinez et al., 2013; Munkombwe et al., 2020). Sykepleierstyrt undervisning har fått positive tilbakemeldinger fra deltakerne, og kunne være effektivt for bedre symptomlindring (Yang et al., 2018; Martinez et al., 2013). Martinez et al. (2013) fant bevis for at pasientsentrert undervisning kunne ha effekt, særlig ved bruk av flere metoder som f.eks. video og undervisningshefte. En annen studie fokuserte på pasientundervisning om ikke-medikamentelle tiltak for lindring av dyspné (Yang et al., 2018). Alle deltakerne rapporterte at temaene var relevante og nyttige, dog har resultatene ingen indikasjon på forbedring av livskvalitet og/eller humør. Studien konkluderte likevel med at sykepleierstyrt undervisning oppleves som nyttig og akseptabelt overfor pasientene. Kunnskapsmangel kan også vise seg blant sykepleierne, og det kan dermed være effektivt med standardisering av smertelindrings-protokoller for pasientgruppen (Martinez et al., 2013; Munkombwe et al., 2020).

4. DISKUSJON

I dette kapittelet vil funn fra forskningsartiklene i kapittel 3: Resultater drøftes opp mot aktuell teori fra kapittel 1: Introduksjon, relevant pensumlitteratur og egne praksiserfaringer for å besvare problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier best lindre pasienters symptomtrykk ved palliative kreftforløp?»

Vi supplerer også diskusjonen med egne praksiserfaringer fra kreftomsorg i hjemmesykepleien og ved en lindrende kreftavdeling på et sykehus i Norge. Deretter vil oppgavens svakheter og styrker belyses, før diskusjonen oppsummeres og konkluderes.

4.1. PASIENT – SYKEPLEIER RELASJON

For pasienter i palliativ fase er det overordnede målet med behandling og pleie best mulig livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019). Livskvalitet er subjektivt og kan kun kartlegges gjennom kommunikasjon med pasienten. Kommunikasjon er dermed et av de viktigste hjelpemidlene sykepleiere har i palliasjon. Zadeh et al. (2017) trekker fram nødvendigheten av gode kommunikasjonsferdigheter i form av aktiv lytting, stille spørsmål, snakke tydelig, informere pasienten om hva som skal skje, og svare fullt ut på spørsmål. Dette samsvarer med Travelbees mening om hvordan kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å sikre tiltak som stemmer overens med pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s.34). Zadeh et al. (2017) hevder videre at gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til en god relasjon.

En god relasjon mellom pasient og sykepleier anses som vesentlig for at symptomlindrende tiltak skal ha effekt (Munkombwe et al., 2020; Zadeh et al., 2017). Munkombwe et al. (2020) hevder en god relasjon i seg selv kan sees på som et ikke-medikamentelt tiltak. Pasienter beskriver relasjonen med sykepleieren som en tillitsrelasjon (Lorentsen & Grov, 2016, s.429). Viktigheten av en god relasjon finner vi igjen i Travelbees sykepleieteori (Kristoffersen, 2016, s.34). Hun mener kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Å uttrykke vansker og problemer er mer naturlig overfor noen man har opparbeidet tillit til. Å inneha gode kommunikasjonsferdigheter og å danne en god relasjon vil altså være avgjørende for å få maksimal effekt av de symptomlindrende tiltakene.

Tid er en vesentlig faktor for å danne en god relasjon, og påvirker kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Molnes, 2021b, s.75). Sett i lys av dagens helsevesen kan det å danne en god relasjon være utfordrende grunnet mangel på tid. Det er derfor viktig å bruke tiden man har mest mulig effektivt. Stress i hverdagen kan påvirke både pasient og sykepleier, og være begrensende for blant annet kommunikasjon. I dag har vi ofte liten tid til å sette oss ned med pasienter, noe som kan anses som spesielt viktig i den palliative fasen. Flere av pasientene setter pris på sykepleierens tilstedeværelse (Molnes, 2021a, s.90). Tilstedeværelsen skaper trygghet, viser at man bryr seg og er der for pasienten. Ved å sørge for kontinuitet blant sykepleiere får vi bedre tid til å bli kjent med

hver enkelt, noe Munkombwe et al. (2020) trekker fram i sin studie. Studien viser hvordan det å bruke tid på å bli kjent med pasientene har positiv effekt på symptomlindringen.

