



BACHELOROPPGAVE:

**SMERTELINDRING TIL DEN
PALLIATIVE KREFTPASIENT**

**FORFATTER(E): CHRISTINA JOHNSEN HEIEN & HEIDI
BRÅTHEN**

Dato: 09.05-2014

Bachelor i Sykepleie
Våren 2014
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Palliativ pleie til den terminale kreftsyke pasient.</u>	Dato : 09.05-14
Deltaker(e)/	<u>Christina Johnsen Heien</u> <u>Heidi Bråthen</u>	
Veileder(e):	<u>Kirsten Nordang</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	<u>Palliativ pleie, kreft, smertelindring, sykepleier, barrierer</u>	
58 sider og 13.116 ord:	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
<p>Introduksjon: Smertelindring til palliative kreftpasienter.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å finne og drøfte relevant forskningslitteratur for å beskrive hvilke barrierer som ligger til grunn når kreftpasienter ikke får tilstrekkelig smertelindring.</p> <p>Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, på bakgrunn av syv vitenskapelige artikler derav 3 kvantitative, 2 litteraturstudier, 1 komparativ studie og 1 kvalitativ studie med fokusgrupper. Søkeordene som er brukt: <i>Palliativ pleie, kreft, smertevurdering, terminal pleie, smertebehandling, smerter, kreftsmarter, sykepleiere, behandlinger, barrierer, smerte kontroll, omsorg ved livets slutt og opioider.</i></p> <p>Resultat: Funn fra studiene viste at det var barrierer i forhold til god nok smertelindring til palliative kreftpasienter, og det viser seg at barrierene ligger hos både leger, sykepleiere, pasienter og pårørende.</p> <p>Konklusjon: Barrierene er på bakgrunn av mangel på kunnskap, frykt for bivirkninger og toleranse, frykt for maskering av symptomer og sykdomsforløp samt beskyldninger knyttet til aktiv dødshjelp.</p>		

ABSTRACT

Title:	Palliative care to the terminal cancer patient	Date : 09.05-14
Participants/	Christina Johnsen Heien Heidi Bråthen	
Supervisor(s)	Kirsten Nordang	
Employer:		
Keywords (3-5)	Palliative care, cancer, pain management, nurses, barriers	
58 pages and 13.116 words:	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential):
<p>Introduction: Pain relief for palliative cancerpatients.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to find and discuss relevant research literature to describe the barriers that underlie when cancer patients do not receive adequate pain relief.</p> <p>Method: This task is a literature study, based on seven scientific articles thereof 3 quantitative, two literature studies, one comparative study and one qualitative study with focus groups. The keywords used: <i>Palliative care, cancer, pain assessment, terminal care, pain management, pain, cancer pain, nurses, treatments, barrier, pain controll, end of life care and opioids.</i></p> <p>Results: Findings from the studies showed that there were barriers in relation to good enough pain relief to palliative cancer patients, and it turns out that the barriers lies with doctors, nurses, patients and relatives.</p> <p>Conclusion: The barriers are based on the lack of knowledge, fear of side effects and tolerance, fear of masking the symptoms and course of disease and accusations relating to euthanasia.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 Innledning	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	7
1.2 Avgrensning	8
1.3 Problemstilling	8
1.4 Hensikt med oppgaven	9
1.5 Sykepleiefaglig relevans	9
1.6 Relasjon til seksjonens forskningsområdet	10
2.0 Bakgrunn	11
2.1 Tidligere forskning	11
2.2 Lovverk, forskrifter og retningslinjer.....	11
2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv:.....	12
2.4 Begrepsavklaring.....	13
3.0 Metode	15
3.1 Valg av metode.....	15
3.1.1 Kvalitativ og Kvantitativ forskning	16
3.2 Fremgangsmåte og søkedokumentasjon.....	17
3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier	18
3.3 Kildekritikk	18
3.4 Forskningsetikk	19
4.0 Resultat	21
4.1 tabell med inkluderte artikler	21
4.2 Sammenfatning av hovedfunn.....	35
5.0 Diskusjon	37
5.1 Kunnskap om smerter:	37
5.2 Tiltak til kunnskap om smerte:	39
5.3 Kunnskap om behandling som barriere:.....	41
5.4 Barrierer hos sykepleiere og leger og dens konsekvens:.....	42
5.5 Frykt for alvorlige bivirkninger:	42
5.6 Frykt for døden som konsekvens av behandling:.....	43
5.7 Frykt for avhengighet og toleranse:	44
5.8 Andre barrierer hos pasienten:	46
5.9 Kartlegging og smertedokumentasjon:.....	47
5.10 Tiltak til barrierer hos sykepleiere, andre helsepersonell og pasient:	48
5.11 Kritisk vurdering av valg gjort med hensyn til anvendt litteratur	49
6.0 Konklusjon	51
7.0 Litteraturliste	52

Vedlegg 1 Søkedokumentasjon 58

Antall ord: 13.116

1.0 Innledning

Forekomsten av kreft er høy og blir desto vanligere. Det rapporteres smerte i alle fasene av en kreftsykdom. Statistikk viser at 30 % av nylig diagnostiserte kreftpasienter, og 50-70 % av de som får aktiv kreftbehandling har smerter. Tallene er høyest for pasienter med utbredt kreftsykdom, hvor statistikken viser at 60-80 % har smerter (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010). Ifølge kreftregisteret (2009) oppdages det over 27.000 nye tilfeller hvert år i Norge. «Du skal i hvertfall slippe å ha vondt», loves det, men det er ingen selvfølge at dette løftet blir holdt (Kreftforeningen 2012).

I følge Steindal m. fl. (2011) er erfaringer med kreftpasienter at dersom kliniske retningslinjer for smertelindring blir fulgt, kan opptil 97 % av pasientene bli tilfredsstillende smertelindret. Likevel er det mange pasienter som ikke blir godt nok smertelindret (Kreftforeningen 2012). En undersøkelse gjort av kreftpasienter i Norske sykehus, viser at en av to pasienter har plagsomme smerter. Opioidene som er hjørnesteinene i lindring av kreftsmerte, er ufarlige om de brukes riktig og er svært ofte nødvendig. Det er derfor alvorlig at pasienter med uutholdelige smerter ikke får morfin eller annet sterkt smertestillende. Det har en alvorlig påvirkning av pasientens livskvalitet når smerter ikke lindres, og dette er i de fleste tilfeller høyst unødvendig (IBID).

Kreft er den nest største dødsårsaken i Norge etter dødsfall grunnet sykdommer i sirkulasjonssystemet. I følge Statistisk Sentralbyrå (2013) døde det i 2012 41.992 mennesker til sammen i Norge. 10.800 av disse døde av kreft. Som sykepleier har man ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død (Sykepleierforbundet 2011 og Statistisk sentralbyrå 2011). De fleste sykepleiere vil møte pasienter som har behov for palliativ pleie. Kritisk syke og døende pasienter trenger god omsorg og smertelindring ved livets slutt. Det er en sykepleieoppgave å ivareta pasientens grunnleggende behov, og opprettholde god smertelindring ved sykdom (Kaasa 2007 og Kalfoss 2010).

Palliativ medisin, eller lindrende behandling – er en formalisering av et gammelt fagområde innen medisin. Palliasjon var det normale for leger ved århundreskiftet og fram til 2. verdenskrig. Før den tid var det lite man kunne tilby av kurativ behandling, bortsett fra enkle operasjoner. I dag er vi kommet langt og det er utallige utrednings- og behandlingsmuligheter sammenlignet med det som var fra den tiden. De nye

behandlings- og utredningsmulighetene stiller derfor nye krav til helsevesenet generelt og til palliasjon spesielt (Kaasa 2007, s. 31).

Pasienter med langtkommen sykdom har ofte mange plager, og mange er direkte forårsaket av kreftsykdommen, slik som smerter forårsaket av skjelettmetastaser, eller kvalme grunnet tumorobstruksjon (Kaasa 2007). Steindal m. fl. (2011) sier at fysisk smerte er et vanlig symptom hos døende pasienter og er regnet som en betydelig belastning for kreftpasienter. Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, og er kjent for å være et udekket behov ved palliativ pleie hos eldre mennesker (IBID). 55-95 % av kreftpasienter med framskreden kreft opplever smerte, og ifølge Steinhauer m.fl. (2000) assosierer pasienter en god død med frihet fra smerte. Steindal m.fl. (2011) sier i sin studie at 90 % av pasientene er adekvat smertelindret, mens Toscani m.fl. (2005) fant ut at nesten 50 % med sterke smerter ikke fikk smertestillende. Steindals forskning (2013) viser at sykepleiers rapportering av smerte kan være mangelfull. Rurup m. fl. (2009) hevder legene har frykt for å gi høye doser opiat, da det kan medføre respirasjonsdepresjon, mens T. Rustøen m. fl. (2012) hevder det er mangel på kunnskap som er årsaken til for dårlig smertelindrende.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet som belyses i denne litteraturstudien er smertelindring til palliative kreftpasienter. I følge Steindal (2013) kan leger og sykepleiere gi for lave doser smertestillende, grunnet frykt for fatale bivirkninger og beskyldninger om aktiv dødshjelp. En av bivirkningene som fryktes kan være at pasienten slutter å puste. Derfor kan det være at dosen av opioider økes for sakte. I følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), står det skrevet at sykepleier har ansvar for å lindre smerte og bidra til en naturlig og verdig død. Det står også skrevet at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleie Forbund 2011).

Steindal m. fl. (2011) referer til Rosland, Hofacker og Paulsen (2006) sitt arbeid som sier at, ut ifra årlig statistikk på antall dødsfall, dør 40 % i sykehus, hvorav 54 % av disse dør av kreft. Dette er tall hentet før samhandlingsreformen ble innført, og tallene kan derfor være annerledes på nåværende tidspunkt. I en undersøkelse gjennomført i Tyskland ble det funnet at 75 % av kreftpasientene ønsket å dø hjemme. Likevel ble utfallet at 55 % av de totalt 272 pasientene, døde i sykehus (Steindal m. fl. 2011).

Ifølge Steindal m.fl. (2011) fant Veerbek m. fl. (2007) i sin studie at smerten ser ut til å være mer alvorlig blant døende i sykehus, enn blant de døende pasienter i institusjoner eller i hjemmet. Som en forklaring kan det være at pasienter uten tilstrekkelig smertekontroll blir fraktet til sykehus ved livets slutt.

1.2 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til smertelindring hos palliative kreftpasienter innlagt i sykehus på vanlig somatisk sengepost. Det tverrfaglige samarbeidet er avgrenset til samarbeidet mellom sykepleier og lege, men pasienten vil bli belyst. Smertelindring i den palliative fasen blir beskrevet. Det forutsettes at leseren kan grunnbegrep og har grunnkunnskaper innen sykepleiefaget.

Det finnes forskjellige typer smerte. Fysisk smerte er lettest å forstå som direkte følge av vevsskade eller metastaser. Psykisk smerte kan oppstå når en pasient får beskjed om uhelbredelig sykdom. Depresjon og angst er uttrykk for vanlig psykiske smerter. Den sosiale smerten er også sentral, da det som oftest er flere enn pasienten selv som opplever smerte ved sykdom, lidelse og død. Eksistensiell smerte gjenspeiler den smertefulle virkelighet hos den sykdomsrammede. Vonde tanker dukker ofte opp og spørsmålene blir mange. Man leter ofte etter å finne mening med sykdommen. Den åndelige smerten kan komme som følge av den eksistensielle smerten og spørsmålene som forblir ubesvarte. Religion kan spille en viktig rolle inn under den åndelige smerten (Kreftforeningen 2012).

Til tross for at det er viktig å se alle aspektene ved smerte hos kreftpasienter i palliativ fase, avgrenses oppgaven til den medikamentelle behandlingen av den fysiske smerten pasienten opplever. Når det senere i oppgaven brukes smerte, refereres det til den fysiske smerten.

1.3 Problemstilling

Hvilke barrierer kan ligge til grunn når palliative kreftpasienter får for dårlig smertelindring?

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne og drøfte relevant forskningslitteratur for å beskrive hvilke barrierer som ligger til grunn, når palliative kreftpasienter ikke får tilstrekkelig smertelindring. Dette for å sette smertelindring til palliative pasienter i ett større fokus, samt å få mer kunnskap om det aktuelle temaet.

1.5 Sykepleiefaglig relevans

I følge Kalfoss (2011) kan manglende erfaring med alvorlig syke og døende samt manglende undervisning og utdanning virke inn på sykepleierens tro på egen kompetanse. Det er mange studenter som aldri har hatt omsorgen for døende mennesker, eller vært tilstede når noen dør. Hvis det i tillegg har vært lite fokus på palliativ omsorg i studiet, står sykepleieren med dårlig bakgrunn og opplæring til å møte de behovene pasienten har under den palliative og terminale fasen.

Ansvar for at helsepersonell holder seg faglig oppdatert plasseres både hos helsepersonell og institusjonene som yter helsehjelp (Kirchhoff 2005). Dette er blant annet uttrykt gjennom lovverket. Lov om helsepersonell § 4 forplikter alt helsepersonell til å handle innenfor sitt kompetanseområde, for å oppfylle krav om faglig forsvarlighet.

Manglende kunnskap hos helsepersonell, manglende informasjon til pasientene og undervurdering av smerte, kan være en barriere for god smertelindring (Lorentsen og Grov 2011). Sykepleieforskning er nødvendig for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget for faget (Kristoffersen 2008).

