

Smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase
«Hvordan kan sykepleier gi optimal smertelindring til
kreftsyke pasienter etter avsluttet kurativ behandling?»

Kandidatnummer: 1151

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK17

Antall ord: [10 944]

19.03.2020

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gi optimal smertelindring til kreftsyke pasienter etter avsluttet kurativ behandling?

Metode: En litteraturstudie basert på fem forskningsartikler med kvalitativ og kvantitative data, pensumlitteratur og annen relevant litteratur.

Funn: Til tross for ny og kontinuerlig forskning på feltet, opplever fortsatt flere pasienter sterke smerter på grunn av kreft. Dette skyldes en rekke faktorer, blant annet feil bruk av medikamenter, lite bruk av ikke-medikamentelle metoder og barrierer på flere plan.

Drøfting: Pasient og helsepersonell har ansvar for at smertestillende medikamenter skal brukes riktig. Sykepleier må se smerten i et helhetlig bilde, og påse at alle pasientens aspekter ivaretas. Dette ved hjelp av ulike systematiske kartleggings skjema, god dokumentasjon, bruk av ulike metoder og samtale med pasienten.

Konklusjon: Sykepleiere bør ta i bruk systematiske kartleggingsverktøy i symptomkartlegging. Både sykepleiere og pasienter må øke kunnskapen rundt bruken av medikamenter, og bli bedre til å ta i bruk ikke-medikamentelle metoder.

Abstract

Problem statement: How can nurses help patients achieve optimal pain management after ending all curative treatment?

Method: A literature review based on five research articles with qualitative and quantitative data, literature from the curriculum and other relevant sources.

Findings: Despite new research on the field of pain management, several patients still experience severe pains due to their cancer. This is caused by several factors such as wrong use of medications, too little use of non-pharmacological approaches and several barriers.

Discussion: Patient and health personnel have a responsibility for applying pain medications properly. Health care personnel have to consider all aspects of the patient. The patient needs to acquire knowledge about their medications.

Conclusion: Nurses can help patients managing their pain. Doing this by systematically mapping symptoms, making sure to document all effects, use different methods to manage the pain and engage in dialogue with the patient.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	6
1.2 Problemstilling	8
1.3 Avgrensninger	8
1.4 Begrepsavklaringer	9
1.5 Videre oppbygning av oppgaven	9
2 Teori	11
2.1 Kreftsykdom	11
2.2 Ulike smertetyper	12
2.2.1 Kreft smerter	12
2.3 Total pain som forståelsesramme ved kreft smerter	13
2.4 Kartlegging av smerte	14
2.5 Smertebehandling	15
2.5.1 Lindring av kreft smerter med medikamentell behandling	15
2.5.2 Ikke-medikamentell smertebehandling	17
2.7 Støttefunksjoner på sykehus – palliativt team	19
2.8 Sykepleiers funksjon	19
3 Metode	21
3.1 Søkestrategi	21
3.1.1 Valg av søkeord	22
3.1.3 Søkeresultater	24
3.2 Kildekritikk	25
3.3 Etske overveielser	27
4 Presentasjon av valgt forskning	28
4.1 «The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study»	28
4.2 «Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak»	29
4.3 «Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements?»	30
4.4 «Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart»	31
4.5 «Clearing Barriers in Cancer Pain Management: Roles of Nurses»	32
4.6 Sammenfatning av funn	33
5 Drøfting	35
5.1 Bruken av systematiske kartleggingsverktøy	35
5.2 Utfordringer knyttet til bruken av medikamentelle smertestillende	36
5.3 Viktigheten av ikke-medikamentelle metoder for smertelindring	38

5.4 Barrierer hos pasient, helsepersonell og helsevesen	40
6 Oppsummerende tanker	43
Litteraturliste	45
Vedlegg	51

1 Innledning

I 2018 ble det registrert 34 190 nye tilfeller av kreft i Norge. Samme år var det i overkant av 11 000 personer som døde av kreft (Kreftregisteret, 2020).

De vanligste krefttypene i Norge i 2018 var:

- Prostatakreft
- Brystkreft
- Lungekreft
- Tykktarmskreft
- Hudkreft

(Kreftregisteret, 2019).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En pasient som mottar palliativ behandling kan befinne seg hjemme eller på sykehus (NOU 2017:16, s. 10). På sykehusavdelinger er det sykepleiere som møter pasienten mest. Sykepleierne har ofte god oversikt over pasientens tilstand, og effekt/bivirkning av behandlingen som gis. Dette fordi de bruker mest tid sammen med pasienten, sammenlignet med eksempelvis legen. Det er en styrke at behandlingen er et tverrfaglig samarbeid. Muligheten for å kunne vurdere hver enkelt pasient og dens situasjon fra flere ståsted og perspektiv vil være viktig for behandlingen. For sykepleierne som treffer pasient og pårørende oftest gir dette også mer trygghet i arbeidet.

Årsaker til kreft kan være arv, miljø og levemåte. Det er vist at noen faktorer kan være helseskadelige i store mengder, som for eksempel; sol, tobakksrøyk og alkohol. I motsetning til dette kan et godt kosthold samt regelmessig trening minske risikoen for å utvikle visse krefttyper. Likevel er det fortsatt mye usikkerhet rundt hvorfor noen utvikler kreft og andre ikke (Kreftforeningen, 2020).

Det brukes mye ressurser på kreftforskning, også når det gjelder behandling av kreft. Et av temaene som vies oppmerksomhet til er hvordan en kan leve med kreft på best mulig måte. I 2019 bidro Norge med 230 millioner kroner til forskning på kreft (Kreftforeningen, u.å.).

Symptomer og plager ved kreftsykdom er mange, men smerter er ett av de mest fremtredende plagene. Opptil 70% av pasienter med lang fremskredet kreftsykdom opplever smerter som kan være svært vanskelige å behandle (Norsk legemiddelhåndbok, 2020). Jeg synes det er skremmende at det til tross for lang klinisk erfaring og forskning på dette området, er et stort problem for de som rammes av kreft. Jeg ønsker derfor å gjennomføre et litteraturstudium for å få oversikt over hvordan man kan lindre kreftsmarter best mulig. Jeg ønsker også å undersøke hva som gjør at dette fortsatt er en så stor utfordring.

Ordet «livskvalitet» er helt sentralt i palliativ omsorg. Livskvaliteten endres etter livssituasjon og påvirker både pasient og pårørende i stor grad. Man skiller mellom «vanlig» og helserelatert livskvalitet. Overgangen mellom dem er noe diffus. Kort oppsummert kan man si at helserelatert livskvalitet omfavner fysiske, mentale og sosiale forhold. Helserelatert livsstil tar ikke stilling til for eksempel utdanning eller levestandard (Ribu, 2017, s. 50-51). Loge sier at man får essensen av palliativ omsorg i deler av definisjonen: «Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende» (Kaasa & Loge, 2016, s. 195).

Hva påvirker livskvaliteten, og hvordan påvirkes den? Hvordan kan dette måles og hva kan man gjøre for å bedre livskvalitet? Dette er grunnleggende, spennende og omfattende spørsmål. De er litt for store til at jeg kan gå dypt inn i disse i denne oppgaven, men likevel noe å ha i bakhodet. Det er svært viktig å huske på at god livskvalitet er et mål i seg selv og noe man tilstreber i all palliativ behandling.

Gjennom studietiden har jeg hatt flere praksisperioder hvor jeg har møtt på flere pasienter som behandles for kreft – enten i kurativ eller palliativ form. Å være med på å gi lindrende behandling til pasienter som kommer til å dø av diagnosen de har fått oppleves som utfordrende og skummelt, kanskje fordi det er et tema det undervises lite om under sykepleierstudiet. Etter å ha hatt valgemnet om palliativ omsorg ble det klart for meg at mer kunnskap rundt dette er viktig. Min interesse for å lære mer om denne typen behandling ble vekket av et ønske om å utvide min kompetanse slik at jeg best mulig kan bidra til å øke pasientens og pårørendes livskvalitet. Kreftbehandling, og kanskje spesielt palliativ behandling, vil snu opp ned på både pasienters og pårørendes liv. Det er essensielt at

sykepleiere har kunnskap rundt palliativ behandling for å kunne vise omsorg og skape trygghet i livets slutfase.

Palliativ omsorg ansees som så viktig at det i 2017 ble skrevet en oppdatert norsk offentlig utredning (NOU) om dette. Denne heter «På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende». Utredningen tar for seg hvorfor palliativ omsorg er viktig, hvordan situasjonen er i dag, og hva som kan gjøres for å gjøre tilbudet best mulig til pasient og pårørende. Utredningen har vært avgjørende i min grunnleggende forståelse av palliativ omsorg, særlig fordi den er nylig oppdatert og fordi det omfattende arbeidet gjør den svært grundig.

1.2 Problemstilling

I lys av den tidligere forklaringen, har jeg valgt følgende problemstilling til oppgaven:

«Hvordan kan sykepleier gi optimal smertelindring til kreftsyke pasienter etter avsluttet kurativ behandling?»

1.3 Avgrensninger

I oppgaven vil jeg begrense omfanget ved å bare skrive om voksne pasienter i alderen 50-70 år. Grunnen til dette er at det er i denne aldersgruppen man har størst risiko for å utvikle kreft (Kreftregisteret, 2020). Pasienten må ha fått en inkurabel kreftdiagnose og ha avsluttet kurativ behandling. Jeg vil skrive om både kvinner og menn. På grunn av oppgavens hovedfokus på smerte, har jeg valgt å ikke omtale en spesifikk krefttype. Dette er fordi smerter er et av de vanligste symptomene i sykdomsforløpet uavhengig av hvor kreften er lokalisert.

Kreftpasienter kan oppleve flere symptomplager, blant annet endring i avføringsmønster, vedvarende hoste, endring i utseende på hud, smerter m.fl. Smerte er et av de vanligste symptomene og oppgaven begrenser seg til å omhandle dette symptomet. Smerte er et komplekst begrep som rommer mange ulike typer smerte. I første omgang er det den fysiske og psykiske smerten som vil bli omtalt i oppgaven. Jeg vil ta for meg både medikamentell og

ikke-medikamentell smertelindring.

Jeg har forutsatt at pasientene er innlagt på sykehus i forbindelse med vurdering og eventuell endring av smertebehandling. Jeg har valgt å utelate pasienter med kognitiv svikt.

1.4 Begrepsavklaringer

Kreft er et samlebegrep som brukes til alle krefttyper (Kreftforeningen, 2020). Kreft kan sees som en masse som vokser. Denne kan være både godartet og ondartet. Det er de ondartede som sprer seg og potensielt kan bli livstruende (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2014, s. 124).

Smertelindring er ulike metoder som brukes for å behandle og dempe smerter. Det kan brukes både medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder. Begrepet «total pain» beskriver hvordan smerte kan være mer enn bare fysisk smerte og brukes særlig innenfor palliativ behandling. «Total pain» er viktig å forstå for å kunne behandle smerter best mulig (Kaasa & Loge, 2016, s. 37).

Palliativ fase er et ord som brukes for å beskrive hvor pasienter befinner seg i et behandlingsforløp. Pasienter som mottar palliativ behandling får lindrende behandling for en inkurabel sykdom (sykdom som ikke kan helbredes) (WHO, u.å.).

1.5 Videre oppbygning av oppgaven

Oppgaven er delt inn i seks deler.

I første kapittel har vi nå sett på bakgrunn for valg av tema og problemstillingen er blitt presentert. Det er gitt definisjoner på noen sentrale begreper, og oppgavens avgrensninger er gjort rede for.

I kapittel to vil jeg komme inn på teorien som er brukt til å bygge opp oppgaven.

I det tredje kapitlet vil metoden bli presentert. Det vil bli gjort rede for søketeknikker og kildekritikk vil beskrives.

