

Marte Moe (10055)  
Elise Stensæter Bøhn (10010)

# Hvordan kan vi som sykepleiere gi god smertelindring til palliative kreftpasienter i sykehus?

Bacheloroppgave i SPL3903  
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti  
Mai 2023



Marte Moe (10055)  
Elise Stensæter Bøhn (10010)

# **Hvordan kan vi som sykepleiere gi god smertelindring til palliative kreftpasienter i sykehus?**

Bacheloroppgave i SPL3903  
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	«Hvordan kan vi som sykepleiere gi god smertelindring til palliative kreftpasienter i sykehus?»	Dato : 12.05.23
Forfattere:	Marte Moe og Elise Stensæter Bøhn	
Veileder(e):	Wenche Bergseth Bogsti	
Stikkord/nøkkelord	Kreft, palliasjon, smertelindring, sykepleie	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	
38/ 9326		
<p>Innledning: Hensikten med denne studien er å tilegne seg kunnskap om faktorer som bidrar til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter i sykehus. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å belyse et tema som er viktig og utfordrende.</p> <p>Bakgrunn: Smertelindring til palliative kreftpasienter er et omtalt tema fordi mange pasienter opplever smerte. Palliative kreftpasienter vil kunne stå overfor flere utfordringer tilknyttet sykdommen. På bakgrunn av at sykdommen er individuell hos hver enkelt pasient, er det viktig at man som sykepleier gjør individuelle tilpasninger.</p> <p>Metode: I denne oppgaven skal det brukes litteraturstudie som metode. Det ble gjort et strukturert litteratursøk etter vitenskapelige artikler som kunne svare på vår problemstilling. Vi endte til slutt opp med seks artikler.</p> <p>Resultat: Vi kom frem til to temaoverskrifter basert på funnene fra de seks vitenskapelige artiklene, i tillegg til kategorier som er aktuelle for temaet. Den første temaoverskriften er informasjon og kommunikasjon med palliative kreftpasienter i sykehus, og den andre temaoverskriften er smertebehandling til palliative kreftpasienter i sykehus. Disse ble drøftet opp mot relevant faglitteratur.</p> <p>Konklusjon: Palliative kreftpasienter opplever fremdeles at de ikke er tilstrekkelig smertelindret. Det viser seg at det er flere faktorer som påvirker smerte, og at dette legger et grunnlag for at det også er flere faktorer som bidrar til å lindre smerte. God opplæring, tilstrekkelig kompetanse og samhandling er helt essensielt for å lindre pasientens smerter. Brukermedvirkning og hensynet til de psykososiale behovene er viktig for pasientens livskvalitet. Kartlegging, informasjon og kontroll av bivirkninger er også viktig.</p>		

## ABSTRACT

Title:	«How can we as nurses provide good pain relief to palliative cancer patients in hospital?»	Date : 12.05.23
Authors:	Marte Moe og Elise Stensæter Bøhn	
Supervisor(s):	Wenche Bergseth Bogsti	
Keywords:	Cancer, palliation, pain relief, nurse	
Number of pages/word:	Number of appendix: 0	
38/ 9326		
<p><b>Introduction:</b> The purpose of this study is to acquire knowledge about factors that will contribute to pain relief amongst palliative cancer patients. Through this bachelor thesis we want to illustrate a subject that is both important and challenging.</p> <p><b>Background:</b> Pain relief in palliative cancer patients is a much discussed subject because so many patients experience pain. Palliative cancer patients will face several challenges associated with the disease. On the basis that the disease is individual for every patient, it is important for nurses to make individual adaptations for each patient.</p> <p><b>Method:</b> In this thesis, literature analysis has been used as method. A structured literature search was conducted to find scientific research articles that would answer our topic question. We ended up with six articles.</p> <p><b>Result:</b> We ended up with two theme headings based on the findings from our six scientific articles, in addition to different categories that is relevant for the topic. The first theme heading is information and communication with palliative cancer patients in hospital. The second theme heading is pain management for palliative cancer patients in hospital. The articles were discussed against the relevant scientific research literature.</p> <p><b>Conclusion:</b> Palliative cancer patients still experience insufficient pain relief. Since there are several factors that affect pain, it follows that there will be several factors that affect pain relief. Education, qualification and interaction with doctors and other healthcare personel is essential for sufficient pain relief. User participation and consideration of psychosocial needs are important for patients` quality of life. Pain assessment, information and control of side effects is also important.</p>		

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>5</b>
2.1 Kreft.....	5
2.1.1 Kreftbehandling.....	5
2.2 Smerte.....	5
2.2.1 Kreftsmerte.....	6
2.3 Smertekartlegging.....	6
2.4 Palliasjon.....	7
2.5 Sykepleie i møte med palliative kreftpasienter.....	7
2.6 Aktuelle lovverk.....	9
2.7 Hensikt og problemstilling.....	10
2.7.1 Avgrensning av problemstillingen.....	10
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>11</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	11
3.2 Søkestrategi.....	11
3.3 Søketablell.....	12
3.4 Utvelgelsesprosessen.....	15
3.4.1 Forskningsetikk.....	16
3.5 Analyse.....	16
3.6 Metodekritikk.....	17
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>18</b>
4.1 Artikkelmatrise.....	18
4.2 Sammenfatning av resultatene.....	21
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>22</b>
5.1 Informasjon og kommunikasjon med palliative kreftpasienter .....	22
5.2 Smertebehandling til palliative kreftpasienter.....	27
5.3 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling.....	32
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>33</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>34</b>

## 1.0 INNLEDNING

Temaet vi har valgt er av sykepleiefaglig relevans fordi palliasjon, smertebehandling og kreft er noe vi vil kunne møte gjennom vår rolle som sykepleiere. Som sykepleier er det viktig å hele tiden gjøre individuelle tilpasninger rettet mot pasientens smerter og ubehag. Lorentsen og Grov (2016) skriver at behovene og symptomene til palliative kreftpasienter vil kunne være utfordrende og til tider sammensatt, noe som gjør det vanskelig å sette i gang tiltak. Sandvik og Rustøen (2020) viser til at den rollen og funksjonen man har som sykepleier er helt sentral for å oppnå god smertelindring. Sykepleieren har plikt til å ta ansvar for håndtering av pasientens smerter. Behovet for at sykepleieren tilegner seg kunnskap og opprettholder faglig kompetanse er viktig for smertehåndtering.

Reitan (2014) skriver at pasienter med kreft vil kunne stå overfor mange utfordringer som inkluderer informasjon om diagnosen, behandling av sykdommen, håndtering av bivirkninger og senskader. Pasienter kan risikere tilbakefall, og noen må også forberede seg på døden. Vanskeligheten i pasientens situasjon tilsier at sykepleieren bør ha faglig kompetanse, slik at de kan møte pasientenes utfordringer på en etisk riktig og respektfull måte. Kreft er en kjent sykdom som rammer mange mennesker hvert år. I Kreftregisteret (2023) står det at i 2022 var det 38 265 personer som fikk kreft i Norge.

Helsedirektoratet (2019) viser til at palliative kreftpasienter vil oppleve ulike behov og symptomer i sykdomsforløpet. Det er vanlig å skille mellom kurativ, livsforlengende og palliativ behandling. Det er vesentlig at pasienten i samhandling med helsepersonell avklarer behandlingens intensjon og hva slags tiltak som skal iverksettes. Det kan være utfordrende å behandle kreftpasienter i palliativ fase fordi det kan være flere ulike årsaker samtidig, som for eksempel ettervirkninger av gjennomgått behandling, metabolske forandringer og psykiske reaksjoner. Hos mennesker som har vært til kreftbehandling vil mange oppleve smerte, utmattelse og andre kroniske plager som påvirker deres hverdag og livskvalitet. Når sykdommen ikke kan helbredes vil flere pasienter trenge hjelp til å kunne håndtere de kroniske plagene som følge av sykdommen.



## **2.0 BAKGRUNN**

I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på temaer som er sentrale for oppgaven vår.

Bakgrunnskapittelet tar for seg kreft, kreftbehandling, generell smerte, smerte tilknyttet kreft og smertekartlegging. I tillegg vil palliasjon bli definert. Videre tar bakgrunnskapittelet for seg sykepleie i møte med palliative kreftpasienter og aktuelle lovverk. Avslutningsvis vil hensikten med studien bli presentert sammen med problemstillingen og en avgrensning av denne.

### **2.1 Kreft**

I Lorentsen og Grov (2016) står det at kreft består av flere forskjellige sykdommer, som opptrer på ulike måter. Når kreft oppstår har det skjedd en feil slik at cellene i kroppen deler seg ukontrollert og ikke utfører de oppgavene de vanligvis skulle ha gjort. Kreftcellene vil deretter fortsette å dele seg, og det vil skje en opphopning av kreftceller i organet hvor den ukontrollerte veksten av kreftceller opprinnelig startet. Til slutt vil det dermed dannes en kreftsvulst. I motsetning til friske, fungerende celler har kreftceller også evnen til å vokse seg inn i andre organer, samtidig som de også kan spre seg via blodet eller lymfesystemet. Nome (2014) viser til at kreft kan være medfødt og at arvelige faktorer kan ha betydning for utviklingen av kreft, men at miljø og livsstil er avgjørende faktorer for kreftutvikling.