Som sykepleiere som skal mestre erfaringer med lidelse og død, formes vi av vårt selvbilde, av hva vi bryr oss om, hva god omsorg betyr for oss, og av vår selverkjennelse. Å arbeide blant lidende og døende pasienter og deres nærmeste, krever faglig dyktighet, vilje og evne til å gi av seg selv. For å kunne make dette uten å «miste» oss selv trenger vi kunnskap om oss selv og om hvilken mening, vurderinger, følelser og reaksjoner som utløses i oss i utfordrende situasjoner. Som sykepleiere trenger også vi omsorg og støtte fra våre kolleger og ledere der vi jobber,

slik at vi kan bearbeide vår egen dødsangst og sorg og bevare en positiv, håpefull innstilling til liv og død (Kalfoss 2011, s. 497).

1.6 Relasjon til seksjonens forskningsområdet

Høgskolen i Gjøvik har tre fokusområder innenfor forskning i klinisk sykepleie. Dette er utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet. Klinisk sykepleieforskning studerer den direkte kontakten mellom sykepleier og mennesker som mottar eller har behov for sykepleietjenester (HiG 2014).

Delområdet som er valgt er ”kvalitet i sykepleie” som inneholder to fokusområder; *Pasienters behov og sikkerhet* og *Personalets funksjon og sikkerhet*. Førstnevnte handler om å utvikle kunnskap om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten samt pasientsikkerhet. Sistnevnte retter seg mot den fysiske og psykososiale arbeidssituasjonen og samhandling mellom de ulike yrkesgrupper i helsetjenesten (IBID).

I følge Bjørø og Kirkevold (2008) er det å ivareta pasientens behov kjernen i god sykepleie. De skriver at kvalitet i sykepleie handler om å sikre at pasienten får dekket sine grunnleggende behov, slik at han gjenvinner helse så raskt som mulig, eller får hjelp til en fredfull død.

God sykepleie preges av faglighet, og skal ta utgangspunkt i solid fagkunnskap. God sykepleie skal også være begrunnet, gis raskt, være virksom, lindre smerte og dempe bivirkninger. Sykepleieforskning kan derfor øke tilliten til at den kunnskapen som legges til grunn for at utøvelsen i praksis, holder mål. Økt forskningsinnsats gjør at faget utvikler seg med stadig raskere skritt og det krever mer av sykepleiere for å holde seg faglig oppdatert (IBID).

2.0 Bakgrunn

2.1 Tidligere forskning

Tidligere forskning mener at en av grunnene til utilstrekkelig smertelindring kommer fra legenes frykt for bivirkningene som kan forekomme ved store doser opioider. Denne frykten kan stamme fra tidligere studier, som baserte seg på friske mennesker. Det er senere vist at friske oppegående mennesker reagerer på en annen måte i forhold til opioider, enn hva smertepåvirkede syke pasienter gjør. I dag vet vi at respirasjonsdepresjon synes å være et mindre betydelig fenomen, fordi smerte påvirker respirasjonen (Rurup m. fl. 2009).

Når tidligere studier sammenlignes med senere undersøkelser viser det ingen forskjell i prevalensen for smerter. Underbehandling av smerte hos kreftpasienter er fortsatt et problem, dette til tross for mange år med oppmerksomhet fra klinikere og forskere (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010).

2.2 Lovverk, forskrifter og retningslinjer

Helsedirektoratets retningslinjer er ikke rettslig bindende, men de skal være faglig rettleidende for valg som må tas. Sykepleier bidrar til å følge krav om faglig forsvarlighet i lovverket ved å følge disse retningslinjene. Helsepersonelloven §4 (2011) sier at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter lovverket skal være forsvarlige. Den enkelte pasient skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. Pasienten skal også gis et verdig tilbud, og de som utfører tjenestene skal være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tilstrekkelig fagkompetanse skal sikres i tjenestene.

Helsedirektoratets retningslinjer blir brukt i praksis, derfor er disse inkludert i denne studien. I følge helsedirektoratet (2013) er prinsippene for grunnleggende palliasjon gjeldende for alt helsepersonell som jobber med alvorlig syke og døende pasienter, uansett hvilket fagområde, behandlingsnivå eller omsorgsnivå de er på.

Helsedirektoratet har satt opp en liste av prinsipper for hva grunnleggende palliasjon skal ivareta:

- Kartlegging av symptomer og plager

- Symptomlindring
- Informere pasienter og pårørende
- Pårørende
- Terminal pleie
- Sorgarbeid og oppfølging av de etterlatte
- Dokumentere og kommunisere mellom aktørene

I følge retningslinjene for symptomlindrende behandling (2007) er Verdens helseorganisasjon's (WHO's) smertetrapp grunnleggende i behandling av kreftsmarter.

2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv:

Denne studien har med Dame Cicely Saunders og Nærhetsetikken som det sykepleieteoretisk perspektivet. «Når et teoretisk perspektiv brukes som «briller», vil det konkret si at det har en konsekvens for metoder i prosjektet, for de tiltakene en utvikler og anvender i et fagutviklingsprosjekt, og for drøftingen av funn i et forskningsprosjekt» (Bjørk og Solhaug 2008 s. 93).

Cicely Saunders er grunnleggeren av det første moderne Hospicet. Hovedtrekkene ved hospice filosofien dreier seg om å lindre alle plager, med et spesielt fokus på smerte. I følge hennes hospice filosofi skal praksis baseres faglighet, gjennom menneskelig omsorg. Pasienten og dens pårørende skal være i sentrum under pleien. Det sies også at man skal jobbe på lag med pasient og pårørende. Videre stiller hospice-bevegelsen seg negative til aktiv dødshjelp (Hjort 2008).

Saunders dokumenterte effekten av morfin, både i forhold til hvor ofte det skulle gis, og mengden for å kunne smertelindre døende pasienter. Hun fant ut at det var store forskjeller og at mengden morfin var veldig individuelt. Videre har hun klart å overbevise myndighetene om betydningen av palliativ medisin (Gulbrandsen 2001).

I følge Vetlesen (1996) er ikke nærhetsetikken en enhetlig retning innenfor etikken, men en tilnærming til moralsk praksis og fenomener som setter «jeg-du-forhold» i sentrum.

Brinchmann (2012) hevder at innenfor slik tradisjon oppstår først etikken i møte mellom mennesker. Videre påpeker hun viktigheten av at sykepleier er sensitiv ovenfor hvert enkelt

individ, da ingen mennesker er like og har forskjellige oppfatninger av hva som er akseptabelt.

Hjort (2008) mener sykepleieren må ha kunnskap om prosessene ved livets slutt, men at holdningene under denne fasen er viktigere. «Gode sykepleiere skal være vare og følsomme overfor pasienters lidelse og sårbarhet» (Brinchmann 2012). I nærhetsetikken har sykepleiers holdninger og væremåter stor betydning for at pasienten skal ha en best mulig etterlevelse av en situasjon. Etikken dreier seg om nære mellommenneskelige forhold og om vårt etiske ansvar for enkeltindivider, samfunnet og naturen (Brinchmann 2012).

2.4 Begrepsavklaring

For å kunne sikre at oppgaven blir tolket mest mulig riktig er det behov for enkelte begrepsavklaringer. Dette fordi flere begreper har vide forklaringer og kan ha flere meninger.

Barrierer:

I følge bokmålsordboka (u.å) er barrierer en sperring eller hindring. Dette kan ses i sammenheng med de barrierene som finner sted i denne studien. Barrierer kan derfor bli brukt synonymt med hindring. Barrierer hos sykepleier assosieres med personlige egenskaper hos sykepleieren som kan påvirke hans/hennes utøvelse av sykepleie til kreftpasienter. Det kan også være personlige egenskaper hos andre helsearbeidere eller pasienten selv. Barrierer kan være organisatorisk betinget.

Palliasjon:

I verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon heter det at:

Palliativ eller lindrende behandling er aktiv, helhetlig behandling for pasienter med en sykdom som ikke lenger svarer på kurativ (helbredende) behandling. Lindring av smerte og andre symptomer samt tiltak rettet mot psykologiske, sosiale og eksistensielle problemer er de mest sentrale elementer i palliativ behandling. Lindrende behandling verken fremskynder eller utsetter døden. Målet for lindrende behandling er å legge til rette for best mulig livskvalitet for pasientene og deres familier (Norsk legemiddelhåndbok 2012).

Denne litteraturstudien legger vekt på medikamentell lindring av fysisk smerte i den palliative fasen. Behandlingen hos den palliative pasient kan være livsforlengende, symptomforebyggende eller symptomlindrende. Den palliative fasen kan være lang, derfor er det hensiktsmessig å skille mellom betegnelsene en ”døende pasient” og ”terminal pasient” eller en pasient med kort forventet levetid (Kaasa 2007).

Terminalpleie:

Som nevnt over er det viktig å være bevisst på hvilke begrep som brukes for å omtale pasienter ved livets slutt. Mathisen (2008) skriver at begrepet døende bare har sin berettigelse når en omtaler en pasient som har kliniske observerbare fysiologiske forandringer, som en ut ifra erfaring vet tyder på snarlig død. Hun skriver at terminal betyr siste stadium eller slutfasen og forandringer som kan observeres er: uregelmessig respirasjon, synlig nedsatt blodsirkulasjon eller opphør av urinproduksjon.

3.0 Metode

Metodedelen beskriver metodene som brukes til å besvare forskningsspørsmålene.

Forskningsmetodene er de teknikkene som brukes ved å strukturere en studie og til å samle inn og analysere relevant informasjon (Polit og Beck 2014).

”Metode er et redskap, en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Metoden i litteraturstudien handler om å søke vitenskapelige originalartikler i relevante databaser, og dessuten å kunne vurdere disse kritisk” (Støren 2010, s. 35).

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er bygget på en systematisk litteraturgjennomgang som metode. En litteraturstudie innebærer ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013), systematisk søking, kritisk gransking og sammenlikning av litteratur innenfor et valgt tema eller et problemområde. En systematisk litteraturstudie tar sikte på å gi en syntese av data fra tidligere gjennomførte empiriske studier (IBID). Polit og Beck (2014) sier at en litteraturstudie handler om å formulere en problemstilling, deretter lage en plan for hvordan man samler inn informasjon, analyserer, og til slutt drøfter og tolker den informasjonen man har samlet inn.

Den primære hensikten ved å gjøre en litteraturgjennomgang er å integrere forskningsbevis. Litteraturgjennomganger er ofte frittstående dokumenter som er ment skal deles med det offentlige, via interesserte lesere. Gjennomgangen er også brukt til å danne grunnlaget for nye studier (Polit og Beck 2014). En litteraturstudie er den beste dokumenterte metoden i den skriftlige presentasjonen av et prosjekt (Bjørk og Solhaug 2008).

Sterke og svake sider ved litteraturstudie

Styrker	Svakheter
Mange kliniske spørsmål kan besvares	Det kan være begrenset relevant forskning
Kildene er lett tilgjengelige	Forfatter(e) kan velge ut litteratur som støtter egne standpunkter
Man får fatt i mye litteratur på relativt kort tid	Ulike eksperter innenfor samme fagområde, kan få forskjellig resultat, på grunn av at de tolker forskjellig.

(Forsberg og Wengstrøm 2013).

3.1.1 Kvalitativ og Kvantitativ forskning

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) sies det at det vitenskapelige arbeidssettet kan gjøres med kvantitativ og kvalitativ forskning.

Kvantitativ forskning utgår fra aksepterte teorier og prinsipper basert på objektivitet og nøytralitet som referanse. I denne typen forskning tilstreber forskeren å være mest mulig objektiv og holde seg utenfor studieobjektet for å unngå egne meninger som kan påvirke resultatet (Forsberg og Wengstrøm 2013). Polit og Beck (2014) sier at kvantitativ analyse samler inn data i form av tall via statistiske fremgangsmåter med det formål å beskrive fenomener, eller vurdere størrelsen og påliteligheten av forholdene mellom dem. Den kvantitative forskningen utforsker fenomener som egner seg til nøyaktig måling og kvantifisering, ofte med et strengt og kontrollert design. Datainnsamlingen kan skje ved hjelp av ulike metoder som for eksempel; journalgranskninger, prøvetakninger, spørreskjemaer, tester, skalaer, intervjuer og observasjoner (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Kvalitativ forskning fokuserer på å tolke og skape mening og forståelse i menneskers opplevelser. Kvalitativ forskning belyser forståelse av menneskenes opplevelser for så å sette dette i sammenheng. I den kvalitative forskningen synliggjøres opplevelser, meninger og betydninger for alle involverte parter (Forsberg og Wengstrøm 2013). Polit og Beck (2014) sier at kvalitativ analyse er organisering og tolkning av informativ data, i den hensikt å oppdage viktige underliggende temaer, kategorier og modeller. Kvalitativ data er den informasjonen som samles inn fra en informant, og denne informasjonen kan for eksempel stamme fra et intervju. Kvalitativ forskning utforsker fenomener gjennom innsamling av data ved hjelp av et fleksibelt forskningsdesign.

Fordeler ved bruk av kvalitativ forskning og bruk av intervju er at deltakerens personlige stemme kan bli hørt, og man kan utdype spørsmålene underveis. Fordelene ved bruk av kvantitativ forskning og bruk av spørreskjema er at flere kan delta på undersøkelsen. Det blir derfor snakk om å avveie betydningen av å ha dybde eller bredde i datamaterialet som samles inn (Bjørk og Solhaug 2008).