I livets slutfase har pasienten behov for tilsyn flere ganger daglig, og det kan være krevende å forholde seg til nye sykepleiere (Molnes, 2021a, s.89). En god relasjon og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er derfor viktig. Å skulle gjenfortelle nyoppståtte kroppslige plager til ulike sykepleiere er energitappende. Et mål om kontinuitet med oppfølging av samme helsepersonell er en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne ta opp vanskelige tema (Helsedirektoratet, 2019). Å åpne seg og skape en relasjon bygget på tillit og trygghet viser seg å være lettere når man har færre å forholde seg til (Molnes, 2021a, s.89). Når pasienten er komfortabel med å fortelle om sine plager og bekymringer hevder Munkombwe et al. (2020) dette har positiv innvirkning på symptomlindringen. Kontinuitet blant personalet skaper også trygghet for pasientene. Angst er ofte en viktig tilleggskomponent ved dyspné, noe som forsterker det subjektive besværet og øker oksygenbehovet (Helsedirektoratet, 2019). Kontinuitet blant sykepleiere kan altså gi trygghet for pasienten og gjøre han/henne i stand til å gjenvinne kontroll over egen pust. I tillegg bidrar den gode relasjonen til å styrke andre tiltak som iverksettes.

4.2. MEDIKAMENTELLE TILTAK

Hva har sykepleier å gjøre med medikamentelle tiltak når det er legen som står for forordningen? Ved medikamentell behandling er det sentralt for sykepleieren å samarbeide med ansvarlig lege og administrere legemidlene som legen forordner (Lorentsen & Grov, 2016, s.416). Samtidig skal man kontinuerlig observere medikamentenes virkninger og eventuelle bivirkninger, og pasientens generelle tilstand. Sykepleiere får en unik rolle fordi de ofte er den gruppen helsepersonell som samhandler mest med pasienten i løpet av en dag (Kristoffersen et al., 2016, s.16-17). Selv om legen har det overordnede ansvaret for legemiddelbehandlingen er det derfor viktig å gjøre disse observasjonene, og rapportere nødvendig informasjon videre. Ved å ha kunnskap om mulige medikamentelle tiltak kan sykepleiere få økt forståelse for viktigheten av å rapportere virkningene til lege. De har også mulighet til økt deltakelse i previsit og visit med eventuelle forslag til behandling ut fra deres praksiserfaringer.

Symptomene ved langtkommen kreft kan være mange, og de har ofte flere ulike, og delvis ukjente, årsaker (Harder et al., 2018; Rhondali et al., 2013). Hagmann et al. (2018) utdyper hvordan sykepleiere med god forståelse for underliggende årsaker og grunnleggende patofysiologi er de mest effektive innen symptomlindring. Dette finner man god støtte for i annen litteratur, hvor det påpekes at man alltid skal identifisere og behandle irreversible årsaker der dette er mulig (Helsedirektoratet, 2019; Helsedirektoratet, 2018; Lorentsen & Grov, 2016, s.427; Halvorsen & Aass, 2016, s.554). Den mest effektive symptomlindringen retter seg altså mot å finne årsaken bak symptomet, og behandle deretter. Årsaksrettede behandlingstiltak for hvert av symptomene blir utdypet senere i dette kapitlet: 4.2 Medikamentelle tiltak.