#### **2.1.1 Kreftbehandling**

Lorentsen og Grov (2016) skriver at den medisinske kreftbehandlingen avhenger av hvor kreften er lokalisert, og hvilken kreftform pasienten har. Cytostatikabehandling og strålebehandling er noen av de vanligste behandlingsmetodene for kreft. Strålebehandling blir i tillegg til vanlig behandling brukt for å lindre smerter til pasienter med skjelettmetastaser. Cytostatika kan også bli brukt i palliativ behandling hvor målet er å lindre pasientens smerter, samt forebygge symptomer og bedre livskvaliteten.

### **2.2 Smerte**

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte som: "*en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade*" (Torvik og Bjørø, 2015, s.390). Smerte er en sanseopplevelse som vil oppstå når man får en skade eller sykdom. Opplevelsen av smerte er sammensatt fordi den består av

både smertesignaler i nervesystemet, samt en følelsmessig del som vil kunne påvirkes av pasientens tidligere opplevelse av smerte (Felleskatalogen, 2022). I Helsedirektoratet (2019) står det at smerte vil kunne påvirkes av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle behov. På bakgrunn av så mange ulike faktorer vil smerte være vanskelig å behandle fordi det avhenger av flere ulike forhold, i tillegg til pasientens egen opplevelse av smerte.

### 2.2.1 Kreftsmerte

I Lorentsen og Grov (2016) beskrives flere ulike smerter som kreftpasienter kan oppleve. Kreftpasienter kan ha både kroniske og akutte smerter samtidig. Pasienter som har uhelbredelig kreft og som mottar palliativ behandling har som regel kroniske smerter med akutte episoder. Det finnes også en akutt form for smerte som kalles for gjennombruddssmerter, dette er smertetopper som vil komme i tillegg til den kroniske smerten og som kan utløses ved bevegelser eller oppstå spontant. Gjennombruddssmerter kan være både nociseptiv og nevropatisk og vil derfor være vanskelig å behandle med medikamenter (Lorentsen og Grov, 2016). Nociseptiv smerte stammer fra en kronisk vevsskade, mens ved nevropatiske smerter er det blitt skade eller sykdom i nervevevet (Felleskatalogen, 2022).

I Helsedirektoratet (2019) står det at ca. femti prosent av alle kreftpasienter generelt, og ca. sytti prosent av de som har langtkommen kreft opplever smerte. Smerte er svært sammensatt og ordet “total pain” blir ofte brukt når det gjelder palliasjon for å bedre beskrive hvor komplekst smerte er. I Helsedirektoratet (2019) sin handlingsplan for palliasjon i kreftomsorgen skrives det at sytti prosent av alle kreftsmarter er relatert til selve tumoren. Ca. tjue prosent er knyttet til behandling av kreften, som for eksempel kjemoterapi og strålebehandling. Kreftpasienter kan også oppleve annen smerte som kan relateres til svekkelse, som for eksempel trykksår og obstipasjon.

### 2.3 Smertekartlegging

Bjørge (2014) presiserer at når det skal settes en riktig smertediagnose er det sentralt å innhente anamnese og gjøre en klinisk undersøkelse. Det er flere faktorer som bør tenkes på når man skal kartlegge smerte og før smertebehandling igangsettes. Faktorer som er viktig å ta hensyn til ved en smertekartlegging er blant annet lokalisering av smerten.

Smertelokalisasjonen vil kunne fortelle hvilket organ eller hvilke vevsstrukturer som er opphavet til smerten. Den type smerte pasienten har vil være med på å avgjøre hva slags

behandlingstiltak som skal igangsettes. For å måle smerteintensiteten blir det blant annet brukt visuell analog skala (VAS). Ved bruk av VAS krysser pasienten av på en linje som viser til at 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Pasienten kan også uttrykke dette verbalt. VAS gir et godt bilde av pasientens smerter på vurderingstidspunktet, og vil også kunne vise endringer i smerteintensiteten og dermed kunne si om behandlingen har effekt eller om det kreves endringer (Bjørø, 2014). Flere smertekartleggingsverktøy blir nærmere forklart under punkt 5.2.

## **2.4 Palliasjon**

Palliasjon defineres som *“Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art”* (Helsedirektoratet, 2019 s. 7).

Helsedirektoratet (2019) skriver at hovedfokuset ved palliasjon er å sørge for god lindring og best mulig livskvalitet for pasienten underveis i sykdomsforløpet. Det er viktig for helsepersonell å ha kunnskap om sykdommen, om ulike behandlingsmetoder, kartlegging av symptomer og lindring. Samtidig skal det forekomme godt samarbeid på tvers av ulike profesjoner og nivåer i helsetjenesten, og at pasienten får medvirke aktivt til sin behandling. I handlingsprogrammet for palliasjon er det skrevet flere punkter med viktige fokusområder når det gjelder palliativ behandling, dette gjelder blant annet systematisk kartlegging, symptomlindring, kommunikasjon og livskvalitet. Under drøftingskapittelet vil noen av fokusområdene bli beskrevet tydeligere.

## **2.5 Sykepleie i møte med palliative kreftpasienter**

Lorentsen og Grov (2016) skriver om sykepleiefaglige utfordringer som kan oppstå i møte med kreftpasienter. Som tidligere nevnt vil det å bli rammet av en kreftsykdom påvirke hele mennesket. I tillegg kan pasienter med kreft oppleve situasjonen som sårbar og stressende. Medisinsk behandling basert på god kunnskap er en forutsetning, men det er også avgjørende for pasienten sin tilfredshet hvordan vedkommende ivaretas i møte med helsepersonell. Pasientstudier viser at gode og omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier har en

betydning for opplevelsen av livskvalitet og helse. Det er viktig at sykepleieren møter pasienten med respekt og empati. Lorentsen og Grov (2016) skriver at omsorg er en viktig faktor i utføringen av sykepleie til kreftpasienter. Det moralske aspektet i omsorg omhandler kvaliteten i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleierens holdninger og stemningsleie vil kunne virke inn på hvordan pasientene har det. God omsorg vil i tillegg kunne føre til at pasienten føler seg vel, samtidig som de får økt styrke og mot.

I Lorentsen og Grov (2016) vises det til at i den palliative fasen vil de helserelevante behovene og symptomene være både komplekse og sammensatte, som vil gjøre det utfordrende når tiltak skal igangsettes. Lindring av symptomer er sentralt i behandlingen, men også i selve sykepleien. Symptomlindring vil derfor også bli rettet mot lindring av eksistensielle bekymringer, samt plager av sosial og psykisk karakter. Det er ofte at flere symptomer må behandles i sammenheng med hverandre, det kan for eksempel dreie seg om dyspné, angst og fatigue, og som sykepleier må man derfor tilnærme seg alle symptomene samtidig. I den palliative fasen vil pasientens symptomer forandres, og det vil være nødvendig å se sammenhengen mellom symptomene og utviklingen over tid.

Virginia Henderson mente at det grunnleggende formålet til sykepleieren er å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre står det: *“Sykepleierens særegne funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse”* (Holter, 2015, s. 111). I Lorentsen og Grov (2016) vises det også til at en av sykepleieres funksjoner er å ivareta pasientens grunnleggende behov, dette inkluderer å gi hjelp til å utføre daglige gjøremål. Når pasienten er i en palliativ fase vil behovet for hjelp og støtte fra helsepersonell variere etter som hvordan sykdommen utvikler seg.

Sneltvedt (2016) skriver at de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal verne om de viktige verdiene sykepleiere har og konkretisere hva god praksis skal være. Disse retningslinjene handler om hvilke forhold sykepleieren har til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunnet ellers. Som sykepleier møter man mennesker som er permanent eller midlertidig ute av stand til å ivareta sine egne interesser. Sykepleiere har en plikt til å ivareta pasienter på en moralsk forsvarlig måte. De fire etiske

prinsippene sier noe om hvordan sykepleie skal utføres. De etiske prinsippene omhandler det å ikke skade, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet. Det moralske og etiske aspektet er svært viktig i klinisk sykepleie. Det er et krav at sykepleieren selv har ansvar for å være oppdatert og yte best mulig sykepleie til enhver tid, i tillegg er det også et krav om faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis (Nortvedt og Grønseth, 2016). Lorentsen og Grov (2016) skriver hvordan sykepleieprosessen brukes som arbeidsmetode. Her blir ulike punkter dokumentert for å gi grunnlag til videre planlegging for behandlingen, denne prosessen er sentral da god oppfølging av smerter hos palliative kreftpasienter er essensielt.

## **2.6 Aktuelle lovverk**

I Hellesø (2016) står det at helse- og omsorgstjenesten har flere lover, som vil kunne ha betydning for rettighetene til pasientene, pliktene som helsepersonell har, og for de kravene som stilles til tjenesten. I de forskjellige lovene er det utarbeidet forskrifter som gir detaljerte beskrivelser for hvordan disse lovene skal fungere i praksis. Det er på bakgrunn av dette viktig at sykepleiere må kjenne til både lovene og forskriftene. Nedenfor vises det til de lovene som er aktuelle for oppgaven.

Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) gjelder for alle som oppholder seg i samfunnet. Formålet med loven er å sørge for at befolkningen har den samme tilgangen på tjenester, samtidig som at tjenesten skal være av god kvalitet i samsvar med pasienter- og brukers rettigheter.