3.2 Fremgangsmåte og søkedokumentasjon

Søkeprosessen fant sted fra Januar – April 2014. Som hjelpemiddel ble det utformet inklusjons og eksklusjonskriterier for å utelukke eller inkludere relevant forskning. Inklusjonskriterier er kriterier som spesifiserer de egenskapene en målgruppe har, og som forfatterne ønsker at skal være med (Polit og Beck 2014). Det er benyttet Cinahl og PubMed som hoveddatabaser, under det strukturerte litteratursøket etter vitenskapelige artikler. Databasene er anerkjent fra skolen, og ligger inne i bibliotekets sider. Google scholar er nå en godkjent søkemethode for ustrukturert søk etter vitenskapelige artikler, derfor har denne blitt brukt i større søk, tidlig i søkeprosessen. Dette for å kunne utforske og lete opp flere relevante kilder.

Søkeordene som er brukt er: Palliative care, cancer, pain assessment, terminal care, pain management, pain, cancer pain, nurses, treatments, barrier, pain controll, end of life care og opioids. Se vedlegg for detaljert søkedokumentasjon om kombinasjoner og antall treff.

Søkeordene ble kombinert med AND for å avgrense søkene. For å avgrense søket ytterligere ble det kun søkt etter artikler som er publisert fra og med 2009. Alle artikler er blitt søkt opp med artikkelens ISSN eller ISBN nummer for å sikre oss at de er fagfellevurdert og vitenskapelig godkjent, enten på nivå en eller to.

Under søkeprosessen har det vært fokus på å søke etter primærartikler, men sekundærartikler er ikke blitt forkastet. Det er blitt brukt både primær og sekundærartikler i denne litteraturstudien. Primærartikler er studier skrevet av forskeren som har utført dem. Artikler der forskeren bearbeider andres studier, kalles for sekundærartikler, dette kan for eksempel være andre litteraturstudier (Polit og Beck 2014).

Det er ifølge Polit og Beck (2014) flere måter å søke etter litteratur, de beskriver opphavs metoden, i deres avsnitt om ulike søkestrategier. Fremgangsmåten ved metoden er å følge siteringer gjort av relevante studier, for på den måten finne opphavet til disse studiene. Benyttelsen av denne metoden resulterte i en artikkel av interesse. En annen metode er å finne basisartikler for deretter å se på interessante henvisninger. Dette ble benyttet, og resulterte i funn av en relevant artikkel. Begge artiklene ble funnet i sin helhet ved å søke opp informasjonen fra litteraturlisten via Google Scholar.

3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Ved inklusjonskriterier får man avgrenset søket, til å finne best mulig egnet artikler for valgt problemstilling.

Inklusjonskriterer	Eksklusjonskriterer
Vitenskapelige artikler	Barn
Artikler ikke eldre enn ti år	Kreftsyke med kurrativ behandling
Kreftsyke	Artikler uten IMRAD struktur
Palliative pasienter	Artikler som er eldre enn ti år
Følger IMRAD struktur	Artikler som ikke er vitenskapelig.
Fagfellevurdert	
Voksne pasienter	
Smertelindring	
Engelsk/nordisk språklig artikler	

3.3 Kildekritikk

Ifølge Polit og Beck (2014) betyr kildekritikk at forskningens objektive verdi skal vurderes ved å analysere eventuelle styrker og svakheter.

Forskningskritikk er en objektiv vurdering av studiens styrker og begrensninger. Den konkluderes vanligvis med korrektur og oppsummering av studiens dokumenterte resultater, anbefalinger om verdien av «beviset», og forslag om å forbedre studien eller rapporten. Fagfellevurderingen som blir bedt om, vurderer offentliggjøring av manuskriptet og kan vurdere styrker og svakheter i form av spørsmål, teoretiske problemstillinger, metodiske beslutninger, fortolkninger, etikk og stil (Polit og Beck 2014).

En bør stille seg kritisk til all litteratur man velger å ta i bruk, da noe av det som står i litteraturen kan være usant eller være unøyaktig. Videre er det viktig å være kritisk til hvordan man tolker og oversetter artiklene, fordi forfatteren kan ha ett annet budskap enn de tolkningene man selv har gjort. Litteraturstudier er en god måte å løse problemstillingen på, da man kan se hva som er gjort av relevant forskning på det aktuelle temaet. I tillegg kan man se hvilke resultater man finner i de forskjellige artiklene slik at man kan sammenlikne de ulike resultatene og reflektere over hva som er mest relevant å bruke i forhold til egen

problemstilling. Mange forskningsartikler følger en organisering som kalles IMRAD struktur. Dette formatet organiserer innholdet inn i fire hoveddeler - Innledning, metode, resultater og diskusjon. Artikkelen innledes med en tittel og et abstrakt, og konkluderer med referanser (Polit og Beck 2014).

Artiklene blir videre skrevet inn i Database for statistikk om høyere utdanning (DBH) sine publiseringskanaler via ISSN koder, for å undersøke om de er av vitenskapelig karakter. DBH inneholder et bredt spekter av informasjon om hele den tertiære utdanningen i Norge som inkluderer universiteter, høyskoler og fagskoler (DBH 2014).

Denne oppgaven er basert på vitenskapelige artikler, fagbøker og pensumlitteratur som er kvalitetssikret fra skolen. Dette for at den skal få flere forskjellige innfallsvinkler, slik at resultat på oppgaven blir mest mulig troverdig.

3.4 Forskningsetikk

Det er av stor betydning at sykepleiere vet hva de viktigste forskningsetiske prinsippene går ut på, når de blir spurt om å delta i forskning eller skal veilede pasienter (Slettebø 2012).

Det stilles krav om etisk og juridisk forsvarlighet i gjennomføring av både fagutvikling og forskning, men de formelle kravene er strengere for forskningsprosjekter. Kravene kommer fra ulike hold. Etisk forsvarlighet i forskning er regulert på et overordnet og internasjonalt nivå av det som kalles Helsinkideklarasjonen (Bjørk og Solhaug 2008 s. 122).

Under den andre verdenskrig ble det utført grove uetiske overgrep mot innsatte kriminelle uten hensyn til verken deres rettigheter som menneske eller personen selv.

Helsinkideklarasjonen er viktig innenfor all forskning i helsefaget og medisin, og de viktige prinsippene som utgår av denne er at hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns eller forskningsnyten. Dette gjelder spesielt for å beskytte svake pasientgrupper som har liten autonomi (Slettebø 2012).

Alle personer som skal inngå i et forsøk skal være informert om hva studien går ut på, hensikten med studien og hvilke mulige risikoer som kan oppstå ved å delta. Dette er ifølge Tranøy (1994 s.7) i Slettebø (2012) et ufravikelig prinsipp at personen er informert og at det

er gitt et frivillig samtykke.

Nytte skal alltid veies opp mot mulig skade. Ingen pasienter skal utsettes for skade på grunn av forskning, og risikoene skal vurderes før forsøket settes i gang (Slettebø 2012).

Det må skilles mellom terapeutisk forskning og ikke-terapeutisk forskning. Hvor førstnevnte er forskning der medisinsk, psykologisk eller sykepleiefaglig behandling blir testet, og det antas at de som er med på forsøket kan ha nytte av forskningen. Ved ikke-terapeutisk forskning har det ingen helsemessig gevinst for de som er med på forsøket (IBID).

Konfidensialitet og vern av personopplysninger er et sentralt og viktig punkt. De som deltar i forskning skal være trygge på at ingen andre enn forskeren selv får vite hvem de er. Dette er viktig for at de skal kunne svare fortrolig, og resultatet ikke skal påvirkes av at forskningsobjektet holder tilbake data (IBID).

Det er viktig at forskeren har nok kompetanse på området til å gjennomføre studien. Hvis ikke, er det viktig at han i forkant sørger for å ha en veileder på området, og er skikket til å kunne ta imot veiledning (IBID).

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) er de som forvalter de etiske spørsmålene om forsvarlighet, og all forskning på mennesker skal være anbefalt eller tilrådd av REK. Prosjekter som ikke er tilrådd av komiteen kan få vansker med å få godkjenning til å gjennomføre studien i institusjoner (Bjørk og Solhaug 2008).

4.0 Resultat

I resultatdelen presenteres de funnene som ble innhentet ved å tolke informasjon fra studien. Teksten beskriver en oppsummering av grunnleggende informasjon og viktige funn fra artiklene (Polit og Beck 2014).

4.1 tabell med inkluderte artikler

Artikkel: *Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time?*

Forfatter	B. Barathi og Prabha S Chandra (2013)
Tidsskrift	Indian Journal of Palliative Care <u>Land:</u> India
Hensikt med studien	Målet var å undersøke effekten av palliativ sedering hos terminale kreftpasienter, og om denne behandlingsmetoden forkortet levetiden.
Metode (design, utvalg, datainnsamlingsmetode)	<u>Design:</u> Systematisk litteraturstudie gjort i databaser for å identifisere artikler som undersøkte effekten av overlevelse hos terminale kreftpasienter som fikk palliativ sedering. <u>Antall deltakere/pasienter:</u> 11 studier, inkludert 4 prospektive og sju retrospektive studier ble valgt. Totalt antall deltakere varierte fra 76 til 548. 4 studier ble utført i sykehus, 4 i hospice, 2 i hjemmesykepleien og 1 i både sykehus og hospice. <u>Tidsrom:</u> Søket ble gjennomført i april 2012 <u>Gjennomføring/datainnsamlingsmetode:</u> Seks elektroniske databaser ble søkt for både prospektive og retrospektive studier som evaluerte effekten av lindrende sedering og overlevelsestid. Bare de studiene som hadde en sammenligningsgruppe som ikke fikk sedering ble inkludert. Abstraktet av alle studiene ble screenet for å inkludere de mest relevante studiene. Referanser fra studiene ble også

	undersøkt. Inklusjonskriterier i studien var: voksne kreftpasienter med en eller flere fysiske, ikke behandlingsbare symptomer, palliativ sedering gitt med beroligende, dose, eller frekvens, tilstedeværelse av en sammenligningsgruppe og Median survival time (MST).
Resultat	De vanligste indikasjonene for lindrende sedering var delirium, dyspné og smerte. MST ble beregnet fra tidspunktet for siste innleggelse til døden. I denne gjennomgangen var MST fra 8 til 63,9 dager i sedert gruppe. I den ikke-sederte gruppen var MST fra 6 til 63,3 dager. Det fremgår av alle de 11 studiene at forskjellen mellom sedert og ikke-sedert gruppe ikke er statistisk signifikant. I to av studiene var MST lengre i sedert gruppe enn ikke-sedert gruppe. Hovedmålet er å gi smertelindring snarere enn å fremskynde døden. Lindrende sedering kan føre til ikke-alvorlige bivirkninger som nedsatt bevissthetsnivå som resulterer i redusert kommunikasjonskapasitet. Det ble rapportert forskjeller på dette området. Men de kunne ikke finne noen alvorlige bivirkninger av palliativ sedering hos terminale kreftpasienter som; respirasjonsdepresjon, aspirasjon, paradoksal reaksjon eller dødelig respiratorisk og sirkulatorisk undertrykkelse.
Kildekritikk, egne kommentarer, relevans	Tidsskriftet er vitenskapelig nivå 1 og er fagfelleurdert. Studien har valgt artikler som også omhandler hjemmesykepleien og hospice noe som kan gjøre resultatet for antall dager overlevelse forlenget, da pasientene i hjemmet muligens ikke er terminale ved registrering av tjenesten. Selv om denne oppgaven har sykehus som hovedarena er det en overførbar kunnskap som kan brukes, derfor er denne artikkelen relevant. Styrkene hos denne gjennomgangen er at de har brukt flere store databaser for å finne flest mulig relevante artikler. Artikkelen er en litteraturstudie, noe som gjør at den kan være feilaktig tolket.