I det fjerde kapitlet vil forskningen som er funnet bli presentert.

Kapittel fem vil bestå av drøfting og teorien vil igjen tas inn for å se på den i lys av den nye kunnskapen rundt forskningen som er funnet.

Det siste kapitlet vil inneholde en oppsummering av oppgaven.

2 Teori

2.1 Kreftsykdom

Kreft er en mutasjon i kroppens egne celler som danner ukontrollert cellevekst (Bertelsen et al., 2014, s. 124). Kreft kan betegnes som benign eller malign. En malign tumor har egenskaper som skal til for å infiltrere nærliggende vev, eller spre seg til andre organer via blod- og lymfebaner. Ubehandlet kan kreften være livstruende. En benign tumor har ikke disse egenskapene (Bertelsen et al., 2014, s. 124-127).

Symptomer på kreft vil variere ut ifra hvor kreften opprinnelig oppstod og hvor den eventuelt har spredt seg. Eksempler på symptomer kan være uregelmessige blødninger fra skjeden eller rektum, hevelse i lymfeknuter, sure oppstøt, smerter, problemer med vannlatning m.m. Symptomene er ofte vage i begynnelsen og blir verre over tid (Bertelsen et al., 2014, s. 132).

Kreft kan skape smerter ved at den f.eks. vokser inn i omkringliggende vev. Dersom man opplever magesmerter, kan dette bety at kreften vokser inn i, eller rundt eksempelvis ventrikkel eller tarm. Den kan vokse på eller spre seg til, skjelettet som skaper smerter i nervene som ligger her. Eller den kan vokse i livmor som skaper smertefulle blødninger. Hvilke smerter som oppstår er på samme måte som symptomene, avhengig av hvor kreften befinner seg og hvor den kan ha spredt seg.

Det finnes flere ulike måter å behandle kreft på. Kirurgi, stråling, cellegift og hormonbehandling. Dersom kreften er mulig å fjerne helt kalles det kurativ behandling. Dersom det gis behandling for å dempe symptomer kalles det lindrende behandling. Alle behandlingsalternativene kan brukes innen både kurativ og lindrende kreftbehandling (Bertelsen et al., 2014, s. 135-140).

Kreftsyke pasienter kan befinne seg både på kliniske avdelinger på sykehus og i hjemmet gjennom hele sykdomsforløpet. Som sykepleier på for eksempel kirurgiske eller medisinsk avdeling på sykehus, vil man møte på denne pasientgruppen – ofte i en palliativ fase.

2.2 Ulike smertetyper

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte slik: «*Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller truende vevsødeleggelse*» (Kongsgaard, 2017, s. 181). Smerteoppfatning er subjektivt, noe som innebærer at det bare er personen som kjenner på smertene som kan oppgi intensitet og smertegrad (Kaasa & Loge, 2016, s. 328). Smertesmerter kan være både akutte, kortvarige og kroniske. Med kroniske smerter menes smerter som har hatt en varighet på over tre måneder (Kaasa & Loge, 2016, s. 340).

Det finnes ulike typer smerte:

- **Nociceptive** smerter er smerter som oppstår ved faktisk skade i vevet. Dette kan for eksempel oppstå ved at man får en betennelse i vevet ved at tumor vokser inn i vevet og ødelegger det og liknende.
- **Nevropatiske** smerter er smerter forårsaket av påvirkning i nervesystemet. Eksempel er tumorvekst på hjerne, ryggmarg eller perifere nervebaner.
- **Idiopatiske** smerter er smerter hvor man ikke har en forklaring på hva som forårsaker smertene. I forbindelse med kreft er det ofte tegn på aktivitet i kreften eller det kan komme av psykisk byrde.
- **Psykogen** smerte kommer av psykiske reaksjoner og gir seg ofte til uttrykk som fysiske plager.

(Kongsgaard, 2017, s. 183).

2.2.1 Kreftsmertesmerter

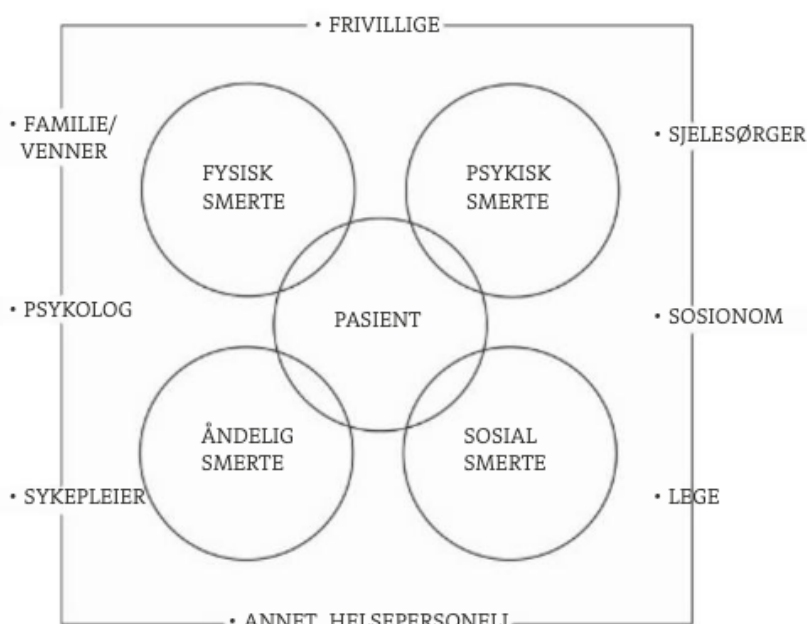
Smertesmerter er et av de vanligste symptomene ved kreftsykdom. Smerten er også det symptomet pasienter frykter mest. Den vanligste årsaken til kreftsmertesmerter er forårsaket av tumoren selv. Den vanligste formen for kreftsmertesmerter er nociceptive smerter, men også nevrologiske, idiopatiske og psykogene smerter kan oppstå. Smertene kan komme både før diagnostisering, under behandling og etter behandling. Smertene kan også være forårsaket av selve behandlingen (Kongsgaard, 2017, s. 181). Smertesmerter blir ofte vurdert ut ifra et tidsaspekt samt intensitet eller variasjon. Noen smerter oppleves som konstante, mens andre kommer og går. Ved kreftsmertesmerter er det svært vanlig å oppleve det som kalles for

gjennombruddssmerter. Dette er smerter som øker i intensitet for en kort periode der hvor man normalt sett er godt behandlet for smerten (Kongsgaard, 2017, s. 183).

2.3 Total pain som forståelsesramme ved kreftsmarter

Cicely Saunders (f.1918 – d.2005) var en engelsk sosialarbeider, sykepleier og lege som introduserte begrepet «total pain» på 1960- og 70-tallet. I 1967 var hun den første til å åpne opp et eget sted for de døende. Tanken var at de døende skulle få omsorg og ro i den siste delen av livet. Saunders erfaring med døende pasienter ga lærdom til å forstå at smerter er mye mer enn bare de fysiske smertene man opplever (Morland, 2016). Saunders har en faglig tyngde i det hun skriver, både på grunn av yrkesbakgrunn, men ikke minst på grunn av erfaring. Det kan tenkes at hennes allsidige bakgrunn har vært essensiell i hennes egen grunnleggende forståelse av «total pain» og tverrfagligheten rundt dette. Hun beskriver på ulike måter hvordan den psykiske byrden vil påvirke den fysiske og hvordan fysisk smerte kan forverre psykisk smerte. Hun bruker «total pain» som et begrep ved å inkludere fysisk smerte, men ikke begrense smerten til bare dette (Clark, 1999, s. 727-736). Saunders inkluderer både fysiske, følelsesmessige, åndelige og sosiale problemer i smertebildet. Hun forklarte hvordan alle disse faktorene kan påvirke den totale smerteopplevelsen fordi alle faktorene påvirkes av hverandre (Morland, 2016).

Marie Aakre har laget en modell som hun bruker i beskrivelsen sin av «total pain». Saunders lagde aldri en egen modell for å forklare «total pain, og derfor er Aakres modell tatt i bruk ved utgangspunktet for det teoretiske perspektivet i oppgaven. Denne beskriver hvor omfattende dette begrepet kan være. Hun legger ved en forklaring hvor man forstår at



Figur 1: Aakre (2018) Modell av "Total pain"

smerteerfaring ikke bare er fysiske problemer, men at eksempelvis ensomhet, dødsangst, ernæringsproblemer med mer, kan føre til at sykdommen forverres (Aakre, 2018, s.18). I Saunders egne notater skriver hun at ved å la pasienten få snakke om de psykiske plagene kan også de fysiske plagene lindres. Hun sier at det bør tas som en selvfølge at pasienter skal få snakke om de psykiske plagene. Dette var banebrytende tankegang i tiden hun arbeidet som lege (Clark, 1999, s. 732).

2.4 Kartlegging av smerte

Pasienter vil oppleve smerter på ulik måte og i ulik grad. Sykepleiere har derfor en viktig oppgave i å kartlegge pasienters smerter for å kunne lindre best mulig. Dette innebærer å undersøke smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet. I noen tilfeller kan pasienten ha vanskeligheter med å oppgi smerten selv, for eksempel ved at smertene er så sterke at man ikke klarer å uttrykke seg eller at pasienten ikke er kontaktbar. Sykepleier kan da bruke fysiologiske reaksjoner som høyt blodtrykk, hurtigere hjerterefrekvens, svetting, non-verbal kommunikasjon med mer som et grunnlag for smertens lokalisering og intensitet (Berntzen, Danielsen, Almås, 2011, s. 362). Utenom dette brukes det flere standardiserte og systematiserte kartleggingsverktøy (se vedlegg 1 og 2).

I palliativ omsorg er det svært vanlig å bruke Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) til å kartlegge symptomer, inkludert smerter (se vedlegg 3). Ved første gangs bruk er det sykepleier som fyller ut skjemaet i samarbeid med pasienten. Dersom pasienten forstår bruken skal de selv fylle dette ut til neste gang det skal brukes. Skjemaets kartlegging tar utgangspunkt i å fylle ut de ulike kategoriene fra 0 – 10 (ingen plager – verst tenkelige plager). Fordelen med dette skjemaet er at det er laget for å fylles ut jevnlig og man får en kontinuerlig vurdering på symptomendringer (Håndbok i lindrende behandling, 2012, s. 8). ESAS måler ikke bare smerte men også andre symptomer som kvalme, tretthet, munntørrhet osv. Det kan også brukes andre kartleggingsverktøy som tar mindre tid å gjennomføre da utfylling av ESAS-skjemaet kan være noe tidkrevende.

Kroppskart er et godt alternativ for å lokalisere smerten. Da kan enten sykepleier, eller helst pasienten selv, peke på eller tegne området hvor smerten sitter. Ansiktsskala kan også brukes når pasienten har vanskeligheter for å ordlegge seg. Dette brukes mest i følge med behandling av barn. Skalaer som Visuell Analog Skala (VAS) og Numeric Rating Scale (NRS)

kan brukes enten ved å sette et kryss på det aktuelle smertepunktet eller oppgis verbalt. Skalaene vil alltid representere 0 som «ingen smerte» og 10 som «verst tenkelige smerte» (Berntzen et al., 2011, s. 364-365). På vanlige sykehusavdelinger er det oftest NRS eller VAS som anvendes. Dette på grunn av tidspress. Det er også vanlig at spesialsykepleiere eller leger bruker ESAS dersom pasienten blir henvist videre til palliativt team som tar en grundigere vurdering.

Rent praktisk tar man ofte utgangspunkt i at en smerteskår på ≤ 3 betyr at pasienten ikke er i behov for mer smertestillende for øyeblikket. Det er likevel umulig å sette en klar standardavgrensning for hva som er akseptabel smerteintensitet. Det er bare pasienten selv som kan oppgi om smertebehandlingen er god nok. I slike tilfeller vil det være svært viktig å holde oversikt over og se på forbedringen i smerteintensiteten – like mye som å se på hvor pasienten skårer (Berntzen et al., 2011, s. 363-364).

