

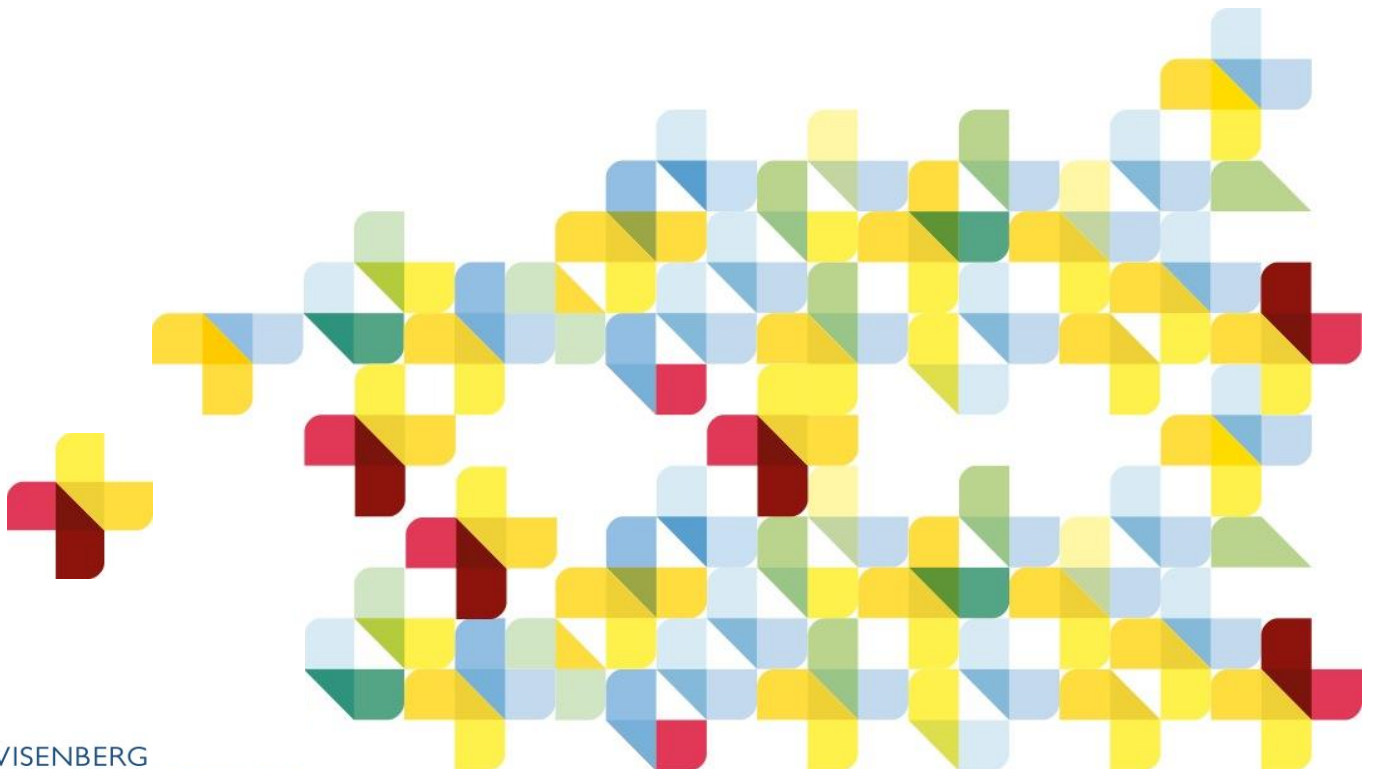


Hvordan kan sykepleiere bruke musikk som smertelindrende tiltak til kreftpasienter i den palliative fasen.

Kandidatnummer: 417
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 7810
Dato: 14.04.16



Tittel: Musikk som smertelindring.

ABSTRAKT

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere bruke musikk som smertelindrende tiltak til kreftpasienter i den palliative fasen.

Metode:

Det er anvendt litteraturstudie som metode. Det er brukt både vitenskapelige og noe erfarings basert kunnskap. Fag- og forskningsartikler er fremskaffet gjennom søk i databasene Chinal og Bibsys.

Teoretisk perspektiv:

Oppgaven tar utgangspunkt i rammeplanene for sykepleiere og det som omhandler smerter, lindring og tiltak under utdanning. Det blir også presentert artikler som konkluderer med lite kunnskap i forhold til utdanningen. Nevner også hvordan man kan smertelindre med hjelp av musikk. Har brukt hospicefilosofien og portkontrollteorien som forklarings- og virknings modeller.

Drøfting:

Jeg legger fokus på holdninger til å lære ikke-medikamentell smertelindring og hvordan dette kan brukes, samt hvilke profesjon som burde utøve tiltaket. Videre blir det drøftet om det er innenfor lovverk å bruke slike metoder og om det er faglig forsvarlig. Og tilslutt om det kan være et smertelindrende tiltak som kan gjennomføres på et sykehus.

Konklusjon:

Fag- og forskningslitteratur er positive til bruken av musikk som smertelindrende tiltak, men det trengs mer forskning og kunnskap om dette før det kan tas mer i bruk.

Nøkkelord: Utdanning, smerter, sykepleie, musikk, portkontrollteorien, lindrende behandling, hospicefilosofien

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning	2
1.4 Hensikt med oppgaven.....	2
1.5 Oppbygging av oppgaven	2
1.6 Definisjon av begreper	3
2. Metode	4
2.1 Litteraturstudie	4
2.2 Litteratursøk.....	4
2.3 Kildekritikk.....	5
3. Teori	7
3.1 Sykepleierens ulike funksjonsområder.....	7
3.2 Sykepleierens lindrende funksjon.....	8
3.3 Lover og yrkesetiske retningslinjer	8
3.4 Hospicefilosofien.....	9
3.5 Hva er smerte?	10
3.5.1 Smertefysiologi	10
3.5.2 Kreftsmarter.	10
3.6 Portkontrollteorien.....	11
3.7 Musikk som smertelindring.....	12
4. Drøfting	15
4.1 Nightingales forståelse av hele mennesket	15
4.2 Etikk og sykepleierens funksjon	15
4.3 Manglende kunnskap hos sykepleiere om bruk av musikk.....	16
4.4 Faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.....	18
4.5 Hvordan bruke musikk som smertelindring	18
4.6 Hvorfor bruke musikk som smertelindring?	20
4.7 Kan det brukes på sykehus?.....	22
5. Avslutning	24
6. Litteraturlisten	25

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Twycross (1986) sier at en viktig årsak til at mange pasienter har smerter er fordi at leger og sykepleiere tror at smerter bare er en fysisk sans, og at de mangler forståelse av at smerter også er hvordan man opplever smerten og pasientens emosjonelle reaksjon på smerten. I en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening står det at en av to kreftpasienter som er innlagt på sykehuset har smerter. Forfatteren belyser hvordan vi som helsepersonell kan bli bedre på smertelindring og deres konklusjon er at kunnskapen må økes om forekomst og behandling av kreftrelaterte smerter. Dette generelt hos alt helsepersonell (Holtan, Kongsgaard & Ohnstad, 2005 s.416-418). En artikkel fra New Zealand nevner også at kreftsykepleiere mangler kunnskap om smerter, observasjonene og tiltakene de skal igangsette ved kreft smerter. Ønsket om å kunne dette var der, men på grunn av dårlig tid, underbemanning og lite opplæring klarte de ikke å gjennomføre god smertelindring (Garcia, Whitehead, Winter, 2015). Litteraturen indikerer det at sykepleiere kan for lite om smertelindring generelt fordi de ikke forstår smerte og fordi kunnskapen om smerter og smertelindring er for dårlig. Utdanningen fokuserer heller ikke nok på temaet. Tidsspennet (fra 1986-2015) for denne litteraturen tilsier at dette er et problem som har vedvart over tid.