Artikkel: *Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients.*

Forfatter	S.A Steindahl m. fl (2011)
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences <u>Land:</u> Norge
Hensikt med studien	Denne studien undersøkte om det var forskjeller i helsearbeiderens dokumentasjon av smertens karakter hos kreftpasienter og pasienter uten kreft. De undersøkte hvilke typer analgetika som ble administrert til døende pasienter, og om det var forskjeller i administrasjonsrutinene for opioider til kreftpasienter sammenlignet med pasienter uten kreftdiagnose i løpet av de tre siste dagene av livet.
Metode (design, utvalg, datainnsamlingsmetode)	<u>Design:</u> Komparativ studie. <u>Antall deltakere/pasienter:</u> 220 syke, innlagte pasienter (110 døde av kreft og 110 døde av annen årsak). <u>Tidsrom:</u> Data ble samlet fra høsten 2007 til våren 2009. <u>Gjennomføring/datainnsamlingsmetode:</u> Data ble samlet inn retrospektivt i et tverrsnitts komparativ studie ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Studien utviklet seg fra et kvalitetssikringsprosjekt som ble gjennomført i 2007 som utforsket hvordan omsorgen for døende pasienter ved sykehuset hadde utviklet seg de siste 30 årene. Den første delen av datainnsamlingen inkluderte alle pasienter som døde i løpet av kvalitetsprosjektet i 2007 (49 kreftpasienter og 67 pasienter uten kreft). I den andre delen av datainnsamlingen ble pasientene inkludert fram til hver gruppe nådde 110 pasienter. Pasienter som døde i akuttmottaket eller etter operasjon ble ekskludert fra studien. Dødsårsak ble klassifisert etter ICD-10 kriteriene. Pasienter med kreft er definert som kreftpasienter, mens de uten kreft ble definert etter deres primære diagnose. Data om pasientens smertefrekvens og bekymring for smerte,

	<p>smertekontroll og rutine for opiatadministrasjon ble samlet inn ved hjelp av RAI-PC. RAI-PC samler inn kunnskap om pasientens faktiske inntak i løpet av de siste tre dagene i sykehus. I dette prosjektet ble det begrenset til smertestillende. Forfatteren av studien samlet inn data ved å gå gjennom pasientens elektroniske journaler retrospektivt. Sykehuset valgte ut en ansatt til å følge med på daglige utskrifter fra pasientenes journaler. Data ble hentet fra legevaktsposter, legenes notater, sykepleiernes notater, utskrivningsnotater og kurver for administrasjon av medisiner.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Helsearbeidere dokumenterte konsekvent mer smerter hos kreftpasienter i løpet av de tre siste dagene av livet, enn til de uten kreftdiagnose. Oddsene for å ha alvorlig til uutholdelig smerte var fire ganger høyere hos kreftpasienter i forhold til de pasientene uten kreft. Morfin var den hyppigste administrerte smertestillende for alle døende pasienter, men det ble ikke dokumentert noen forskjell i forhold til dose. Opiater ble oftere administrert transdermalt eller ved oral administrasjon basert på behovsforskrivningen til kreftpasienten, 10 % i begge gruppene fikk ikke tilstrekkelig smertelindring. Forekomsten av smerte ble dokumentert i 99,1 % av tilfellene mens intensiteten av smertene ble dokumentert i 56,4 %. Artikkelen sier at dårlig kunnskap om smerte generelt og morfinbehandling kan føre til at sykepleiere undervurderer kreftpasienters smerteintensitet. Og at usystematisk smertevurdering kan være en årsak til mangelfull smertekontroll. Artikkelen understreker også at i kontrast med funnene fra denne studien finnes det andre studier som beskriver funn på at 50 % av døende med sterke smerter ikke mottok smertestillende. Leger og sykepleiere synes at det er ubehagelig å administrere ubegrenset mengde opiater.</p>

Kildekritikk, egne kommentarer, relevans	Artikkelen er publisert i ett tidsskrift som holder vitenskapelig nivå 1 og er fagfellevurdert. Den er fra Norge, og er derfor veldig aktuell for denne oppgaven. Denne studien har funnet sitt innhold gjennom pasienters journaler etter deres død, og kan derfor inneholde feilaktig informasjon. Dette fordi dokumentasjon kan være gjort unøyaktig.
---	--

Artikkel: *Trends in the Use of Opioids at the End of Life and the Expected Effects on Hastening Death.*

Forfatter	Mette L. Rurup m fl. (2009)
Tidsskrift	Journal of Pain and Symptom Management <u>Land:</u> Nederland
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å beskrive trender i bruken av opioider og oppfatninger i forhold til å ha forkortet livet til pasienten.
Metode (design, utvalg, datainnsamlingsmetode)	<u>Design:</u> Kvantitativ <u>Antall deltakere/pasienter:</u> Spørreundersøkelse ble sendt ut til 6860 leger som hadde deltatt på dødsfall. Svarresponsen var på 78%. <u>Tidsrom:</u> Dødsfall mellom august og november 2005. <u>Gjennomføring/datainnsamlingsmetode:</u> Spørreskjemaer ble sendt til utvalgte leger. ”Statistikk Nederland” mottar dødsattestene for alle dødsfall som inntreffes i Nederland, basert på årsaken til dødsfallene ble de delt inn i 5 kategorier etter dødsårsaker.
Resultat	Leger i Nederland gir sjeldent opioider med den hensikt å forkorte livet til pasienten. Totalt 98 % av legene i 2005 som administrerte opioider ga ikke mer opioider enn rekvirert for symptombehandling etter deres egen oppfatning. Pasientene

	<p>som ikke fikk opioider i alderen 17-64 år opplevde engstelse oftere enn eldre pasienter.</p> <p>En av barrierene til adekvat smertelindring er legenes frykt for respirasjonsdepresjon hos de pasientene som bruker store doser opioider. Denne frykten kan stamme fra studier basert på friske mennesker. Det er i senere tid blitt vist at friske oppegående mennesker reagerer på en annen måte i forhold til opioider, enn hva smertepåvirkede pasienter gjør. Dette er fordi smerte påvirker respirasjonen. Klinisk relevant respirasjonsdepresjon synes derfor å være et mindre sannsynlig fenomen når opioidene gis mot smerte.</p> <p>Hovedkonklusjonen i denne artikkelen er at legene er blitt mer klar over den begrensede effekten av at opioider ikke fremskynder døden. De tror ikke at livet blir forkortet på bakgrunn av opioider.</p> <p>Pasienter med diagnosen kreft, fikk ofte høyere doser opioider enn pasienter med annen diagnose. Kliniske spesialister og sykehjem gav ofte høyere doser enn assistent leger. Det kan ikke utelukkes at dersom det tas hensyn til myten om den livsforkortede effekten av opioider kan det resultere i mangelfull behandling av smerte.</p>
<p>Kildekritikk, egne kommentarer, relevans</p>	<p>Tidsskriftet er vitenskapelig nivå 1 og artikkelen er fagfelleurdert. Denne artikkelen tar for seg kun legenes rolle overfor pasientens smertebehandling. Men dette er likevel relevant da legen er vår samarbeidspartner. Studien er gjort i Nederland, og kan derfor ha andre trender for smertelindring enn de retningslinjene vi følger i Norge. Nederland er likevel innenfor den vestlige kulturen og blir derfor relevant.</p>

Artikkel: *A European Survey of Oncology Nurse Breakthrough Cancer Pain Practics*

Forfatter	Tone Rustøen m.fl. (2012)
Tidsskrift	European Journal of Oncology Nursing <u>Land:</u> 12 europeiske land, deriblant Norge.
Hensikt med studien	<p>Undersøkelsen av europeiske onkologiske sykepleiere ble gjennomført for å undersøke sykepleierenes erfaring med gjennombruddssmerter, og behandlingen som vanligvis tilbys til pasienter med gjennombruddssmerter. De spesifikke hensiktene med denne studien var å evaluere følgende:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sykepleiernes erfaring med gjennombruddssmerter (antall pasienter med gjennombruddssmerter, og beregninger av alvorlighetsgraden og hyppigheten av gjennombruddssmerter).2. Behandlingen av gjennombruddssmerter (farmakologiske og ikke-farmakologiske behandlinger) som normalt brukes.3. Grunner for ikke å anbefale pasienter til å ta sterke smertestillende, og sykepleiernes rangeringer av betydningen av funksjonene i gjennombruddssmertebehandlinger. <p>Forskjeller i bruk av farmakologisk behandling mellom ulike europeiske land ble også undersøkt.</p>
Metode (design, utvalg, datainnsamlingsmetode)	<p><u>Design:</u> Kvantitativ studie.</p> <p><u>Antall deltakere/pasienter:</u> 1241 sykepleiere</p> <p><u>Gjennomføring/datainnsamlingsmetode:</u> Før studien ble det satt sammen en arbeidsgruppe og et tverrfaglig rådgivende styre som besto av 6 onkologiske sykepleiere fra 6 forskjellige land. Sykepleiere fra 12 europeiske land som har omsorg for pasienter med kreft tok del i undersøkelsen om gjennombruddssmerter. Sykepleierne ble rekruttert gjennom EONS webside, og i enkelte land, gjennom invitasjon over e-mail, eller gjennom det nasjonale kreftsykepleiesamfunnet. Spørreskjemaet ble utviklet ut fra klinisk erfaring og en vurdering av litteraturen. Det endelige skjemaet besto av 36 spørsmål som ble skrevet på engelsk og oversatt til de lokale</p>

	<p>språkene, ved en optimal sikring av oversettelsen.</p> <p>Sykepleierens alder, kjønn, hvor mange års erfaring og hvilket land de bodde i ble registrert i skjemaet.</p> <p>Det ble blant annet spurt om smertebehandling, smertevurdering, sykepleierens erfaring, hvor mange pasienter, beskrivelse av alvorlighetsgraden til gjennombruddssmerter og medisiner som vanligvis ble foreskrevet. Smerte ble vurdert ut fra Visuell analog skala (VAS) (0-10) og spørsmålene hadde svaralternativer.</p> <p>Alle analyser ble gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 16, og bare svarene fra sykepleiere som svarte på mer enn 50 % av elementene i skjemaet ble inkludert.</p>
<p>Resultat</p>	<p>De fleste sykepleiere (64,4 %) hadde sett 1-9 pasienter med gjennombruddssmerter den siste måneden. Flertallet av sykepleierne rapporterte at de hadde pasienter som led av gjennombruddssmerter 2-3 ganger om dagen (46,6 %) eller mer enn 3 ganger om dagen (16,4 %). Intensiteten av smertene ble beskrevet som alvorlige (VAS 7-10) av 75,5 % av sykepleierne.</p> <p>Totalt 38,4 % av sykepleierne var uvitende om at det var medikamenter som er spesielt beregnet for behandling av gjennombruddssmerter. Dette varierte mellom landene, de fleste nederlandske (85,5 %) og tyske (83,1 %) sykepleierne hadde kunnskap om medisiner for gjennombruddssmerter.</p> <p>Det fantes standard behandling hos 66,5 %, mens 26,3 % svarte nei, og 7,1 % svarte vet ikke. Men her var det samtidig et stort antall sykepleiere som ikke svarte (527 stk).</p> <p>Grunnene til at sykepleier ikke ønsket å anbefale sterke smertestillende til pasienter var; smertene var ikke alltid alvorlig (42,2 %), smertestillende forårsaket bivirkninger (34,4 %) eller de var bekymret for avhengighet (24,8 %).</p> <p>Som behandling rapporterte (56,9 %) at opioider per oralt vanligvis ble forskrevet for gjennombruddssmerter.</p>

	<p>Hele 38,3 % svarte at de ikke brukte farmakologiske behandlinger for å behandle gjennombruddssmerter. Annen behandling var posisjonsendring (76,6 %).</p> <p>Over hele Europa er behandlingen av kreftssmerter langt fra optimal. I en studie fra 2010 ble det bemerket at sykepleiere hadde vanskeligheter med å definere gjennombruddssmerter som en egen type smerte og var ofte ute av stand til å skille det fra dårlig kontroll av bakgrunnsmerter. Til tross for lang erfaring hos de fleste sykepleierne ble denne typen smerte sett på som et stort klinisk problem. Et lovende funn er at sykepleierens vurdering av hyppighet og alvorlighetsgrad er i samsvar med estimeringer gitt av pasientene selv. Det finnes motstridende svar hos sykepleierne som gir grunn til bekymring. Videreutdanning om smertebehandling og avhengighet er nødvendig for å endre denne praksisen til mer hensiktsmessig administrering og smertelindring.</p>
<p>Kildekritikk, egne kommentarer, relevans</p>	<p>Artikkelen er skrevet i ett tidsskrift som holder vitenskapelig nivå 1 og er fagfelleurdert.</p> <p>Det var stor variasjoner i svarresponsen i de inkluderte landene, men de forskjellige utvalgsstørrelsene antas å ikke påvirke det samlede funnet. En annen begrensning var at invitasjonene ble sendt ut via EONS webside, e-mail og invitasjonene gjennom the nursing societies kan ha rekruttert sykepleiere som er svært dedikert til sitt arbeid. Hvis dette er tilfelle kan resultatene fra undersøkelsen overvurdere kunnskapen og tilliten hos sykepleierne. I tillegg svarte ikke alle sykepleierne på alle spørsmål.</p>

Artikkel: *Attitudes of Health Care Professionals to Opioid Prescribing in End-of-Life Care: A Qualitative Focus Group Study.*

Forfatter	C. Gardiner m. flere (2012)
Tidsskrift	Journal of Pain and Symptom Management <u>Land:</u> Tidsskriftet er fra Nederland, men artikkelen baserer seg på funn i England og New Zealand
Hensikt med studien	Denne studiens mål var å undersøke holdningen til helsepersonell i forhold til forskrivninger av opioider ved livets slutt.
Metode (design, utvalg, datainnsamlingsmetode)	<u>Design:</u> Kvalitativ studie, med fokusgrupper. <u>Antall deltakere/pasienter:</u> 31 helsepersonell, fordelt på fire fokusgrupper. Hvorav 2 grupper var i hospits og to var i allmennlegepraksis. <u>Tidsrom:</u> Artikkelen ble publisert i 2012 <u>Gjennomføring/datainnsamlingsmetode:</u> Fokusgruppene ble brukt til å kapitalisere gruppeinteraksjoner og lokke fram eksperimentelle data. Metoden er nyttig for å utforske deltakernes kunnskaper og erfaringer. Dette kan brukes til å undersøke hva folk tror, i tillegg til hvordan de tenker og hvorfor de tenker på den måten. Derfor ble det valgt som en relevant metodikk for å utforske de ulike holdningene. Fokusgruppene ble registrert og transkribert ordrett, og en tilnærming modifisert tematisk ble brukt til å analysere dataene. Hver transkripsjon ble lest av to av forfatterne.
Resultat	Funn antydde at mange utøvere i primærhelsetjenesten har bekymringer knyttet til forskrivning av opioider for palliative, samt terminale pasienter. Deltakerne i studien rapporterte at allmennleger noen ganger var overforsiktige med å gi opioider, og at det var motvilje blant enkelte allmennleger å forskrive høye doser. Legene var enige om at veiledning fra spesialister var nødvendig før forskrivning av opioider. Utviklingen av spesialiserte sykepleiere ble også