Helsepersonelloven (1999) gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp til mennesker i samfunnet. Formålet med loven er å sikre at pasienter og brukere blir ivaretatt, og samtidig sørge for en god kvalitet på tjenesten som gis. En annen del av formålet med loven er at pasienter og brukere har tillit til helsepersonell og tjenesten.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) gjelder for spesialisthelsetjenester som gis i landet. Formålet med loven er å fremme folkehelse, motvirke skade eller sykdom, samt sikre god kvalitet på tjenestetilbudet. I tillegg skal loven bidra til at tjenestene er tilgjengelige, samtidig sørge for at de er tilpasset pasienten.

## 2.7 Hensikt og problemstilling

I denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om faktorer som bidrar til å lindre smerte hos palliative kreftpasienter, samtidig ønsker vi belyse et tema som er viktig og utfordrende. Palliasjon handler om mer enn bare medisinsk behandling. Vi har valgt å skrive om hvordan sykepleiere kan bidra til god smertelindring hos palliative kreftpasienter i sykehus. Vi har tidligere erfaringer med palliasjon og synes derfor dette er et spennende fagområde. Oppgaven bygger på pensum, faglitteratur og vitenskapelige artikler som er relevante for temaet. Med bakgrunn i dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*“Hvordan kan vi som sykepleiere gi god smertelindring til palliative kreftpasienter i sykehus?”*

### 2.7.1 Avgrensning av problemstillingen

Vi ønsker å skrive om hvordan sykepleiere kan gi god smertelindring til palliative kreftpasienter. Vi avgrenser til palliative kreftpasienter i sykehus, her inkluderes pasienter som er inneliggende og pasienter som kommer til poliklinikk. Vi har ikke gjort noen avgrensning i forhold til hvilken kreftdiagnose, men dette er på generell basis. Vi har valgt å ekskludere den terminale fasen, og forholder oss til starten på den palliative fasen og frem til pasienten anses å være pre-terminal.

### **3.0 METODE**

I første del av dette kapittelet presenteres litteraturstudie som metode. Søkestrategi vil bli beskrevet, sammen med inklusjon- og eksklusjonskriterier. I tillegg vil det i en tabell være en fremgangsmåte for hvordan hver enkelt artikkel ble funnet. I utvelgelsesprosessen blir det gjort rede for kvalitativ og kvantitativ metode, kildekritikk og forskningsetikk. Vi vil også beskrive hvordan vi gikk fram for å analysere de vitenskapelige artiklene. Til slutt presenteres metodekritikk for oppgaven.

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

I vår bacheloroppgave skal litteraturstudie som metode brukes. I en litteraturstudie systematiseres kunnskap fra ulike kilder. Det vil si at man innhenter litteratur og gjør kritiske vurderinger. Hensikten med en slik studie er å sørge for at leseren får forståelse av kunnskapen knyttet til det temaet problemstillingen etterspør. Samtidig skal det være enkelt for leseren å finne frem til kunnskapen (Thidemann, 2017).

#### **3.2 Søkestrategi**

Vi benyttet oss av PICO-skjema som hjelp til å finne en presis problemstilling, i tillegg vil et PICO-skjema være hensiktsmessig fordi det gjør søkene oversiktlige. For å gjøre et effektivt søk er det hensiktsmessig å danne en god søkestrategi. Søkestrategi handler om å finne søkeord og kombinasjoner for å gjøre søk i en database (Thidemann, 2017). Det ble laget en oversikt over inklusjons - og eksklusjonskriterier som ble brukt til å hjelpe oss i søkeprosessen. Thidemann (2017) skriver at hensikten med inklusjons- og eksklusjonskriterier er at man tydeliggjør litteratursøket i tillegg til at mengden litteratur avgrenses. Oversikten over inklusjons- og eksklusjonskriterier er presentert nedenfor. Vi benyttet Cinahl Complete og Pubmed som databaser for våre søk. I hovedsak skal det benyttes lik søkestrategi i begge databaser, men i Pubmed endte vi med 4099 artikler, og måtte derfor avgrense søket ved å legge til to nye ord. Vi måtte i tillegg avgrense fra 2018-2023 for å få et akseptabelt antall treff slik at det ble mulig for oss å starte arbeidet med å finne relevante artikler. Søketablellen under punkt 3.3 viser hvordan vi gikk frem.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert Språk: Norsk og engelsk Alle kreftformer Studie foretatt i sykehus Pasienter over 18 år Palliasjon Behandling av smerte Pasient- og sykepleieperspektiv IMRaD-struktur	Fagartikler og andre publikasjoner Andre språk enn norsk og engelsk Studie foretatt utenfor sykehus og i hjemmet Barn og ungdom under 18 år Terminal Pårørende

### 3.3 Søketablell

Database og dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Inkluderte artikler
Cinahl 14.04.2023	S1	Cancer Patients	48 633		
	S2	Palliative care	42 050		
	S3	Pain	236 265		



	S4	Pain management	13 256		
	S5	1 AND 2 AND 3 AND 4	65		A, B, C, F
Pubmed 31.03.2023	S1	Cancer patients	1 969 085		
	S2	Palliative care	99 014		
	S3	Pain	996 652		
	S4	Pain management	167 473		
	S5	1 AND 2 AND 3 AND 4	4099		
	S6	Hospital	6 638 895		

	S7	S5 AND S6	1933		
	S8	Nurse	429 040		
	S9	7 AND 8	75	2018-2023	D, E

### Inkluderte artikler

**A:** Cowperthwaite, S.M og Kozachik, S.L. (2019) Improving the pain experience for hospitalized patients with cancer, *Oncology Nursing Forum*, 46 (2), s. 198-207.

**B:** Silva *et al.* (2020) Palliative care consultation team: symptom relief in first 48 hours of hospitalization, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (6).

**C:** Meads *et al.* (2017) Patient Preferences for Pain Management in Advanced Cancer: Results from a Discrete Choice Experiment, *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 10 (5), s. 643-651.

**D:** Prisutkul *et al.* (2022) The effectiveness of a pain management programme on pain control and quality of life in patients with metastatic cancer, *International journal of palliative nursing*, 28 (9), s. 436-444.

**E:** Geum *et al.* (2019) Interprofessional Collaboration Between a Multidisciplinary Palliative Care Team and the Team Pharmacist on Pain Management, *American journal of hospice and palliative medicine*, 36 (7).

**F:** Al-Ansari *et al.* (2021) The pattern of change in opioid and adjuvant prescriptions for cancer pain before and after referral to a comprehensive program in the Palliative Care Center in Kuwait, *BMC Palliative Care*, 20 (1), s. 1-12.

### 3.4 Utvelgelsesprosessen

Som tidligere nevnt har vi brukt Cinahl Complete og Pubmed som begge er kjente databaser med publikasjoner og tidsskrifter innenfor medisin og helsefag. Vi endte opp med totalt 65 artikler i Cinahl og 75 artikler i Pubmed. Ved utvelgelse startet vi med å lese overskrifter for å se om disse var relevante for vår problemstilling, vi forkastet flere artikler her fordi de ikke var relevante for oppgaven. Videre leste vi over sammendrag for å få en oversikt over innholdet i artiklene, her ble det også forkastet flere artikler fordi innholdet ikke passet til temaet. Deretter leste vi resultatkapittelet, for å se om det gav oss noe vi kunne bruke i oppgaven. Det var på grunnlag av dette vi kom frem til de artiklene vi har brukt i oppgaven. Det ble til slutt sjekket at artiklene hadde IMRaD-struktur og at de var fagfellevurdert.

Gjennom utvelgelsen har vi vært kildekritiske og forsikret oss om at informasjonen vi har brukt er innhentet fra troverdige kilder. I Dalland og Trygstad (2019) står det at alle kilder må gjennomgå en prosess slik at man forsikrer seg om at kildene kan brukes. Det vil si at all informasjon som innhentes må vurderes, både når det gjelder kvalitet og hvor relevant den er for oppgaven. En slik gjennomgang kalles informasjonskompetanse hvor man blant annet vurderer informasjonen kritisk når det gjelder både relevans og pålitelighet. Videre i Dalland og Trygstad (2019) står det at det som er viktig å tenke på når det gjelder kildekritikk er at man må kunne fastslå om de opplysningene man har funnet er sanne og om kildens opphav er troverdig. Samtidig må også kilden være relevant for problemstillingen. De artiklene vi har funnet har vi gått nøye igjennom for å sørge for at de er relevante for oppgaven, og at de er publisert i tidsskrifter som er troverdige.

De seks vitenskapelige artiklene som vi har valgt benytter kvantitativ metode. Thidemann (2017) skriver at kvantitativ metode bygger på den naturvitenskapelige tradisjonen. Kvantitativ data er eksakt faktakunnskap, det vil si målbare enheter slik som for eksempel tall. Det er hensiktsmessig å bruke kvantitative datainnsamlingsmetoder når man har spørsmål om hvor ofte eller om hvor mye. Data samles inn gjennom eksperiment, systematisk observasjon og spørreskjema. Metoden kjennetegnes ved at man får få opplysninger om mange undersøkelser. Kvalitativ metode derimot handler om den humanvitenskapelige tradisjonen hvor hensikten omhandler for eksempel meninger, erfaringer og opplevelser. Det er hensiktsmessig å bruke kvalitative datainnsamlingsmetoder når man vil ha svar på spørsmål som for eksempel hva betyr det eller hvordan fungerer det. Data samles inn

gjennom dokumentanalyse, feltarbeid, observasjoner og intervju. Metoden kjennetegnes ved mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2017).