2.5 Smertebehandling

Smerter kan og må behandles på ulike måter med både medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder (Kaasa & Loge, 2016, s. 403).

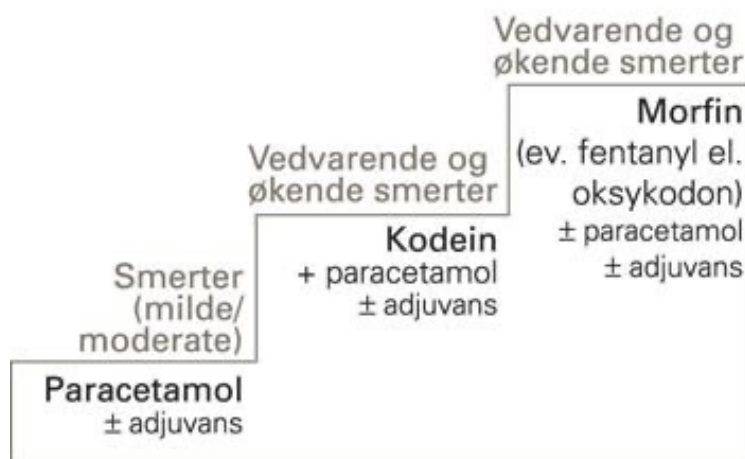
Det vil alltid være pasienten som bestemmer om behandlingen fungerer eller ikke. Å holde pasienten godt smertelindret er helt essensielt i lindringen. Plager i form av smerte kan i mange tilfeller bringe med seg flere sekundærplager. Smertene kan blant annet føre til kvalme, søvnproblemer, redusert matlyst og depresjon. Dersom smertene er sterke blir man ikke kvitt andre problemer og vice versa (Håndbok i lindrende behandling, 2012, s. 9).

2.5.1 Lindring av kreft smerter med medikamentell behandling

Det finnes flere ulike typer medikamenter som kan brukes i behandling av smerter. Verdens helseorganisasjon (WHO) har sammen med IASP laget en skjematisk fremstilling av hvordan man kan og bør trappe opp smertebehandling. Denne kalles «smertetrappen». «Smertetrappen» tar sikte på behandling av både nociseptive og nevrologiske smerter.

Smertetrappen er utformet i en logisk tanke om at man begynner på trinn 1 og jobber seg oppover ved økende behov for økt lindrende behandling. Dette gir et godt utgangspunkt for å kartlegge hvilken behandling som fungerer og hva som må endres (Kongsgaard, 2017, s. 185-186). Smertetrappen består av ren medikamentell behandling og dersom dette ikke fungerer kan man ty til andre lindrende behandlingsalternativer som for eksempel kirurgi og stråling (Bertelsen et al., 2014, s. 135-140).

Smertetrapp



Figur 2: WHO og IASP (1996) «Smertetrappen»

I mange tilfeller finnes det flere alternativer til hvordan man kan gi medikamentet til pasienten (administrasjonsmåte). Dette kan justeres ut fra hva pasienten selv ønsker og hva som er nødvendig (Kaasa & Loge, 2016, s. 407).

Det er i utgangspunktet leger som benytter smertetrappen i forordning av medisiner til pasienten. Likevel er det svært nyttig for sykepleiere å ha kunnskap om dette. Det er sykepleiere som møter pasienten mest på avdelingen og som bruker mest tid inne hos pasienten. De får ofte snakket med dem om hvordan medikamentene og administrasjonsmåten fungerer. Sykepleiere må kunne gi tilbakemelding om dette og komme med eventuelle forslag til legen. Sykepleier har også et sentralt ansvar i å dokumentere virkning av medikamentene som gis (Aakre, 2014 s. 48.).

- Trinn 1: Ikke-opioide analgetika (milde til moderate smerter)

Førstevalget for smertelindring initialt sett er medisiner med virkestoffet paracetamol. Dette er et legemiddel som tolereres godt av de fleste, det har få bivirkninger og har ofte god effekt i kombinasjon med andre medikamenter. Non-steroidal anti-inflammatorisk drugs (NSAID's), er også mye brukt. På grunn av bivirkningsprofilen bør det unngås bruk i lang tid.

Doseringen av begge medikamentene bør settes til faste tidspunkt (Kongsgaard, 2017, s. 187).

- Trinn 2: Kombinasjonspreparater og opioider (vedvarende smerter)

Dersom behandling med trinn 1 ikke gir tilstrekkelig effekt kan det forsøkes med andre medikamenter. Gjerne i kombinasjon med enten paracetamol eller et NSAID.

Kodein er et virkestoff som omdannes til morfin og er mye brukt på dette trinnet. Tramadol, et svakt opioid, brukes også endel ved stabile smerter. Ved nevrologiske smerter kan Tapentadol forsøkes. Dette er et sterkt opioid (Kongsgaard, 2017, s. 187-188).

- Trinn 3: Opioider (vedvarende smerter)

Det neste alternativet i smertetrappen er bruken av opioider. Det kan være vanskelig å finne en god balanse mellom tilfredsstillende effekt og plager av bivirkninger – men når man finner dette har de ofte svært god effekt. Legemidler som morfin, hydromorfon, oksykodon og metadon er legemidler som er hyppig brukt (Kongsgaard, 2017, s. 188-190).

Også legemidler som i utgangspunktet har en annen indikasjon enn smertelindrende effekt brukes. I så måte har noen typer antidepressiva og antiepileptika vist seg å ha god effekt hos pasienter med nevrologiske smerter. Dette kalles for adjuvans analgetika (ko-analgetika). Det finnes lite dokumentasjon på dette området innenfor kreft smerter, men det brukes som et supplement til andre legemidler (Benthien & Sjøgren, 2016, s. 417-427).

2.5.2 Ikke-medikamentell smertebehandling

Ikke-medikamentell smertebehandling kan i mange tilfeller ha svært god effekt.

Det benyttes både godt dokumenterte metoder men også behandling som ikke har like mye støtte i forskning (Berntzen et al., 2011, s. 365).

Det er svært viktig å huske på at man i all smertebehandling kan prøve ut ulike metoder.

Medikamentell og ikke-medikamentell behandling går hånd i hånd og kan ha god effekt for seg selv like mye som at de har god effekt sammen (Gutgsell et al., 2013, s. 822-831).

- **Massasje** er en av de mest brukte metodene og kan gi god lindring til pasienter med kroniske smerter
- **Akupunktur** kan brukes, men er ofte frarådet hos pasienter med kroniske smerter. Smertetyperne må tas i betraktning før dette tas i bruk
- **Transkutan elektrisk nervestimulering (TNS/TENS)** sender svake elektriske impulser og har vist seg å ha god effekt i kombinasjon med medikamentell behandling hos noen pasienter. Dette er en type smertebehandling som oftest brukes i hjemmet
- **Varme- og kuldebehandling** kan også benyttes. Hvilken form som brukes må sees an på smertene da det er avgjørende for om behandlingen vil ha effekt eller være potensielt skadelig
(Berntzen et al., 2011, s. 365-367)
- **Avledning** av oppmerksomhet kan også brukes da hjernen har en begrenset kapasitet til å holde oppmerksomheten på flere inntrykk samtidig. En kan også redusere angst ved avledning fra for eksempel verstefallstekning
- **Forventninger** til smerte kan også redusere plagene da pasienter som blir fortalt og som har tro på at smertebehandlingen vil fungere, ofte får en bedre effekt. Dette har samme form som et placebo
(Finset, 2016, s. 376-383)
- **Fysioterapi** og avlastende hjelpemidler bør brukes dersom det er behov
(Kongsgaard, 2017, s. 194).

2.6 Palliativ omsorg

Begrepet palliasjon er et begrep som først ble introdusert av kirurgen Balfour Mount på 1970-tallet. Ordtaket som sier «*sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste*» viser dog at dette er et fagfelt som har eksistert i svært lang tid. Før moderne forskning og utvikling av medisiner var det stort sett lindrende behandling som ble utført til de syke. Da det ikke eksisterte kurativ behandling i like stor grad som nå (Kaasa & Loge, 2016, s. 34-35).

I dag er det utviklet flere definisjoner på palliasjon. Felles for alle er at de forteller om pleie som skal øke livskvaliteten, være lindrende til pasienter som har livstruende sykdommer og

jobbe for at pasientens fysiske, psykiske og åndelige behov skal bli ivaretatt (Helsedirektoratet, u.å.).

I vanlig medisinsk behandling vil det ofte foregå standardisert behandling. Palliativ behandling krever en mye mer individualisert tilnærming. Dette kommer av at pasienter er i svært forskjellige stadier i sykdomsforløpet, samt at de særlig påvirkes av de psykososiale, åndelige og økonomiske faktorene som spiller inn hos både pasienten og deres pårørende (Håndbok i lindrende behandling, 2012, s. 6).

2.7 Støttefunksjoner på sykehus – palliativt team

Pasienter som mottar palliativ behandling er ofte i kontakt med et palliativt team. På noen sykehus har dette teamet en egen avdeling (palliative avdelinger), men de kan også kontaktes i forbindelse med konsultasjon ved andre avdelinger. Et palliativt team skal være tverrfaglig og består hovedsakelig av lege(r) og sykepleiere. Ofte har personer i temaet videreutdanning innenfor fagfeltet. Disse skal i utgangspunktet ha hovedansvar for de palliative pasientene, men rådføring og samarbeid med andre spesialister i samme fagfelt kan også bli nødvendig. Det vil også være naturlig å samarbeide med annet fagpersonell. Dette kan være eksempelvis fysioterapeuter, psykologer, prest, ergoterapeuter og så videre. Palliative pasienter har ofte et avansert sykdomsbilde. Dette medfører flere ulike symptomer, ofte over lengre tid. Slike palliative team er derfor en svært god ressurs i møte med livstruende sykdom (Paulsen, Haugstøl & Rosland, 2016, s. 141-142).

2.8 Sykepleiers funksjon

Som sykepleier har man flere funksjoner. Disse deles inn i kategorier etter blant annet pasientfokus, pårørendekontakt, samarbeid med kollegaer, studenter og elever samt ledelse og administrasjon. Til tross for at punktene er separate, krever de et samspill for å kunne oppnå helhetlig sykepleie (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s. 17-19).

Uten å utelukke at de andre punktene vil ta del i omsorgen, blir fokuset i denne oppgaven på punkt nummer fire, «Lindring», fordi pasientene det skrives om er i en fase hvor dette er det mest aktuelt.

Lindring er et ord som rommer mye. I hovedsak er det et ord som betyr at man skal « redusere eller begrense » plager som pasienten har. Som i all sykepleie skal lindringen ha fokus på helhetlig omsorg og skal dekke både fysiske, psykiske, åndelige og sosiale problemer (Kristoffersen et al., 2017, s. 18).

Sykepleiepraksis kan også begrunnes ut fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Særlig punkt 2.3 legger et grunnlag for at lindringen pasienten mottar skal dekke mer enn bare fysiske behov: « sykepleier ivaretar den enkeltes behov for helhetlig omsorg » (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3 Metode

Ifølge Dalland (2018, s. 52) er metode «redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke».

Denne oppgaven er et litteraturstudium, i henhold til skolens retningslinjer. En

litteraturstudie er en studie som gjennomgår allerede publisert litteratur. Studien skal gi et nytt perspektiv til den eksisterende litteraturen (Jesson, Matheson & Lacey, 2011, s. 20-21).