	<p>beskrevet som å være viktig for å øke kvaliteten på pasientbehandlingen og for å iverksette riktige medisineringsregimer.</p> <p>Denne kvalitative studien gir bevis for at betydelige barrierer finnes for å tilegne god nok forskrivning av opioider i den palliative omsorgen i primærhelsetjenesten. Helsepersonell i primærhelsetjenesten, anerkjente den rollen de spiller i bestemmelsen av den palliative omsorgen, og at de mangler selvtillit ved forskrivning opioider.</p> <p>Det er klart at det er et behov for utvikling i forhold til bedre veiledning for bruk av opioider i generell omsorg ved livets slutt, særlig når det gjelder beslutninger, vurdering av korrekt dosering og vurdering av hvilke pasienter som vil ha nytte av opioider.</p> <p>Tre brede temaer dukket opp fra datainnsamlingen: barrierer for hensiktsmessig opioid forskrivning for terminal omsorg, samarbeid mellom spesialist og generelle tilbud av palliativ omsorg og pasient og familie påvirkninger på bruk av opioider ved livets slutt.</p>
<p>Kildekritikk, egne kommentarer, relevans</p>	<p>Publisert i et tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 og er fagfellevurdert. Siden tidsskriftet er fra Nederland, tas det hensyn til at de kan ha andre trender for smertelindring enn Norge har. Hver transkripsjon ble lest av to forfattere, noe som er med å styrke troverdigheten på artikkelen, da den ikke er tolket og skrevet av en person.</p>

Artikkel: *The Use of Morphine to Treat Cancer-Related Pain: A Synthesis of Quantitative and Qualitative Research*

Forfatter	Kate Flemming, MSc og RN (2009)
Tidsskrift	Journal of Pain and Symptom Management <u>Land:</u> United Kingdom
Hensikt med studien	Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke sammenhengen rundt bruk av morfin til å avlaste kreftrelaterte smerter. De ønsket å fastslå synspunktene hos sykepleiere, pasienter, pårørende og leger om bruken av morfin som behandling til kreftrelaterte smerter, og om det påvirker bruken i praksis, i forhold til det som er identifisert av effektivitet av data og anbefalinger.
Metode (design, utvalg, datainnsamlingsmetode)	<u>Design:</u> Litteraturstudie, inneholder kvalitativ og kvantitativ studier. <u>Antall deltakere/pasienter:</u> En systematisk gjennomgang av kvantitative studier og 19 kvalitative studier. <u>Tidsrom:</u> Akseptert for publikasjon mai 2009. <u>Gjennomføring/datainnsamlingsmetode:</u> Gjennomgangen brukte en tilnærming som kalles <i>Critical Interpretive Synthesis (CIS)</i> , som kombinerer tradisjonelle teknikker for systematisk gjennomgang med metoder for å fortolke syntese av kvalitativ forskning. En eksisterende gjennomgang som undersøkte effekten av morfin og retningslinjer med hensyn til bruk ble systematisert med 19 kvalitative artikler.
Resultat	Som resultat sier de at bruk av morfin er en balansegang mellom smertelindring og bivirkning. Inngrodde bekymringer angående morfins symbolikk, avhengighet og toleranse vises hos pasienter, sykepleiere og leger, som påvirker både resepten som skrives ut og bruken. Morfin blir sett på som siste alternativ i sykdomsprosessen og blir sett negativt på og som en "dødsdom". Det ble sett på med stor tro hos pasienter, pårørende og sykepleiere at når morfin

	først ble rekvirert, ville dosen fort økes – med følge av å sløve pasienten og en forhastet død. Barrierer som bekymring for avhengighet, utvikling av toleranse og misbruk ble identifisert. For noen pasienter var også tidligere erfaring med opioider en barriere.
Kildekritikk, egne kommentarer, relevans	Tidsskriftet artikkelen er publisert i, er vitenskapelig nivå 1 og fagfellevurdert. Denne studien har brukt en systematisk gjennomgang gjort av andre og kan være tolket av forfatteren, noe som kan gi misvisende resultater. Dette er tatt i betraktning. Artikkelen er fra UK, og er derfor sammenlignbar med de helsesystemene vi har i Norge.

Artikkel: *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*

Forfatter	Berit Taraldsen Valeberg, Kristin Bjordal og Inger Rustøen (2010)
Tidsskrift	Sykepleie forskning <u>Land:</u> Norge
Hensikt med studien	Hensikten med denne studien var å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling hos et utvalg norske kreftpasienter, samt undersøke om barrierer mot smertebehandling påvirker pasientenes smerteintensitet og funksjon
Metode (design, utvalg, datainnsamlingsmetode)	<u>Design:</u> Kvantitativ tverrsnittundersøkelse <u>Antall deltakere/pasienter:</u> 217 pasienter <u>Tidsrom:</u> Fra desember 2004 til mai 2005 <u>Gjennomføring/datainnsamlingsmetode:</u> Sykdomsspesifikk data ble samlet inn fra pasientens medisinske journal. Pasienten fylte ut spørreskjema i forhold til demografisk data og kartlegging av barrierene. Spørreskjemaet er en norsk versjon av Barrier Questionnaire (BQ) og inneholder 27 spørsmål. Pasienten

	<p>svarer på i hvilken grad de er enige i ulike påstander på en skala fra 0 (helt uenig) til 5 (helt enig). Spørreskjemaene omhandler barrierer innenfor åtte ulike områder; avhengighet, toleranse, bivirkninger, være «snill» («snille» pasienter klager ikke på smerte), redsel for å distrahere legen, muligheter for at smertestillende kan maskere symptomer og påvirkning av immunsystemet. Pasientene ble spurt om å delta når de hadde poliklinisk avtale.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Spørsmålene som reflekterte de høyeste barrierene for smertebehandling var spørsmål om avhengighet, toleranse, det å monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger. Flesteparten av pasientene mente døsigheit var den bivirkningen som var vanskeligst å håndtere. Det er mange ulike forhold man kan tenke seg påvirker barrierene til pasientene. For eksempel sykdomsutbredelse, om behandlingen de får er kurativ eller palliativ, pasientens allmenntilstand, type smerte eller årsaken til smertene. Andre mulige barrierer kan være at ved smerte i forbindelse med kreftsykdom og morfinbruk, kan pasientene oppfatte smertene som et tegn til forverring av sykdommen.</p> <p>Av de 217 pasientene som svarte på spørreskjema var majoriteten mellom 51-64 år. 75 prosent var kvinner. Den vanligste kreftdiagnosen var brystkreft. Omkring 41 % hadde metastatisk kreftsykdom og omtrent 36 % var i et palliativt behandlingsopplegg.</p>
<p>Kildekritikk, egne kommentarer, relevans</p>	<p>Denne artikkelen er fra Norge. Den finnes ikke i DBH's publiseringskanaler, men følger IMRAD-struktur og er publisert i forskningsbladet til Norsk Sykepleieforbund. Det er også anerkjente forskere som har gjennomført studien.</p> <p>Artikkelen tar ikke spesifikt for seg verken palliative pasienter eller pasienter innlagte i sykehus, men den tar for seg polikliniske pasienter. Det er likevel en overførbar</p>

	kunnskap i forhold til pasienters barrierer mot smertelindring, til tross for at avhengighet som barriere mulig ikke er like aktuell i en palliativ fase.
--	---

4.2 Sammenfatning av hovedfunn

”En tematisk analyse innebærer påvisninger av modeller og sammenhenger – samt uoverensstemmelser. En rekke forskjellige typer av temaer kan bli identifisert i en litteraturanalyse” (Polit og Beck s. 183).

Kunnskap

Steindal m. fl. (2011), Rurup m. fl. (2009), T. Rustøen m. fl. (2012), Gardiner m. fl. (2012), Flemming, MSc og RN (2010) og Valeberg, Bjordal og I. Rustøen (2010) hevder at barrierene for dårlig smertelindring grunner i mangel på kunnskap blant leger og sykepleiere som jobber med palliative kreftpasienter med smerter. Det hevdes at for dårlig kunnskap kan føre til undervurdering av smerteintensiteten, noe som kan medføre for dårlig smertelindring. Rurup m. fl. (2009) og Gardiner m. fl. (2012) kom frem til at det var frykt for bivirkningene som var hovedgrunnen til at leger og sykepleiere er restriktive med å gi opioider i høy dose. Senere avkrefter de imidlertid dette, da det ikke er fare for dødelige bivirkninger om legemidlene blir brukt riktig, mot smerte.

Fremskynder døden

Barathi og Chandra (2013) og Rurup m. fl. (2009) avkrefter at opioider, med morfin som hovedfokus fremskynder døden. Barathi og Chandra (2013) har hovedfokus på lindrende sedering, og viser til at det statistisk ikke fremskynder døden, men bidrar til god smertelindring. Rurup m. fl. (2009) hevder at klinisk relevant respirasjonsdepresjon, som er den mest fryktede bivirkningen ved morfin, synes å være mindre sannsynlig når opioider gis mot smerte.

Unødvendig smerte

Steindal m. fl. (2011), Rurup m. fl. (2009) og T. Rustøen m. fl. (2012) bekrefter at kreftpasienter innlagt i sykehus i palliativ fase, har smerter. De mener disse smertene er unødvendige. Steindal m. fl. (2011) hevder at dårlig kunnskap om smerte og morfinbehandling kan føre til at sykepleier undervurderer smerteintensiteten, og at pasientene derfor lider grunnet deres manglende kunnskap. Rurup m. fl. (2009) hevder at det ikke kan utelukkes at dersom man tror opioider forkorter livet, vil dette gi mangelfull behandling av smerte. T. Rustøen m. fl. (2012) sier at sykepleiere ikke ønsket å anbefale sterke smertestillende til pasientene, da de trodde smertene ikke var alvorlige nok og at smertestillende kunne forårsake bivirkninger samt at de kunne bli avhengige av smertestillende. Dette kan ha ført til at mange pasienter har lidd unødig.

Pasientens barrierer

Flemming, MSc og RN (2010), Gardiner m. fl. (2012) og Valeberg, Bjordal og I. Rustøen (2010) kommer frem til i sine studier at pasientene har barrierer for å ta sterke smertestillende grunnet frykt for bivirkninger og avhengighet. Frykten kan også stamme fra tidligere erfaringer eller myter. I studien Valeberg, Bjordal og I. Rustøen (2010) sies det at de spørsmålene som reflekterte de høyeste barrierene for smertebehandling var spørsmål om avhengighet, toleranse, det å monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger.

Avhengighet og toleranse

Flemming, MSc og RN (2010), Gardiner m. fl. (2012), T. Rustøen m. fl. (2012) og Valeberg, Bjordal og I. Rustøen (2010) sier at det finnes barrierer med tanke på avhengighet. Flemming, MSc og RN (2010) mener at denne barrieren deles av pasienter, pårørende, farmasøyter, legestudenter og sykepleiere. I T. Rustøen m. fl. (2012) sin studie står det skrevet at sannsynligheten for å bli avhengig er lav, da en studie av pasienter med kreft dokumenterte at av 24.000 pasienter var det kun sju som ble avhengige av sine medisiner (Friedman 1990).

5.0 Diskusjon

European association for palliative care (EACP) sine retningslinjer og Cochran Review fremhever morfin som første valg når pasienten starter på et opioid for å behandle kreftsmerte. Morfin bør etter retningslinjene tas regelmessig gjennom dagen (Flemming, MSc og RN 2010 og Gulbrandsen 2001). Steindal m. fl. (2012) mener at til tross for at det er retningslinjer for smertekontroll er det store forskjeller på hvor god smertekontroll det oppnås hos kreftpasienter, og Flemming, MSc og RN (2010) har dokumentert mange bekymringer blant pasienter og helsepersonell angående bruk av morfin. Det blir sagt av Breivik m. fl. (2009) at behandling av kreftsmerte er langt fra optimal i Europa og Flemming, MSc og RN (2010) sier at morfin blir sett negativt på og har en stigma over seg. Det blir sett på som en dødsdom og en forhastning av døden. Stemmer dette med vitenskapelig fakta eller er dette kun inngrodde myter som ikke baserer seg på ny kunnskap? *Hvilke barrierer kan ligge til grunn når palliative kreftpasienter får for dårlig smertelindring?*

5.1 Kunnskap om smerter:

Steindal m. fl. (2011) forklarer at fysisk smerte er et vanlig symptom hos døende pasienter og er beregnet som en betydelig belastning for kreftpasienter. Pasienter assosierer ofte en god død, med frihet fra smerte.

Smerte er definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerten er alltid subjektiv (Helsedirektoratet 2013 og Steindal m. fl. 2011). Smerte er den kreftrelaterte plagen som er mest fryktet (Lorentsen og Grov 2011), og er kjent for å være ett udekket behov ved palliativ pleie. 55-95 % av kreftpasienter med framtreden kreft opplever smerte, og det er dokumentert i Steindal m. fl. (2011) sin studie at kreftpasienter har mer smerter sammenlignet med andre døende pasienter. Intensiteten av smertene er alvorligere og det dokumenteres flere gjennombruddssmerter hos disse pasientene.

Begrepet kreftsmerte er viktig å tolke rett, da det ikke er en spesifikk type smerte. Pasienten har ofte flere typer smerte samtidig, noe som krever kombinasjonsbehandling (Lorentsen og Grov 2011). Ca. 70 % av all kreftsmerte er tumorrelatert og det er ulike smertemønstre ut fra

ulik type kreftsykdom. At smertemønsteret endrer seg har sammenheng med at tumoren endrer seg, eller at vekst av metastaser oppstår (IBID). Steindal m. fl. (2011) skriver at palliative pasienter innlagt i sykehus uttrykte bekymring for smerte og smertekontroll og bevis heller mot at eldre mennesker er mer bekymret for fysiske symptomer som smerte under dødsprosessen, enn de er for selve døden.