Medikamentelle tiltak anses som nødvendig for at kreftpasienter i palliativ fase skal få optimal smertelindring (Munkombwe et al., 2020; Zadeh et al., 2017; Helsedirektoratet, 2019; Lorentsen & Grov, 2016, s.416). For optimal smertelindring tas det utgangspunkt i WHO's smertetrapp, hvor dosen titreres opp til ønsket effekt (Helsedirektoratet, 2019;

Helsedirektoratet, 2018; Lorentsen & Grov, 2016, s.412-413). Det er ønskelig å finne en dose som holder grunnsmerten i sjakk, og administrere denne kontinuerlig for å forebygge smerter. Trinn tre i smertetrappen kombinerer opioider og ikke-opioider. Dette viser seg å ha effekt på 85-90% av kreftpasienter, ifølge Lorentsen & Grov (2016, s.412-413). Morfin anses som førstevalget blant opioidene grunnet medikamentets effektivitet og mulighet til å gis subkutant ved sykdomsforverring. Dosejusteringer er svært viktig fordi den individuelle responsen på medikamentet kan være svært varierende (Munkombwe et al., 2020; Helsedirektoratet, 2019; Lorentsen & Grov, 2016, s.412-413). Ut fra våre praksiserfaringer blir WHO's smertetrapp brukt for å oppnå optimal smertelindring, i samsvar med litteraturen.

Bruk av andre smertelindrende tiltak skal alltid vurderes i tillegg til, eller i stedet for, analgetika (Kaasa, 2016, s.405). En kombinasjon av analgetika og onkologiske behandlingsmetoder som strålebehandling, cytostatika og/eller avlastende kirurgi kan være avgjørende for å oppnå optimal smertelindring (Helsedirektoratet, 2019; Lorentsen & Grov, 2016, s.412; Kørner & Søreide, 2016, s.287). Som vi påpekte tidligere anses årsaksrettede behandlingsmetoder som det mest effektive. Eksempelvis kan smerter komme av skjelettmetastaser, hvor strålebehandling har vist god lindrende effekt (Lund & Kaasa, 2016, s.310-311; Helsedirektoratet, 2019; Lorentsen & Grov, 2016, s.415). Dette har vi selv fått erfare i praksis, hvor vi opplevde stor forbedring av pasientenes smerter og funksjon etter gjennomgått strålebehandling.

Kvalme ved palliative kreftforløp kan komme av mange årsaker; som bivirkning av opioider, forsinket magetømming, mekanisk tarmobstruksjon, stoffskifteproblemer og infeksjoner (Rhondali et al., 2013; Helsedirektoratet, 2019; Halvorsen & Aass, 2016, s.554). Internasjonale retningslinjer anbefaler en mekanistisk tilnærming, altså tiltak som rettes mot den antatte årsaken bak kvalmen (Halvorsen & Aass, 2016, s.555; Helsedirektoratet, 2019). Når kvalmen kommer av obstipasjon, som er en hyppig bivirkning av opioider, kan pasienten ha god effekt av laksantia (Rhondali et al., 2013; Lorentsen & Grov, 2016, s.414). Kvalmen kan også komme som direkte bivirkning av opioidet. Det kan da lønne seg å bytte opioid eller administrasjonsmåte, å justere dosen eller gi antiemetika (Helsedirektoratet, 2019; Lorentsen & Grov, 2016, s.414). Ved å påvise årsaken bak kvalmen blir det altså lettere å iverksette effektive tiltak.

En annen tilnærming til lindring av kvalme er den empiriske, som er uavhengig av bakenforliggende årsak (Halvorsen & Aass, 2016, s.555). Å bruke antiemetika som har binding til flere reseptorer med kjent effekt på brekningscenteret vil være gunstig (Harder et al., 2018). Metoklopramid og haloperidol, kanskje bedre kjent gjennom preparatnavnene Afipran og Haldol, anses som førstevalg ved denne tilnærmingen (Helsedirektoratet, 2019; Halvorsen & Aass, 2016, s.556-557). Dog har metoklopramid en motilitetsstimulerende effekt, som gjør den kontraindisert ved tarmobstruksjon. Ved slike tilfeller, f.eks. ved tumorinnvekst i tarmen, anbefales heller bruk av haloperidol. Selv om man ikke har fokus på den bakenforliggende årsaken er det likevel faktorer ved pasientens tilstand som påvirker valg av medikament.