### 3.4.1 Forskningsetikk

I Dalland (2019) skrives det at forskningsetikk handler om å vurdere forskning sammenlignet med de normer og verdier som sees ellers i samfunnet. Det er viktig å ivareta personvernet og forsikre seg om at de personene som deltar i forskningen ikke blir påført skade, eller at det oppstår unødvendige belastninger. Forskningen må heller ikke skje på bekostning av deltakernes integritet og velferd. Etske overveielser handler om hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører. Det er viktig med tillit og ivaretagelse av mennesker som er med i forskning (Dalland, 2019). Flere av våre artikler påpeker at de er godkjente av etiske komitéer, i tillegg har alle artiklene beholdt anonymiteten og eliminert sensitive opplysninger som kan identifisere den enkelte pasient. Dette ser vi på som viktig, og derfor har vi valgt å inkludere dette i oppgaven.

Loge og Ekeberg (2013) viser til at palliative kreftpasienter anses som å være i en sårbar gruppe og i Helsinkideklarasjonen står hensynet til sårbare pasienter sterkt. Helsinkideklarasjonen ble vedtatt av World Medical Association på generalforsamlingen i Helsinki i 1964, og er i dag den mest sentrale profesjonsnormen når det gjelder medisinsk forskning, både i Norge og i andre land. De aller fleste som arbeider med forskning og forskningsetikk, må forholde seg til denne deklarasjonen. Prinsipper om pasientene sin medvirkning, informasjon og samtykke står veldig sentralt. Deklarasjonen bygger på prinsippet om at behovet for ny kunnskap aldri skal forsvare at de involverte i forskningsprosjektet blir utsatt for unødvendig og ufrivillig ubehag og risiko (Den norske legeförening, 2012).

### 3.5 Analyse

Vi har latt oss inspirere av Aveyard (2014) sine syv trinn for tematisk analyse. Artiklene ble først lest og gjennomgått grundig hver for oss, dette med hensikt for å sikre troverdigheten og forståelsen av studiene. Det første trinnet Aveyard (2014) beskriver er å summere funnene, for å få en bedre forståelse av innholdet i de valgte artiklene. Det ble laget en tabell som tar for seg hensikt, metode og resultat. Tabellen ble benyttet for å få en tydelig oversikt over forskningsdesignet og resultatene. I resultatkapittelet presenteres tabellen. Ved neste trinn ble de ulike temaoverskriftene identifisert. Vi gikk gjennom resultatdelen i hver artikkel og kom

frem til temaoverskriften som oppsummerte hver del. I trinn tre kom vi frem til ulike kategorier som representerer innholdet i de seks artiklene. Videre ble funnene sammenlignet slik at vi kunne identifisere forskjeller og likheter, i tillegg sørget vi for at kategoriene passet sammen med temaoverskriften. Temaene ble deretter sammenlignet ved å se på to ting: om navnene dekker og om de forskjellige kategoriene passer inn under temaoverskriftene. Ved sammenligning ble det sett på ulikhetene som kunne komme frem i artiklene. Ved det siste trinnet gikk vi gjennom temaene nøye for å se om de ulike kategoriene passet sammen (Aveyard, 2014).

### **3.6 Metodekritikk**

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven, ser vi at det er noen ting som kunne vært gjort annerledes. I søkeprosessen kunne det blitt inkludert ikke-medikamentell behandling som et søkeord for å få flere artikler som omhandler behandlingsmetoder som ikke inkluderer medikamenter. Ved å se forskjeller fra medikamentell og ikke-medikamentell behandling kunne det gitt et mer nyansert svar på problemstillingen. Både i bakgrunnskapittelet og i drøftingskapittelet nevner vi blant annet strålebehandling og cytostatika som behandlingsmetoder. Disse behandlingsmetodene blir også brukt som smertelindring i palliasjon til kreftpasienter, men vi har valgt å bare nevne dette med noen få setninger, da kreftbehandling og smertelindring er et så stort tema for oppgavens omfang at vi har valgt å utelate dette.

## 4.0 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres de utvalgte vitenskapelige artiklene i en tabell. Til slutt vises det sammenfattede resultatet.

### 4.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/funn	Kommentar
<p><b>A:</b> Cowperthwaite, S.M og Kozachik, S. L. (2019) Improving the pain experience for hospitalized patients with cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 46 (2), s. 198-207.</p>	<p>Formålet med denne studien var å se effekten av evidensbasert smertelindring hos kreftpasienter. Samt undersøke sykepleiere sin kunnskap, og hva slags holdninger de har når det gjelder smerte.</p>	<p>En intervensjonsstudie som tok for seg sykepleiere og pasienter i en pre - og post-behandlingsgruppe. Studien inkluderte opplæring av personalet, en forbedring av kommunikasjon, innføring av omsorgsattferd og forbedring av pasientopplæring I tillegg til opplæring for å kunne redusere smerter på en bedre måte.</p>	<p>Pasientene sin tilfredshet med personalet ble forbedret fra pre-behandlingsgruppen og til post-behandlingsgruppen. Det ble derimot ikke observert noen forskjell når det gjaldt smerteintensitet.</p>	<p>Det er viktig å ha fokus på opplæring av personalet, både når det gjelder utdanning og atferd, like så vel som fokus på pasientopplæring og god smertelindring.</p>
<p><b>B:</b> Silva <i>et al.</i> (2020) Palliative care consultation team: symptom relief in first 48 hours of hospitalization, <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, 73 (6).</p>	<p>Hensikten med denne studien var å sammenligne effektiviteten til to tema; palliativ konsultasjonsteam (PPCT) og tradisjonelt omsorgsteam (TC) når det gjaldt symptomkontroll hos pasienter med avansert kreft.</p>	<p>En pragmatisk studie som tok for seg 290 pasienter hvor Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ble brukt som kartleggingsverktøy for å identifisere smerte hos kreftpasientene.</p>	<p>Hos PPCT-gruppen kunne man se en reduksjon i smerte, kvalme, dyspné og depresjon etter 48 timer. Ved sammenligning hos TC-gruppen ser man en reduksjon av kvalme, angst, dødsighet, appetitt, dyspné, søvn og</p>	<p>Artikkelen er sentral for vår problemstilling fordi den viser viktigheten av samhandling for å oppnå god smertelindring til kreftpasienter. Samtidig viser den også at det å lindre symptomene til palliative kreftpasienter</p>

			symptombelastning.	på en klinisk relevant måte er en utfordring.
<b>C:</b> Meads <i>et al.</i> (2017) Patient Preferences for Pain Management in Advanced Cancer: Results from a Discrete Choice Experiment. <i>The Patient-Centered Outcomes Research</i> , 10 (5), s. 643-651.	Studien viste til at smerter hos kreftpasienter er utbredt, alvorlige og underbehandlet. Målet med studien var å forstå pasientens ønsker for smertebehandling og å informere om tjenesteutvikling.	Studien tok for seg pasienter som besvarte spørsmål som omhandlet kliniske og helserelaterte problemstillinger. Det inkluderte blant annet ventetid, type helsepersonell, egne utgifter og oppfølging i forbindelse med bivirkninger.	Det viktigste for pasientene når det gjaldt smertebehandling var god informasjon og kommunikasjon. I tillegg til god smertekontroll, ingen egne utgifter og god oppfølging av bivirkninger.	Det finnes flere aspekter og ulike faktorer ved god smertelindring. Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling fordi den viser til at det er andre faktorer enn medikamentell behandling som har betydning for smertelindring.
<b>D:</b> Prisutkul <i>et al.</i> (2022) The effectiveness of a pain management program on pain control and quality of life in patients with metastatic cancer. <i>International journal of palliative nursing</i> , 28	Målet med denne studien var å sammenligne effekten av en eksisterende prosedyre og et nytt smertebehandlingsprogram som begge tok for seg smertekontroll og livskvalitet hos kreftpasienter med smerte.	Det ble gjort en anonym studie av kreftpasienter med smerter som trengte opioidbehandling. Pasientene ble fordelt, hvor den ene gruppa tok for seg smertevurdering og behandling basert på det nye smertebehandlingsbehandlingsprogrammet, og den andre gruppa ble behandlet etter en eksisterende prosedyre.	Det viste seg at pasientene i det nye programmet hadde lavere smerteintensitetsscore, samt tydelige forskjeller i livskvalitet sammenlignet med de pasientene som ble behandlet etter eksisterende prosedyre.	Artikkelen er sentral for vår problemstilling fordi den belyser et tema som er utfordrende, i tillegg påvirker smerte livskvaliteten hos pasienter med kreft.