I følge kreftforeningen (2012) er det vesentlig at pasienter kan få uttrykt alle komponentene i den totale smerteopplevelsen. Om den fysiske smerten er for sterk, mener de at denne smerten overdøper andre komponenter, slik som psykisk smerte. Det kan også påvirke pasientens ønske om å leve. Kaasa (2007) hevder at kreftsmerte er en kronisk tilstand, og at behandlingen må innrettes deretter. Ved vedvarende smerter skjer fysiologiske forandringer som vil gjøre at smerteimpulsen blir sterkere og vanskeligere å behandle. Dette kan skje fysiologisk fordi det oppstår en overfølsomhet på reseptornivå i nærheten av den eventuelle vevsskaden. Smerteforskning har vist at det er direkte galt å være for tilbakeholden med å gi smertestillende medisiner fordi pasienten har store fordeler med å komme tidlig i gang med god smertelindring. Hvis pasienten må tåle sterke smerter gjennom lang tid, er det store sjanser for at det totale medisinforbruket vil bli større og smertelindringen dårligere, enn om man kom tidlig i gang med god smertelindring. Morfin bør gis forebyggende og smertegjennombrudd bør unngås (Kreftforeningen 2012).

Gjennombruddssmerter er vanlig hos pasienter med kreft og er en betydelig årsak til alvorlig ubehag hos pasienten. Undersøkelse som ble gjort viste at intensiteten av smerten hos pasientene var beskrevet som alvorlig, og pasientene fikk muligens ikke riktig behandling for sine gjennombruddssmerter (T. Rustøen m. fl. 2012).

Ifølge T. Rustøen m. fl. (2012) hadde 64.4 % av sykepleierne i deres studie sett en til ni pasienter med gjennombruddssmerter den siste måneden. Flertallet av sykepleierne oppga at de hadde pasienter som led av gjennombruddssmerter to til tre ganger daglig (46.6 %) eller mer enn tre ganger daglig (16.4 %). Hele 75.5 % av sykepleierne hadde beskrevet intensiteten av smertene som alvorlig (VAS 7-10). Selv om flertallet i denne studien beskrev smertene som alvorlig, svarte likevel 42.2 % av sykepleierne i samme studie at hovedgrunnen til at de ikke anbefalte sterke smertestillende, var fordi smertene ikke alltid var alvorlige. Dette er ett område for bekymring.

Et annet område som er interessant er at denne studien rapporterer rask lindring av smertene som viktigste funksjon ved gjennombruddssmerter, men det rapporteres også at pasientene får medikamenter som ikke er spesielt beregnet for slike type smerter. Noe som tyder på at sykepleierne ikke er klar over andre muligheter som har en raskere innsettende effekt (IBID). Det er ikke lett å finne en forklaring på slike misforhold, men ved flere punkter i denne studien demonstreres det en mangel på kunnskap om håndtering av gjennombruddssmerter hos kreftpasienter. Sonden m. fl. (2010) undersøkte også hvordan sykepleiere vurderer gjennombruddssmerter og bemerket at sykepleiere hadde vanskeligheter med å definere gjennombruddssmerter som en egen type smerte. De var også ofte ikke i stand til å skille smerten fra dårlig kontrollert bakgrunnssmerte (T. Rustøen m. fl. 2012).

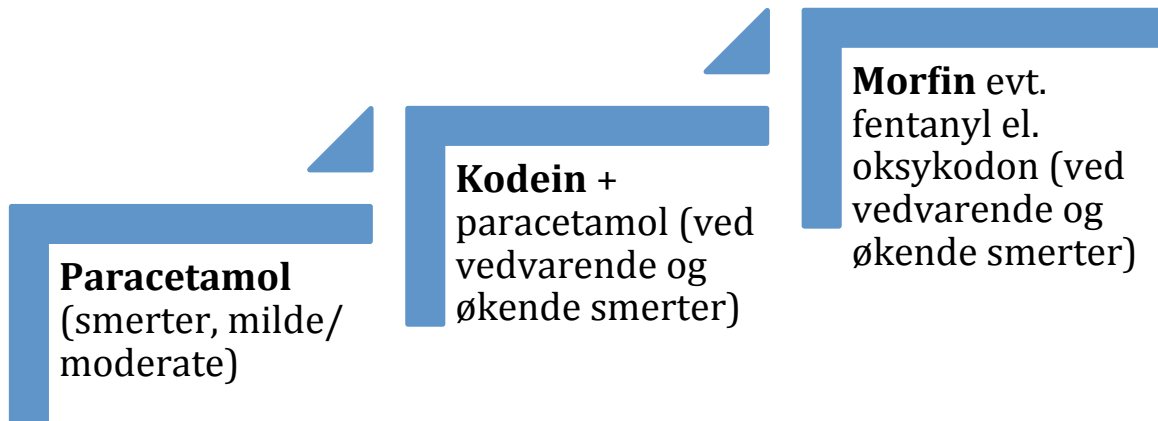
Kaasa (2007) beskriver at et viktig prinsipp ved gjennombruddssmerter er å behandle umiddelbart og ha en klar plan for hvordan smerten skal behandles. Likevel var 38.4 % av sykepleierne i T. Rustøen m. fl. (2012) sin studie uvitende om at det fantes medikamenter som er spesielt beregnet for behandlingen av gjennombruddssmerter, og hos kun 66.5 % fantes det standard behandling.

5.2 Tiltak til kunnskap om smerte:

Morfin kan bare dempe den fysiske smerten. Det er derfor viktig å kartlegge pasientens smerter, og det kan være en stor utfordring som bør gjøres tverrfaglig. Det er ikke alltid lett å skille smertene fra hverandre, men det er en viktig jobb for å kunne lindre den totale smerteopplevelsen (Kreftforeningen 2012). Steindal m. fl. (2012) mener at kunnskap om smertekontroll hos pasienter innlagt i sykehus, kan hjelpe leger og sykepleiere til å forbedre livskvaliteten til døende pasienter. Dette er viktig fordi smertene kan øke menneskelig lidelse.

I følge Rurup m. fl. (2009) er Verdens helseorganisasjons (WHOs) smertetrapp et viktig hjelpemiddel i smertebehandlingen, der sterke opioider er hjørnesteinen i kreftsmertebehandling.

Smertetrappen til WHO



I Norge er smertetrappen definert i 5 trinn. Trinn 1: ikke-opioider, trinn 2: 1+ svake opioider, trinn 3: 1+ sterke opioider oralt eller plaster, trinn 4: 1+ sterke opioider subkutant eller intravenøst og trinn 5: 1+ sterke opioider epiduralt (Lorentsen og Grov 2011).

I følge Kaasa (2007) kan ikke alle smerter behandles, man må ha realistiske mål i forhold til hva man kan oppnå. Man må sette opp å måle fordeler og ulemper ved høye doser smertestillende. Hos en pasient med dårlig allmentilstand bør målet være å oppnå analgesi ved sengeleie. Barathi og Chandra (2013) sier at palliativ sedering er regnet som en siste utvei for å avlaste de ikke-behandlingsbare symptomene til døende kreftpasienter.

Den vellykkede behandlingen av gjennombruddssmerter er avhengig av en kombinasjon av grundig vurdering, passende og målrettet behandling, og grundig evaluering av pasienten. Behandlingen innebærer også en rekke strategier, herunder behandling av den underliggende sykdommen, modifikasjon av den eksisterende behandling, anvendelse av farmakologisk intervensjon og utnyttelse av intervensjonsteknikker. Sykepleiere bør ha bedre opplæring om gjennombruddssmerter generelt, og vurdering av gjennombruddssmerter og behandling spesielt. Det er foreslått at retningslinjer for gjennombruddssmerter bør utvikles, samt at det burde bli relevant opplæring om vurdering og styring av smertene herunder relevante opplysninger om virkningen gjennombruddssmerter har på kreftpasienten og deres livskvalitet (T. Rustøen m. fl. 2012).

T. Rustøen m. fl. (2012) sier at sykepleiere spiller en sentral rolle i å påvirke behandlingen til å lindre gjennombruddssmerter. De er ideelt egnet til å gi anbefalinger til legen med hensyn til effekten og sikkerheten av behandlingen, samt gi informasjon om pasienttilfredshet.

Sykepleiere kan også bidra til å avgjøre om andre farmakologiske alternativer kan være aktuelle. På grunn av den nære kontakten og dialogen sykepleiere har med sine pasienter, er de i en unik posisjon til å håndtere eventuelle kommunikasjonsbarrierer. Dette krever utdanning og trening, derfor kan ekstra utdanning hos sykepleiere innenfor de tilgjengelige behandlingene samt fordelene ved denne, øke pasientens tilgang til riktig behandling.

5.3 Kunnskap om behandling som barriere:

Steindal m. fl. (2011) skriver at erfaringer fra kreftpasienter viser at dersom kliniske retningslinjer for smertelindring blir fulgt, kan opptil 97 % av pasientene bli tilfredsstillende smertelindret. Likevel er det store forskjeller på hvor god smertelindring som oppnås. Dårlig kunnskap om smerte generelt og morfinbehandling, kan føre til at sykepleiere undervurderer kreftpasientens smerteintensitet. Gardiner m. fl. (2012) skriver at en studie fra Nederland gjort av Rurup m. fl. (2010), viste at de fleste leger hadde en tilstrekkelig grunnleggende kunnskap om opioider, men at kunnskapen utover det grunnleggende var mangelfullt, noe som ble en barriere for god smertebehandling ved livets slutt.

Det hevdes i Flemming, MSc og RN (2010) sin studie at sykepleiere rapporterte at leger manglet kunnskap om smertebehandling og riktig forskrivning. Samspillet mellom sykepleiere, leger og pasienter ble ansett for å være avgjørende for en vellykket smertebehandling. Betydningen av god kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter er også anerkjent i retningslinjene for kreftsmarter. Forskning har fremhevet at når økning i kunnskap og ferdigheter i forhold til bruk av opioider i behandlingen av kreftrelaterte smerter oppstår, følges mer optimal forskrivning av opioider (IBID).

Gardiner m. fl. (2012) viser at mange leger har bekymringer knyttet til opioidforskrivninger i pleien ved livets slutt. Fineberg, Weltzer og Brown (2006) fant i en undersøkelse som evaluerte sykehus ved å prøve å forstå behandlingen av smerter ved livets slutt, at det var ett stort kunnskapsunderskudd og holdningsmessige bekymringer som hemmet administrasjonen av opioider. Gardiner m. fl. (2012) mener ytterligere barrierer for god smertelindring inkluderer motvilje fra leger og sykepleiere til å forskrive opioider.

5.4 Barrierer hos sykepleiere og leger og dens konsekvens:

Kaasa (2007) hevder at morfin og andre opiater ikke har en øvre doseringsgrense. Og at døgndosen for optimal smertelindrende effekt kan variere fra 40 mg til mange 1000 mg. Han mener derfor at det er pasientens smerte som skal avgjøre dosen, i stedet for antall mg per døgn. Det er her barrierene kommer inn.

5.5 Frykt for alvorlige bivirkninger:

Rurup m. fl. (2009) hevder at barrierene for god smertelindring er på bakgrunn av legenes frykt for respirasjonsdepresjon, dette støtter også Gardiner m. fl. (2012) og Flemming, MSc og RN (2010) som hevder at barrierene grunner i bivirkningene. Steindal m. fl. (2013) mener også at frykten for fatale bivirkninger er en grunn for at leger og sykepleiere gir for lave doser smertestillende. Under studien Cicely Saunders foretok seg om mengde morfin fant hun ut at det var store individuelle variasjoner (Gulbrandsen 2001). Dette understreker også Kaasa (2007), han mener at det er genetiske variasjoner som påvirker distribusjonen av opioider, ved å forandre på medikamentopptak, transport eller metabolisme, for så å påvirke mengden opioider som påvirker opioidreseptorene. Dette kan gi ulike utslag, både i form av redusert og økt virkning. Saunders dokumenterte også i sitt arbeid at pasienten kunne smertelindres uten at det gikk ut over bevissthetsnivået, om man ga morfin peroralt hver fjerde time (Gulbrandsen 2001).

Smerten og effekten av smertestillende kan dog være vanskelig å vurdere når pasienten er døende. I de fleste tilfeller kan små doser morfin være tilstrekkelig til å smertelindre godt nok. Selv om det ifølge Steindal m. fl. (2012) og Kaasa (2007) er ubegrenset tilførsel av opiater ved slutten av livet for å behandle vanskelige smerter hos den døende, er det likevel indikasjoner på at dette blir brukt for sjeldent eller for sent. Dette fordi leger og sykepleiere kan føle ubehag ved å administrere en ubegrenset mengde opiater.

Frykten for respirasjonsdepresjon som Rurup m. fl. (2009) beskriver som en av barrierene for adekvat smertelindring, stammer blant annet fra en studie gjort av frivillige, friske mennesker. I etterkant er det vitenskapelig bevist at friske mennesker uten smerte responderer annerledes på opioider enn kreftpasienter som tar dette mot smerter. Dette fordi smerte stimulerer respirasjonen, og klinisk relevant respirasjonsdepresjon forårsaket av opioider blir derfor

mindre sannsynlig hos kreftpasienter når opioider gis mot smerte. Han mener dette bunner ut i mangel på kunnskap fra lege.