Musikk har vært brukt i medisinsk virksomhet igjennom historien, også hos oss. Den er ikke systematisk tatt i bruk, men det er flere reelle holdepunkter for den kliniske effekten. Musikk kan knyttes til behandling av psykiske lidelser, angst og depresjon. Som smertelindring og virkemiddel mot angst har det blitt brukt i den kliniske medisinen og både i pre-, peri-, og postoperative faser har musikk vist seg nyttig. En kombinasjon av musikk, avspenning og ulike visualiseringsteknikker har vist lovende resultater innenfor lindring av kroniske smerter. Myskja og Lindbæk (2000) mener musikk har en naturlig plass innenfor palliativ omsorg. Musikk er først og fremst brukt som et supplement til medisinsk behandling. Det er et hjelpemiddel som er enkelt, billig, lite ressurskrevende å ta i bruk, krever lite spesialkompetanse, fører til høy pasienttilfredshet og har få bivirkninger. Musikk anvendes både innenfor palliativ medisin og terminal omsorg. I hospicebevegelsen har de mye erfaring med bruken av musikk og det finnes litteratur som støtter bruken av dette i den palliative fasen (Myskja & Lindbæk, 2000).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med denne bakgrunnen for valg av tema har jeg kommet fram til problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere bruke musikk som smertelindrende tiltak til kreftpasienter i den palliative fasen?

1.3 Avgrensning

Min oppgave kommer til å omhandle voksne (fra 18 år) kreftpasienter i palliativ fase som befinner seg på sykehus. Jeg kommer til å skrive om musikk som symptomlindrende tiltak og de aspektene dette berører. Alle typer kreftsmarter trenger medikamentell lindring før ikke-medikamentelle tiltak kan settes i gang. Ikke-medikamentelle tiltak som musikk bør settes i gang som annen linjes smertelindring, og som komplementær behandling. Jeg avgrenser ikke i forhold til smerteintensitet, da musikk som komplementær smertebehandling kan ha effekt både ved sterke og mer moderate smerter. Besvarelsen vil ikke ha fokus på medikamentell smertelindring, men på ikke-medikamentell smertelindring som et supplement til medikamentell behandling, ikke som en erstatning. Jeg har valgt å ikke fokusere på pårørende i denne oppgaven.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten er å se hva litteraturen skriver om musikk som smertelindrende tiltak og hvordan sykepleiere kan benytte dette ovenfor kreftpasienter som er i den palliative fasen. Jeg ønsker også å sette mer fokus på et tema der det trengs mer kunnskap. Pasientene får ofte ikke nok smertelindring eller de får for mye, og dette medfører at de ikke får god nok tilpasset smertelindring.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygget opp med fem hovedpunkter. Innledning, metode, teori, drøfting og avslutning. I innledningen presenterer jeg bakgrunn for temaet og hvorfor jeg anser dette som sentralt for en bacheloroppgave. Jeg presenterer så min problemstilling, hvilke avgrensninger jeg har gjort i oppgaven og hensikten med oppgaven. Definisjoner av begreper som er brukt kommer til slutt. I metode kapittelet beskriver jeg litteratursøket jeg har gjort, valg av litteratur og forskning samt kildekritikk. Kapittelet er delt i sykepleiefaglige

funksjonsområder der teori og rammeverk blir lagt fram, og teori som omhandler smertefysiologi, kreftsmarter og musikk som smertelindring. I drøftingen går jeg igjennom teorien og drøfter ulike aspekter av problemstillingen og kommer med noen nye spørsmål. I avslutningen kommer jeg med en konklusjon av oppgaven og hva det kunne vært interessant å vite mer om.

1.6 Definisjon av begreper

Pasienter med kort forventet levetid og inkurabel sykdom er i den palliative fasen. Palliasjon er lindrende behandling, pleie og omsorg av disse pasientene. Lindring av fysiske smerter og andre symptomer står sentralt, samt tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige problemer. Målet er best mulig livskvalitet for pasienten den siste tiden og for deres pårørende. Den palliative fasen skal verken forlenge eller fremskynde døden, man ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015, s. 1).

Komplementær eller alternativ behandling er et mye diskutert tema som ligger utenfor hovedstrømmen av herskende medisin. Terapiformene som blir brukt er mange, forskjellige og har ulike betegnelser (Risberg, Nilsen & Wist, 2008, s.179). Jeg bruker disse begrepene om hverandre. Artiklene bruker også begge begrepene i sin studie.

2. Metode

Vilhelm Aubert formulerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2012, s. 111).

Det metoden forteller oss er hvordan vi skal gå fram for å lete fram eller finne kunnskap. Grunnen til at vi skal velge en metode er at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en interessant faglig måte. Hvis det er noe vi ønsker å undersøke så er metoden vårt redskap. Den informasjonen vi trenger for å gjøre arbeidet vårt hjelper metoden oss med å finne data til. Det finnes kvantitativ metode og kvalitativ metode. Med kvantitativ menes den dataen som er målbar og kan hjelpe oss til å finne svaret, og med kvalitativ menes det som fanger opp meningen og opplevelsene som det ikke er mulig å tallfeste (Dalland, 2012, s. 112-113).

2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie som metoden vil si en systematisk gjennomgang av litteratur rundt en valgt problemstilling (Aveyard, 2014). Litteraturstudie er metoden som er benyttet i denne oppgaven og det vil si at denne metoden skal gi oss en oversikt over eksisterende kunnskap og forskning rundt dette temaet. Vi skal da lage en oversikt over kunnskapen som allerede finnes rundt dette temaet og ikke komme med ny kunnskap (Dalland, 2002, s. 71).

2.2 Litteratursøk

Oppgavens fag og forskningsartikler er i all hovedsak hentet fra Chinal. Dette er en database som er sykepleiefaglig og er relevant for å finne forskning og pasienterfaringer. Jeg har også søkt på sykepleien.no, Helsebibliotket, oria.no, Cochran Library og Google Scholar. Jeg brukte søkeord på engelsk og har anvendt de i kombinasjoner og alene. Jeg har kun tatt med de artiklene jeg har funnet i fulltekst, publisert på engelsk og innenfor de ti siste årene. Grunnen til dette er for å få den mest oppdaterte forskningen som finnes om dette feltet. Jeg

har brukt noe eldre faglitteratur for å underbygge valg av problemstilling, fordi det viser at utfordring knyttet til smertelindring har vedvart i mange år.

Søkeordene jeg har valgt å benytte meg av er "cancer pain", "cancer", "pain", "non-pharmacological", "music therapy", "music", "nursing", "palliative care" og "nurse". Jeg søkte med ordet "cancer pain" i databasen Chinal og med kriteriene at den var i fulltekst, skrevet mellom 2010-2016 og fagfellesvurdert. Jeg fikk opp 450 artikler og leste abstraktet av 15 artikler. Av disse var det en artikkel som passet innenfor min problemstilling. Dette var: "*Oncology nurses' perception of cancer pain: a qualitative exploratory study*" (Garcia et al., 2015). Denne ble tatt med for å begrunne problemstillingen.

Kombinasjon av ordene "music therapy" og "pain" ga et treff på elleve artikler. Ved å lese abstraktet ble følgende artikkel valgt ut: "*Music therapy reduces pain in palliative care patients: A randomized controlled trial*" (Gutgsell et al., 2013). Det ble brukt samme begrensingene som ved tidligere søk.

På søk med kombinasjon av ordene "cancer pain" og "music therapy" fikk jeg 16 treff. Begrensingene var at de var fra mellom 2005-2016 og at de var fagfellesvurderte. Leste abstraktet til fire av artiklene og tre av artiklene passet inn i min oppgave. De artiklene jeg valgte var "*Intergrative review: effects of music on cancer pain in adults*" (Keenan & Keithley, 2015), "*Complementary therapies for pain management in palliative care*" (Schofield, Smith, Aveyard & Black 2007) og "*The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial*" (Huang, Good & Zauszniewski, 2010).