(9), s. 436-444.				
<p><b>E:</b> Geum <i>et al.</i> (2019) Interprofessional Collaboration Between a Multidisciplinary Palliative Care Team and the Team Pharmacist on Pain Management. <i>American journal of hospice and palliative medicine</i>, 36 (7).</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere effekten av smertebehandling utført av et palliativt team som besto av blant annet lege, farmasøyt og sykepleiere.</p>	<p>Pasienter som var innlagt på palliativ avdeling over syv dager ble vurdert på tre tidspunkter. Vurderingen ble gjort syv dager før innleggelse, på innleggelsesdagen og syv dager etter innleggelse. Smerteintensitet og analgetisk bruk ble sammenlignet på de tre ulike tidspunktene.</p>	<p>Studiene resulterte i at smerteintensiteten avtok på tredje vurderingstidspunkt sammenlignet med det andre vurderingstidspunktet. I tillegg ble det funnet en negativ sammenheng mellom smerteintensitet og riktig bruk av smertelindrende medikamenter.</p>	<p>Det viser seg at samhandling er viktig for å kunne oppnå riktig og optimal smertelindring. Artikkelen er relevant for vår problemstilling, fordi den belyser at smertelindring er utfordrende.</p>
<p><b>F:</b> Al-Ansari <i>et al.</i> (2021). The pattern of change in opioid and adjuvant prescriptions for cancer pain before and after referral to a comprehensive program in the Palliative Care Center in Kuwait. <i>BMC Palliative Care</i>, 20 (1), s. 1-12.</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive kontroll av smerte og endringsmønsteret i forhold til bruk av opioider og tilleggsbehandling relatert til kreft.</p>	<p>Det ble gjennomført en kohortstudie hvor det ble målt smerteintensitet og andre symptomer ved bruk av ESAS. Det ble gjennomført ved den første konsultasjonen, før oppstart av palliativ behandling og deretter på dag tre, seks og fjorten.</p>	<p>Studien viste at pasientene opplevde en forbedring av smerte, angst og depresjon innen dag seks. Det ble også sett en nedgang i smerteintensiteten. Flere pasienter benyttet ikke opioider før henvisningen, det førte derfor til en økning i bruk av opioider fordi WHO har utarbeidet retningslinjer for smertelindring knyttet til kreftbehandling.</p>	<p>Artiklene viser at god smertebehandling er med på å forbedre livskvalitet. Den belyser også viktigheten av smertekartlegging, som viser seg å være essensielt for god smertelindring.</p>



## 4.2 Sammenfatning av resultatene

De artiklene som ble valgt sier noe om hva som kan bidra til å redusere smerte hos palliative kreftpasienter, i tillegg viser artiklene til at det finnes andre faktorer som er med på å redusere smerte. Vårt sammenfattende resultat kom frem til to temaoverskrifter: 1. Informasjon og kommunikasjon med palliative kreftpasienter i sykehus og 2. Smertebehandling til palliative kreftpasienter i sykehus. Tabellen nedenfor viser en oversikt over kategorier til de valgte temaoverskriftene.

<b>Temaoverskrift</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
- Informasjon og kommunikasjon med palliative kreftpasienter i sykehus	- Samhandling - Livskvalitet - Opplæring og kompetanse	A, B, C, D, E, F
- Smertebehandling til palliative kreftpasienter i sykehus	- Smertekartlegging - Bivirkninger - Medikamentell behandling	C, D, E, F

## 5.0 DRØFTING

For å besvare problemstillingen «Hvordan kan vi som sykepleiere gi god smertelindring til palliative kreftpasienter i sykehus?» vil de to temaoverskriftene fra det sammenfattede resultatet drøftes opp mot pensum, relevant faglitteratur og de valgte artiklene. Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling vil også bli presentert.

### 5.1 Informasjon og kommunikasjon med palliative kreftpasienter i sykehus

Under dette temaet drøftes samhandling, livskvalitet, opplæring og kompetanse opp mot hvilken betydning dette har for smertelindring.

Kommunikasjon defineres som: *“En prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt”* (Heyn, 2015. s. 364). Reitan (2014) skriver at kommunikasjon omhandler det å bli kjent med pasienten, sette seg inn i, og forstå hvordan pasienten har det. Samtidig kan kommunikasjon bidra til å hjelpe pasienten med å mestre og lindre sykdommen. Kommunikasjon er svært relevant fordi det handler om informasjonsoverføring. Det er vesentlig at kommunikasjon og samhandling med den palliative kreftpasienten ligger til grunn for en god utøvelse av sykepleie. Kommunikasjon handler om formidling av ulik informasjon, samtidig handler det om hvordan man som sykepleier informerer pasienten på en god måte. Meads *et al.* (2017) viser til at en av de største preferansene for god smertekontroll er kommunikasjon og informasjon fra helsepersonell.

Heyn (2015) viser til at det er flere grunner til at man som sykepleier må være god til å kommunisere. Pasienter er ofte i en sårbar situasjon der de føler de ikke har kontroll på det som skjer, de har derfor behov for god informasjon og støtte. Pasienter kan oppleve det å håndtere sykdommen på en bedre måte når sykepleieren kommuniserer på en støttende og empatisk måte. Reitan (2014) skriver at forholdet sykepleieren har til pasienten er avgjørende for hva man snakker om og hvordan man snakker. Det er viktig at man som sykepleier informerer pasienten ved å velge temaer og måter å uttrykke seg på slik at pasienten forstår informasjonen ut ifra pasientens forutsetninger. En av forutsetningene med å forstå hverandre handler om evnen til å kunne sette seg inn i hvordan andre har det. Det er viktig at pasienten

forstår informasjonen sykepleieren gir, like så viktig er det at sykepleieren har forståelse for hva sykdommen betyr for pasienten.

Videre skriver Reitan (2014) at en viktig del av kommunikasjonen handler om at pasienten har tilgang på informasjon om seg selv. Som sykepleier har man ansvar for å gi informasjon relatert til behandlingsopplegget, i tillegg skal sykepleieren informere pasienten om det som gjøres i utøvelse av sykepleie. § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) viser til at pasienten skal ha den informasjon som er sentral for å kunne forstå og sette seg inn i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Derimot viser (Meld. St. 24 (2019-2020)) at pasientens ønske om å bli informert og medvirke i egen behandling ikke alltid blir ivarettatt. I tillegg sier (Meld. St. 24 (2019-2020)) at hvis pasienter forstår informasjonen om egen helse og behandling, er det enklere å medvirke i behandlingsprosessen. Det er derfor viktig at man som sykepleier er presis i kommunikasjon, slik at pasienten får den informasjonen vedkommende har krav på.

I Heyn (2015) står det at den beskjedne som sendes og den beskjedne som mottas ikke alltid er den samme, dette er fordi det også formidles følelser i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Pasientens tilfredshet og sikkerhet kan påvirkes når det oppstår kommunikasjonssvikt. Med kommunikasjonssvikt menes det informasjon som ikke er fullstendig eller forståelig for pasienten. På bakgrunn av pasientens sykdom kan det derfor være vanskelig å forstå og huske den informasjonen som blir gitt. Som sykepleier kreves det derfor at man må ta hensyn til pasientens forståelse av informasjonen. Videre må det avklares om pasienten har forstått det som har blitt formidlet.

Hellesø (2015) viser til at det er en forutsetning at ulike profesjonsgrupper og etater samhandler for å kunne hjelpe pasienter med ulike behov. Molven (2015) skriver at samhandling mellom sykepleier og lege er en viktig del av behandlingen til pasienten. Når det er snakk om undersøkelser og behandling er det legen som er tillagt myndighet til å bestemme, derimot gjelder ikke dette i pleie. Det skal ligge faglige overveielser og begrunnelser for helsehjelpen som gis uavhengig av hvem som tar beslutningen. I hovedsak skal man som sykepleier følge legens beslutninger, men en del av sykepleieprofesjonen innebærer at man har et selvstendig ansvar for å vurdere faglig forsvarlighet ved det man gjør, og at man er pliktig til å si ifra når noe oppleves som uforsvarlig.

Samhandling defineres slik: “*Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*” (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13). Både i Geum *et al.* (2019) og Silva *et al.* (2020) ser man at samhandling er viktig og at det kan være avgjørende for en god behandling, derimot ser man i (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) at både pasienter og tjenester gir tilbakemeldinger om at samhandling fremdeles er et problem. Dårlig eller manglende samhandling kan føre til at pasienten opplever tjenesten som uoversiktlig, i tillegg vil pasienten være den tapende part. Samhandling handler om respekt for pasientens behov, kvaliteten på de ulike tjenestene og om de tjenestene som gis er forsvarlige.

Helsedirektoratet (2019) viser også til at samarbeid på tvers av profesjoner og tjenestenivåer bedrer kvaliteten på tjenesten som gis. Pasienter som har behov for palliativ behandling vil ha behov for ulike tilbud fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Individuell- og pasientrettet behandling krever at pasienten får behandling der han eller hun oppholder seg. Samhandling og organisering av tjenestene som gis er avgjørende for å få til dette. Behovet for palliativ behandling vil endre seg ettersom hvilken fase sykdommen opptrer. God informasjonsoverføring og kunnskap om pasienten er sentralt for å sikre trygg behandling med god kvalitet. For å skape en best mulig samhandling er en individuell plan et viktig verktøy som kan brukes. I Hellesø (2015) står det at pasienter med kroniske og sammensatte lidelser har tidligere erfart en helsetjeneste med manglende samhandling, og det er derfor viktig med en individuell plan som sørger for at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud.

Helsedirektoratet (2019) skriver at kartlegging av pasientens preferanser, hvordan vedkommende ønsker å benytte tiden sin og refleksjon rundt behandling er viktig for å oppnå best mulig livskvalitet. Lorentsen og Grov (2016) skriver at livskvalitet er et sentralt begrep og kan beskrives som “det gode liv”. Videre presenteres en tredelt pyramide som gir en oversikt over de faktorene som legges til grunn for livskvalitet. Det innebærer blant annet tilfredshet med livet, samt fysiske, psykiske og sosiale faktorer som er viktig for både helse og velvære. Det omhandler også spesifikk livskvalitet som utdyper de helserelevante problemene pasienten kan oppleve i den palliative fasen slik som smerte, kvalme og andre utfordringer som kan knyttes til selve sykdommen. I Silva *et al.* (2020) står det at kreftpasienter har flere ulike symptomer som vil være med på å svekke funksjonaliteten og

som også er med på å påvirke deres livskvalitet negativt. Palliative kreftpasienter opplever flere symptomer som er vanskelig å behandle tilstrekkelig, ofte har pasientene mye smerter, og de kan i tillegg ha andre symptomer som for eksempel tretthet, døsighet, angst, depresjon og søvnløshet.