Olanzapine har i flere studier vist lovende effekt på kvalme ved palliasjon (Hagmann et al., 2018; Harder et al., 2018). Flere av pasientene som opplevde god lindring hadde ingen eller liten effekt av tidligere brukte antiemetika (Harder et al., 2018). Samtidig ser man at medikamentet blir listet opp som nr. 5 på Helsedirektoratets anbefalinger for valg av medikament ved ukjent årsak til kvalme (Helsedirektoratet, 2019).

Disse anbefalingene er godt utprøvde og begrunnet. Medikamenter som metoklopramid og haloperidol bør derfor vurderes før olanzapine, til tross for at sistnevnte har vist lovende effekt.

I praksis fikk vi ved noen tilfeller observert manglende lindring av kvalme grunnet det litteraturen kan anse som dårlige vurderinger av sykepleierne. Til tross for problematikk med kvalme og oppkast ble medikamentene gitt per os. Ved kvalme anbefales det å unngå peroral administrering til oppkast er avhjulpet (Helsedirektoratet, 2019; Halvorsen & Aass, 2016, s.554-555). Det er nemlig vanskelig å vite om medikamentet har blitt absorbert eller ikke når pasienten kaster opp. For å sikre best mulig symptomlindring bør pasienter med kvalme og oppkast derfor få medikamentene subkutant eller intravenøst.

Ved dyspné skal det også alltid undersøkes om det finnes reversible årsaker som behandlingen kan rettes mot (Brenne & Dalene, 2016, s.646). Dersom det skyldes opphopning av pleuravæske oppnår pasientene god lindring ved pleuradrenasje (Helsedirektoratet, 2019; Gulsvik & Halvorsen, 2016, s.590). I praksis har vi opplevd behandlingen som effektiv, hvor pasienter har gått fra å være svært preget av morgenstell, til å bli aktive med turer i korridoren flere ganger daglig. Andre årsaksrettede behandlinger som har vist seg å ha effekt er antibiotikabehandling ved pneumoni, blodtransfusjon ved anemi og ascitestapping ved opphopning av ascitesvæske (Helsedirektoratet, 2019; Brenne & Dalene, 2016, s.646).

Etter en gjennomgang av flere forskningsartikler innen temaet konkluderte Hagmann et al. (2018) med at opioider var en av nøkkelstrategiene for å lindre dyspné. Påstanden finner man god støtte for i litteraturen, særlig ved livets slutfase (Helsedirektoratet 2018; Lorentsen & Grov, 2016, s.427; Gulsvik & Halvorsen, 2016, s.591). Medikamentgruppen, særlig morfin, gir redusert ventilasjon og påvirker selve opplevelsen av dyspné. En annen studie beskriver at bruk av high flow luft og/eller oksygen hos ikke-hypoksemiske pasienter med kreft ga god lindring av dyspné (Hui et al., 2021). Helsedirektoratet (2018; 2019) påpeker derimot at bruk av oksygenbehandling krever klar indikasjon i form av hypoksi. Effekten av liberal bruk til kreftpasienter er dårlig dokumentert, og langvarig bruk har vist seg å gi lungeskader og redusert lungefunksjon. Behandlingen kan også gi pasienten plager i form av tørre og såre slimhinner (Helsedirektoratet 2018; Helsedirektoratet 2019). Kan behandlingen til tross for dette anses som et alternativ ved livets slutfase? Effekten på lungene kommer over lang tid, noe som ikke vil påvirke pasienter med kort forventet levetid. På en annen side vil pasienter i denne fasen ofte være i en tilstand som gjør det vanskelig å rapportere om ubehagelige bivirkninger, noe som anses som ugunstig.

Zadeh et al. (2017) påpekte at det var viktig å administrere medikamentene til riktig tid, unngå oversedering og ha hyppig legemiddelgjennomgang dersom den medikamentelle behandlingen skulle ha ønsket effekt. Erfaringsmessig ble de fleste medikamentene palliative kreftpasienter stod på ved nyinnleggelse seponert. De brukte ofte mange medikamenter, noe som økte risikoen for interaksjoner. Profylakse av f.eks. hjerte- og karsykdommer er unødvendige medikamenter i denne fasen av forløpet, og kan dermed seponeres for å minske risikoen for både interaksjoner og bivirkninger (Helsedirektoratet, 2019). Medikamenter med symptomlindrende effekt ble som regel de eneste som gjensto. I praksis fikk vi erfart daglig gjennomgang og justering av medikamenter på legevisitt ut fra pasientens symptomtrykk. I tillegg tok sykepleierne kontakt med lege ved behov, noe som effektiviserte symptomlindringen på avdelingen.