Annen faglitteratur jeg har tatt med er bøker av eldre og nyere dato. De av eldre dato føler jeg fortsatt har relevans for fagfeltet. Har søkt i oria.no etter bøker på biblioteket som har relevans innenfor min problemstilling.

2.3 Kildekritikk

Artiklene jeg anvender i min oppgave har jeg valgt siden de har relevans for min oppgave og problemstilling. Artiklene er ikke eldre enn ti år, er fagfellesvurderte og fra anerkjente tidsskrifter. I hovedsak er artiklene skrevet på engelsk, men vurderes som relevante og aktuelle også for norske forhold. Noen av bøkene jeg har benyttet, har jeg oversatt selv fra

dansk og engelsk. Ved oversettelse er det alltid en viss risiko for å tolke teksten feil. Noen av bøkene er også utgitt i utlandet og er oversatt til norsk av oversettere, og dette kan også påvirke nyansene i originallitteraturen. Bøkene jeg har benyttet som er av eldre årgang, representerer teori som ikke har endret seg i løpet av de siste årene, slik som hospicefilosofien og portkontrollteorien. Mange av kildene er pensumlitteratur og brukes i sykepleieutdanningen på flere institusjoner. Noen av artiklene nevner musikkterapi når de omtaler musikk som smertelindring. Slik jeg har forstått etter å ha lest artiklene, mener de ikke at det er en musikkterapeut som skal utføre tiltaket, men at sykepleiere også kan gjøre det. Mulig ordet musikkterapi er brukt for å gjøre det mer faglig/forståelig.

3. Teori

3.1 Sykepleierens ulike funksjonsområder

Rammeplan for sykepleieutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) sier at studenter som er ferdig med utdanningen skal kunne ha handlingsberedskap i forhold til alternative behandlings- og lindringsmodeller. For at studenter etter endt utdanning skal klare å forholde seg til disse modellene trenger de undervisning i utdanningen om alternative behandlings- og lindringsmodeller.

Norges offentlige utredning nummer 21, som omhandler alternativ medisin, viser at helseutdanningsinstitusjoner i liten grad vektlegger temaet alternativ medisin. Det er lite undervisning i dette og det inngår også i liten grad i pensum. Utredningen viste også ulike holdninger fra blant annet sykepleierutdanningen. Noen utdanningsinstitusjoner hadde en åpen holdning uten å følge opp i praksis, mens andre mente at man først og fremst burde prioritere og fokusere på den forskningsbaserte vitenskapen (NOU, 1998:21, s. 184).

Sykepleien er et praktisk yrke som består av noen områder eller funksjoner som til sammen utgjør det vi kaller sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. I rammeplanen for sykepleieutdanningen (2008) finner man sju grunnleggende funksjonsområder:

- Helsefremming og forebygging (Identifisere reelle og potensielle problemer som retter seg mot friske mennesker, utsatte personer for helsesvikt og komplikasjoner. Fremme helse, velvære og livskvalitet).
- Behandling (Fjerner eller eliminerer problemer og retter seg mot pasienter med akutt eller kronisk sykdom).
- Lindring (Blir beskrevet i punkt 3.2).
- Rehabilitering og habilitering (Pasienter med medfødte eller nyoppstått skade eller sykdom, får ny kunnskap eller oppøving av ferdigheter som ikke er tilstede. Retter seg mot pasienter med akutt eller kronisk helse- eller funksjonssvikt).
- Undervisning og veiledning (Bidra til læring, utvikling og mestring ved hjelp av undervisning og veiledning og retter seg mot pasienter, pårørende, medarbeidere, studenter og elever).
- Organisering, administrasjon og ledelse (Administrere og lede sykepleietjenesten på forskjellige nivåer innenfor egen avdeling og på tvers av ulike helsetjenester).

- Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling der sykepleiere må kunne finne, tolke og bruke relevant forskningslitteratur, samt evaluere sin egen sykepleieutøvelse) (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011, s. 17-19).

3.2 Sykepleierens lindrende funksjon

Ved lindring skal smerten reduseres eller begrenses. Man kan også si at belastningen som pasienten opplever, enten det er av fysisk, åndelig, psykisk eller sosial karakter, skal reduseres eller begrenses når de skal lindres (Kristoffersen et al., 2011, s. 17-18). Den lindrende funksjonen har som mål å begrense graden av pasientens belastning ved sykdom, død og ved opphold på sykehuset. Det kan være fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige belastninger. Disse belastningene kan da omhandle krisereaksjoner, stress, ensomhet, angst, sorg og lidelse (Reitan, 2010, s. 29) Dette er viktig for min problemstilling siden lindring er en viktig del av grunnleggende sykepleie og smertelindringen vi skal gjennomføre på pasientene.

3.3 Lover og yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiere har fire ansvarsområder som er grunnleggende i følge de yrkesetiske retningslinjene. De fire er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Vi har også som sykepleiere en fundamental plikt til å lindre lidelse. De yrkesetiske retningslinjene sier også i punkt to, som omhandler sykepleier og pasient, at vi har ansvar for å lindre lidelse og gi støtte til en naturlig og verdig død. Vi skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og vi skal i forhold til samfunnet jobbe for et ressursmessig grunnlag som gjør det mulig å gjennomføre god praksis (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

Loven om alternativ behandling er en lov som bidrar til sikkerheten for pasienter som ønsker å bruke denne behandlingsformen. I loven står det at andre enn helsepersonell kan utøve behandling ved ønske om lindring, eller demping av symptomer hos pasienter med alvorlige sykdommer og lidelser. Helsepersonell skal være de som har hovedansvar for behandlingen samt lindring så langt det strekker til. Pasienten kan ved ønske bruke andre enn helsepersonell ved lindring og demping av symptomer (Alternativ behandlingsloven, 2003).

Sykepleiere skal utføre sitt arbeid i forhold til faglig forsvarlighet og den omsorgsfulle hjelpen vi kan gi ut ifra våre kvalifikasjoner, situasjonen og arbeidets karakter. Helsepersonell

skal også unngå tidstap og unødvendig utgifter for institusjon og pasienter (Helsepersonelloven, 1999). Pasienter har rett til medvirkning i sin egen behandling. Medvirkning vil si at de er med på å bestemme sin egen behandling og hvordan tjenestetilbudet skal være utformet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.4 Hospicefilosofien

Hospicefilosofien har eksistert siden middelalderen. Hospicene tok inn reisende og pleiet dem til de kunne fortsette reisen. Pleie og lindring var det mest sentrale på denne tiden siden medisinske ressurser var en mangelvare. Det som filosofien bygger på er et helhetlig menneskesyn der menneskets livssituasjon og sammenhengen med sykdommen er i fokus. Helsepersonellet må yte omsorg på flere plan som på det åndelige, fysiske, sosiale og psykiske plan slik at pasienten får dekket sitt behov og opplever totalomsorg. Smerte- og symptomlindring står sentralt her slik at pasienten kan bruke sin energi på å leve best mulig og lengst mulig. Det trengs et tverrfaglig samarbeid for å kunne gi totalomsorg siden man ikke klarer å gjennomføre dette alene. Smertelindring står høyt i hospice-filosofien siden pasienter som er i palliativ fase ofte opplever smerte. Smerteopplevelsen blir møtt på alle de fire planene som er nevnt tidligere og man ser sammenhengen mellom dem. Medikamenter er det som oftest brukes og det gis før smerten har begynt. Oftest er pleien i hospice-filosofien ordnet slik at det er primærsykepleiere som blir godt kjent med pasienten og som gjør at de har gode forutsetninger for å oppnå optimal smertelindring (Nordvang, 1998, s. 194-200).