Eriksen (2015) skriver at som sykepleier vil man kunne møte ulike pasienter med forskjellige sykdommer og helseplager. Helseplagene vil kunne påvirke pasientenes liv på ulike måter, og hva som vil kunne lindre pasienten er både individuelt og sammensatt. Videre skriver Eriksen (2015) at alle mennesker har psykososiale behov, og disse er blant annet grunnleggende for hvordan vi har det. Flere elementer i vår psykososiale helse handler også om det å være trygg og tilfreds, i tillegg til det å kunne oppleve fellesskap og støtte. De psykososiale behovene vi mennesker har omhandler både et emosjonelt og relasjonelt perspektiv, hvor det emosjonelle omfatter reaksjoner og følelser.

Det relasjonelle perspektivet handler om det behovet vi har for fellesskap, sosial kontakt med andre mennesker og følelsesmessig støtte. Når man vektlegger psykososiale behov, anerkjenner man samtidig at det er viktig med ulike perspektiver både når det gjelder forebygging og behandling, for å sørge for at pasienten har det bra og samtidig oppnår god helse. I Eriksen (2015) står det at Virginia Henderson mente at sykepleieres hovedfokus bør være pasientens opplevelse og forståelse av sykdom og situasjonen. Henderson fokuserte også på de psykiske, sosiale og eksistensielle behovene. Ved ivaretagelse av de psykososiale behovene er det viktig å huske at de skal tilpasses individuelt til hver enkelt pasient. Sykepleiere må ta seg tid til å bli kjent med pasienten og lytte til behovene vedkommende har. Sykepleieren må også kunne legge til rette for at pasienten skal få uttrykke sine egne følelser og opplevelser (Eriksen, 2015).

Pasientens opplevelse av medvirkning er viktig for livskvaliteten. I både helselovverket og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står brukermedvirkning sentralt. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 står det at pasienten har rett til å medvirke når det skal gjennomføres helse- og omsorgstjenester. Medvirkningen skal tilpasses den enkelte pasient og så langt det er mulig skal tilbudet om tjeneste utformes i samarbeid med pasienten. Dersom pasienten ønsker at andre personer skal være til stede under utøvelse av helse- og omsorgstjenester, skal dette alltid imøtekommes.

I Prisutkul *et al.* (2022) ble Functional Assessment of Cancer Therapy-General brukt som spørreskjema for å kartlegge helserelatert livskvalitet hos pasienter som gjennomgår kreftbehandling. Mangelfull behandling av kronisk smerte kan påvirke livskvaliteten på en negativ måte, i tillegg kan pasienter med sterke smerter respondere negativt når det gjelder det emosjonelle. Det viser seg allikevel at de pasientene som rapporterte en lavere smerteintensitet i denne studien, også viste en forbedring når det kom til generell livskvalitet. I Al-Ansari *et al.* (2019) står det at selve kjernen i palliativ behandling er nettopp det å ta hensyn til pasientenes dyptgående, fysiske, følelsesmessige og åndelige lidelse.

I Lorentsen og Grov (2016) står det at pasienter vil kunne oppleve ulike belastninger i den palliative fasen, og at dette kan føre til angst og depresjonslignende tilstander. Behandlingstiltakene som blir igangsatt må sees i sammenheng med pasientens psykiske, sosiale og eksistensielle problemer, og én tilnærming kan derfor ikke utelukke en annen. Lindring av lidelse foregår på mange ulike måter, og det er mange aspekter som det må tas hensyn til. I palliativ fase er håpet bærende for mange pasienter, men det er ingen sammenheng mellom håp og smerteintensitet. Håpet er sterkere knyttet til de psykososiale innvirkningene smertene har for pasienten. Det tyder derfor på at smerter har en sammenheng med depresjon og kognitiv tilstand. Fysiske, fysiologiske og kognitive aspekter må derfor tas med i betraktningen når det skal igangsettes behandling i den palliative fasen.

I Flovik og Rokseth (2015) beskrives det at kompetanse- og opplæringsplaner har som formål å identifisere eventuelle kompetansegap, dette gjøres for å sikre at en trygg helsehjelp samsvarer med kompetansen helsepersonell har. For å sikre videreutvikling av pasientbehandlingen skal man som sykepleier legge felles planer og dele kunnskap. Undervisning, veiledning og egne erfaringer er sentralt for å tilegne seg kompetanse som er relevant for den pasientgruppen man jobber med. Helsedirektoratet (2021) viser til at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten involveres i de fleste faser i pasientforløp, på bakgrunn av dette er det derfor viktig at kompetansen opprettholdes for å sørge for en god kvalitet på tjenestene som tilbys pasienten.

Liten kunnskap og utilstrekkelig kompetanse fører til hindring av god smertebehandling hos den palliative kreftpasienten. I tillegg er manglende undervisning og dårlige rutiner for kartlegging av pasientens smerter også noe som gjør det utfordrende å behandle pasientens

smertesmerter (Lorentsen og Grov, 2016). For å forebygge og lindre smerte hos den palliative kreftpasienten er det viktig at man som sykepleier har god kunnskap og nok kompetanse om smertelindring. Smertekartlegging og behandling utdypes nærmere under punkt 5.2.

Cowperthwaite og Kozachik (2019) skriver at forbedret pasientopplæring er sentralt for lindring av pasientens smerter. Regjeringen (2014) viser til at pasientopplæring og mestring av sykdommen er viktig og fører til forbedret livskvalitet. I tillegg sier § 3-8 i spesialisthelsetjenesteloven (1999) at pasientopplæring er en av de lovfestede oppgavene som sykehuset har. Helsepersonell må ha tilstrekkelig pasientopplæring, da pasientens behov og ønsker er sentralt i behandling av smerte.

Helsebiblioteket (2021) viser det å jobbe kunnskapsbasert. Det handler om at man som sykepleier skal ta faglige beslutninger basert på forskningsbasert kunnskap, pasientens behov og ønsker, og kunnskap fra egne erfaringer. Det å jobbe kunnskapsbasert styrker beslutningsgrunnlaget, i tillegg til at man er kritisk til hvor man innhenter kunnskap. Kunnskapsbasert praksis og kompetanse henger sammen i den grad at man som sykepleier må lære seg metoder for hvor man kan innhente den beste kunnskapen, i tillegg til å kritisk vurdere den.

## **5.2 Smertebehandling til palliative kreftpasienter i sykehus**

Under denne temaoverskriften blir smertekartlegging, bivirkninger og medikamentell behandling diskutert.

Det er flere faktorer som er viktig å ta hensyn til når man skal kartlegge smerte.

Helsedirektoratet (2019) påpeker viktigheten av en systematisk og nøyaktig kartlegging for å kunne legge et grunnlag for god smertebehandling. En slik kartlegging inkluderer anamnese, klinisk undersøkelse og bruk av kartleggingsverktøy, i tillegg er det viktig å undersøke om smertene til pasienten har en annen årsak enn kreftsykdommen. Helsedirektoratet (2019) har laget en oversikt over det som er viktig å kartlegge i en anamnese, her inkluderes blant annet tumor type - og utbredelse, smerteintensitet og smertemønster. Gjennombruddssmerter, smertekvalitet og pasientens generelle situasjon; som for eksempel søvn, psykososiale behov, fysisk og kognitiv funksjon bør også kartlegges.

Det er hensiktsmessig å bruke et ESAS-skjema for kartlegging, ikke bare av smerte, men også andre symptomer som kan knyttes til opplevelsen av smerte og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019). I Lorentsen og Grov (2016) står det at ESAS blir brukt som en kvalitetsindikator for palliativ behandling. ESAS består av åtte symptomer som ofte knyttes til kreftpasienter. Helsedirektoratet (2019) skriver at det er viktig med nøyaktig kartlegging for å kunne stille en riktig smertediagnose, som dermed er med på å legge et grunnlag for god smertebehandling. ESAS ble brukt i Al-Ansari *et al.* (2022) fordi det er det mest validerte klassifiseringssystemet for kreftsmarter.

Helsedirektoratet (2019) skriver allikevel at det finnes flere faktorer som må evalueres når det gjelder kartlegging og behandling av smerte. De vanligste kartleggingsverktøyene vil være med på å sammenfatte et helhetlig bilde av de smertene pasienten har, samtidig finnes det flere utfordringer knyttet til bruken av slike verktøy. De fleste kartleggingsverktøy er utviklet for å kunne brukes i kliniske studier. Kartleggingsverktøy kan være tidskrevende å bruke, tillegg vil de også kunne være vanskelig å bruke dersom man skal kartlegge en pasient som er svekket.