Ved kreft i palliativ fase forekommer ofte vekttap, endret metabolisme og sviktende organfunksjoner, noe som øker risikoen for bivirkninger av medikamenter (Helsedirektoratet, 2019). Som nevnt i innledningen er majoriteten av pasientgruppen eldre. Økende alder medfølger endret organfunksjon og homeostase, som gjør at medikamentenes virkning blir endret (Saltvedt & Wyller, 2016, s.270). Pasientgruppen er altså sterkt utsatt for bivirkninger, noe som fremhever viktigheten av hyppig gjennomgang og justering slik Zadeh et al. (2017) påpekte.

4.3. IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK

Bruk av ikke-medikamentelle tiltak blir sett på som viktig tilleggsbehandling for å oppnå maksimal smertelindring (Munkombwe et al., 2020; Helsedirektoratet, 2018; Finset, 2016b, s.383). Munkombwe et al. (2020) hevder at det er gunstig å kombinere flere slike tiltak, samt tilpasse behandlingen individuelt ettersom pasientene kan respondere ulikt. Dette kan også ha overførbarhet til de andre aktuelle symptomene, kvalme og dyspné, noe vi har erfart i praksis og vil komme tilbake til senere i kapitlet.

Det viser seg at pasienter kan oppleve en reduksjon av symptomtrykket når oppmerksomheten rettes bort fra smertene (Munkombwe et al., 2020; Zadeh et al., 2018; Peng et al., 2019; Finset, 2016b, s.376; Lorentsen & Grov, 2016, s.415-417). Varmeputer kan være beroligende og smertestillende for pasientene (Zadeh et al., 2017; Lorentsen & Grov, 2016, s.415). Musikk, særlig individualisert levende musikk, har vist seg å ha effekt på smerte, kvalme og dyspné (Peng et al., 2019; Zadeh et al., 2017; Lorentsen & Grov, 2016, s.415; Risberg et al., 2016, s.105). Denne typen distraksjon fra symptomene viser seg å ha kortvarig men effektiv virkning, og ble erfaringsmessig nedprioritert i praksis. Det kan likevel tenkes at bruk av distraksjon med fordel bør tilstrebes siden det gir pasienten god lindring i øyeblikket, og ikke har noen bivirkninger ifølge vår litteratur.

I praksis erfarte vi at de fleste ikke-medikamentelle tiltakene som ble gjennomført rettet seg mot miljøet, som f.eks. å ha et godt luftet og kjølig pasientrom. Dette kan lindre både dyspné og kvalme (Helsedirektoratet, 2019; Halvorsen & Aass, 2016, s.554). Tiltakene direkte rettet mot pasientene var ofte leieendring samt hjelpe pasienten å finne en god hvilestilling. Dette viser seg å ha effekt på de tre aktuelle symptomene (Zadeh et al., 2017; Brenne & Dalene, 2016, s.642; Helsedirektoratet, 2019). Slike tiltak virker enkle, men kan potensielt utgjøre stor forskjell for pasienten og hans/hennes symptomtrykk.

Martinez et al. (2013) og Munkombwe et al. (2020) trekker fram hvordan kunnskapsmangel, både hos pasient og sykepleiere, kan være en barriere for å oppnå tilstrekkelig smertelindring. Dette finner man støtte for hos både Lorentsen & Grov (2016, s.412) og Helsedirektoratet (2019). Standardiserte smertelindrings-protokoller for pasientgruppen har vist seg å være effektive (Martinez et al., 2013; Munkombwe et al., 2020). Erfaringsmessig blir Helsedirektoratet (2019) sine retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen fulgt ved bruk av WHOs smertetrapp til ønsket lindring er oppnådd, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene så også ut til å bli fulgt ved lindring av kvalme og dyspné. Dette kan tyde på god implementering av retningslinjene i det norske helsevesenet.