Innenfor de fleste fagområder på alle nivåer i helsevesenet er det pasienter i palliativ fase. Helsetjenesten skal ha et palliativt tilbud på alle nivåer. Avdelinger på sykehus som har kreftpasienter og andre pasientgrupper, skal gi god smerte- og symptomlindring i pasientenes palliative fase (Helsedirektoratet, 2015, s. 149). Det å lindre lidelse er en grunnleggende verdi når man jobber med mennesker i institusjon. Der pasienter lider av en sykdom med dårlig prognose så har det de senere årene blitt lagt stor vekt på lindrende pleie og behandling. Lindrende behandling og pleie har to forskjellige sider der den ene skal bevare pasientens integritet, verdighet og kontroll over situasjonene, noe som lindrer lidelsen psykologiske eller mentale aspekter. Den andre er rettet mot ubehag med sykdommen og kroppslige plager. Her kommer symptomlindring og ivaretagelse av de grunnleggende behovene. Musikk kan bidra med avspenning og lindring av symptomer slik at pasienten kan hjelpes til å bearbeide og mestre lidelsen (Kirkevold, 2001, s.54-55).

3.5 Hva er smerte?

Smerte er en sammensatt opplevelse påvirket av sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner. For somatisk smerte må det perifere nervesystemet og i noen grad det sentrale nervesystemet aktiveres og dette danner den nevrofysiologiske basisen for smerte.

Smerte er ikke en sykdom, men et symptom (Bjørøgo, 2010, s.194).

3.5.1 Smertefysiologi

Smertesansen beskytter kroppen mot skade og er livsviktig. Ved truende vevskade oppstår det akutt smerte. Ved smerte etter skade holdes stedet med smerte i ro og leges. Nervene i den kroppsdelen som skaden har oppstått i sender beskjed til hjernen slik at smerten føles (Rustøen & Stubhaug, 2010, s.139).

I en normal situasjon vil svak stimuli oppfattes som berøring i de perifere smertebanene. I tykke nervefibre ledes signalene raskt. Her må det sterke stimuli til for at smerte skal føles. Tynne fibre leder signalet langsomt. Nociseptorer kalles nervecellene som leder smertesignalet langsomt og har frie nerveender. Mange av disse er aktive for flere typer stimuli som varme, trykk og syre. Fåtallet reagerer kun på en type stimuli (Rustøen & Stubhaug, 2010, s.139-140). Smerteimpulsene blir koblet over fra de perifere nociseptorene til nerver i ryggmargen som er de sentrale smertebanene. Smertesignalet går så opp i hjernen der den går til en rekke områder blant annet der smertens lokalisasjon blir registrert og til andre deler i begge hjernehalvdeler. Vi vil da evaluere og huske smerten samt reagere motorisk og emosjonelt. Hvilken respons som kommer av smertesignalene kommer ikke bare an på styrken, men også tilstanden i hjernen (Rustøen & Stubhaug, 2010, s.141-142).

3.5.2 Kreftsmarter.

Smarter er det symptomet kreftpasienter frykter mest. Hos 40-50% av pasientene oppstår det kreftsmarter. De pasientene som har lengre fremskreden sykdom har som oftest sterkere smerter enn de med kort sykdomsforløp. Ved bruk av begrepet kreftsmarter snakkes det ikke kun om en type smerte, men at de pasientene som har kreft har flere typer smerter samtidig. For å behandle dette finnes det ikke en standardisert behandling, men det kreves forskjellige behandlinger og kombinasjonsbehandling (Lorentzen & Grov, 2010, s.407). Uansett grunn til smertene føler mange pasienter at kreftsmarter er en uunngåelig konsekvens av sykdommen.

Dette kan gjøre at smerte blir underrapportert av pasienter. Smerte er også det mest fryktede symptomet ved sykdommen. Smerter er komplekst sammensatt av fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle faktorer (Schofield et al., 2007).

Palliative kreftpasienter kan ha forskjellige smertetyper. Nociseptiske smerter er de normale funksjonene som passer på når kroppen er skadet. Innen for denne smertetypen finnes det kroniske og akutte smerter. Nevropatiske smerter er i sentrale og perifere nervesystemene, der en nerve kan ha blitt skadet av en tumor eller celle/stråle- behandling (Bjørøgo, 2010, s.197-198). Gjennombruddssmerte er en type akutt smerte. Det kan være begge smertetyper (nociseptisk og nevropatisk) og oppstå spontant eller utløses av bevegelse (Lorentzen & Grov, 2010, s.407). I vev med glatte hinner er det vicerale smerter som oppstår både i det sentrale og perifere nervesystemet. Refererte smerter er smerter som sitter i en kroppsdel, men kjennes i en annen. Den siste smertetypen er psykogene smerter, som er smerter som oppstår hvis man er under emosjonelt press, og smerten framtrer som hodepine (Bjørøgo, 2010, s.198-199).

I en systematisk litteraturgjennomgang fant forskere at smertebehandling og vurdering har kommet langt, men resultatene indikerte at fortsatt er kreftsmarter det vanligste og mest stressende symptomet hos pasienter med kreft, og det er et fryktet symptom som kreftpasientene er engstelige for, selv om dette feltet har kommet langt (Keenan & Keithley, 2015).

3.6 Portkontrollteorien

Portkontrollteorien som ble lansert i 1965 av Melzack & Wall, (1965, s. 974) forklarer hvordan smerte kan oppleves forskjellig fra person til person og i ulike situasjoner. Selv om smertestimuliene er like, kan fysiologiske reguleringsmekanismer for smerte i det sentrale nervesystemet gjøre opplevelsen forskjellig. Teorien går ut på at smerten blir påvirket under overføringen fra det perifere til det sentrale nervesystemet. Aktiviteten i det perifere og sentrale nervesystemet kommer an på hvor mye porten i ryggmargens bakre horn er åpnet eller lukket. Hvis porten er lukket vil lite eller ingen informasjon nå fram, mens ved en åpen port formidles informasjon normalt. Aktivitet i de nedadgående fibrene i det sentrale nervesystemet er den sentrale påvirkningen av porten. Psykologiske faktorer, tidligere erfaring, motivasjon, sinnstilstand og følelse av mening og kontroll i situasjonene bestemmer aktiviteten (Nortvedt & Nesse 1997, s.54-55). Det teorien forklarte var blant annet effekten av

generell fysisk aktivitet og en rekke ikke-medikamentelle smertelindringsteknikker på smerteopplevelsen (Rustøen & Stubhaug, 2010, s.145).

Portkontrollteorien er ikke presentert fra et nevrofysiologisk standpunkt. Grunnen til at denne teorien er nyttig for pleiepraksisen er fordi den legger fram en integrert begrepsmodell. Den gjør at man kan forstå de mange faktorene som har innflytelse på hvordan hver enkelt person opplever smerte, og det dekker nevrofysiologisk aktivitet som igjen danner en teoretisk grunnmur for å finne forskjellige smertelindrende tiltak. Teorien hevder at ved stimulering av nociceptorer kan dette lindre smerte. Mange former for berøring kan være aktuelt. Hvis personene mottar tilstrekkelig eller sterke sanseintrykk så kan den retikulære substansen i hjernestammen hemme innkommende stimuli og smerte. Smertelindringsmetodene bruker en viss grad av sansepåvirkning. Stimulering av triggerpunkter øker signaler til hjernestammen og kan lukke porten slik at smerter fra andre deler av kroppen ikke kommer inn. Teorien antyder at smerter kan lindres av hemmende signaler som kommer fra hjernebarken og thalamus. Man kan da lindre smerte ved å redusere angst og øke pasientens følelse av trygghet og kontroll over smertene sine (McCaffery & Beebe, 1996, s. 49-50).

3.7 Musikk som smertelindring.

Musikk som smertelindring er en av de komplementære behandlingsformene som har dokumentert effekt også på symptomer. Ved behandling med musikk er ikke intensjonen at kreftsykdommen skal påvirkes, men den skal redusere angst og spenning, smerte og tretthet. Lyd og musikk gir en positiv opplevelse og pasienter har uttrykt at dette har en effekt på stress, angst og smerter (Risberg et al., 2008, s. 189).