Lorentsen og Grov (2016) skriver at dersom pasienten er så syk at vedkommende ikke klarer å fylle ut et ESAS-skjema på egenhånd, kan egne skjema for sekundære observasjoner brukes. Slike skjemaer kan fylles ut av helsepersonell eller pårørende, hvor det blir gjort observasjoner av blant annet allmenntilstand, pustebesvær, matinntak og våkenhet. Helsedirektoratet (2019) skriver også at mange av smertekartleggingsverktøyene er utviklet for å brukes på andre pasientgrupper, og er derfor ikke alltid relevante for bruk hos palliative kreftpasienter.

Helsedirektoratet (2019) anbefaler derimot at NRS-11 blir brukt når smerteintensiteten skal kartlegges. NRS-11 er en 11-punkts numerisk smerteskala hvor «ingen smerte» og «verst tenkelige» smerte befinner seg på hver sin ende av skalaen. I Prisutkul *et al.* (2022) er det blitt brukt NRS-11 for å kartlegge pasientene sine smerter på best mulig måte. I denne artikkelen ble pasientene oppfordret til å bruke NRS-11 hver dag, nettopp for å kunne kartlegge smerteintensiteten på en effektiv måte, samtidig som man fikk en oversikt over hvordan denne forandrer seg fra dag til dag. NRS-11 kan også brukes ved kartlegging av symptomer knyttet til angst eller depresjon, fordi dette vil kunne være med på å påvirke smertebehandlingen (Helsedirektoratet, 2019).



I Lorentsen og Grov (2016) står det at det brukes egne retningslinjer for smertelindring til kreftpasienter. Verdens helseorganisasjon (WHO) har i samarbeid med IASP utviklet en smertetrapp. På hvert trinn av denne blir det forklart hva slags behandling som skal igangsettes ved de ulike smerteintensitetene, og også hva slags smertelindrende legemidler som kan brukes og hvordan de skal administreres.

Smertetrappen beveger seg fra trinn én til trinn fem. I Lorentsen og Grov (2016) står det at ved trinn én blir det benyttet paracetamol eller NSAIDS-preparater, men disse kan også kombineres. NSAIDS-medikamenter har en antiinflammatorisk, smertestillende og febernedsettende effekt, og blir derfor brukt mot nociseptive smerter. Paracetamol har også febernedsettende og smertestillende effekt, og har sin virkning både sentralt og perifert. Trinn to blir oftest hoppet over i kreftsammenheng da den viser seg å ha begrenset effekt på kreftsmarter.

Ved trinn tre skriver Lorentsen og Grov (2016) at det blir anbefalt å gi paracetamol sammen med et opioid som kan gis enten per oralt eller via smertepaster. Det er som oftest morfin som blir brukt fordi det er førstevalget i behandlingen av kreftpasienter, samtidig som det også er effektivt. Opioider har god effekt på de fleste typer smerter, og når man kombinerer opioider med ikke-opioide smertestillende kan man oppnå smertelindring hos ca. nitti prosent av kreftpasientene. Videre i trinn fire blir det gitt paracetamol sammen med et opioid, enten subkutan eller intravenøs. Det gis medikamenter subkutan eller intravenøs dersom pasienten ikke kan svelge legemidler eller dersom pasienten ikke får en god nok smertelindring når høye opioiddoser gis per oralt. Ved subkutan administrasjon blir legemiddelet tilført kontinuerlig, i tillegg kan også pasienten styre egne bolusdoser dersom det oppstår en akutt forverring av smertene.

I Lorentsen og Grov (2016) står det at trinn fem blir brukt dersom pasienten har så sterke smerter at vedkommende trenger kontinuerlig smertebehandling gjennom et epiduralt eller intraspinalt kateter. Et slikt kateter brukes både til injeksjoner ved behov, i tillegg til kontinuerlig infusjon. Også her er det morfin som vanligvis blir brukt, men fordi medikamentet injiseres intravenøs brukes det lavere doser. Det er flere medikamenter som har liknende virkningsmekanismer som morfin, og kan erstattes dersom pasientene ikke tåler det. Det vil også være stor forskjell på hvor mye opioid hver pasient vil trenge. Det er ulike

faktorer som for eksempel smerteintensitet, smertetype og individuelle faktorer som er med på å bestemme hvilken dose som vil gi tilstrekkelig smertestillende effekt.

Lorentsen og Grov (2016) skriver at bruk av legemidler er en viktig del av smertebehandlingen og at det finnes flere viktige prinsipper som må ivaretas for at behandlingen skal bli tilstrekkelig for pasienten. Det er viktig at pasientene får medikamenter profylaktisk, det vil si at man gir medikamenter før smertene oppstår. Da vil medikamentene gis selv om pasienten ikke har smerter, for å kunne oppnå god kontroll over smertene til enhver tid. Det finnes ingen grense for hvor høy dosen kan være, det viktigste er at pasienten blir tilstrekkelig smertelindret. I Al-Ansari *et al.* (2019) skrives det at bruken av morfin økte fordi pasientene fikk bedre smertelindring enn de hadde fra før, og også fordi morfin er det som blir anbefalt av WHO å bruke relatert til kreftsmarter.

Helsedirektoratet (2019) har skrevet flere generelle behandlingsprinsipper som er med på å sørge for at pasienten får god og tilstrekkelig behandling. Når det gjelder medikamentell behandling, skal denne alltid knyttes til pasientens smerteintensitet, klassifikasjon på smertene og pasientens allmenntilstand. Som nevnt ovenfor er det WHO sin smertetrapp som skal brukes for behandling av kreftsmarter. Det burde alltid gis faste doser peroralt, samt at pasienten også får foreskrevet behovsmedisiner for gjennombruddssmerter. Videre skriver Helsedirektoratet (2019) at dersom det ikke oppnås god effekt av smertebehandlingen, selv etter bruk av et adekvat behandlingsopplegg, skal man konsultere et høyere kompetansenivå. Som tidligere nevnt skal det foreligge en skriftlig behandlingsplan og pasienten skal få all informasjon som vedkommende trenger.

I Geum *et al.* (2019) står det at det aldri ble utskrevet profylakse for å unngå at pasientene ble obstipert. Videre står det også at den smertestillende effekt aldri ble revurdert, og at reseptene ikke ble justert når pasientene fikk utskrevet et korttids-virkende opioid mot gjennombruddssmerter. Viktigheten av at smertekartlegging blir gjort og fulgt opp er vesentlig for at pasientene ikke skal bli feilmedisinert, eller at de får andre smerter knyttet til den medikamentelle behandling. Det er også viktig at pasientene får de medikamentene som trengs for å behandle sine smerter.

Helsedirektoratet (2019) viser til flere behandlingsstrategier som burde følges opp for å gi pasientene god smertelindring. Det skal alltid vurderes årsaksrettet behandling, dette kan for

eksempel være kirurgi, cytostatika, målrettet medikamentell behandling eller strålebehandling. Dersom effekten av smertebehandling ikke er tilfredsstillende nok, skal det alltid vurderes en tilleggsbehandling eller en invasiv behandling som innebærer blokader, spinal/epidural applikasjon og nevrolyse. Kreftlex (u.å.) beskriver at ved en nevrolyse blir nervevev i et nervenetverk ødelagt for å oppnå smertelindring.

I Helsedirektoratet (2019) sitt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen står det at pasienter fremdeles opplever at de ikke får tilstrekkelig smertelindring. Det er mange årsaker til dette, og Helsedirektoratet (2019) nevner blant annet at kartlegging av smerte ikke blir gjort eller blir gjort for dårlig i klinisk sammenheng. Det kan også være at ulike behandlingsprinsipper ikke blir inkludert i klinisk praksis, i tillegg til at analgetika og onkologiske behandlingsmetoder ikke blir kombinert på en god nok måte og at pasientene ikke blir fulgt godt nok opp når smertebehandlingen har startet. I Prisutkul *et al.* (2022) viser det seg at smertelindring og kartlegging ikke er tilstrekkelig da en tredjedel av kreftpasientene opplever å ikke få god nok smertelindring, til tross for at det finnes nyere legemidler og mer effektiv behandling. I Al-Ansari *et al.* (2019) kommer det også frem at kartlegging ikke er blitt gjort tilstrekkelig, da flere av pasientene i studien ikke hadde fått smertestillende midler før de ble innlagt på sykehus med sterke smerter. I denne artikkelen understrekes også viktigheten av riktig vurdering og håndtering av smerter relatert til kreft. Både WHO, European Association for Palliative Care og Medical Society for Medical Oncology har flere retningslinjer som er med på å vise hvor viktig smertelindring er.

Kreftbehandling kan føre til ulike bivirkninger, senskader og tap av funksjoner. God kunnskap om mulige uønskede bivirkninger er helt sentralt og ligger til grunn for valg av primærbehandling. Hva som kan aksepteres av bivirkninger må vurderes opp mot hva man kan oppnå ved behandlingen. Det er pasienten som har det avgjørende ordet for behandlingen, det er derfor viktig at pasienten får god informasjon om mulige bivirkninger og senskader som kan oppstå (Nome, 2014).