Sykepleierstyrt undervisning har blitt godt mottatt av pasientgruppen, til tross for bedre oppnådd symptomlindring ved kun en av de inkluderte studiene (Yang et al., 2018; Martinez et al., 2013). Mens Martinez et al. (2013) fant bevis for at denne typen undervisning hadde effekt, særlig ved bruk av både muntlig og skriftlig materiale, viste studien til Yang et al. (2018) ingen effekt på rapportert grad av symptomtrykk. Sistnevnte studie hadde dog inkludert nylig diagnostiserte pasienter som naturlig nok hadde lavt symptomtrykk, noe som kan forklare mangelen på resultater. Alle deltakerne beskrev likevel undervisningen som relevant og nyttig. Undervisning og informasjon til pasientgruppen kan bidra til å redusere usikkerhet og øke mestringstro (Lorentsen & Grov, 2016, s.412-418). Et godt samarbeid mellom pasient og helsepersonell har også vist seg å være nødvendig for at pasienten skal forstå viktigheten av f.eks. riktig medikamentadministrering. Pasientundervisning ledet av en sykepleier han/hun har en god relasjon til vil styrke mestringstroen og dermed også egenhåndteringen av symptomene.

4.4. STYRKER OG SVAKHETER

Problemstillingen kan ses på som noe bred fordi pasienter i palliative kreftforløp kan ha ulike erfaringer ut fra opplevd symptomtrykk og livslengde. Vi forsøkte å begrense oss til en spesifikk krefttype for å spisse problemstillingen, men fant lite relevant forskning. Valget falt dermed på en bredere problemstilling hvor vi fordypet oss i tre valgte symptomer.

Å inkludere studier fra land med store kontraster fra Norge kan redusere overførbareheten til norsk sykepleiepraksis. De kvantitative og kvalitative studiene vi har inkludert er gjennomført i Danmark, USA, Singapore og Zambia. Oversiktsartiklene brukte studier fra USA, Canada, Italia, Nederland og Australia. Det er altså et bredt utvalg med land som har forskjeller i kultur, økonomi og helsesystem. Selv har vi lite kjennskap til sykepleiepraksisen i disse landene, og vi vet derfor ikke hvordan ulikhetene uttrykkes i praksis. Til tross for dette har vi valgt å inkludere dem, siden lindring er en menneskelig erfaring, og disse forskjellene trolig har liten påvirkning på hvilke tiltak som iverksettes.

Dalland (2020, s.156-157) understreker viktigheten av å bruke originalkilder fremfor sekundærkilder i akademiske tekster. Dette for å sikre at en ikke bruker feilaktige og unøyaktige tolkninger av primærkilden. Vi har likevel valgt å benytte sekundærkilder i tillegg til originalkilder, som f.eks. Kristoffersen (2016) og Lorentsen & Grov (2016). Bøkene er brukt som pensum på sykepleierutdanningen, og vi vurderte dem derfor som akseptable og troverdige kilder. Oversiktsartikler er også sekundærkilder med egne tolkninger basert på allerede utførte studier. Disse har vi valgt å inkludere da de gir litteraturstudien større bredde, fordi et større antall pasienter er inkludert i forskningen.

I et stadig voksende fagfelt er det nødvendig med oppdatert litteratur (Dalland, 2020, s.152). Vi har begrenset oppgaven vår til ti år gamle artikler, noe som styrker oppgavens relevans og aktualitet. Forskingsartiklene vi har valgt består av både kvantitativ og kvalitativ forskning, i tillegg til oversiktsartikler. Dette kan være en svakhet da det kan være vanskelig å sammenligne data i form av tall med menneskelige erfaringer. Brukt riktig kan det derimot være en styrke, siden ulike metoder med samme resultat underbygger hverandres funn (Thidemann, 2019, s.77). Samtidig har vi inkludert både pasient- og sykepleieperspektivet. Det kan være en svakhet da sykepleiere ikke kan forstå hvordan lindringen erfare for pasienten. Samtidig kan det være en styrke fordi

pasienter i livets slutfase kan ha vanskelig for å uttrykke sin erfaring, og sykepleierens observasjoner blir derfor viktige data.