Musikkterapi er et nytt fag sies det., men det har en lang historie. Musikk har blitt brukt som et terapeutisk virkemiddel helt fra antikken til i dag (Trondalen, 2006, s.58). Det musikkterapien baserer seg på er sang, spill, improvisasjon (aktive metoder) og forskjellige former for musikklytting (mottakelige metoder). Behandlingsmålene for terapien faller i fire grupper som er:

- Fysiologiske mål (avspenning og smertelindring).
- Psykososiale mål (forberedelse av kommunikasjon og livskvalitet).
- Kognitive mål (sanse- og hukommelsesstimulering).

- Eksistensielle-åndelige mål (forsoning, avklaring, mening og kreativitet).

De to metodene (aktive og mottakelige) kan brukes sammen eller individuelt i de fire behandlingsmålene som er nevnt over. Musikkterapi kan også brukes til personalet og pårørende, men vil da bli kalt miljøterapi (Bode & Bonde, 2011, s. 258)

Alle smertetilstander kan bli påvirket av musikk hevder Audun Myskja. Han henviser til forskere som har sett på smerte og musikk og som angir stor likhet mellom disse. De mener at lydsignalene fra musikken til hjernen tas imot på liknende måte som smertestimuli. De mener også at i hjernen tas det imot signaler fra musikk som har samme intensitet som signalene fra smerter. Vi kan da si at hjernen "velger bort" smertesignalene fra smerten i forhold til musikk når vi lytter til musikk (Myskja, 2003, s.124).

Florence Nightingale skrev i sin bok (Nightingale,1997, s.95-96) hva hun hadde opplevd med musikk. Hun snakker ikke direkte om smertelindring ved hjelp av musikk, men hvilken effekt musikken generelt har på pasienten. Nightingale mente blant annet at blåseinstrumenter med vedvarende lyd samt den menneskelige stemme har en gunstig og positiv effekt på pasienten, mens piano som ikke har sammenhengende lyd har den motsatte virkningen. Det var imidlertid kostbart å bruke musikk ovenfor pasienter på den tiden, og derfor ble det vanskelig å prøve ut og vite hvilken effekt musikken hadde på pasientene. Nightingale mente likevel at musikk hadde positive innvirkninger både på friske mennesker og de som er syke. For de syke, kunne musikken gi glede og fjerne frustrasjon når de ikke kunne være i aktivitet (Nightingale,1997, s.95-96). Allerede da var det altså oppfattet at musikk kunne ha en innvirkning på pasienter, noe som viser at det kan ha vært et kjent hjelpemiddel over lengre tid.

Nightingale mente at sykepleieren skulle vie seg til helbredelsesprosesser som vil si å legge forholdene til rette for pasientens helse. Jeg skal nå belyse et forskningsområde som understøtter Nightingales tanker om at forholdene skulle legges til rette for å virke inn på pasientens helse (Karoliussen, 2011, s. 68). Psykonevroimmunologi er et forskningsområde som omhandler en ny forståelse av helse og sykdom. Før trodde man at nervesystemet (sansing, opplevelser, tanker og følelser), endokrinsystemet (ulike hormoner som koordinerer og regulerer vitale parametere) og immunapparatet (beskytte kroppen mot virus og bakterier) var tre forskjellige system som arbeidet hver for seg. I dag så har vi en annen forståelse og

vitenskapelige undersøkelser viser at det er en sammenheng mellom opplevelser, biologiske prosesser og atferd (Karoliussen, 2011, s. 80-84).

Smerte virker inn på det sympatiske nervesystemet og vil på sitt verste gå utover livskvaliteten til pasienten. Smerter som ikke blir lindret kan føre til at pasienten opplever angst, depresjon, hjelpeløshet, håpløshet og et ønske om å dø. Medikamentell smertelindring kan ha bivirkninger som intoleranse for smertestillende og at smertene ikke blir lindret tilstrekkelig (Huang et al., 2010). Ulike studier har vist at musikk er en god og trygg ikke-medikamentell smertelindringsmetode. Musikk kan lindre smerte både ved at den virker avslappende og ved at den har en lindrende virkning (Schofield et al., 2007, Huang et al., 2010).

4. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg ha en kritisk drøfting av musikk som smertelindrende tiltak, om musikk kan og burde brukes som lindring av smerter og om det er fokus og engasjement til å lære det eller ikke. Min problemstilling er: *Hvordan kan sykepleiere bruke musikk som smertelindrende tiltak til kreftpasienter i den palliative fasen?*

4.1 Nightingales forståelse av hele mennesket

Florence Nightingale skrev tidlig om sin erfaring og mening om hva musikk kunne gjøre med et menneske. Hun snakket om hele mennesket og fokuserte ikke bare på en del av personen som er syk. Således hadde hun en formening om at for syke mennesker som ikke kan være aktive så er musikk noe de kan leve igjennom som gir glede og fjerner frustrasjon. Kan dette tolkes til at det virker inn på smerter? Hennes mening var at de generelt ble bedre og ikke at de eksakt virket inn på smertene (Nightingale, 1997, s.95-96). Psykonevroimmunologi minner mye om det Florence Nightingale mente som var at sykepleiere skulle observere hele pasienten for å få kunnskap om hva som fremmet helse og hva som ikke gjorde det. Forskningen som blir gjort på psykonevroimmunologi sier noe nytt om forbindelser mellom opplevelser, tilstand og sykdom, noe Florence Nightingale var opptatt av, og dette bør få viktige følger for sykepleiere (Karoliussen, 2011, s. 80-84). Portkontrollteorien danner en teoretisk grunnmur for å finne forskjellige smertelindrende tiltak. Teorien hevder at ved sansepåvirkning slik som musikk, så kan smertesignalene hemmes (McCaffery & Beebe, 1996, s. 49-50). Disse tre overforstående temaene snakker om det samme, og det er at ting henger sammen. Psykonevroimmunologi mener det er forbindelser akkurat som portkontrollteorien mener at en stimulering kan stanse en annen. Det man da altså opplever av stimuli har da muligens innvirkning på smertene.

4.2 Etikk og sykepleierens funksjon

Sykepleiere har fire ansvarsområder som er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Lindring har det blitt lagt mye vekt på de senere årene. Lindring skal bevare pasientens integritet, verdighet og kontroll over situasjonen (Norsk Sykepleieforbund,

2011). Et av sykepleierens funksjon- og ansvarsområde er å lindre. Det er mye som ligger i ordet lindring, men i forhold til denne oppgavens problemstilling er det lindring av smerter og kreftsmarter (Kristoffersen et al., 2011, s. 17-18). Smerter er en sammensatt opplevelse, og det er et symptom og ikke en sykdom (Bjørge, 2010, s. 194). I hospicefilosofien står pleie og lindring sentralt. Den blir bygget på et helhetlig menneskesyn som betyr at omsorgen må ytes på flere plan. Pasienten skal leve lengst mulig og best mulig og det er noe av grunnen til at lindring står sentralt (Nordvang, 1998, s. 194-200). Det som er viktig med helhetlig omsorg knyttet til smertelindring, er at ifølge portkontrollteorien så spiller psykologiske faktorer, tidlige erfaringer, motivasjon, sinnstilstand og følelse av mening og kontroll inn på hvor åpen porten i ryggmargens bakre horn er åpnet eller lukket, noe som har betydning for pasientens opplevelse av smerte (McCaffery & Beebe, 1996, s. 49-50).