I Prisutkul *et al.* (2022) står det at morfin er det medikamentet som foretrekkes å brukes for å redusere smerte, men at det finnes flere bivirkninger som kan knyttes opp til bruken av morfin. Lorentsen og Grov (2016) viser til at legemidler som har god effekt på kreftsmerter vil også kunne gi plagsomme bivirkninger. Det viktigste er derfor å finne den dosen som gir færrest bivirkninger, men allikevel god effekt mot smerter. Obstipasjon er en bivirkning som

er vanlig å få ved bruk av opioider, og avføringsmidler skal derfor bli gitt tidlig for å forebygge dette. Kvalme og brekninger vil også ofte kunne oppleves ved oppstart av opioidbehandling, dette vil ofte gå over av seg selv, men det er allikevel vanlig å gi for eksempel metoklopramid eller haloperidol de første dagene. Andre bivirkninger som kan oppstå ved bruk av opioider er for eksempel hallusinasjoner, uro, døsighet og respirasjonsdepresjon. I Meads *et al.* (2017) kom det fram at en viktig faktor for optimal smertelindring var at pasientene fikk god oppfølging i forbindelse med bivirkninger.

### **5.3 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling**

Innovasjon og tjenesteutvikling er en viktig del av sykepleiefaget. Utvikling innenfor kunnskap og medisin er med på å skape muligheter for tjenesteutvikling. I tillegg vil pasienters behov og ønsker endre seg (Norsk Sykepleierforbund, 2017-2020). Fra vår oppgave ser vi at kreftsmarter er individuelt, og hos en palliativ kreftpasient vil ulike behov endre seg ettersom hvor i sykdomsforløpet man er. Bedre kunnskap om smertelindring er viktig for videre praksis, fordi det er store forskjeller hos hvert enkelt individ. Det er viktig at pasientens ønsker og behov inkluderes ved innovasjon og tjenesteutvikling. Det å øke kompetansen til helsepersonell er viktig for en bedre smertebehandling hos palliative kreftpasienter.

## 6.0 KONKLUSJON

Vi var nysgjerrige på hvilke faktorer som kan bidra til smertelindring hos palliative kreftpasienter i sykehus. Gjennom denne oppgaven kom vi frem til to temaoverskrifter som har betydning for hvordan man som sykepleier kan lindre smerter hos palliative kreftpasienter på en god måte.

Våre funn viser at det er flere faktorer som påvirker smerte, dette legger et grunnlag for at det også er flere faktorer som bidrar til å lindre smerte. Forskning viser blant annet at kommunikasjon er noe som bidrar til å redusere smerte, i tillegg er god informasjon mellom sykepleier og pasient helt sentralt for at pasienten skal få en bedre forståelse for sykdommen og behandlingen. God informasjon fra sykepleiere er noe som bidrar til at pasienten håndterer sykdommen bedre. Relevant faglitteratur og funn fra flere av de utvalgte vitenskapelige artiklene viser til at samarbeid mellom lege og sykepleier er helt essensielt for en god smertebehandling. I tillegg bidrar samhandling til å styrke kvaliteten på tjenesten som gis til hver enkelt pasient.

Lite kunnskap og utilstrekkelig kompetanse fører til hindring av en god smertebehandling. Opplæring og god kompetanse gjenspeiler seg og bidrar til å sørge for en trygg helsehjelp. Undervisning, veiledning og deling av egne erfaringer er viktig for å tilegne seg kompetanse som er relevant for den pasientgruppen man jobber med. God pasientopplæring er dessuten helt sentralt for lindring av pasientens smerter.

Det å bli kjent med og anerkjenne behovene til pasienten er en viktig del av sykepleieprofesjonen. Brukermedvirkning og hensynet til de psykososiale behovene har betydning for pasientens livskvalitet. Funnene viser at mangelfull behandling av pasientens smerter vil kunne redusere livskvaliteten. Det er viktig at man som sykepleier ivaretar og respekterer behovene til pasienten for at smertelindringen skal ha best mulig effekt. Smertelindring handler om mye mer enn bare medikamentell behandling. God og grundig smertekartlegging, samt oppfølging av eventuelle bivirkninger vil kunne ha innvirkning på en god smertelindring hos den palliative kreftpasientene. Det konkluderes med at palliative kreftpasienter fremdeles ikke får tilstrekkelig smertelindring og at smertekartlegging i større grad bør benyttes for å lindre pasientens smerter.

## LITTERATURLISTE

Al-Ansari *et al.* (2021) The pattern of change in opioid and adjuvant prescriptions for cancer pain before and after referral to a comprehensive program in the Palliative Care Center in Kuwait, *BMC Palliative Care*, 20 (1), s. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00717-2> (Hentet: 14.04.2023).

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. New York: Open University Press, s. 136-156.

Bjørger, S. (2014) Smerte og smertebehandling i Reitan, A.M og Schjølberg, T.Kr (red.) *Kreftsykepleie pasient - utfordring - handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS, s. 194 -212.

Cowperthwaite, S.M og Kozachik, S.L. (2019) Improving the pain experience for hospitalized patients with cancer, *Oncology Nursing Forum*, 46 (2), s. 198-207. Tilgjengelig: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9768588f-73fe-48e8-b58a-ff3d2d7e9f51%40redis> (Hentet 31.03.2023).

Dalland, O og Trygstad, H. (2019) Kilder og kildekritikk i Dallan, O *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 149-165.

Den norske legeforening (2012) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/> (Hentet 04.04.2023).

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov i Grov, E.K og Holter I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887-904.

Felleskatalogen (2022) *Smerter*. Tilgjengelig: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter> (Hentet: 25.04.2023).

Flovik, A.M. og Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet i Grov, E.K og Holter I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 271-294.

Geum *et al.* (2019) Interprofessional Collaboration Between a Multidisciplinary Palliative Care Team and the Team Pharmacist on Pain Management, *American journal of hospice and*

*palliative medicine*, 36 (7). DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909119829047> (Hentet: 31.03.2023)

Helsebiblioteket (2021) *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no> (Hentet: 22.04.2023).

Helsedirektoratet (2019) *Palliasjon i kreftomsorgen - handlingsprogram*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/innledning> (Hentet: 20.04.2023)

Helsedirektoratet (2021) *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus - faglige og tjenestemessige behov*. Tilgjengelig: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov> (Hentet: 22.04.2023).

Holter, I.M. (2015) Sykepleieprofesjons grunnleggende kjenntegn i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 107-117.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2) (Hentet: 05.04.2023)

Hellesø, R. (2015) Pasientjournal og prinsipper i journalføring i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 209 - 240.

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-394.

Kreftregisteret (2023) *Kreft i Norge*. Tilgjengelig: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/> (Hentet: 11.05.2023).

Kreftflex (u.å.) *Smertelindring med plexus cøliacus-nevrolyse*. Tilgjengelig:  
<https://kreftflex.no/KSPROSEDYRERFASE1/Stottebehandling/Plexus-coeliacus-nevrolyse?lg=procedure&containsFaq=false> (Hentet: 25.04.2023)

Lorentsen, V. B og Grov, E.K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer i Almås, H (red.), Stubberud, D-G og Grønseth, R, *Klinisk sykepleie 2*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 397-430.

Loge, J.H og Ekeberg, Ø. (2013) Psykiske og psykiatriske aspekter ved kreftsykdommer i Kåresen, R og Wist, E (red.) *Kreftsykdommer*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 463-475.

Meads *et al.* (2017) Patient Preferences for Pain Management in Advanced Cancer: Results from a Discrete Choice Experiment, *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 10 (5), s. 643-651. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0236-x> (Hentet: 31.03.2023).

Molven, O. (2015) Helsepersonells rettigheter og plikter i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 339-359.

Meld. St. 24 (2019-2020) (2020) *Lindrende behandling og omsorg - vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet.

Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf> (Hentet 17.04.2023).

Nome, O. (2014) Generell onkologi i Reitan, A.M og Schjølberg, T. Kr (red.) *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling*. 3 utg. Oslo: Akribe AS, s. 367-397.

Nortvedt, P og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse i Stubberud, D-G, Grønseth, R og Almås, H (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 17-37.



Norsk sykepleierforbund (2017-2020) *Politisk plattform for innovasjon og tjenesteutvikling*. Tilgjengelig: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/nd5FQbrGI2f6bM40bAROXgj2S3FQ3ZnPZAJ45AA8Z2V64cxpCW.pdf> (Hentet: 02.05.2023).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 03.01.2023).

Prisutkul *et al.* (2022) The effectiveness of a pain management programme on pain control and quality of life in patients with metastatic cancer, *International journal of palliative nursing*, 22 (9), s. 466-444. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.9.436> (Hentet: 31.03.2023).

Reitan, A.M. (2014) Kreftsykepleie i Reitan, A.M og Schjølberg, T.Kr (red.) *Kreftsykepleie pasient - utfordring - handling*. 3.utg. Oslo: Akribe AS, s. 21-32.

Reitan, A.M. (2014) Kommunikasjon i Reitan, A.M og Schjølberg, T. Kr (red.) *Kreftsykepleie pasient - utfordring - handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS, s. 102.119.

Regjeringen (2014) *Pasientopplæring*. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/sykehusenes-hovedoppgaver-/pasientopplaring/id528642/> (Hentet: 23.04.2023).

Sandvik, R.K.N.M og Rustøen, T. (2020) Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien 108 (80601)* DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80601 (Hentet: 04.04.2023).

Silva *et al.* (2020) Palliative care consultation team: symptom relief in first 48 hours of hospitalization, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (6). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0391> (Hentet: 31.03.2023).

Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i Brinchmann, B.S (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 97-108.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 23.04.2023).

St.meld. nr. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet. Tilgjengelig:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 17.04.2023).

Torvik, K og Bjøro, K. (2015) *Smerte i Kirkevold, M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H, Geriatrik sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 390-405.

Thidemann, I-J (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