Den tar på sikte å samle og systematisere litteratur og å sammenfatte alt til slutt

(Thidemann, 2019, s. 79). Hos personer uten høyere utdanning er ofte tradisjonelt

litteraturstudie å foretrekke. Litteraturstudier blir kritisert på grunn av dets subjektivitet og

lite spesifikke oppsett. Det er likevel en fordel å begynne med dette for å bli trygg på det å

lese kritisk gjennom forskning og litteratur. Tidsbegrensningen setter ofte stopper

for et mer omfattende prosjekt (Jesson et al., 2011, s. 85-86).

3.1 Søkestrategi

I utviklingen av en litterær oppgave er det viktig å ha god søkestrategi. Dette innebærer å søke etter litteratur på en effektiv måte, ved hjelp av søkeord i ulike kombinasjoner, og å foreta søk i ulike relevante databaser (Thidemann, 2019, s. 87).

I oppstarten av arbeidet ble Google Scholar brukt til å få et overblikk over emnet. Noen raske søk ga indikasjon på at det finnes masse informasjon om den aktuelle problemstillingen. Det ble ikke brukt mye tid på å finne artikler eller lese sammendrag her, da jeg brukte mer relevante databaser til dette.

Etter anbefaling fra skolens litteratursøkekurs ble de første søkene gjennomført i databaser som CINAHL, PubMed og SveMed+. Etter å ha fått en viss oversikt falt valget på CINAHL og PubMed til å gjennomføre systematiske søk. Dette er anerkjente databaser som inneholder helsefaglig litteratur og kan gi relevant og oppdatert kunnskap til oppgaven.

Oria er en søketjeneste som gir tilgang til å søke i skolebibliotekets ressurser. Oria ble brukt til å finne spesifikke artikler som ikke lå ute med full tekst på andre databaser. SveMed+ ble ikke videre brukt i søk. Grunnen til dette er at forskningen som var publisert var for gammel, samt at det var svært få forskningsartikler som kom opp i søket.

«Sykepleien Forskning» er ikke en egen database, men gir gode muligheter til å finne norsk forskning. Dette er også brukt i oppgaven.

I tillegg til dette har jeg brukt relevant pensumlitteratur og skolens bibliotek til å finne enda flere artikler i tidsskrift som de hadde tilgjengelig her.

I tillegg til å utføre søk på databaser, har jeg gjennomført manuelle søk. Dette kalles ofte for «håndsök» eller «snøballmetoden». Dette gjør man ved å lese referanselisten på en artikkel, og plukke ut artikler fra denne som man leser og eventuelt inkluderer i litteraturen dersom den er aktuell (Thidemann, 2019, s. 83).

3.1.1 Valg av søkeord

Jeg har tatt utgangspunkt i problemstillingen for å komme frem til aktuelle søkeord jeg kunne bruke. Der det har vært mulig har jeg brukt norske søkeord. Det er stort sett gjennomført søk med engelske søkeord. Ordene ble oversatt der det trengtes. Etterhvert som jeg fikk mer erfaring med å søke, fikk jeg også større innsikt i hvilken fagterminologi som er brukt på engelsk sammenlignet med norsk. I stedet for å søke på for eksempel «cancer» ble søkeordet «neoplasm». Jeg har også fokusert på å bruke databasenes egne synonymer eller emneord for å få et bredere spekter av treff (Jesson et al., 2011, s. 37-39).

Norske søkeord som er brukt: kreft, smerter, palliasjon, sykehus, sykepleie

Engelske søkeord som er bruk: cancer, neoplasm, pain, pain relief, pain management, in-patient, nursing, palliative care

Ordene er søkt på for seg selv, men også i ulike kombinasjoner med de øvrige søkeordene. Under oppstartsfasen huket jeg av for «OR», en metode som brukes for å søke i databasen med ett av ordene som er inkludert i søket. Dette gir flere resultat, men er dog ikke like spesifikt som ved bruken av «AND». «AND» brukes for å finne litteratur som inneholder to eller flere søkeord samtidig. Dette gir et spesifikt søk og korter ned antall resultater (Jesson et al., 2011, s. 38-39).

3.1.2 Inklusjons-/eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt i forkant av det systematiske søket. Dette var viktig for å få en håndterlig mengde med resultater av aktuell, relevant og gyldig kvalitet.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert mellom 2014 – 2020	Artikler uten sammendrag
Pasienter over 50 år	Artikler uten «full text»
Pasienter med kreftsykdom	Studier gjennomført i land hvor forholdene ikke er overførbare til norske forhold
Fagfellevurdert forskning	Kognitivt svekkede pasienter
Engelsk/skandinavisk språk	Pasienter som behandles hjemme

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Valget av inklusjonskriterier er satt for å finne ny og oppdatert forskning. De inneholder også kriterier som er relevante for at artiklene skal gi kunne bidra til større forståelse av problemstillingen. På samme måte er eksklusjonskriteriene satt for å begrense søket, samt for å unngå å lete etter artikler som ikke var tilgjengelige for meg.

Etter at et søk var gjort fikk jeg en rask oversikt ved å se på overskriftene. Dersom overskriften virket relevant, leste jeg sammendraget samt eventuelt innledning og konklusjon. Basert på dette kunne jeg ta en avgjørelse på om artikkelen var aktuell og kunne brukes i oppgaven.

3.1.3 Søkeresultater

CINAHL – 11.02.20	
Søkeord	Antall treff
1. #1 Cancer	15 333
2. #2 Cancer OR neoplasm	20 007
3. #3 Pain	7 502
4. #4 Pain relief	351
5. #5 Nursing	14 039
6. #6 In-patient	17 587
7. #1 AND #4	42
8. #7 AND #5	5
9. #2 AND #3 AND #5 AND #6	31

Tabell 2: Søk i CINAHL

I søket på CINAHL valgte jeg å lese gjennom sammendraget på de fleste artiklene som kom opp i det siste søket. Jeg fant tre artikler som brukes i oppgaven. Jeg fant også en artikkel gjennom et håndstøk på en av disse artiklene, denne er også tatt med.

Dette er artiklene som er inkludert i oppgaven

- The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study
- Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements?
- Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart
- Clearing Barriers in Cancer Pain Management: Roles of Nurses

PubMed – 11.02.20	
Søkeord	Antall treff
1. #1 Neoplasm	214 710
2. #2 Pain	87 855
3. #3 Palliative care	8030
4. #4 Nursing	50 055
5. #5 Pain relief	4946
6. #6 Hospital	715 993
7. #1 AND #4 AND #5	13
8. #7 AND #3	91
9. #8 AND #6	60

Tabell 3: Søk i PubMed

Etter søket i PubMed fikk jeg opp flere artikler som jeg så grundigere på. Til tross for dette er det ingen artikler fra denne databasen som er inkludert. Artiklene falt utenfor de kriteriene som er satt eller de belyste ikke problemstillingen i oppgaven.

I tillegg til de fire artiklene fra CINAHL har jeg inkludert en artikkel fra Sykepleien forskning. Dette er artikkelen «Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak».

3.2 Kildekritikk

I enhver situasjon hvor man leser om et tema er det viktig å være kritisk til kilden. Er dette en troverdig kilde? Hvorfor er den troverdig? Har den relevant og oppdatert kunnskap? Har noen vurdert kilden før den ble publisert? Å utføre kildekritikk gir oss kunnskap om opplysningene vi får er sanne (Dalland, 2018, s. 152). Dette betyr ikke at vi skal dømme forskningsarbeidet, eller kvaliteten på en bok. Det betyr at man som student skal kunne vurdere det faglige innholdet man har funnet, til å forstå om det er relevant til bruk i egen oppgave (Dalland, 2018, s. 158).

I søkene jeg har utført er det brukt anbefalte databaser og dermed har jeg også funnet artikler som er publisert i anerkjente tidsskrifter og inneholder fagfellevurdert forskning. Kvalitetssikringen av artiklene er derfor svært høy (Thidemann, 2019, s. 68).

Kreft- og smertebehandling er et fagfelt som er i kontinuerlig endring grunnet mye pågående forskningsarbeid. Jeg har derfor begrenset søket til forskningsartikler som er publisert etter 2014. Jeg valgte dette tidsrommet fordi det kan være vanskelig å finne nok litteratur som er publisert i nyere tid. Et fem års spenn fra 2014 - 2019 gir likevel oppdatert kunnskap. Det er likevel tatt med noen kilder i teoridelen som er publisert tidligere enn dette fordi de fortsatt ansees som relevante etter å ha sett at nyere forskning også støtter opp resultatene som ble presentert.

Språk blir naturligvis også en utfordring. For at jeg skal kunne forstå forskningen og kunne anvende den i min oppgave er derfor språket begrenset til norsk, dansk, svensk og engelsk. I tillegg til dette er det viktig at forskningen er basert på forhold som er overførbare til norske forhold. Helsevesen er svært ulikt i forskjellige land og det har derfor vært fokus på å finne forskning fra land som ansees som svært gode på utvikling og forskning. Artiklene «*The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study*» og «*Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements?*» er basert på studier gjennomført i USA. Til tross for at helsevesenet i USA på mange måter er svært ulikt det norske, er de likevel tatt med på grunn av deres oppdaterte forskningsarbeid. «*Clearing Barriers in Cancer Pain Management: Roles of Nurses*» er en artikkel publisert i Tyrkia, men referansene i artikkelen er hentet fra andre land som har overførbare forhold til norske forhold og blir dermed ansett som aktuell.

I utgangspunktet er det prøvd å finne litteratur fra store studier, som gjør studiene representative. Det er likevel tatt med to artikler som hadde et begrenset antall deltakere i studien. Etter å ha sett på referanselistene deres ser jeg at de har funnet relevant forskning som støtter opp under resultatene og de inkluderes derfor i oppgaven. Dette er artiklene «*The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study*» og «*Use of non-opioid analgesics as adjuvants to*

opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements?”

3.3 Ethiske overveielser

Etikk i forskning handler blant annet om å ivareta personvern til pasientene som er med i studien, samt å påse at forskningen ikke plager pasienten med unødige belastninger (Dalland, 2018, s. 236). Når en artikkel publiseres i et tidsskrift må den ha tatt hensyn til forskningsetikk. Jeg har likevel valgt å verifisere at alle artiklene som er inkludert i min oppgave har diskutert forskningsetikk og at de har fått godkjent etiske hensyn. Det er også et krav at alle personopplysninger er utelatt slik at man ikke kan spore pasienter gjennom studien.

Pasienter som går inn under problemstillingen er i svært sårbare situasjoner. Det er normalt at pasientene kan ha ulike plager, bekymringer eller andre tanker i forbindelse med et forskningsprosjekt. Det er derfor viktig at det er skrevet i artiklene at pasienter som ikke var i stand til å delta, er ekskludert fra forskningen.

Et annet punkt som er tatt i betraktning er at engelsk ikke er mitt morsmål. Av de artiklene som er skrevet på engelsk kan det være at jeg har misforstått deler av innholdet. Jeg har lagt mye vekt på at innholdet skal forstås så godt som mulig og brukt ordbok til å oversette ord som var essensielle for å forstå enkeltdeler og helheten i artikkelen. Det er likevel viktig å ta i fremmedspråk i betraktning, da det kan ha påvirkning på konklusjonen.

4 Presentasjon av valgt forskning

Etter et grundig og krevende arbeid med søk endte jeg opp med et godt utvalg av artikler. Utvalget består for det meste av kvalitative studier, men i den ene studien er det også tatt med kvantitative data.

4.1 «The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study»

Forfatter(e): Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., Gracely, E. J. & Komarnicky-Kocher, L. T.

Tidsskrift: Supportive Care in Cancer

Publisert: 2015

Hensikt:

Hensikten med studien var å finne ut hvilken effekt «music therapy» (MT) hadde på lindring av symptomer, sammenlignet med «music medicine» (MM).