4.3 Manglende kunnskap hos sykepleiere om bruk av musikk

Forståelsen av smerter og kreftsmerte hos helsepersonell er dårlig ifølge Twycross (1986), Holtan et al (2005) og Garcia et al (2015). De tre fagtekstene (med utgivelse som strekker seg over et tidsrom på 29 år) peker på at forståelsen hos leger og sykepleiere er dårlig på grunn av at man forstår smerte bare som en fysisk opplevelse. Man mener at dette kan være årsaken til at en av to kreftpasienter lider av smerter når de er innlagt (Holtan et al., 2005). Selv blant kreftsykepleiere har man funnet at det kan være liten kunnskap, dårlige observasjoner og usikkerhet rundt hvordan tiltak skulle igangsettes (Garcia et al., 2015). Kreftpasienter er en sårbar gruppe pasienter, og selv om fokuset på kreft og smerter er høyt prioritert så har det likevel vært et gjentakende problem i flere år at denne pasientgruppen ikke har fått den lindringen og oppfølgingen de har hatt behov for. I rammeplanen for sykepleieutdanningen i Norge er det skrevet at ferdigutdannede studenter skal ha handlingsberedskap i forhold til ikke-medikamentelle behandlingsmetoder (Kunnskapsdepartementet, 2008). Vi lærer også om smertefysiologi og smertelindring. Hvordan kan det ha seg at sykepleiestudenter lærer om dette i utdanningen, men at de som ferdig utdannet ikke har kompetanse til å lindre smerter hos kreftpasienter? Kreftsmarter er jo en spesiell type smerte og kan muligens ikke oppfattes som "vanlige" smerter. Hvor god er egentlig utdanningen på å lære sykepleiestudenter om forskjellen på disse to smertetyperne? Siden de tre forfatterne det er henvist til ovenfor, henviser til et problem som har pågått over lengre tid virker det som om utdanningen ikke underviser godt nok om kreftsmarter, og de konkluderer at undervisningen er for dårlig. Det er kun den første forfatteren (Twycross, 1986) som henviser til vanlige smerter som et

problem. Han har ikke skrevet direkte om kreftsmarter, så muligens har sykepleiere blitt flinkere på å skjønne smerte, men ikke kreftsmarter.

En artikkel fra sykepleien forskning beskriver en studie der de skulle kartlegge hvor gode sykepleiere og sykepleiestudenter var på smertelindring, kunnskap og kartlegging av smerte hos voksne. Konklusjonen var at de hadde kompetanse på visse områder, men var redde for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Det var også et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Forfatterne mener det trengs nye studier for å danne et grunnlag for om det trengs økt kompetanse i utdanningen i henhold til smertelindring, kunnskap og kartlegging av smerter. De mener også at man trenger å styrke kompetansen når det gjelder smertehåndtering (Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2015). Siden artikkelen konkluderer med bedring i utdanningen på dette området, samtidig som den understreker at det er et forbedringspotensialet, kan det fortsatt være at utdanningen ikke lever opp til intensjonene i rammeplanen (2008) som klart sier at sykepleiere skal ha kompetanse i å lindre lidelse. Utdanningen til å bli sykepleier er et veldig krevende studie med mye ulikt innhold. Hvordan kan man i et allerede fullt utdanningsløp øke kunnskapen om smerte og smertebehandling, samt betydningen av ikke-medikamentell smertelindring? Det kunne også vært benyttet mer litteratur om temaet i utdanningen. Flere av kildene jeg har brukt kunne vært nyttig, for eksempel Audun Myskja sin bok "Musiske medisin" (Myskja, 2003) som jeg har brukt i denne oppgaven.

NOU 21 (NOU 1998:21, 1998, s. 184) nevner også at utdanningsinstitusjoner har forskjellige meninger angående ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder. Utredningen påpeker at skolemedisin og alternativ medisin er uadskillelige og at kunnskapen om alternativ medisin burde økes slik at behandlingen blir den beste for pasienten (NOU 1998:21, 1998, s. 10). Denne offentlige utredningen er gammel, men i forhold til det jeg har funnet i litteraturen så er den fortsatt aktuell. Denne offentlig utredningen kom ti år før rammeplanen ble revidert. Det står ikke i rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2008) at det i utdanningen er påkrevd å ha undervisning om alternative- behandlings og lindringsmodeller, men at sykepleiere etter utdanning skal ha handlingsberedskap til å forholde seg til dem. Dette gjør at utdanningsinstitusjonene selv kan velge hvor mye de går inn på dette temaet siden undervisning ikke er påkrevd.

4.4 Faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp

Loven om alternativ behandling (Alternativ behandlingsloven, 2003) gir andre enn helsepersonell tilgang til å gi lindrende behandling og demping av symptomer ved alvorlig lidelse. Helsepersonellet skal så langt det rekker være den som gir lindrende behandling og være den som har hovedansvaret, men ved ønske fra pasient om andre profesjoner enn helsepersonell kan dette etterkommes. Siden det står at helsepersonell skal ha hovedansvaret, men at andre kan utøve lindringen, kan man argumentere med at dette kan gå utover sykepleierens faglig forsvarlighet, siden den som da gir smertelindring muligens ikke har kompetanse til og gjøre dette (Helsepersonelloven, 1999). I forhold til andre profesjoners kompetanse er det vanskelig å si om den er god nok hvis det ikke stilles krav til visse faglige kvalifikasjoner. Pasienten har rett til medvirkning i sin behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), men ansvarlig helsepersonell må også vurdere i hvilken grad det er faglig forsvarlig å overlate lindrende behandling til andre. Og siden alternativ smertebehandling ikke er høyt prioritert i sykepleierutdanningen, er det viktig med god opplæring og utvikling av større kompetanse på dette området også for sykepleiere.

Smertelindring i den palliative fasen er veldig utfordrende. Medikamenter kan fort senke pasientens selvkontroll og har andre bivirkninger som kvalme, sedasjon og obstipasjon (Gutgsell et al., 2013). Intensjonen med musikk som smertelindring er ikke at sykdommen skal helbredes, men at det er et tiltak rettet mot symptomet kreftsmarter. I flere artikler publisert flere steder i verden har de stort sett samme syn og funn på dette feltet. En kritisk gjennomgang av syv artikler kommer fram til at musikk hadde en smertestillende effekt på kreftpasienter, men de fant ikke ut hvilken musikk som pasienten hadde hørt på, og anbefalte da at dette måtte studeres nærmere, siden noen typer musikk kan fremkalle sterke emosjonelle følelser og føre til at pasienten får motsatt virkning (Schofield et al., 2007). Dette viser at faglig forsvarlig helsehjelp på dette området forutsetter kunnskap som gjør at komplementære behandlings- og lindringsmåter blir brukt på den riktige måten (Helsepersonelloven, 1999, Schofield et al., 2007).

4.5 Hvordan bruke musikk som smertelindring.

Pasienter som har kreftsmarter, kan muligens oppleve angst, depresjon, hjelpeløshet og et ønske om å dø. Mange av studiene innenfor dette har startet innledningen sin med alle tilleggsproblemene som kommer hvis man opplever ukontrollerte kreftsmarter. Det er derfor

viktig at tilnæringsmåtene har god effekt på pasientens smerter. Deltagerne i en av studiene brukte hodetelefoner når de hørte på musikk for å konsentrere seg bedre og ikke forstyrre de andre på samme rom. Utfallet var i denne studien at den gruppen som hørte på musikk hadde signifikant mindre smerter enn kontrollgruppen. Konklusjonene var at musikk er en god og trygg metode for å smertelindre kreftsmarter ikke-medikamentelt. Det som blir ansett som viktig før dette gjøres, er at pasienten også er godt medikamentelt smertelindret (Huang, Good & Zauszniewski, 2010). I studien brukte forskerne en standard protokoll med musikk, mens profesjonen som vanligvis gjorde det brukte pasientens preferanser på musikk (Gutgsell et al., 2013).

Musikken som ble brukt var beroligende, uten tekst og hadde vedvarende melodisk kvalitet. Deltagerne brukte hodetelefoner til å høre med for å kunne konsentrere seg bedre og for å ikke forstyrre andre. Deltagerne kunne velge mellom fire forskjellige bånd med musikk (Huang et al., 2010). Den kliniske betydningen er med det første stor for sykepleiere og deres pasienter siden musikk viste seg å være nyttig. Konklusjonen var at musikk er en godt brukbar og trygg ikke-medikamentell smertelindrings metode. Musikken tilførte også en tredjedel mer lindring enn avslapning alene (Huang et al., 2010). Forfatterne ønsker at sykepleiere skal tilby pasienter myk/behagelig musikk ved siden av medikamenter hvis pasienten ønsker det. De anbefaler at sykepleiere som skal prøve dette først forsikrer seg om at pasienten er godt medikamentelt smertelindret før de igangsetter dette tiltaket (Huang et al., 2010).