5.6 Frykt for døden som konsekvens av behandling:

Steindal m. fl. (2013) understreker også at frykten for å bli beskyldt for aktiv dødshjelp er en faktor for at leger og sykepleiere gir for lave doser smertestillende medisiner til kreftpasienter. Rurup m. fl. (2009) skriver også i sin studie at overforsiktigheten grunnet frykt for mulige bivirkninger som livsforkortende effekt, kan ha ført til underbehandling av smerte og andre symptomer hos kreftpasienter. Han hevder imidlertid i sine resultater og konklusjon at legene er blitt mer oppmerksomme på den beskjedne effekten opioider har i forhold til forkortning av livet. Til tross for dette kan det ikke utelukkes at frykten for forkortning av livet på grunn av opioider fremdeles noen ganger resulterer i for dårlig smertelindring. Dette med tanke på at en tredjedel av pasientene i denne studien opplevde smerter de siste 24 timene av livet.

Steindal m. fl. (2011) sier at det i noen tilfeller er pasienten selv som ber om lavere doser enn de har behov for i frykt for at smertestillende som morfin skal forkorte livet, dette kan resultere i at dosene økes for sakte. Flemming, MSc og RN (2010) forklarer at oppstart av morfin kan bli oppfattet som en representasjon av forverring av sykdom og død. Det kan bli sett på av både pasienter, sykepleiere og leger som en siste utvei i sykdomsprosessen. Det var en sterk tro blant pasienter og sykepleiere at når morfin ble rekvirert, ville dosene øke, med sedasjon og en forhastet død som følge (Flemming, MSc og RN 2010).

Matersvedt og Kaasa (2000) sier at dersom palliativ sedering skulle føre til en tidlig død, kan man med forankring i prinsippet om den doble effekt si at døden er forutsett, men var ikke på bakgrunn av intensjon. Det er imidlertid ikke lett å føre bevis for antagelsen om livsforkortning i tilknytning til denne praksisen. Eksempelvis å gjøre en randomisert studie for å beregne levetid med og uten behandling, hvor kontrollgruppen ikke fikk behandlingen, ville ikke være etisk forsvarlig. Det er likevel forsket på palliativ sedering med sammenligningsgrupper som ikke mottok sedering. Det å ikke tilby palliativ sedering til pasienter med uutholdelige smerter, hvor alt annet er prøvd, vil ifølge Materstvedt og Kaasa (2000) være totalt uakseptabelt. Man kan således likegodt anta det motsatte; at behandlingen ikke forkorter livet, men tvert imot forlenger det.

Barathi og Chandra (2013) sammenlignet slike studier ved å se på overlevelsestid. Den gjennomsnittlige overlevelsestiden i deres studie ble målt fra første dagen av siste innleggelse til døden inntraff. Av de elleve studiene i denne artikkelen var det ingen statistiske forskjeller i overlevelsestid mellom de pasientene som fikk og ikke fikk sedering.

Materstvedt og Kaasa (2000) ville imidlertid understreke at medikamentene som brukes ved sedasjon, må være medisinsk forsvarlig å bruke på denne måten. Dessuten må dosene tilpasses pasientens tilstand slik at det ikke oppstår en overdosering med den mulige konsekvens at pasienten dør. Barathi og Chandra (2013) skriver at hovedmålet med palliasjon er å gi god symptomlindring for pasienter som lider av flere fysiske symptomer. Når alle muligheter innen medisinsk behandling mislykkes i å smertelindre alvorlige smerter til døende pasienter, er lindrende sedering valgt for å gi lindring fra smertene snarere enn å fremskynde døden (IBID).

Materstvedt og Kaasa (2000) hevder at praksisen palliativ sedering er omstridt, og bør være det. En kontinuerlig og selvkritisk debatt, bør i interesse for alle parter. Behandlingsformen er veldig utfordrende for både sykepleiere og leger, både etisk og medisinsk-faglig. Det kan også være et vanskelig valg for pasienten. Noen vil si at når pasienten blir fratatt sin bevissthet og dør i komatøs tilstand, har man på forhånd «drept» hans jeg og personlighet. En annen problemstilling som de mener fortjener oppmerksomhet er med hvilken rett, og i hvilken forstand, man kan si at det fremmer pasientens livskvalitet og gjøre han bevisstløs (IBID).

I følge Barathi og Chandras (2013) litteraturstudie kan lindrende sedering føre til mindre alvorlige bivirkninger som nedsatt bevissthetsnivå som resulterer i redusert kommunikasjonssevne. Imidlertid kunne ikke denne studien finne at det er rapportert noen alvorlige bivirkninger som respirasjonsdepresjon, aspirasjon, paradoksal reaksjon eller dødelig respiratorisk og sirkulatorisk undertrykkelse.

5.7 Frykt for avhengighet og toleranse:

Flemming, MSc og RN (2010) har funnet at barrierer som frykt for vanedannelse, utvikling av toleranse og mulighetene for misbruk er tilstede. Engstelsen for avhengighet ble delt av pasienter, sykepleiere, pårørende og sykepleie- og medisinstudenter. Pårørende merket seg at legenes og sykepleiers frykt for avhengighet førte til restriktivitet til å foreskrive morfin, noe

som bidro til et underforbruk av morfin. Det kommer også fram i studien at legenes og sykepleiers frykt for avhengighet var uttrykt overfor pasienten, deres pårørende og til sykepleie- og medisinstudenter som var under praksis. Offentlige farmasøyter har også uttrykt negative holdninger til bruk av morfin overfor pasienten. Den kliniske konsekvensen var at morfin ikke ble rekvirert, eller ble rekvirert men ikke tatt.

Valeberg, Bjordal og I. Rustøen (2010) fant også i sin studie at det var mange pasienter som var redd for at bruk av smertestillende skulle føre til at de ble avhengig. Dette indikerer at pasientene ikke har forstått mekanismen ved avhengighet eller at de ikke har fått den informasjonen de trenger. Pasientene forbinder muligens avhengighet med psykisk avhengighet, hvor man tar smertestillende for å oppnå en annen effekt en smertelindring. I en studie gjennomført av Friedman (1990) utviklet syv pasienter med kreft psykisk avhengighet av opioider de brukte for å lindre smerte. Totalt 24.000 pasienter deltok i undersøkelsen (T. Rustøen m. fl. 2012). Sannsynligheten for at en pasient skal bli narkoman eller utvikle misbruk, er svært liten siden målet er smertelindring, ikke rus. Så lenge behandlingen skrives ut av kvalifisert lege er det liten sjanse for overdosering og utvikling av psykisk avhengighet og narkomani. Pasienter kan utvikle en fysisk avhengighet og bør derfor ikke slutte brått med opioider ved bruk over lengre perioder, men bør trappe ned. Men hos palliative pasienter er det heller liten sannsynlighet for at det blir aktuelt å avslutte smertebehandlingen (Kreftforeningen 2012 og Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010).

Noen har ikke kunnskap om at det finnes virkningsfulle smertestillende når smertene øker, så de sparer på medikamentene i frykt for utvikling av toleranse (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010). Frykten for toleranse og at morfin ville miste sin effekt førte også til at pasienter sluttet med morfin. Måten smerte ble vurdert og hvordan detaljer om årsaken og behandlingen ble kommunisert på, var et dominerende trekk som senere påvirket pasientenes valg av behandling (Flemming, MSc og RN 2010). Som nevnt tidligere er dette uheldig med tanke på at Kreftforeningen (2012) understreker at det totale medisinforbruket kan bli høyere ved at smertebehandlingen kommer dårlig eller sent i gang. Dette fordi smerten kan bli vanskeligere å kontrollere om pasienten må gå med sterke smerter over lengre tid (IBID).

Pasientene i Valeberg, Bjordal og I. Rustøen (2010) sin undersøkelsen hadde en gjennomsnittlig smerteintensitet på 4,5 på en skala fra null - ti. Det viser til at forskning sier at smerteintensitet over fire påvirker pasientens livskvalitet, og er klinisk relevant. Resultater

viser at pasienter som er mer påvirket av smertene, hadde også mer eller flere barrierer. Motsatt var det for pasienter som anga bedre smertelindring, hos disse viste lavere barrierer. Denne informasjonen kan tolkes som at pasienter med færre barrierer for smertelindring og smerter i større grad følger smerteregimer. Eller at de pasientene som har positive opplevelser og erfaringer har færre barrierer. Korrelasjonene i denne studien var svake, men det er ikke usannsynlig at engstelige pasienter, som er redd for avhengighet lar være å ta smertestillende (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010).

Internasjonal forskning viser også at mange pasienter er engstelige for avhengighet og for å utvikle toleranse for smertestillende medikamenter slik at de venter med å bruke smertestillende inntil smerten er sterkere, eller de lar være å ta den dosen som legen har anbefalt (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010).

5.8 Andre barrierer hos pasienten:

Sentrale hindringer eller barrierer som hindrer optimal smertebehandling kan være, at pasienten er tilbakeholden med å rapportere smerte og ikke følger anbefalte smerteregimer. Forklaringer på dette kan være misforståelser, feiloppfatninger og manglende kunnskap (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010).

Pasientene i Valeberg, Bjordal og I. Rustøen (2010) sin studie uttrykte døsighet som en bivirkning som var vanskelig å håndtere. Bivirkningen kan forekomme i forbindelse med økning av dosen. Det er ikke urimelig at pasienter som ikke har fått informasjon om at dette normalt sett vil forsvinne etter en ukes tid, selv reduserer dosen. Det er i slike situasjoner viktig at sykepleier snakker med og informerer pasienten om disse bivirkningene som kan forekomme. Dette for å unngå at pasienten selv avbryter doseøkningen på grunn av bivirkninger som av seg selv vil avta etter en kort periode. Får pasienten være med på å bestemme når smerteregimet skal endres og er forberedt, vil dette kanskje føre til at de lettere vil gi beskjed når smerteintensiteten tiltar. Samtidig kan det føre til at de tar de rekvirerte medisinene slik de er forskrevet.

Flemming, MSc og RN (2010) fremhever at også tidligere erfaringer hos pasienten kan føre til motvilje for å starte med morfin. Basert på negative opplevelser i forbindelse med opioider, ønsket de ikke motta morfin til tross for alvorlige smerter. Pasienter nevner også i denne

studien at ved oppstart av opioider som morfin følte de det som et tap av verdighet, personlig autonomi og nedsatt følelse av selvtillit.

Noen pasienter kan føle at de har mer kontroll over sin sykdom ved å unngå bruk av eller å bruke mindre medikamenter. Det tyder også på at noen pasienter ikke tar smertestillende for å bruke smerten som en indikator på om kreftsykdommen utvikler seg. En god andel av pasientene var også middels enig i at ved bruk av smertestillende hadde man ikke kontroll over hva som foregår i kroppen, fordi smertestillende kunne kamuflere nye smerter (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010).

5.9 Kartlegging og smertedokumentasjon:

Smerte er en stor byrde for kreftpasienter og funn fra studier viser at sykepleiere har tendenser til å undervurdere eldre pasienters smerte. Palliative pasienter kan ha symptomer som ikke blir rapportert. Det er derfor viktig at sykepleieren aktivt og systematisk spør pasienten om hans symptomer. Sykepleiere har varierende erfaring og kunnskap om smertebehandling og dokumentasjon. Smertebehandlingen må dokumenteres, for å sikre at endringer i smertens karakter blir fanget opp, og justeringer i behandlingen kan gjennomføres (Steindal m. fl. 2011).

Steindal m. fl. (2011) hevder at usystematisk smertevurdering og smertebehandling kan være årsaken til mangelfull smertekontroll. I Helsepersonelloven §40 (2000) står det skrevet at «journalen skal føres i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen». I studien han gjennomførte ble forekomsten av smerte dokumentert i 99.1 % av tilfellene, men smertens intensitet ble kun dokumentert i 56.4 % av tilfellene. Dette viser mangelfull dokumentasjon av smertens karakter (Steindal m. fl. 2011).

I følge Skaug (2012) vil pasienter med sterke smerter ha redusert livskvalitet. Det er viktig å kartlegge og forstå smerten for å kunne gi god smertelindring, men smerten kan være vanskelig for pasienten å beskrive. Skaug (2012) i samarbeid med NTNU har i denne sammenheng forsket på og utviklet ett verktøy til nettbrett, hvor pasienten kan plassere smertene sine på kroppen til en menneskefigur, samt bruke fargekoder etter smerteintensitet.

Dette for at pasienten skal kunne beskrive sine smerter når smerter oppstår og ikke kun ved legevisitt.

Visuell analog skala (VAS) er en mye brukt kartleggingsmetode, hvor pasienten klassifiserer sine smerter fra null-ti. Hvor null er ingen smerte og ti er verst tenkelige smerte. VAS er en metode som enkelt kan brukes til å vurdere pasientens symptomer og plager over tid, og ved at smerten blir klassifisert med tall kan behandlingen reguleres når smerten øker på skalaen (Malt 2009). Likevel mener Steindal m. fl. (2011) at standardiserte smertevurderingsverktøy sjeldent ble brukt hos pasienter innlagt i sykehus som mottok morfinbehandling.

Sykepleiere rapporterte konsekvent mer smerte hos kreftpasienter, og analysen til Steindal m. fl. (2011) viste at sjansen for å ha alvorlige til uutholdelige smerter var mer enn fire ganger høyere hos kreftpasienter enn pasienter med annen diagnose. Det ble likevel ikke dokumentert noen signifikant forskjell mellom kreftpasienter og pasienter uten kreft med hensyn til hvor stor andel av morfin som ble gitt. Noe som kan tolkes som at selv om kreftpasienter har mer smerter, fikk de likevel ikke høyere doser morfin. Årsaken kan også tolkes til at sykepleiere ikke har dokumentert smertens intensitet, hvorav tidligere nevnte resultater. Det støttes også fra Gardiner m. fl. (2012) at smerte ofte ikke er godt nok lindret, grunnet utilstrekkelig vurdering og behandling. I tillegg sier Borgsteede m. fl. (2009) at mange pasienter ikke får hensiktsmessig opioidbehandling, fordi den ikke settes i gang tidlig nok.