Ved MM får pasienten tildelt en spilleliste som de hører på alene over hodetelefoner. Ved MT deltar pasienten på en musikktime med en terapeut som spiller levende musikk. I begge tilfeller har en terapeut laget en tilpasset spilleliste til pasienten.

Metode:

Denne studien har brukt ulike metoder for å komme frem til resultatet, en såkalt «mixed methods study». Fordelen med dette er at man får både kvalitative og kvantitative data. Pasientene som ble inkludert i studien måtte oppgi verdier før og etter terapitimen. Dette gjaldt smerter, humør, angst og hvor avslappet de følte seg. I tillegg fikk de muligheten til å fortelle forskerne hvordan de hadde det, og hva som var bra/dårlig med terapitimen og hva dette hadde å si for skåren de oppga. 31 pasienter deltok i studien. For å kunne delta måtte pasientene motta kreftbehandling på poliklinikk eller sykehusavdeling, gjøre seg forstått på engelsk, være kognitivt oppegående samt ikke ha psykotiske lidelser eller nedsatt hørsel. Majoriteten i studien var kvinner, men det var også menn som deltok. Gjennomsnittsalderen var 53 år. Studien er gjennomført i Philadelphia i USA, i 2012 og 2013.

Resultater:

Resultatene viser lite forskjell på utfall mellom «music therapy» og «music medicine». Dog ønsket flere av pasientene å fortsette med MT sammenlignet med MM. Begge behandlingsmetodene ga blant annet pasientene mulighet til å avledes fra den nåværende situasjonen og å uttrykke seg kreativt og emosjonelt. Dette sammen med andre faktorer gjorde at pasientene oppga mindre smerter og angst samt bedre humør.

Relevans for problemstillingen

Funnene fra denne artikkelen er inkludert i oppgaven fordi det understøtter og belyser viktigheten og alternative måter å bruke ikke-medikamentell behandling på.

4.2 «Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak»

Forfatter(e): Vigstad, S., Clancy A. & Broderstad, A. R.

Tidsskrift: Sykepleien forskning

Publisert: 2018

Hensikt:

Hensikten med denne studien var å kartlegge om en planlagt innleggelse og bruk av systematisk kartleggingsverktøy på palliativ enhet på Universitetssykehuset i Nord-Norge i Harstad kunne bidra til bedre symptomlindring.

Metode:

Metoden som ble tatt i bruk var kvantitativ retrospektiv studie. Resultatene ble hentet inn fra perioden mellom 2008 og 2016 fra pasientjournalene, og gjennomgått i etterkant. For å bli inkludert i studien måtte pasienten ha en kreftdiagnose ved første gangs innleggelse, samt at ESAS måtte tas i bruk under kartlegging av symptomer. Andelen menn og kvinner var tilnærmet 50% av hver. Gjennomsnittsalder var 69 år.

Resultater:

Studien viser at pasienter som kommer til planlagt opphold på avdelingen fikk god symptomlindring. Det ble kartlagt symptomplager ved inn- og utreise. Sammenlignet er resultatene svært mye bedre ved utreise. Bruken av en systematisk og kontinuerlig kartlegging gir gode muligheter for rask igangsettelse av tiltak. Tiltakene rettet seg mot de plagene pasienten hadde og kunne innebære alt fra bedring av næringsinntak til behandling for munntørrhet og lindring av sterke smerter. Det viste seg at sekundærplagene av smerten, f.eks. kvalme og oppkast, ofte ga like mye problemer som selve smerten. Studien viser til at god kunnskap hos sykepleiere og revurdering av tiltak er essensielt for å lindre pasienters symptomer.

Relevans for problemstillingen:

Denne studien er tatt med i oppgaven fordi den gir oppdatert forskning og informasjon om bruken av systematisk kartlegging, og belyser viktigheten av dette.

4.3 «Use of non-opioid analgesics as adjuvants to opioid analgesia for cancer pain management in an inpatient palliative unit: does this improve pain control and reduce opioid requirements?»

Forfatter(e): Shinde, S., Gordon, P., Sharma, P., Gross, J. & Davis, M. P.

Tidsskrift: Supportive Care in Cancer

Publisert: 2015

Hensikt:

I behandling av kreft smerter brukes ofte det som kalles for adjuvans analgetika. Dette er legemidler som opprinnelig ikke har smertestillende effekt som indikasjon men som har vist seg å ha en viss effekt på dette også. Målet med studien var å finne ut om adjuvans analgetika i kombinasjon med opioider for kreft smerter, kan redusere bruken av opioider. Etter publikasjonen av WHO's smertetrapp har dette blitt tatt i bruk hos mange kreftpasienter uten at det er gjort noe særlig forskning på dette feltet.

Metode:

Data ble hentet inn i 2012, fra elektroniske pasientjournaler ved «Harry R. Horvitz» palliative enhet i Cleveland, USA. Studien har brukt retrospektiv observasjonsstudie til å gjennomgå gamle elektroniske pasientjournaler og hente inn data deretter. Gjennomsnittsalderen var omtrent 60 år.

Resultater:

Resultatene i studien viser at det ikke er forskjell av betydning mellom morfindosene som tas av pasienter uten og med adjuvansbehandling. Det ser ut til at kombinasjonen ikke gir ønsket resultat med tanke på reduksjon av daglig dose av opioider og det kan diskuteres om bruken av adjuvans fører til polyfarmasi fremfor optimal smertebehandling.

Relevans for problemstillingen:

Studien er inkludert i oppgaven fordi den tar opp tematikken rundt adjuvansbehandling til bruk ved kreftsmarter som det ikke er forsket særlig mye på. Det blir derfor nødvendig å se resultatene i betraktning av det som er funnet av teori om dette temaet.

4.4 «Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart»

Forfatter(e): Thronæs, M., Raj, S. X., Brunelli, C., Almberg, S. S., Vagnildhaug, O. M., Bruheim, S., Helgeim, B., Kaasa, S. & Knudsen, A. K.

Tidsskrift: Supportive Care in Cancer

Publisert: 2015

Hensikt:

Hensikten med denne studien var å se om det finnes bedring i kreftrelaterte smerter hos pasienter via to studier gjort med fem års mellomrom, og eventuelt avdekke årsaker til hvorfor man ser/ikke ser bedring.

Metode:

Det ble utført tverrsnittstudier i 2008 og i 2014. Data ble hentet fra ett universitetssykehus og ett lokalsykehus i Norge. Både polikliniske og inneliggende pasienter ble undersøkt. I denne oppgaven er bare resultatene fra de innlagte pasientene inkludert.

Gjennomsnittsalderen på pasientene var henholdsvis 66 år i 2008 og 67 år i 2014. Antallet menn og kvinner var nesten likt, men med noe mindre andel kvinner i 2014.

Resultater:

Funnene i studien viser at det til tross for flere års forskjell, fortsatt er svært høy andel av pasienter med kreft smerter. 55% av pasientene oppga smerter i 2008. Til sammenligning oppga 53% av pasientene smerter i 2014.

Studien har sett på ulike faktorer som kan ha betydning for at smerteraten er tilnærmet lik, som kjønn, alder og metastasering. Studien finner fortsatt ingen forbedring. Videre ser de på hvilke barrierer som kan være årsaken til dette og på hvordan det kan bedres i fremtiden. Tiltak som nevnes er blant annet bedre undervisning til pasienten om medikamentene og bedre implementering av nye retningslinjer blant helsepersonell.

Relevans for problemstillingen:

Denne studien er relevant for oppgaven fordi den ser på årsaker til hvorfor noen pasienter opplever bedring i kreft smerter og andre ikke. De tar for seg ulike faktorer som kan påvirke resultatet, og kommer med videre anbefalinger.

4.5 «Clearing Barriers in Cancer Pain Management: Roles of Nurses»

Forfatter(e): Uyasal, N.

Tidsskrift: International Journal of Caring Sciences

Publisert: 2018

Hensikt:

Hensikten med studien var å se på hva som hindrer pasienter, sykepleier og helsevesen i korrekt bruk og administrasjon av opioider ved kreft smerter.

Metode:

Artikkelen er en litteraturlitertittel som gjennomgår allerede publisert litteratur om barrierer til pasient, helsepersonell og helsevesen i bruk av opioider til kreftpasienter.

Resultater:

Resultatet viser at det finnes flere barrierer ved bruk av smertestillende medikamenter men også måter å løse problemer rundt barrierer på. Noen av barrierene som nevnes er lite kunnskap om medikamenters virkning/bivirkning som også fører til frykt for bivirkninger hos pasienter. Hos helsepersonell er det også dårlig kunnskap om medikamenters egenskaper og tiltak ved eventuelle høye doser. Det er også barrierer knyttet til dårlig bruk av kartleggingsverktøy, dokumentasjon av effekt ved bruk av medikamenter og lite bruk av ikke-medikamentelle metoder for smertelindring. Pasienter bør f.eks. få mer informasjon rundt bruken av opioider, særlig om bivirkninger. Helsepersonell må bli flinkere til å bruke standardiserte kartleggingsverktøy, ha oppdatert kunnskap om bruken av opioider og implementere bruken av ikke-medikamentelle metoder i smertebehandlingen. Også innenfor helsevesenet oppstår det problemer som f.eks. at det kan være vanskelig for pasientene å få tak i opioider og at administrasjonen på det enkelte sykehus må være flinkere til å sette sammen tverrfaglige team

Relevans for problemstillingen:

Studien er inkludert i oppgaven fordi den belyser viktige barrierer som kan hindre pasienter i å bruke riktig mengde opioider, helsepersonells kunnskap rundt opioider og helsevesenets utfordringer i bruken av opioider.

4.6 Sammenfatning av funn

Bruken av systematiske kartleggingsverktøy (Vigstad et al., 2018, og Bradt et al., 2015, og Thronæs et al., 2015, og Uyasal, 2018)

Utfordringer knyttet til bruken av medikamentelle smertestillende (Shinde et al., 2014, og Thronæs et al., 2015, og Uyasal, 2018, og Vigstad et al., 2018)

Viktigheten av ikke-medikamentelle metoder for smertelindring (Bradt et al., 2015, og Shinde et al., 2014, Og Uyasal, 2018)

Barrierer hos pasient, helsepersonell og helsevesen (Vigstad et al., 2018 og Thronæs et al., 2015, og Uyasal 2018 og Bradt et al., 2015)

Dette er noen av de sentrale funnene i studiene som er presentert, og disse utfordringene vil tas med videre inn i drøftingen.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte problemstillingen ut fra det som er presentert av fag- og forskningslitteratur. Det gjøres gjennom å løfte frem noen sentrale utfordringer som er identifisert gjennom fem forskningsartikler. Funn fra disse vil drøftes i lys av det teoretiske perspektivet som litteraturen presenterte.

5.1 Bruken av systematiske kartleggingsverktøy

Å kartlegge pasienters symptomer er en kontinuerlig prosess, smerter inkludert. Å implementere retningslinjer som anbefaler bruk av systematiske kartleggingsverktøy er svært viktig og kan bidra til økt symptomkontroll hos pasienter (Thronæs et al., 2015; Uyasal, 2018; Vigstad et al., 2018). For å kartlegge smerter blir ofte muntlig NRS eller VAS brukt fordi det sparer tid og fordi de fleste pasienter klarer å oppgi en verdi ved bruk av dette. Enten ved å si et tall, eller svare på om smerten er ikke eksisterende, svak, moderat eller sterk.

Min erfaring fra praksis og jobb er at NRS og VAS er det mest brukte kartleggingsverktøyet for smerter på medisinske og kirurgiske sykehusavdelinger. Til tross for at NRS og VAS er mest brukt er det mye som tilsier at bruken av ESAS bør økes (Vigstad et al., 2018). Selv om dette er noe mer tidkrevende å fylle ut og vurdere, gir det et bedre bilde på pasientens totale tilstand, ikke bare den fysiske smerten de kjenner. Igjen ser vi viktigheten av «total pain» og bruken av Aakres modell som en sentral del i behandling av pasienters smerte. Ved å kartlegge et flertall av symptomer, ikke bare smerter, får man et helhetlig bilde av smertene og kan se dem i et lys av flere faktorer. Ved å gjøre dette inkluderer man pasientens psykiske, åndelige og sosiale tilstand i den fysiske vurderingen.