Når det gjelder bruk av høretelefoner står det i andre fagtekster at dette fører til en positiv stimulering av hørselssansene, noe som igjen kan føre til reduksjon av smerte (Gulbrandsen, 2015 s. 197). Mine tanker rundt dette er at høretelefoner er et nyttig redskap ved bruk av musikk som smertelindring, siden det blir lettere for pasienten å ta musikken inn over seg, og de kan fokusere på å leve seg inn i musikken. Høretelefoner blokkerer også støy fra det som regel er en travel sykehusavdeling og kan skape en mer skjermet boble for pasienten. Musikk fra høyttaler eller radio vil være mindre gunstig siden musikken da spilles ut i rommet og musikken kan bli vanskelig å fokusere på. Man kan da muligens anse at musikk som smertelindring blir mindre effektiv siden den også blir mindre personlig for pasienten.

Alle smertetilstander kan bli påvirket av musikk, hevder Audun Myskja. Han henviser til forskere som har sett på smerte og musikk og som angir stor likhet mellom disse. De mener at lydsignalene fra musikken til hjernen tas imot på liknende måte som smertestimuli. De mener

også at i hjernen tas det imot signaler fra musikk som har samme intensitet som signalene fra smerter. Vi kan da si at hjernen "velger bort" smertesignalene fra smerten i forhold til musikk når vi lytter til musikk (Myskja, 2003, s.124). Denne smertelindrende effekten av å høre på musikk kan tenkes er i sammenheng med teorien som Myskja kommer med ovenfor, der hvor hjernen velger bort smerteimpulser i forhold til musikk. Dette kan ses i sammenheng med det portkontrollteorien sier om at reguleringsmekanismer i hjernen kan sortere ut og omformulere signaler som kommer til hjernen (Rustøen & Stubhaug, 2010, s.145).

I en av artiklene evaluerer forfatterne flere artikler for å finne svaret på om musikk hjelper på voksnes kreft smerter. Fem artikler var relevante for denne studien og møtte deres inklusjonskriterier. Studiene de har med, er både positive og negative til temaet, men de studiene med mest deltagere har fått positive utfall på bruk av musikk i sine studier. De konkluderer med at musikk som smertelindrende tiltak har et stort utbytte og mener at det er økonomisk, uten bivirkninger (forfatterne mener medikamentell smertelindring er forbundet med mange plager), det er lett tilgjengelig og det er et tiltak som sykepleiere kan bruke. Mye av virkningen av musikk som komplementerende smertelindring vil imidlertid være avhengig av hvor grundig forarbeidet og gjennomføringen er, siden musikk kan spille positivt og negativt inn på forskjellige pasienter, dersom man tar utgangspunkt i den enkelte pasients behov og ønsker (Keenan & Keithley, 2015).

4.6 Hvorfor bruke musikk som smertelindring?

Musikk har blitt brukt i mange år, og i de tilnærmingene det har blitt benyttet så er det brukt som avslapnings/distraksjons teknikker for å oppnå smertelindring. De kom da fram til at musikk som en avslapningsteknikk hadde et potensiale til å redusere smerter.

Nøkkelinformasjon som ikke var med var hvilken type musikk som ble brukt og tidspunkt det ble satt i gang. Dette vil da si at det er viktig å se hvilken type musikk som er riktig siden noen typer musikk kan fremkalle ubehag hos pasienter framfor lindring og avslapning. Det ble ikke klargjort om musikk var en avslapning eller distraksjon (Schofield et al., 2007).

En studie konkluderte med at en enkelt musikk terapi intervensjon hadde effekt på å senke smerter hos pasienter i den palliative fasen (Gutgsell et al., 2013). Medikamentelle tiltak er ikke den eneste måten å lindre kreft smerter på. Komplementær medisin kan tilbyr et mer holistisk perspektiv (Schofield et al., 2007). Smertelindring, både ikke-medikamentelt og

medikamentelt er vanskelig i den palliative fasen. Medikamentell smertelindring kan ha sine fordeler og ulemper noe jeg selv har erfart på mange andre typer smerter også. Studien til Gutsell et al (2013) konkluderte med at kreftpasienter i palliativ fase som er innlagt på sykehus kan dra nytte av å bruke musikk som et ikke-medikamentelt smertelindringsverktøy. Denne studien nevner ikke noe om høretelefoner, men de bruke i stedet et eget rom til å spille av musikken for pasientene. De bruker i denne studien også en musikkterapeut til å utføre prosedyren, noe som kan ha positive eller negative sider, muligens fordi pasienten må innom enda en profesjon som skal "behandle" pasienten, og på et sykehus er det nok av annet personell å bli kjent med. Det kan også tenkes at pasientene blir skeptiske når den profesjonen som skal ta hånd om dem, ikke er en av de tradisjonelle profesjonene, som for eksempel sykepleiere. Det er mulig at sykepleiere har et fortrinn ved å utøve denne typen prosedyre siden sykepleie er et godt etablert yrke med en medisinsk forankring.

Hospicefilosofien går også ut på at man har bygd opp pleien slik at pasienten har en primærsykepleier som skaper gode forutsetninger for en optimal smertelindring (Nordvang, 1998, s. 194-200). Komplementære tilnæringer har en økende popularitet i den generelle befolkningen. Det som er viktig er at helsepersonell må være i den posisjonen at de kan informere og henvise pasienter til dette (Schofield et al., 2007). En sykepleier har ubegrenset behov for kunnskap og ferdigheter innenfor både biologiske og sosiale fagområder. Det å hjelpe syke mennesker å nå sine mål, har sykepleieren gode forutsetninger for, blant annet fordi de er hos pasienten hele døgnet. Sykepleierne har en kontinuerlig tilstedeværelse og koordinerende funksjon i forhold til annen behandling og pleie. Denne funksjonen til sykepleieren er enestående og blir sett på som en sammensatt tjeneste (Henderson, 1998, s. 47).

Sykepleiefagets ansvarsområder er mange, og sykepleiere kan bli en begrenset ressurs siden det blir flere eldre, og behovet for sykepleiere er større enn det man klarer å rekruttere. Demografiske forhold viser at sykepleiere ikke klarer å være alene om å utøve sykepleie. Helsefagarbeidere og assistenter er også andre som utfører helsetjeneste til pasienter. Noe av det viktigste de kommende årene er at sykepleiere fortsetter med sine kjerneområder som er ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov. Dette er for å ivareta integriteten, tryggheten, verdigheten, lindring av lidelse samt fremme helse (Kirkevold, 2001, s.54-55). Et av sykepleierens ansvarsområder er jo også å veilede annet helsepersonell, noe som betyr at hvis andre helseprofesjoner skal gjennomføre smertelindrende tiltak, kan sykepleiere veilede

og undervise de om blant annet hvordan musikk kan benyttes som smertelindrende tiltak (Kristoffersen et al., 2011, s. 17-19).

Ved å bruke musikkterapi som smertelindring tilbyr man et lindrende tiltak som er økonomisk og med lav risiko. Meningen med musikk terapi er å hjelpe pasienten til å beholde selvkontrollen og aktivt kontrollere sin smerte. Resultatet av studien utført av Gutgsell et al (2013) viste at musikk terapi intervensjon førte til lavere smerte hos pasienter som var hospitalisert og hadde palliativ behandling.

NOU 21 sier at skolemedisin og alternativ medisin bygger på hverandre og er uatskillelige. Utvalget ønsker også at kunnskapen om alternativ medisin skal økes slik at pasienten kan dra nytte av kunnskapen slik at valgfriheten blir mer reell og sikkerheten for pasienten styrkes. Åpenhet og respekt blant de to formene ønsker også utvalget at det skal bygges tiltak mot slik at de to sammen kan møte pasientens behov (NOU, 1998:21, s.10-24).