Som vi har sett er det en gjensidig påvirkning og overlapping av symptomene, og tiltakene påvirker dermed flere av dem på en gang. Dette styrker litteraturstudien og viser at det trengs et komplekst samspill for å besvare problemstillingen. På en annen side kan dette sees på som en svakhet fordi det kan hindre diskusjon av hvert enkelt symptom og vanskeliggjøre et klart svar på hvordan man enkeltvis kan lindre symptomene.

4.5. KONKLUSJON

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier best kan lindre symptomene smerte, kvalme og dyspné ved palliative kreftforløp. Kreft er et stadig økende problem, og temaet blir derfor relevant både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennom aktuell forskning på temaet, pensumlitteratur og egne praksiserfaringer har vi belyst noen av mange mulige måter dette kan skje på. Hovedfokuset har vært på pasient-sykepleier relasjonen, medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak.

I livets slutfase vil enhver handling være energikrevende, og det vil dermed være gunstig for sykepleieren å kjenne pasienten godt. Å danne en god relasjon er avhengig av gode kommunikasjonsferdigheter og gjensidig tillit. Travelbee fremhevet kommunikasjon som viktig for å sikre at tiltakene står i samsvar med pasientens behov. Vi har sett hvordan en god relasjon i seg selv kan ses på som et ikke-medikamentelt tiltak, og hvordan relasjonen kan styrke pasientens tro på andre tiltak. Kontinuitet blant sykepleiere står dermed sentralt for en mest mulig effektiv symptomlindring.

Symptomene kan komme av flere ulike, og ikke sjeldent ukjente, årsaker. Å identifisere og behandle irreversible årsaker gir den mest effektive lindringen, uansett symptom. En kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak har vist seg å være effektiv. Videre ser man at WHO's smertetrapp, som er utarbeidet spesifikt for pasientgruppen, fungerer godt for å lindre smerte. Morfin har blitt utpekt som spesielt effektivt i den palliative fasen. Opioider har også vist seg å være førstevalget for lindring av dyspné i livets slutfase. Metoklopramid og haloperidol foretrekkes for lindring av kvalme. Ved bruk av medikamenter er det dog viktig med gjennomgang og dosejusteringer i samarbeid med lege, siden pasientgruppen er særlig utsatt for bivirkninger. Av ikke-medikamentelle tiltak har distraksjon og undervisning blitt fremhevet. Musikk og annen type avledning har hatt god, men kortvarig effekt på de aktuelle symptomene. Sykepleierledet pasientundervisning har blitt godt mottatt i aktuelle studier, og kan være effektivt for symptomlindring hos pasienter med uttalte plager. Kunnskapsmangel kan også forekomme hos helsepersonell, men ut fra våre erfaringer blir retningslinjene for symptomlindring fulgt ute i praksisfeltet.

Symptomene og de bakenforliggende årsakene er komplekse, med overlapping og gjensidig påvirkning på hverandre. Tiltakene blir dermed også en del av et komplekst samspill, noe som vanskeliggjør et klart svar på hvordan man kan lindre hvert av symptomene. En lindring av det ene, vil i mange tilfeller gi en lindring av det andre.

5. Referanser

- Bertelsen, B. (2016). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s.35-49). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brenne, A.-T. & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.638-652). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Norsk senter for forskningsdata Hentet 18.04 <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2) s.22-26. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Finset, A. (2016a). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg. s.62-72). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Finset, A. (2016b). Smertepsykologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.372-386). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Natur & Kultur.
- Gulsvik, A. & Halvorsen, T. O. (2016). Pustebesvær. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.583-593). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., Geluz, J., Ma, J. D. & Roeland, E. J. (2018). Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-Pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), s.227-240. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.004>
- Halvorsen, T. O. & Aass, N. (2016). Kvalme og oppkast. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.549-560). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Harder, S., Groenvold, M., Isaksen, J., Sigaard, J., Frandsen, K. B., Neergaard, M. A., Mondrup, L. & Herrstedt, J. (2018). Antiemetic use of olanzapine in patients with advanced cancer: results from an open-label multicenter study. *Supportive Care in Cancer*, 27(8), s.2849-2856. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4593-3>
- Helsebiblioteket (2015). *Metodebeskrivelse for litteratursøk*. Hentet 18. april fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nye-fagprosedyrer/artikler/metode/metodebeskrivelse-for-litteratursok>
- Helsebiblioteket. (u.å). *Termbasen MeSH på norsk og engelsk*. Hentet 17.04 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