Studien gjort av Vigstad et al. (2018) viser at blant annet bruken av ESAS ga svært god symptomlindring til pasientene på kort tid. Her fikk de kartlagt flere symptomer enn bare smerte og kunne se smerteskåren i lys av det helhetlige symptombildet. Det viste seg at sekundærplager av smerten, som f.eks. nedsatt matlyst, ofte var verre for pasienten enn selve smerten. Dette viser viktigheten av at pasienten får god smertebehandling fordi det vil gå ut over pasientens tilstand på andre måter også dersom smerten ikke er under kontroll. Obstipasjon er ofte et vanlig problem hos pasienter som bruker sterke smertestillende. I

studien gjort av Vigstad et al. (2018) hadde få pasienter problemer med dette. Trolig grunnet gode forebyggende tiltak. Til tross for at obstipasjon kan virke som et lite problem i den store sammenhengen, viser dette enkle tilfellet at tidlige forebyggende tiltak for smerte og bivirkninger av medikamenter kan utgjøre en stor forskjell for pasienten. Å få kartlagt slike «små» problemer tidlig og være i forkant av problemene kan være avgjørende for smertebehandlingen.

Selv om viktigheten av bruk av systematiske kartleggingsverktøy løftes frem, er det derimot viktig å huske på at dette aldri kan erstatte en god samtale. Pasienten kan snakke med både helsepersonell og/eller pårørende. Det viktigste er at pasienten føler seg trygg på å fortelle om hvordan de har det. Dette for å kunne ta en helhetlig vurdering av den nåværende tilstanden. Det er lett å tenke at en systematisk kartlegging gir et godt bilde på pasientens symptombylle slik studier beskriver (Vigstad et al., 2018). Til tross for dette er det viktig at sykepleier har tid til å snakke med pasienten for å forstå den verdien på symptomskåren som ble gitt. Pasienten kan ha viktige tilleggsopplysninger (Vigstad et al., 2018). Også studien gjort av Bradt et al. (2015) får frem viktigheten av dette. Gjennom å delta på musikksejninger sammen med en terapeut, klarte pasienten å uttrykke følelser, tanker og bekymringer til en person som hadde tid, og var villig til å høre på tanker som de hadde. Jeg har selv opplevd i praksis at pasienter har brukt svært høye doser av smertestillende legemidler fordi det bare ble brukt kartleggingsverktøy til å kartlegge den fysiske smerten. I samtale med pasienten viste det seg at medikamentet ble brukt av helt feil grunner. Etter en oppklaring i dette fikk pasienten nye alternativer til å håndtere de psykiske problemene en oppdaget. Dette resulterte i at den totale mengden smertestillende pasienten brukte daglig sank betraktelig.

5.2 utfordringer knyttet til bruken av medikamentelle smertestillende

Medikamentell smertebehandling er den mest brukte metoden for å behandle kreftsmarter (Shinde et al., 2014; Thronæs et al., 2015). Dette er naturlig med tanke på den gode effekten det viser seg å ha. Likevel viser studier at svært mange kreftpasienter fortsatt opplever å ha smerter (Thronæs et al., 2015). For å forstå hvorfor dette er tilfellet må vi blant annet se på hvilke medikamenter som brukes, forstå hvordan disse fungerer og vurdere effekten hos den enkelte pasient.

Bruken av «Smertetrappen» utviklet av WHO har gitt et godt grunnlag for medikamentell smertebehandling hos pasienter. Kombinasjonen av blant annet paracetamol og opioider er i mange tilfeller svært god. Og selv om opioider kan medføre mange bivirkninger har paracetamol svært få. Dette gir pasienter en god mulighet for å unngå smerter og samtidig unngå for mange bivirkninger (Kongsgaard, 2017, s. 186-188). Dessverre viser flere studier at til tross for at den anbefalte opptrappingen anvendes, oppnår ikke pasienten å bli kvitt smertene. Særlig studien gjort av Thronæs et al. (2015) beskriver at det det er en lang vei å gå før vi oppnår smertelindring til alle pasienter til tross for utvikling og fremskritt gjennom forskning. WHO's smertetrapp bør fortsette å implementeres i bruk hos leger og sykepleiere (Thronæs et al., 2015).

Bruken av adjuvans behandling bør også diskuteres. Det finnes forskning som bekrefter at bruken av dette er svært effektiv ved kroniske smerter som ikke er forårsaket av kreft (Kongsgaard, 2017, s. 191). På grunn av dette prøves det også ut i behandling av kreft smerter. Målet er at man ved bruk av andre typer medikamenter skal kunne bruke en mindre dose av opioider. Eksempelvis er noen typer antidepressiva og antiepileptika medikamenter som er brukt som tilleggsmedikamenter. Dette til tross for manglende forskning rundt bruken av disse på kreft smerter. Studien gjort av Shinde et al. (2014) belyser utfordringer knyttet til bruken av adjuvansbehandling. De viser at til tross for at pasientene brukte adjuvansbehandling, ble ikke målet nådd: den daglige dosen opioider var tilnærmet lik pasienter som ikke brukte adjuvansmedikamenter – noe som tilsier at bruken er unødvendig. Likevel oppga endel av pasientene at de generelt sett opplevde noe bedre smertelindring. Studien belyser derfor prinsippet i all smertebehandling; pasienten selv må få avgjøre hvilke metoder de ønsker å bruke, ut ifra effekten de opplever. Så lenge medikamentene pasienten bruker gir god effekt og ikke skaper unødvendige problemer, vil det være lurt å prøve ut flere alternativer, for å finne de medikamentene som passer den enkelte pasienten best.

Med grunnlag i studien gjort av Vigstad et al. (2018) bør det også diskuteres om planlagte innleggelses på sykehus kan ha en positiv effekt på smertebehandlingen. Pasienter som kom inn til avtalte besøk hadde diskutert symptomer og problemer med lege/sykepleier på

forhånd og det ble gjennomført en systematisk kartlegging så fort pasienten var på plass. Dette gir gode muligheter for at leger og sykepleiere kan diskutere alternativer på forhånd og sette i gang tiltak svært raskt. Ofte er sterke smerter grunnen til at pasienten tar kontakt med sykehuset. Når pasienten da kommer til avdelingen har de ofte sterke smerter og har sett tilstanden an en periode. Dette fører til at det er vanskeligere å gi dem god smertelindring fordi det er krevende å avgjøre hvilken behandling som vil være best. Til tross for dette kan det også bli vanskelig å få inn pasienter til avtalte innleggelses på grunn av plassmangel på avdelinger. Ikke desto mindre så vil dette være en økonomisk belastning for sykehus med tanke på at antall liggedøgn på sykehus er redusert betraktelig den siste tiden. fordi det er svært kostbart å ha pasienter inneliggende på sykehus.

Bruken av opioider betegnes som en hjørnestein i smertebehandling hos kreftsyke pasienter. I moderne tid tar man det som en selvfølge at det gis medikamenter som har lang virketid og at man kan administrere legemidler til faste tidspunkt for å forebygge smerter, da spesielt bruken av opioider. Saunders var en av de første til å forstå at kontinuitet i administrasjon av legemidler var viktig i smertebehandling. Hun hørte flere historier om hvordan pasienter ikke hadde fått smertestillende når de trengte det. De fleste grunnene til dette handlet om usikkerhet og lite kunnskap om bruken av medikamenter, og da særlig opioider. Saunders egen erfaring og forskning har lagt et godt grunnlag for at leger og sykepleiere i dag har god kunnskap om medikamentene som brukes og vi må fortsette å undersøke hvordan dette kan forbedres (Clark, 1999, s. 731-732). Til tross for dette viser flere studier at det gjenstår flere barrierer for at bruken av dette skal optimaliseres (Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2015, s. 326-334; Valeberg, Bjordal & Rustøen, 2010, s. 266-276; Uyasal, 2018). Likevel er det viktig at man er klar over at barrierene eksisterer og er bevisst på holdninger rundt dette.

5.3 Viktigheten av ikke-medikamentelle metoder for smertelindring

Å bruke andre metoder enn legemidler i behandling av kreft smerter er anbefalt for å gi pasienten best mulig smertebehandling (Berntzen, Danielsen, Almås, 2011, s. 365). Ikke-medikamentelle metoder kan i mange tilfeller gi svært god effekt på smerter. Sett i lys av det teoretiske perspektivet om «total pain», er bruken av dette viktig for å inkludere alle

aspekter hos pasienten. Eksempelvis der sterke medikamenter ikke klarer å dempe smertene kan ikke-medikamentelle metoder ha god effekt.

Det er funnet i flere studier at sykepleiere er for dårlige til å foreslå og å ta i bruk ikke-medikamentelle metoder (Shinde et al., 2014; Uyasal, 2018). Det kan være mange grunner til dette. Blant annet at når pasienten kommer inn med smerter er sterke smertestillende legemidler mer effektive enn ikke-medikamentelle metoder. Til tross for dette, er det viktig å huske at kreft smerter kan ha lang varighet, og at det er svært viktig å huske å dokumentere effekt og å prøve ut ulike metoder for å se hva som fungerer best for å sikre god pasientbehandling.

Flere studier trekker frem ikke-medikamentelle metoder, og effekten disse har (Ernst, E., 2009, s. 333-337; Mansky, P. J. & Wallerstedt, D. B., 2006, s. 425-431). Studier viser for eksempel at massasje gir bedre blodgjennomstrømning i vevet, reduksjon i muskelspenninger og bedring av humør og blodtrykk. Det gir også økt smerteterskel, som indirekte kan redusere f.eks. kvalme (Ernst, E., 2009, s. 333-337). Litteraturgjennomgangen gjort av Ernst (2009) bekrefter at disse effektene ble sett hos pasienter i flere studier. Også metoder som akupunktur, hypnose, mindfulness/meditasjon og musikkterapi trekkes frem som metoder for å redusere smerter, angst, kvalme, fatigue og vasovagale reaksjoner (Mansky, P. J. & Wallerstedt, D. B., 2006, s. 425-431). Det er også viktig å huske på at det krever kunnskap om den aktuelle metoden før den tas i bruk. All behandling skal utføres av autoriserte behandlere. Noen former for ikke-medikamentell behandling er ikke anbefalt til visse typer smerte. Eksempelvis skal ikke varmebehandling brukes til skader med inflammasjon og akupunktur er ikke anbefalt ved kroniske smerter. (Berntzen, Danielsen, Almås, 2011, s. 366). Dette må tas i betraktning, og særlig fordi feil bruk kan medføre ytterligere belastning for pasienten. Igjen er det også viktig å fremheve at det er pasienten selv som har fasiten på hva som fungerer og hva de ønsker å ta i bruk. Det nevnes også bruk av naturlegemidler. Ved bruk av naturlegemidler er det særlig viktig å huske på at flere av disse kan ha interaksjoner med andre medikamentelle legemidler (Fleiner & Roland, 2017, s. 49-54).

Flere metoder er nevnt allerede, men én av metodene bør trekkes frem da dette er en av formene for ikke-medikamentell behandling som det er forsket mest på (Krishnaswamy & Nair, 2016, s. 307-311).