5.10 Tiltak til barrierer hos sykepleiere, andre helsepersonell og pasient:

Rurup m. fl. (2009) sier at frykten for fatale bivirkninger er på bakgrunn av mangel på kunnskap om administrering av sterke smertestillende til smertepåvirkede pasienter. Han mener at frykten for dødelige bivirkninger kan reduseres om legemidlene blir gitt etter retningslinjer. Det er viktig under samtale med pasientene å formidle at å monitorere forandringer via smertene er ikke en holdbar metode. Det er en viktig oppgave for sykepleier å bidra til at pasientene får tillitt til at helsevesenet, på andre og mer effektive måter, slik at de ved bruk av målrettede tiltak kan få kunnskap om sykdommens utvikling (Valeberg, Bjordal og I. Rustøen 2010). Det er en sykepleier oppgave å sørge for at pasientene får en realistisk og troverdig informasjon om smerte og smertebehandling, for å kunne redusere feiloppfatninger og øke kunnskapen (IBID).

T. Rustøen m. fl. (2012) påpeker at videreutdanning om smertebehandling og avhengighet er nødvendig for å endre den praksis som er i dag, for å få en mer hensiktsmessig smertelindring. Det er mange kreftpasienter og sykepleiere som ikke klarer å håndtere kreftsmerte godt nok på grunn av unødvendig frykt for at pasienten skal bli avhengig av sterke smertestillende. Rurup m. fl. (2009) mener pasienter og deres pårørende kan ha nytte av informasjon om toleranse, opioid-sikkerhet, og det faktum at smerte kan avlastes i de fleste tilfeller. Opplæring av pasienter om smerte kan forbedre smertekontrollen, slik at de kan føle seg tryggere på å følge den rekvirerte behandlingen, og dermed oppnå bedre smertekontroll.

5.11 Kritisk vurdering av valg gjort med hensyn til anvendt litteratur

I følge Polit og Beck (2014) er forskerne selv i den beste posisjon til å påpeke mangler i sine studier. I en drøfting hvor forskeren presenterer forståelse i forhold til begrensninger viser han leserne at han selv er klar over begrensningene og at han sannsynligvis tok hensyn til dette under tolkningen av funnene.

Begrensninger i forhold til egen studie er blant annet at dette er en litteraturstudie, og innholdet fra litteraturen kan derfor være tolket. Innholdet av forskning er i stor grad oversatt fra engelsk, og kan være oversatt feilaktig ut fra forskerens budskap. Det er begrensninger i form av søkemetode og søkeord. I tillegg til kvantitative og kvalitative studier som er inkludert i studien er også andre litteraturstudier inkludert, dette er vi kritiske til da disse studiene kan være tolket på forhånd. Alle forskere prøver å tilstrebe mest mulig objektivitet, men vi ser begrensninger med at dette kan ha påvirket studien. Artikkene er ikke fra ett og samme land, noe som kan medføre at det er forskjellige trender for smertelindring og palliasjon i de forskjellige landene, men alle landene er tilknyttet den vestlige verden. Med unntak av studien til Barathi og Chandra (2013), hvor gjennomgangen er utført og publisert i India. Dette ble tatt i betraktning, men med tanke på at dette er en gjennomgang, er det ikke dermed sagt at studiene som er tatt i bruk er gjennomført i India. Denne studien er ikke begrenset til en spesifikk type kreft, det kan derfor være store forskjeller på smerte og smerteintensitet hos pasienter med forskjellige kreftformer.

Det kan være interessant med videre forskning om kunnskap og videreutdanning av sykepleiere for å minske underbehandling av smerte i behandling generelt, både kurativt og

palliativt. Det burde forskes mer på sykepleiers rolle i tilrettelegging og veiledning av pasientene, slik at de med større trygghet kan ta de rekvirerte medikamentene, slik de er forskrevet. Informasjon og veiledning i forhold til bivirkninger er nødvendig for at pasienten selv ikke skal trappe ned medisiner eller avbryte en økning i dosen grunnet for eksempel døsigheit ved bruk av morfin. Det bør også forskes mer på kartlegging og dokumentasjon av smerte, og smertedokumentasjonssystemer som er lett tilgjengelig for alle, slik at flere bruker dette aktivt og mer hensiktsmessig.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien har identifisert flere barrierer for god smertelindring hos kreftpasienter. Barrierene stammer fra sykepleiere, leger og pasienten selv.

Hoved-barrierene for god nok smertelindring til palliative kreftpasienter viser seg å være mangel på kunnskap, frykt for at store doser opioider kan fremskynde døden og at man blir beskyldt for aktiv dødshjelp, pasientens egne barrierer, frykt for avhengighet og toleranse. Det viser seg at et stort kunnskapsunderskudd hos leger, sykepleiere og pasienter hindrer god smertekontroll. Dette sammen med tidligere nevnte barrierer fører til at kreftpasienter lider unødvendig. Ikke all smerte kan lindres, men flere kreftpasienter kan smertelindres dersom retningslinjer for smertelindring blir fulgt, og barrierere blir brutt.

7.0 Litteraturliste

B Barathi og Prabha S Chandra (2010) Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? A Systematic Review I: Indian Journal of Palliative Care (Online) Vol. 19 No.1 Jan-Apr 2013: s.40–47.

URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680838/> (10.03.2014)

Bokmålsordboka (u.å) Definisjon av barrierer ”Universitetet i Oslo”

<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=barriere&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
(07.05.2014)

Bjørk, I. T. og Solhaug M. (2008) Teoretiske perspektiver i prosjektarbeid I: Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok. Oslo: Akribe. S. 83-95

Bjørk I.T og Solhaug M.(2008) Resultater i et prosjekt I: Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok. Oslo: Akribe s. 125-155

Bjørø K. og Kirkevold M (2008) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie I: N.,F. Nortvedt og E.A Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie b.4* Oslo Gyldendal Akademiske s150-179

Database for statistikk om høgre utdanning (2014)

URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
(Januar-april 2014)

Flemming K., MSc, og RN (2010) The use of Morphine to treat Cancer-Related Pain: A Synthesis of Quantitative and Qualitative Research I: Journal of Pain and Symptom Management (Online). Vol 39 No. 1. Januar 2010 s. 139-154

URL: [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(09\)00731-3/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(09)00731-3/fulltext)
(10.04.14)

Forsberg C. og Wengstrøm Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation*. Stockholm: Natur og kultur.

Gardiner C. m. flere (2012) Attitudes of Health Care Professionals to Opioid Prescribing in

End-of-Life Care: A Qualitative Focus Group Study I: Journal of Pain and Symptom Management (Online) Vol 44 No. 2 August 2012: s.206-214

URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392412001388>

(01.04.2014)

Gulbrandsen P. (2001) Cicely Saunders I: Tidsskriftet den norske legeföreningen

URL: <http://tidsskriftet.no/article/394779/>

(26.03.2014)

Helsedirektoratet (2013) Symptomer og tilstander, smerte, definisjon

URL: [http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-](http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon)

[tilstander/smerte/definisjon](http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon)

(15.03.2014)

Helsedirektoratet (2013) Retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>

(25.03.2014)

Helsepersonelloven (2011) Krav til helsepersonells yrkesutdøvelse

URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>

(12.03.2014)

Helsepersonelloven (2000) Krav til journalens innhold m.m

URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

(12.03.2014)

Høgskolen i Gjøvik Seksjon for forskningsområder

URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet>

(10.03.2014)

Hjort P.F (2008) Pleie og omsorg ved livets slutt I: Kirkevold M., Brodtkorb K. og Ranhoff A.H (red) *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s.447-455

Kaasa S. (red) (2007) *Palliasjon Nordisk lærebok 2. utgave*
Oslo: Gyldendal Akademiske

Kalfoss H. M. (2011) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H., D-G Stubberud, og R. Grønseth (red). *Klinisk sykepleie b. 2*. Oslo: Gyldendal, s. 475- 499

Kreftforeningen (2012) *Morfin og Kreft*

URL: <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Behandling/Morfin%20og%20kreft-lowres.pdf>

(04.04.2014)

Kirchhoff J.(2005)

URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116702/tilfeldig-oppdatering>

(24.03.2014)

Kristoffersen N. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N. F. Nortvedt og E.A Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie b.4* Oslo: Gyldendal Akademiske s. 26-33

Legemiddelforeningen (2007) *Retningslinjer for symptomlindrende behandling*

URL:

<http://legeforeningen.no/pagefiles/42352/retningslinjer%20for%20symptomlindrende%20behandling.pdf>

(25.03.2014)

Lorentsen V.B og Grov E.K (2011)

Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., D. Stubberud og R. Grønseth (red.).

Klinisk sykepleie 2. Oslo: Gyldendal, s. 401-438.

Malt U. (2009) VAS. I: Store medisinske leksikon (Online)

URL: <http://sml.snl.no/VAS> (28.03.2014)

Materstvedt L.J og Kaasa S (2000) I: Tidsskrift for den norske legeforening

URL: <http://tidsskriftet.no/article/405695> (05.04.2014)

Mathisen, J. (2008) Livets avslutning. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.)

Grunnleggende sykepleie, b.3. Oslo: Gyldendal, s. 272-313.

Norsk legemiddelhåndbok (2012) Palliativ behandling

URL: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/23416> (15.03.2014)

Norsk Sykepleier Forbund (2009) Yrkesetiske retningslinjer

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

(08.03.2014)

Polit D.F og Beck C.T (2010) Litterature Reviews: Finding and Reviewing Research

Evidence i Essentials og Nursing Research Appraising Evidence of Nursing Practise Seventh Edition

Rurup M. L. m fl. (2009) Trends in the Use of Opioids at the End of Life and the Expected Effects on Hastening Death I: Indian Journal of Palliative Care (Online)

Vol.37 no 2. februar 2009: s.144-155

URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392408003278>

(12.03.2014)

Rustøen T. m. fl (2012) A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices I: European Journal of Oncology Nursing (Online)

Vol 17 no.1 Februar 2013: s. 95-100

URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S146238891200052X>

(31.03.2014)

Skaug Ekra S.I. og NTNU (2012) *Setter smerte på kartet*

URL: <http://www.forskning.no/artikler/2012/september/335005>

(22.04.2014)

Slettebø Å. (2012) *Forskningsetikk I: Etikk i sykepleien*. Brinchmann B.S (red) Oslo:

Gyldendal Akademiske s.209-226

Statistisk sentralbyrå (2013) *Dødsårsaker*

URL: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak>

(22.03.2014)

Steindahl S.A m. fl (2011) Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences (Online)* Vol. 25 no 4. desember 2011: s.771-779

URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3747db17-cf65-4b44-96ee-c868aeab7233%40sessionmgr111&vid=6&hid=118>

Steindal S.A (2013) Intervju av NRK v/ Ida Korneliussen

URL: http://www.nrk.no/viten/_-nordmenn-dor-med-unodige-smerter-1.11109714

(10.04.2014)

Støren, I. (2010). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Tidsskrift for den norske legeforeningen (2006) «Den døende pasient»

URL: <http://tidsskriftet.no/article/1340424>

(31.03.2014)

Valeberg, Taraldsen Berit, Bjordal Kristin og Rustøen Inger (2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling I: *Sykepleien Forskning (Online)* Forskning nr 4, 2010: s.226-276

URL: http://www.sykepleien.no/Content/562134/art_valenerg_5675.pdf

(29.04.2014)

Vetlesen A.J. (red.) (1996) *Nærhetsetikk*

Oslo: Ad Notam Gyldendal

Vedlegg 1 Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<ol style="list-style-type: none"> Care, Palliative (MeshT) Cancer Assessment, Pain (MeshT) 	PubMed	1,2,3 (AND) Filter: Siste 5 år, Free fulltext	21 Artikkel: Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time?
<ol style="list-style-type: none"> Terminal care (MeshT) Cancer Pain management (MeshT) 	Cinahl	1,2,3 (AND) Filter: Siste 5 år, Linked full text	5 Artikkel: Trends in the Use of Opioids at the End of Life and the Expected Effects on Hastening Death
<ol style="list-style-type: none"> Cancer Terminal care Pain 	Cinahl	1,2,3 (AND) Filter: Siste 5 år, Linked full text	48 Artikkel: Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients
<ol style="list-style-type: none"> Cancer pain Nurses Treatments 	Cinahl	1,2,3 (AND) Filter: Siste 5 år, fulltext	4 Artikkel: A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practice
<ol style="list-style-type: none"> End of life care Pain Opioids 	Google Scholar	1,2,3 Filter: Søk etter 2010, Linked full text Fant denne artikkelen i en annen studie, og søkte den opp i google scholar.	3920 Artikkel: Attitudes of Health care professionals of Opioid Prescribing in End-of-Life Care: A Qualitative Focus Group Study
<ol style="list-style-type: none"> Smerte Barrierer 	Google Scholar	1,2 Filter: Søk etter 2010	1240 Artikkel: Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling
<ol style="list-style-type: none"> Morphine Cancer related pain Treatment 	Google Scholar	1,2,3 Filter: Søk etter 2010 Fant denne artikkelen i en annen studie, og søkte den opp i google scholar.	3250 Artikkel: The Use of Morphine to Treat Cancer-Related Pain: A Synthesis of Quantitative and Qualitative Research