- Helsedirektoratet (4. mai, 2017). *Symptomlindring bør ha et helhetlig fokus*. Helsedirektoratet. Hentet 13. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge/symptomlindring-av-barn-med-en-livsbegrensede-tilstand/symptomlindring-bor-ha-et-helhetlig-fokus>
- Helsedirektoratet (18. september 2018). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet. Hentet 13. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet (14. oktober 2019). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet 13. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet (mars, 2022). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv – Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*. Helsedirektoratet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/fab98f51643740c183051d82bba22e6e/folk ehelse-i-et-livsløpsperspektiv.pdf>
- Hui, D., Hernandez, F., Urbauer, D., Thomas, S., Lu, Z., Elsayem, A. & Bruera, E. (2021). High-Flow Oxygen and High-Flow Air for Dyspnea in Hospitalized Patients with Cancer: A Pilot Crossover Randomized Clinical Trial, *The Oncologist*, 26(5), s.883-892. <https://doi.org/10.1002/onco.13622>
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.402-410). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftforeningen (u.å.). *Kronisk og uhelbredelig kreft*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kronisk-og-uhelbredelig-kreft/>
- Kreftregisteret (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*. I Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3*. (3. utg, s.15-64). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (3. utg., s.15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kørner, H. & Søreide, J. A. (2016). Kirurgisk palliasjon – en oversikt. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.287-292). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., s.397-436). Gyldendal Akademisk.
- Lund, J.-Å. & Kaasa, S. (2016). Palliativ strålebehandling. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.305-314). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinez, K. A., Aslakson, R. A., Wilson, R. F., Apostol, C. C., Fawole, O. A., Lau, B. D., Vollenweider, D., Bass, E. B. & Dy, S. M. (2013). A Systematic Review of Health Care

- Interventions for Pain in Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(1), s.79-86. <https://doi.org/10.1177/1049909113476129>
- Molnes, S. I. (2021a). Kommunikasjon med pasienter ved livets slutt. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s.82-90). Fagbokforlaget.
- Molnes, S. I. (2021b). Samtaler med personer som har en uhelbredelig sykdom. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s.73-81). Fagbokforlaget.
- Munkombwe, W. M., Petersson, K. & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), s.1643-1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.15232>
- Norsk sykepleierforbund (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 13. april 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/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), s.45-49. <https://www.doi.org/10.1177/1049909118788643>
- Rhondali, W., Yennurajalingam, S., Chisholm, G., Ferrer, J., Kim, S. H., Kang, J. H., Filbet, M. & Bruera, E. (2013). Predictors of response to palliative care intervention for chronic nausea in advanced cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), s.2427-2435. <https://www.doi.org/10.1007/s00520-013-1805-8>
- Risberg, T., Nilsen, O. G. & Wist, E. (2016). Alternativ og komplementær behandling. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.97-109). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Saltvedt, I. & Wyller, T. B. (2016). Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.) *Palliasjon* (3. utg., s.262-273). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thidemann, I.-J., (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. Utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Yang, G. M., Teo, I., Neo, S. H., Tan, D. & Cheung, Y. B. (2018). Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP) Intervention for Patients With Advanced Lung Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(8), s.1050-1056. <https://doi.org/10.1177/1049909118756095>
- Zadeh, R. S., Eshelman, P., Setla, J. & Sadatsafavi, H. (2017). Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(3), s.411-416. <https://doi.org/10.1177/1049909117711997>