Musikk har vist seg å ha svært god effekt i behandling av både psykiske og fysiske lidelser. Studien av Bradt et al. (2015) som omtaler bruken av musikkbehandling som et alternativ, er en av mange som beskriver at musikk har en god smertestillende effekt. Årsakene til hvorfor det fungerer så godt er flere. I psykiske faktorer gir det en form for avledning, slik at pasienten kan rømme fra den nåværende situasjonen med de bekymringene og plagene som hører til. Noen oppga at musikken gir dem følelse av håp, om så bare for en kort stund. Det sosiale aspektet kan også trekkes frem. For pasientene som deltok på «music therapy» (MT), opplevde mange at nærværet av terapeuten virket beroligende. De kunne snakke med terapeuten underveis eller etterpå, og ble hørt av en som hadde tid til å lytte. I tillegg til at pasientene fikk beskrive sine erfaringer, viste også studien at skåren på NRS sank.

Bruken av ikke-medikamentelle metoder kan derfor sees i lys av den holistiske tankegangen som Saunders og Aakre tar i bruk ved smertebehandling ved tanken om «total pain». De ulike metodene kan ha en direkte effekt på de fysiske smertene. I mange tilfeller vil det også ha en svært god effekt på pasientens psykiske og sosiale besvær.

5.4 Barrierer hos pasient, helsepersonell og helsevesen

Det er sykepleiers rolle å administrere, observere, dokumentere og rapportere til legen om effekter og bivirkninger av smertebehandling (Aakre, 2014, s. 48). Studier gjennomført av Vigstad et al. (2018) og Uyasal (2018) viser at det er liten sammenheng mellom smertene som sykepleier oppfatter og smertene pasienten faktisk opplever. Dette kan det være flere grunner til, manglende tillit mellom pasient og sykepleier kan være en av dem. Det er derfor helt nødvendig at sykepleiere oppretter en god relasjon til pasienten slik at det oppstår et gjensidig tillitsforhold. Slik kan sykepleiere identifisere og registrere pasientens reelle smerter. God kommunikasjon mellom pasient og pleier er svært viktig for å optimalisere smertebehandlingen. Det finnes flere måter å styrke kommunikasjonen på.

Kaasa & Loge (2016) har samlet flere punkter som de mener bør ha en sentral rolle i samhandling med palliative pasienter angående deres smertelager. Sett i lys av funnene gjort av Vigstad et al. (2018) viser det at disse punktene er helt nødvendige å implementere hos sykepleiere som jobber med palliative pasienter.

Relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier bør prioriteres høyt for å skape tillit mellom de to partene. Tillit til sykepleieren gir pasienten mulighet til å snakke åpent og ærlig om sine plager. Sykepleieren får også et bedre utgangspunkt for å identifisere den reelle smerten. Sykepleier skal ha en **åpen og lyttende holdning**. En pasient som opplever at de blir hørt og trodd på vil oppgi riktig smerteintensitet. Dette fordi de forstår at de ikke er en byrde for sykepleieren dersom de gir beskjed når de opplever smerter. **Informasjon** som er relevant, viktig og tilpasset pasienten må alltid gis. Pasienten bør til enhver tid vite hvilke medisiner de får, hvilken effekt det er ønsket at medikamentene skal gi og eventuelle bivirkninger som kan oppstå. Ved å **involvere** pasienten i egen smertebehandling kan de oppleve mestring over sykdommen og smertene, samtidig som de opprettholder sin autonomi. Det bør også legges vekt på at pasienten har en reell **forventning** til smerten. **Bekymring og følelser** er noe pasientene skal få snakke åpent og fritt om. Dersom sykepleiere er observant på dette kan det åpne opp for samtaler og bekymringer som preger pasienten og som kan påvirke smertebildet.

Det siste punktet er svært aktuelt med tanke på forståelsen av smerte i modellen om «total pain». I studien gjort av Bradt et al. (2015) på hvordan musikk påvirker smerter, sa noen av pasientene at grunnen til at de opplevde smertelindring var at de fikk uttrykke seg. Musikken hjalp dem å prosessere og uttrykke følelser som de hadde. Bekymringer kan vise seg som fysiske symptomer. Eksempelvis kan stress og angst føre til muskelspenninger i nakkeregionen. Dette kan resultere i stive muskler og hodepine. Å få uttrykt bekymringer hjalp pasientene til å slappe av, som ga en lettende følelse. Reaksjonen de fikk resulterte i reduserte smertelager. Dette bekrefter teorien i «total pain» om at smertene må sees i lys av flere faktorer. Pasienter som får snakke om problemene sine, som ikke nødvendigvis er fysiske plager, blir bedre lindret for smertene (Clark, 1999, s. 729-730).

Studien gjort av Uyasal (2018) viser at sykepleier har en helt sentral rolle i å hjelpe pasienter til mindre smerter. Kunnskap om smertebehandling, og særlig medikamenter, er en stor utfordring som viser seg som en barriere hos sykepleiere (Uyasal, 2018). Funnene viser at sykepleiere må få mer kunnskap rundt smertebehandling, helst gjennom undervisning i utdanningen. Dog er det viktig å huske på at sykepleiere selv også står med et ansvar for å tilegne seg nødvendig kunnskap og holde seg oppdatert på aktuell forskning og nye funn. Sykepleieren må ha kunnskap om medikamentets effekt, bivirkninger og anbefalte dosering. Dette gjelder særlig bruken av opioider. Utrygghet rundt kunnskap om opioider er et særlig gjennomgående tema. Da spesielt frykten for skadelige bivirkninger (Uyasal, 2018; Thronæs et al., 2015).

På den andre siden kan man se barrierene blant pasienter som vanskeliggjør det å oppnå god smertekontroll (Uyasal, 2018). Lite kunnskap og bekymringer gjør flere pasienter tilbakeholdne i bruk av smertestillende medikamenter. Pasienten må få opplæring *før* man tar i bruk nye legemidler. Her er det svært viktig at sykepleier engasjerer seg i opplæringen. Spesielt bruken av opioider holder pasienter igjen på. De bruker ikke forskrevet dose og unngår å bruke medikamentene til tross for smerter (Uyasal, 2018; Thronæs et al., 2015). Studier viser at de særlig har bekymringer angående bivirkninger og frykten for å bli avhengig (Uyasal, 2018). Det er også en vanlig misoppfatning at man etter en viss tid oppnår toleranse for opioider. I frykt for å gå tom for alternativer, unngår de derfor å bruke det forskrevne medikamentet. Pasienten må få grundig informasjon om at man kan oppleve å måtte bruke høye doser over lengre tid, men at det alltid finnes alternativer som kan prøves. F.eks. ved å supplere med andre medikamenter og administrasjonsmåter. Pasienten må også få informasjon om, og opplæring i, bruken av smerteskala. Bruken av dette kan bidra til å hjelpe pasienten til å forstå viktigheten av å ta medikamenter og hvor mye som kan brukes. Smerteskala er spesielt godt for å unngå gjennombruddssmerter (Uyasal, 2018; Thronæs et al., 2015).

6 Oppsummerende tanker

Marie Aakre oppsummerer en svært god beskrivelse av sykepleierens funksjon i palliativ omsorg. Hun forklarer at sykepleierens verdi og funksjon i omsorg og behandling ved livets slutt, er selve kjernen i faget (Aakre, 2014, s. 47). Til tross for at man samarbeider om å gi pasienten best mulig pleie, er det en helt sentral del av sykepleiers rolla å delta i pasientens behandling.

Det vil trolig ikke være mulig å noen gang komme med en konklusjon på en standardisert måte å behandle smerten til den enkeltes pasient. Stadig utvikling i feltet gir nye alternativer og forbedringsmuligheter. Alt helsepersonell må holde seg stadig oppdatert på nye funn og måter å behandle pasienter på for å kunne gi dem helhetlig omsorg. I tillegg til dette er hver pasient et unikt menneske som krever individuell tilnærming. Dette vanskeliggjør mulighetene for å optimalisere smertebehandling til kreftpasienter i palliativ fase. Til tross for dette er det ikke umulig.

Som vi nå har sett er det flere faktorer som spiller inn og er avgjørende for at pasienters smertebehandling kan optimaliseres. Systematisk kartlegging av symptomer vil være essensielt. Ved å se på smerte som flerdimensjonalt vil man få et bredere perspektiv på hva som påvirker og utløser smerten. Alle symptomene må tas i betraktning og vurderes med tanke på følelsesmessige, åndelige og sosiale faktorer – fordi det vil påvirke den fysiske smerten. Bruken av medikamenter er også svært avgjørende. Det er viktig at pasienten får en adekvat opptrapping og utprøving av ulike medikamenter, for å oppnå og opprettholde god smertekontroll. Pasienten selv må få opplæring og informasjon om medikamentene. Medikamentene må suppleres ved bruk av ikke-medikamentelle metoder. Også her må pasienten få være med på å bestemme hvilke metoder som fungerer best samt få riktig opplæring i bruk av disse.

Ingen av tiltakene vil fungere dersom ikke helsepersonell og pasienten selv er bevisst på hvilke barrierer som kan oppstå. Barrierene kan sette en stopper for at smertelindringen blir optimal. Ved å være bevisst på utfordringer som oppstår kan man snakke om disse og prøve å finne løsninger sammen. Både med pasienten og i tverrfaglig samarbeid.

Sist men ikke minst må man aldri glemme viktigheten av å samtale med pasienten. De kan ha verdifulle tilleggsopplysninger og tanker om hvordan de synes smertebehandlingen går. Ingen andre enn pasienten har fasiten på dette og det er svært viktig at de får prate om dette. Det er bare pasienten som kan gi utfyllende opplysninger om hvordan de har det fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Alt dette er nødvendig å ta i betraktning og dokumentere for at sykepleier skal kunne gi best mulig smertelindring til pasienter.

Litteraturliste

Aakre, M. (2014). Sykepleie i palliasjon – i erfaringsbasert og etisk perspektiv. *Omsorg*, 31(3), 47-51.

Aakre, M. (2018). The total pain – hele mennesker og hele liv. *Omsorg*, 35(2), 17-21.

Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (2011). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Benthien, K. S. & Sjøgren, P. (2016). Ikke-opioide og adjuvante analgetika. I H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2. utg., s. 411-428). Oslo: Gyldendal Akademisk

Berntzen, B., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I Grønseth, R (Red.), *Klinisk sykepleie* (4. utg., s. 356-398). Oslo: Gyldendal Akademisk

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2014). Svulster. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3 utg., s. 123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk

Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., ... Komarnicky-Kocher, L. T. (2015). The Impact of Music Therapy Versus Music Medicine on Psychological Outcomes and Pain in Cancer Patients: A Mixed Methods Study. *Supportive Care in Cancer* 23(5), s. 1261-1271. DOI: [10.1007/s00520-014-2478-7](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2478-7)

Clark, D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science & Medicine*, 49(6), 727-736. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ernst, E. (2005). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Supportive Care in Cancer*, 17(4), s. 333-337.