4.7 Kan det brukes på sykehus?

Hvordan vil dette tiltaket virke inn på en sykehusavdeling som har kreftpasienter som er i den palliative fasen? Sykehus er som regel en hektisk arena der ting foregår i høyt tempo. Får sykepleierne tid til å smertelindring ved hjelp av musikk hos disse pasientene? Jeg har jobbet på en sykehusavdeling de siste årene der det til tider kan være hektisk. Jeg vet hvor mye som skal gjøres i løpet av en vakt, hvor mange pasienter man kan ha og hvilke individuelle behov forskjellige pasienter kan ha. Hvis dette skulle vært et tiltak som var mulig å gjennomføre måtte muligens musikkpreferanser bli kartlagt ved innkost.

Siden høretelefoner kanskje har bedre effekt enn høyttaler/radio, så må man se på hvor lang tid man bruker på å hjelpe pasientene med å finne musikk og tilrettelegge dette for dem. Mine tanker rundt dette er at det er gjennomførbart og at man har den lille tiden som trengs til dette. Hvis man derimot ikke har kartlagt preferansene på musikk så må man jo bruke tid på dette, noe som kan føre til mindre tid hos andre pasienter, og det vil da kunne få negative konsekvenser. En av studiene er gjennomført på en sykehusavdeling der personene ligger på dobbelt eller firemanns rom. Denne studien viste god effekt av musikk som smertelindring (Huang et al., 2010) og viser at dette også kan benyttes på sykehus.

Florence Nightingale mener at det har en effekt, men at det var dyrt (Nightingale, 1997, s.95-96) på denne tid. I dag har imidlertid de fleste en tilgang til musikk, og avdelinger har også mulighet til å investere i hjelpemidler for å høre på musikk. Nå er vel problemet ikke økonomi, men tid. Tid er en mangelvare og er en viktig rammefaktor. En god omsorg som er tilpasset den enkelte pasient er en avgjørende faktor. I møte med pasienter kommer verdien av tid tydelig fram. Tidspress og mangel på tid er en vanskelig opplevelse både for pasientene og personalet (Fjørtoft, 2012, s.180-181).

5. Avslutning

Komplementære metoder som musikk får større interesse blant pasienter og kan muligens bli en tilleggs lindring for å redusere kreftsmarter. Musikk hadde dobbelt så stor effekt på smerter enn bare lyd. Deltagerne rapporterte at de hadde en positiv effekt av å høre på musikk som smertelindring. Musikk kunne ha en distraherende effekt (Keenan & Keithley, 2015).

Ikke-medikamentelle tiltak som musikk er uten bivirkninger, økonomisk, lett tilgjengelig og et tiltak som sykepleiere kan bruke. Videre studier må til for å kunne bedre forstå effekten av musikk som smertelindring og det må både kvalitative og kvantitative tilnærminger til.

Implikasjonene dette kan ha for sykepleien er mange siden de har alle de positive sidene som er nevnt. En ideell mulighet er å diskutere rollen sykepleiere kan ha under dette temaet og at sykepleiere kan informere om dette tiltaket til pasienter som opplever kreftsmarter.

Sykepleiestudenter burde lære om effekten og tryggheten ved å bruke musikk som smertelindring. Sykepleieforskere burde fortsette å se på muligheten musikk kan gi som smertelindring (Keenan & Keithley, 2015).

Artiklene har hatt samme konklusjon og skaper et godt grunnlag for at det de konkluderer med, eller de innspillende de kommer med, er sanne. Musikk som smertelindring er vanskelig å bekrefte om det har en virkning eller ikke. Flere fag og forskningsartikler samt faglitteratur mener at det har en effekt, men at det trengs mer forskning på feltet for å vite mer om dette.

6. Litteraturlisten

Alternativ behandlingsloven (2003). Lov om alternativ behandling av sykdom mv. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64?q=alternativ>

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care : A practical guide* (3. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Bjørgero, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (3. utg, s.194-213). Oslo: Akribe.

Bode, M., & Bonde, L. O. (2011) Din ven til det sidste-musikkterapi på hospice og i palliativ indsats. I K. M. Dalgaard & M. H. Jacobsen (Red.), *Humanistisk palliation- Teori, metode, etik og praksis* (s. 255-269). København: Hans Reitzels Forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Garcia, A., Whitehead, D., & Winter, H. S. (2015). ONCOLOGY NURSES' PERCEPTION OF CANCER PAIN: A QUALITATIVE EXPLORATORY STUDY. *Nursing Praxis In New Zealand*, 31(1), 27-33. Hentet fra:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=10e60012-ff86-450b-861a-2daf1ade2202%40sessionmgr114&vid=1&hid=106>

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

Gulbrandsen, T. (2015). Smertelindring. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (3. utg, s. 180-202.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Gutgsell, K. J., Schluchter, M., Margevicius, S., Degolia, P. A., McLaughlin, B., Harris, M., & Wiencek, C. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 45(5), 822-831. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonel>
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur- En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holtan, A., Kongsgaard, U.E., & Ohnstad, H.O. (2005) Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(4), 416-418. Hentet 05.01.15 fra:
<http://tidsskriftet.no/article/1144334>
- Huang, S., Good, M., & Zauszniewski, J. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 47(11), 1354-1362. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.008
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv- ny forståelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Keenan, A., & Keithley, J. K. (2015). Integrative Review: Effects of Music on Cancer Pain in Adults. *Oncology Nursing Forum*, E368-E375. doi:10.1188/15.ONF.E368-E375
- Kirkevold, M. (2001). Klinisk Sykepleie-refleksjon over fagets kjerne og avgrensninger. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie 1- praksis og utvikling* (s. 46-57). Oslo: Cappelens akademisk forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt., & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg, s. 15-29). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Kunnskapsdepartementet, (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanningen*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lorentzen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg, s. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.

McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699.), 971-979. doi:10.1016/S1082-3174(96)80062-6

Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin: Lyd og musikk som terapi* (2. utg.). Oslo: Cappelen.

Myskja, A., & Lindbæk, M. (2000). Eksempel på bruk av musikk i klinisk medisin. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2000 (120.), 1186-1190. Hentet fra:
<http://tidsskriftet.no/article/3465>

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordvang, E. (1998). Hospice-filosofien: en utfordring til pleie av døende. I B. Johannessen (Red.), *En reise i pasienters og sykepleieres verdener* (s. 187-209). Oslo: Tano Aschehoug

Nortvedt, F., & Nesse, J. O. (1997). *Smertelindring: Utfordring og muligheter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

NOU 1998:21, (1998). Alternativ medisin. Hentet fra:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/0ab7b0112e184d4c8d2f678f53c1e7d5/no/pd
fa/nou199819980021000dddpdfa.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/0ab7b0112e184d4c8d2f678f53c1e7d5/no/pd
fa/nou199819980021000dddpdfa.pdf)

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrett>

Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.),

Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling (3. utg, s. 21-34). Oslo: Akribe

Risberg, T., Nilsen, O. G., & Wist, E. (2008). Alternativ og komplementær behandling. I S.

Kaasa (Red.), *Palliasjon-Nordisk lærebok* (2. utg, s.179-193). Oslo: Gyldendal akademisk

Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2010) Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk*

sykepleie: Sykepleieboken 2 (3. utg, s. 137-181). Oslo: Akribe.

Schofield, P., Smith, P., Aveyard, B., & Black, C. (2007). Complementary therapies for pain management in palliative care. *Journal Of Community Nursing*, 21(8), 10-14. Hentet fra:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b71993bc-bd74-4c31-9ea7-b7d5db8a1af1%40sessionmgr4005&vid=11&hid=4212>

Trondalen, G. (2006). Musikkterapi. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 58-74). Oslo:

Cappelen akademisk forlag.

Twycross, R. G. (1986). Smertelindring. I C. Saunders (Red.), *Terminal pleje: Omsorg ved*

terminal malign sykdom (101-136). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.