<http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no:2048/10.1007/s00520-008-0569-z>

Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2. utg., s. 372-386). Oslo: Gyldendal Akademisk

Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K. A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning* 10(4), 326-334. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.55983](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983)

Fleiner, H. F. & Roland P-D. H. (2017). Plantebaserte produkter – hva vet vi? *Utposten* 46(2), s. 49-54. Hentet fra <https://relis.no/content/4835/Plantebaserte-produkter---hva-vet-vi>

Gutgsell, J. K., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P. A., McLaughlin, B., Harris, M., ... Wiencek. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*, 45(5), s 822-831.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008>

Helsedirektoratet. (u.å.). Lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>

Jesson, J., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review: Traditional and systematic techniques*. London: Sage Publications

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kocher, L. T. (2015). The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1261-1271. DOI 10.1007/s00520-014-2478-7

Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I T. Kr. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg., s. 181-197). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Kreftforeningen. (u.å.). Forskning vi støtter. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/forskning/forskningsprosjekter-vi-stotter/>

Kreftforeningen. (2020, 7. januar). Hva er kreft? Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftregisteret. (2019, 24. oktober). Kreft i Norge. Hentet fra https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft_i_Norge/

Kreftregisteret. (2020, 3. mars). Nøkkeltall om kreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Krishnaswamy, P. & Nair, S. (2016). Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(3), 307-311. <http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no/10.4103/0973-1075.185042>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug E-A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lindring i Nord. (2012). *Håndbok i lindrende behandling*. Hentet fra <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20be>

[handling/H%C3%A5ndbok%20i%20lindrende%20behandling/H%C3%A5ndbok%20i%20lindrende%20behandling.pdf](#)

Mansky, P. J. & Wallerstedt, D. B. (2006). Complementary Medicine in Palliative Care and Cancer Symptom Management. *Cancer Journal*, 12(5), s. 425-431. Hentet fra <https://web-abstracts.ebscohost-com.ezproxy.vid.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=2ef00583-95fa-40e6-8cc0-9cb115ed2d73%40sessionmgr4008>

Morland, E. (2016). Palliasjonens mor. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>

Norsk legemiddelhåndbok. (12.02.2020). T21.1.1 Smerter. Hentet fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

NOU 2017:16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>

Paulsen, Ø., Haugstøl, T. & Rosland, J. H. (2016). Palliative team på sykehus. I H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2. utg., s. 139-149). Oslo: Gyldendal Akademisk

Reitan, A. M. Schjølberg T. K. (2017). *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Ribu, L. (2017). Livskvalitet. I T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg., s. 50-66). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Shinde, S., Gordon, P., Sharma, P., Gross, J. & Davis, M. P. (2015). Use of Non-Opioid Analgesics as Adjuvant to Opioid Analgesia for Cancer Pain Management in an Inpatient Palliative Unit: Does this Improve Pain Control and Reduce Opioid Requirements? *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 695-703. DOI: [10.1007/s00520-014-2415-9](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2415-9)

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboksen i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Thronæs, M., Raj, S. X., Brunelli, C., Almberg, S. S., Vagnildhaug, O. M., Bruheim, S., ... Knudsen, A. K. (2015). Is It Possible to Detect an Improvement In Cancer Pain Management? A Comparison of Two Norwegian Cross-Sectional Studies Conducted 5 Years Apart. *Supportive Care in Cancer*, 24(6), 2565-2574. DOI: [10.1007/s00520-015-3064-3](https://doi.org/10.1007/s00520-015-3064-3)

Universitetssykehuset i Nord-Norge: Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i Nord). (2010) *ESAS-r*. [Skjema]. Hentet fra <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/Symtomkartlegging/Esas-r%20symptomregistrering%20med%20UNN%20logo.pdf>

Universitetssykehuset i Nord-Norge: Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i Nord). (2003) *Smertejournal*. [Skjema]. Hentet fra <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/Symtomkartlegging/SmertejournalKART-redigert%20110603.pdf>

Uyasal, N. (2018). Clearing Barriers in Cancer Pain Management: Role of Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1323-1327. DOI: [10.1007/s11916-011-0203-5](https://doi.org/10.1007/s11916-011-0203-5)

Valeberg, B. T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning* 5(4), 266-276. DOI: [10.4220/sykepleienf.2010.0141](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0141)

Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien Forskning* 13.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>

World Health Organization. (u.å.). WHO Definition of Palliative Care. Hentet fra

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization & International Association for the Study of Pain. (1996).

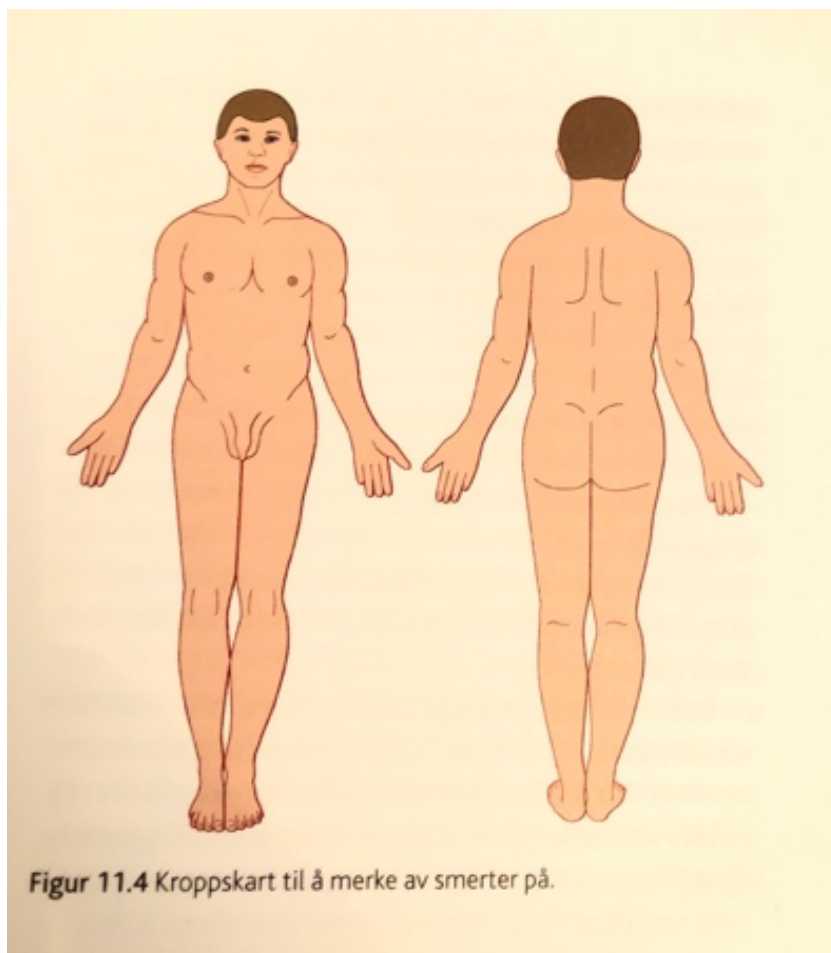
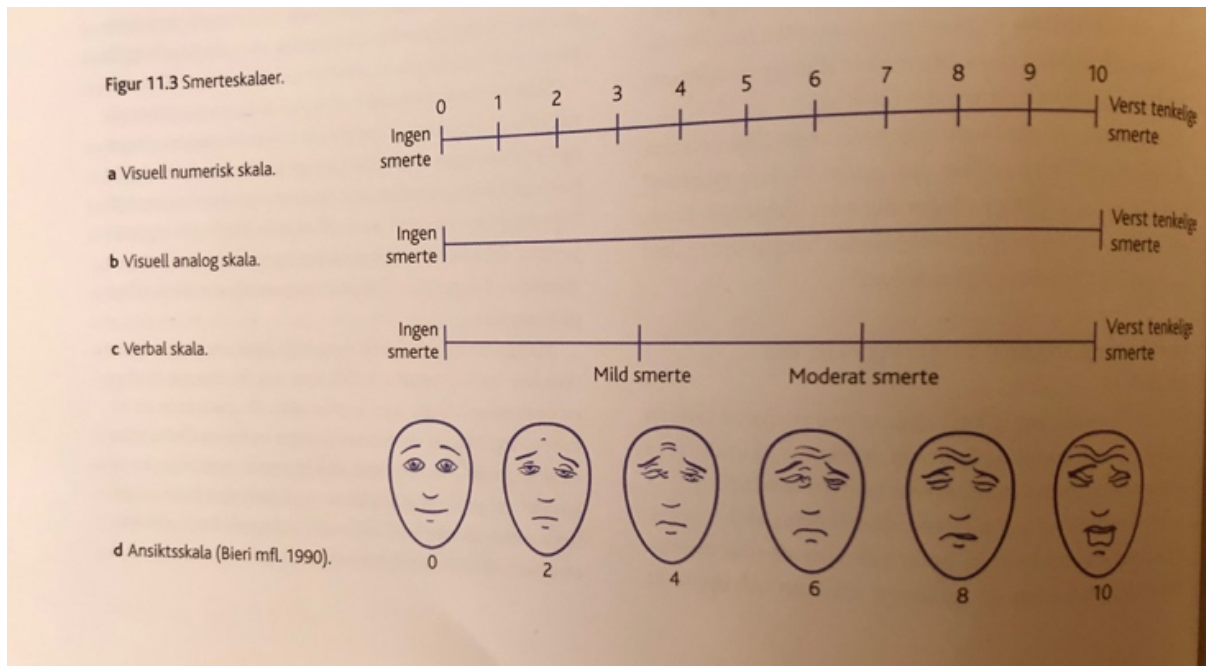
Smertetrappen [Figur]. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/02/legemidler-i-praksis/bruk-av-opioider-mot-sterke-kreftrelaterte-smerter#reference-6>

Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (2014) *Sykdom og behandling* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg

Vedlegg 1: Ulike smerteskalaer

Hentet fra: Berntzen, B., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I Grønseth, R (Red.), *Klinisk sykepleie* (4. utg., s. 356-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.



Vedlegg 2: Smertejournal

Universitetssykehuset i Nord-Norge: Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i Nord). (2003).

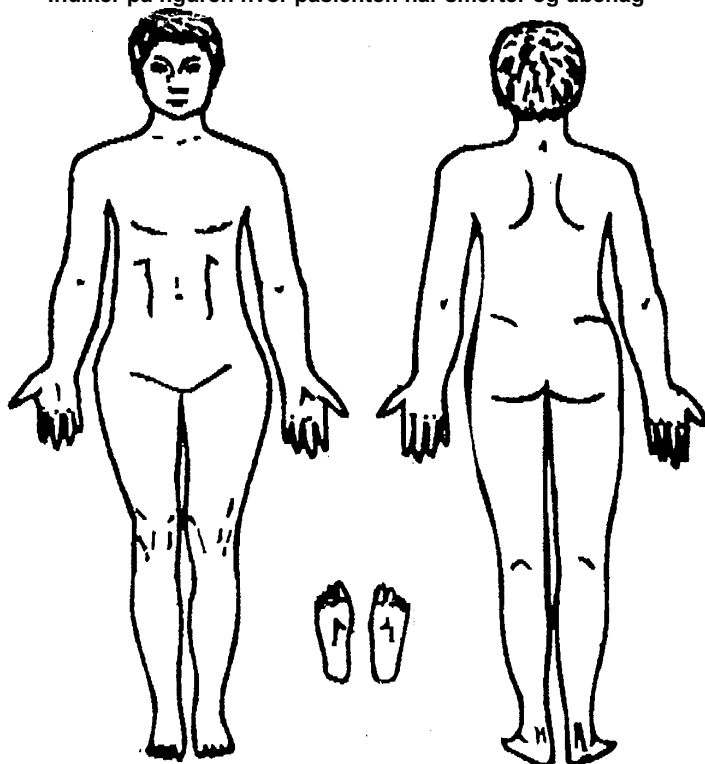
Smertejournal

Barkode

Dato:

Smertens karakter: Lynende, stikkende, utstrålende Verkende, murrende Takvis, krampaktig, knipsmerter Brennende	Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hva forårsaker/øker smertene? <hr/> Hva lindrer smertene?
	Når på døgnet har smertene vært sterkest? Om morgenen <input type="checkbox"/> Om dagen <input type="checkbox"/> Om kvelden <input type="checkbox"/> Om natten <input type="checkbox"/> Like sterke hele tiden <input type="checkbox"/> Varierende <input type="checkbox"/>		
Har pasientens smerter den siste uka virket inn på:			Ikke i det hele tatt Litt En del Svært mye
Sønnen? <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Fysisk aktivitet? <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Evnen til å konsentrere seg? <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Indiker på figuren hvor pasienten har smerter og ubehag



Skjemaet oppbevares i kurveboka

Kreftavd./UNN 2003

Vedlegg 3: ESAS-r

Universitetssykehuset i Nord-Norge: Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i Nord). (2010).



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



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

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

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell