

Amalie Haaland

Smertelindring til palliative kreftpasienter: Fra et sykepleierperspektiv

Antall ord: 8719

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Randi Tafjord

Mai 2020

Amalie Haaland

Smertelindring til palliative kreftpasienter: Fra et sykepleierperspektiv

Antall ord: 8719

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Randi Tafjord
Mai 2020

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Kreft er ofte en fryktet sykdom. Ved uhelbredelig kreftsykdom endres målet fra å kurere til å lindre lidelse. De skal ikke bare leve så lenge som mulig, men ha så god livskvalitet som mulig ved livets ende.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvordan sykepleier kan bidra for å lindre smerter hos palliative kreftpasienter og utfordringer en kan møte i dette arbeidet.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie hvor det ble analysert åtte forskningsartikler til å besvare problemstillingen.

Resultat: Funnene viser at sykepleierne har manglende kunnskap om smertelindring generelt. Det er ulike barrierer for smertelindringen som sykepleiers holdninger, samarbeidet mellom sykepleiere og annet helsepersonell, og kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienten.

Konklusjon: Sykepleierne trenger mer kunnskap om smertelindring, både medikamentell og ikke-medikamentell, ved å få mer opplæring og holde seg faglig oppdatert. Sykepleierne må ha gode holdninger, fremme samarbeid med annet helsepersonell, og samhandle bedre med pasientene for å optimalisere smertelindringen.

Abstract

Background: Cancer is often a feared disease. With incurable cancer the goal is no longer to cure, but to alleviate suffering. They should not only live as long as possible, but have the best quality of life as possible at the end of life.

Aim: The aim of this study is to enlighten how nurses can contribute to relieving pain in cancer patients at the end of life, and challenges they meet performing this work.

Method: This is a systematic literature review where eight research articles were analyzed to answer the research question.

Results: The findings show that nurses have a lack of knowledge regarding pain relief in general. There are several barriers to relieving pain such as nurses' attitudes, cooperation between nurses and other healthcare professionals, and communication between nurses and the patient.

Conclusion: Nurses need more knowledge about pain relief, both pharmacological and non-pharmacological, through training and staying academically up to date. Nurses need to have good attitudes, promote collaboration with other healthcare professionals and improve communication with patients to optimize pain control.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Problemstilling	11
1.3	Sentrale begreper.....	11
1.4	Avgrensinger	12
1.5	Videre oppbygning av oppgaven.....	12
2	Teori.....	13
2.1	Kreft	13
2.2	Smerter ved kreftsykdom	13
2.3	Smertelindring	14
2.4	Kari Martinsens omsorgsfilosofi	14
2.5	Sykepleiers rolle og ansvar ved smertelindring	15
3	Metode.....	16
3.1	Datasamling	16
3.2	Analyse av forskningsartiklene.....	17
4	Resultat	19
4.1	Sykepleierens kompetanse	19
4.2	Administrering av medikamentell smertelindring	20
4.3	Ikke-medikamentell smertelindring	21
4.4	Barrierer for effektiv smertelindring	21
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Sykepleiers kompetanse	24
5.2.2	Administrering av medikamentell smertelindring	25
5.2.3	Ikke-medikamentell smertelindring	27
5.2.4	Barriere for effektiv smertelindring	28
6	Konklusjon.....	30
	Referanser	31
	Vedlegg 1 - PICOSKJEMA.....	34
	Vedlegg 2 – Søkehistorikk.....	35
	Vedlegg 3 – Litteraturmatrise 1	37
	Vedlegg 4 - Litteraturmatrise 2	38
	Vedlegg 5 – Litteraturmatrise 3	39
	Vedlegg 6 – Litteraturmatrise 4	40

Vedlegg 7 – Litteraturmatrise 5	41
Vedlegg 8 – Litteraturmatrise 6	42
Vedlegg 9 – Litteraturmatrise 7	43
Vedlegg 10 – Litteraturmatrise 8.....	44

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt å skrive om i denne oppgaven er smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Gjennom de ulike praksisperiodene har jeg erfart at smertelindringen til palliative kreftpasienter kan være veldig varierende og omfattende. Jeg har opplevd flere ganger at smertelindringen har vært gjennomgående optimal, mens i andre tilfeller har dette vært lite fokus på og pasienter har hatt sin siste periode av livet med mye smerter.

Kreft er ofte en fryktet sykdom som forbindes med smerte og død (Lorentsen & Grov, 2017, s. 398). Det er ikke smittsomt, men oppstår som følge av genmutasjon i celledeling-prosessen i kroppen. Dette kan føre til ukontrollert cellevekst eller ukontrollert økning i celleantall, og danne en kreftsvulst (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2017, s. 131-132). I 2018 var det ca. 34 000 mennesker som ble diagnostisert med kreft i Norge (Kreftregisteret, 2019).

Når kreftsykdommen ikke kan helbredes, endres målet til å lindre og gi pasienten så langt liv som mulig. Det er ikke bare det at de skal leve så lenge som mulig, men at de skal ha så god livskvalitet som mulig ved livets slutt. Det er dette som utgjør palliativ omsorg (Lorentsen & Grov, 2017, s. 423-424). Palliativ omsorg forbedrer livskvaliteten til pasienter og familier som står ovenfor en livstruende sykdom, enten det er fysisk, psykososialt eller åndelig (WHO, 2018). Kari Martinsen mener omsorg er sykepleiers kjerne, og at det er grunnleggende når pleieren møter pasienten (Kristoffersen, 2017b, s. 53). 70-80% av pasienter med langtkommen kreftsykdom angir behandlingsskrevende smerter. Det er ofte snakk om flere typer smerter som krever forskjellige typer smertelindring. Ifølge litteraturen er det mange faktorer som kan føre til utilstrekkelig smertelindring: Dårlig kunnskap, undervurdering av smerter og dårlige rutiner på smertekartlegging fra sykepleiers side, samt dårlig kommunikasjon, forståelse om smertebehandling, og etterlevelse fra pasientens side (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402 og 412). Hensikten med studien er å få mer kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra for å lindre smerter hos palliative kreftpasienter og utfordringer en kan møte i dette arbeidet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til optimal smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase?

1.3 Sentrale begreper

Palliativ fase er når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling, men heller lindring av symptomer, pleie, omsorg, livsforlengelse og best mulig livskvalitet. Målet er å ta vare på pasient og pårørende da sykdommen er uhelbredelig i palliativ fase, og livet begynner å gå mot slutten (Lorentsen og Grov, 2017, s. 423).

1.4 Avgrensinger

Jeg har valgt å konsentrere meg om sykepleiere som gir sykepleie til pasienter som lever med en uhelbredelig kreftsykdom og som dermed er i palliativ fase. Det er ikke avgrenset til hvilken type kreftsykdom pasienten har, eller hvor sykepleieren bidrar til smertelindring da palliativ omsorg kan foregå både hjemme og på sykehus. Oppgaven vil gå ut ifra sykepleieperspektiv ift. smertelindring.

1.5 Videre oppbygning av oppgaven

I teorikapitlet belyses relevant teori ift. problemstillingen, deretter redegjøres det for systematisk litteraturstudie som metode og søkehistorikken blir beskrevet i metodekapitlet. I resultatdelen blir funnene fra forskningsartiklene gjort rede for, og i diskusjonskapitlet vil disse bli diskutert ift. relevant teori. Til slutt oppsummeres diskusjonen i en konklusjon.

2 Teori

2.1 Kreft

I kroppen er det mange milliarder celler som normalt formerer seg ved å deles. Dersom det oppstår en genskade i en celle slik at cellene deler seg ukontrollert og ikke utfører oppgavene de skal, er dette kreft (Bertelsen et al., 2017, s. 131; Lorentsen & Grov, 2017, s. 399). Kreftcellene vil fortsette å dele seg, og det dannes en opphopning av kreftceller som etterhvert blir en kreftsvulst. Kreftcellene har også mulighet til å vokse inn i annet vev og spre seg til andre organer via blod- og lymfesystemet. Dette er noe celler i godartede svulster ikke kan (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399).

2.2 Smerter ved kreftsykdom

Smerte er en sammensatt og subjektiv opplevelse som kan komme av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse, og påvirkes av en rekke faktorer. Det er kun den som har smerte som kjenner graden, intensiteten, varigheten og hvordan smerten føles (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 383). Det er aldri tvil om når man kjenner smerte, og det er ikke noe man bare finner på da smerte er noe som oppstår utenfor menneskets vilje og kontroll. Den preges av tidligere erfaringer og vil derfor påvirke forventninger til smerte i fremtiden (F. Nortvedt, 2017, s. 173).

Kombinasjonsbehandling er noe kreftpasienter har behov for da de ofte har flere typer smerter. Kreftpasienter kan ha akutte og kroniske smerter samtidig, hvor akutte smerter ofte er et debutsymptom og et faresignal om at noe ikke stemmer. Uhelbredelig kreftsyke har gjerne kroniske smerter med episodevise akutte smerter, som gjennombruddssmerter, hvor akutte smertetopper kommer i tillegg. Den utløses spontant eller ved bevegelse, varer som regel i 5-10 min, og kan nå høy intensitet ila. få minutter. Gjennombruddssmerter kan være vanskelig å behandle medikamentelt da de kan være både nociseptive og nevropatiske (Lorentsen og Grov, 2017, s. 402). Nociseptive smerter oppstår ved at smertereseptorer blir stimulert ved f.eks. vevsødeleggelse, mens ved nevropatiske smerter er skade i det sentrale eller perifere nervesystemet (Danielsen et al., 2017, s. 386-387).

Smerter relatert til tumoren kan komme av strekk på hinner og kapsler rundt organer, økt intrakranielt trykk, skjelettmetastaser, kompresjon og infiltrasjon av blodårer og nerverøtter m.m. Smertemønsteret varierer ut ifra krefttypen og kan endre seg dersom tumoren endres eller ved voksende metastaser. Nevropati, strålefibrose, fantomsmerter og arrsmerter er noen kreftsmerter som kan oppstå i forbindelse med antitumorbehandling som strålebehandling, cytostatika og kirurgiske inngrep. Andre smerter og plager som obstipasjon, decubitus, slimhinnebetennelse og muskelatrofi pga. utmattelse og kraftløshet kan også forekomme i sammenheng med kreftsykdom (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402-403).

Psykiske smerter er en normal reaksjon da pasienten og familien er i en helt annen livssituasjon og opplever en livskrise. Den åndelige og eksistensielle smerten handler om muligheten for å finne mening med livet og med lidelsen etter å ha fått kreft (Lorentsen & Grov, 2017, s. 403).

2.3 Smertelindring

Ved medikamentell smertelindring til kreftpasienter bruker man et eget smertelindringsregime. WHO utviklet en smertetrapp med 3 trinn, men i Norge brukes det opp til 5 trinn hvor 4-5 kan slås sammen. Hvert trinn representerer en smerteintensitet med forslag til smertelindrende medikamenter (analgetika) hvor det nederste trinnet representerer den minste smerten og svakeste legemiddelbehandlingen, og dette øker for hvert trinn. Man starter derfor nederst og trapper opp etterhvert dersom pasienten har behov for det. Trinn 1 benytter ikke-opioider som paracetamol eller NSAID-preparater ved svake til middels sterke smerter. Trinn 2 bruker i tillegg til ikke-opioider et svakt opioid, men i forbindelse med kreft blir dette trinnet ofte hoppet over da det har begrenset effekt på kreftsmarter. Trinn 3 består av ikke-opioider i kombinasjon med et sterkt opioid. Trinn 4 består av ikke-opioider i tillegg til et sterkt opioid gitt intravenøst eller subkutant. Trinn 5 består av ikke-opioider i kombinasjon med et sterkt opioid epiduralt eller spinalt (Lorentsen & Grov, 2017, s. 412-414).

Noen ganger kan smerter lindres uten bruk av medikamenter med metoder som f.eks. musikk, kompresjon, kulde- eller varmebehandling, fysioterapi, avledning og avslapningsteknikker m.m., da smerter påvirkes av fysisk velvære. Dette brukes i tillegg til legemidler og vil til en viss grad dempe smerter, angst og stress. Kognitiv atferdsterapi er et ikke-medikamentelt behandlingstiltak som har vist seg å ha god effekt på kroniske smerter da den fokuserer på å endre tankemønsteret og øke pasientens mestringsevne og tro på seg selv. Opplevelsen av håp kan også styrke mestringsopplevelsen og bedre smertene (Lorentsen & Grov, 2017, s. 415-417).

2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Omsorg viser til en positiv avhengighet av felleskap med andre og består av relasjoner mellom minst to personer hvor den ene yter hjelp til den andre ut ifra deres behov. Omsorg er derfor grunnleggende i relasjonen mellom sykepleier og pasient, og fundamentet for moralsk ansvar og handling. Pasientens subjektive opplevelse av livsmot, helse og velvære skal være fokus, og det å sette seg inn i pasientens opplevelse er derfor sentralt. Sykepleierens evne til å føle moralsk berørthet kan dermed være viktig for å øke forståelsen av pasientens sinnstilstand og opplevelse. Omsorg vises gjennom holdninger, innlevelse, engasjement, og moralske og faglige vurderinger i møte med pasienten. I yrkessammenheng betyr dette at omsorg kjennetegnes ved at sykepleieren aktivt handler til det beste for pasienten. Målet for teorien er ikke at mennesket skal gjenvinne sin funksjon, men vektlegger relasjonen mellom mennesker hvor fellesskapet er sentralt (Kristoffersen, 2017b, s. 53-64; P. Nortvedt, 2017, s. 53-57).

Pasientens situasjon er utgangspunktet for målet, og omsorg bør derfor være et mål i seg selv. De legger ofte livet sitt i hendene på sykepleieren, og tillit blir da tilstedeværende i omsorgssituasjonen. Det er derfor nødvendig at sykepleieren lever opp til denne tilliten ved å ivareta forventningene til pasienten om å bli godt tatt imot og tatt

på alvor. For å øke forståelse for pasienten må sykepleieren samhandle med dem, ta læring fra hvordan de uttrykker sin situasjon, og ta imot uttrykk ved å høre, se og forstå. Gjennom erfaring øker sykepleieren kunnskapen som trengs for å kunne se og sanse pasientens behov. Kunnskap, ferdigheter og tilliten mellom pasient og sykepleier er forutsetninger for å kunne yte omsorg til beste for pasienten (Kristoffersen, 2017b, s. 53-64; P. Nortvedt, 2017, s. 53-57).

2.5 Sykepleiers rolle og ansvar ved smertelindring

Sykepleier har en viktig rolle i forbindelse med smertelindring og bærer på et stort ansvar i sammenheng med at pasienten får dekket sine grunnleggende behov ift. velvære. Dette innebærer at sykepleieren innhenter informasjon, utfører kartlegging, datasamling, klinisk observasjon og vurderinger av pasienten. Sykepleieren har også ansvar for administrering av medikamenter, å igangsette ikke-medikamentelle tiltak, og evaluere effekten. Samhandling og samarbeid mellom kollegaer, i tillegg til koordinering, er en viktig oppgave for sykepleier (Danielsen et al., 2017, s. 382).

Helsepersonelloven (1999, § 1 - § 2) skal sikre kvalitet og sikkerhet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten. Faglig forsvarlighet i utførelsen av arbeidet skal være i samsvar med det som kan forventes ift. helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen. Det er de faglige kvalifikasjonene til helsepersonellet som man skal innrette seg etter. Helsepersonell skal også henvise pasienter videre dersom det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

3 Metode

Metode er en beskrivelse av fremgangsmåten som er brukt for å besvare problemet og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 199). I denne oppgaven er metoden en systematisk litteraturstudie. Dvs. at man søker systematisk og velger kritisk ut litteratur som samsvarer med problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30). Jeg identifiserte nøkkelord ut ifra problemstillingen og brukte disse i en søkestrategi med inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne forskning. Deretter gjennomførte jeg en analyse på bakgrunn av forskningen som presenteres i analysen (Forsberg og Wengström, 2015, s. 27-28). Målet med analysen var å finne faktorer som er viktig for å kunne bidra til optimal smertelindring.

3.1 Datasamling

For å gjøre rede for søkeprosessen har jeg gått ut ifra Forsberg og Wengström (2015, s. 73) sin prosess. Denne går ut på at man skal definere søkeord, bestemme kriterier for studiene som skal velges, gjennomføre søk i ulike databaser, velge relevant litteratur, lese sammendraget, og til slutt lese artiklene og gjøre en kvalitetsvurdering.

Jeg brukte PICO-skjema etter at jeg hadde formulert en problemstilling for å finne ulike søkeord, se vedlegg 1. PICO-skjema er en strukturert metode hvor man ut ifra problemstillingen setter sammen søkestrategier når man skal søke i databasene (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60). Flere søk med ulike kombinasjoner av søkeord ble utført for å se hva jeg fikk best resultat med. Etter mye frem og tilbake endte jeg opp med søkeordene «Pain OR pain management OR cancer pain OR pain relief» AND «nurs*» AND «cancer OR neoplasms» AND «palliative OR terminal care OR end of life OR incurable». Søkeordene er på engelsk da det er engelske databaser jeg brukte, og for å få et større utvalg av artikler.

Jeg har valgt å avgrense søket etter visse kriterier, deriblant at pasienter som mottok smertelindring var over 18 år. Artiklene skulle være publisert mellom 2002-2020 for å forsikre meg om at studiene ble utført på 2000-tallet, og fordi jeg ville ha et bredt utvalg. Alle artiklene måtte være fagfellevurderte forskningsartikler på enten engelsk, norsk, svensk eller dansk. Valgte å ikke avgrense geografisk da smertelindring er viktig uavhengig av hvor i verden man befinner seg. Da MEDLINE ikke har noe man kan bruke for å sjekke om tidsskriftet artikkelen er skrevet i er fagfellevurdert, brukte jeg Oria for å sjekke dette (NTNU, u.å.). De som ikke var fagfellevurdert ble ekskludert. For å forsikre meg om at alle artiklene var forskningsartikler ble det sjekket om de fulgte IMRaD-struktur som er vanlig for forskningsartikler. Dvs. at artikkelen inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163).

Databasene som ble brukt er CINAHL Complete og MEDLINE. Alle artikler ble funnet i MEDLINE, men fire av disse var også i CINAHL Complete. Søket i CINAHL ga 246 resultater og søket i MEDLINE ga 287 resultater. Alle overskriftene i de to databasene ble lest, og om overskriften passet med problemstillingen leste jeg abstraktet. Dersom abstraktet var relevant lagret jeg artikkelen i en mappe før jeg fortsatte å lese overskrifter og abstrakter. Når jeg hadde en del mulige artikler, ble alle disse lest og

vurdert om de skulle inkluderes eller ikke. Google Scholar ble brukt for å kunne åpne full tekst. Jeg endte opp med å lese 27 artikler, og ekskluderte de som ikke var relevante ift. problemstillingen. Slik endte jeg opp med åtte artikler, to kvalitative og seks kvantitative.

Jeg brukte NSD (Norsk senter for forskningsdata) for å sjekke gyldigheten av tidsskriftet som artiklene var publisert i. Artiklene som ikke var på nivå 1 eller 2 i NSD ble ekskludert. Seks av artiklene som er inkludert er på nivå 1, og to stk. er på nivå 2. NSD sikrer at forskningsetiske normer blir ivaretatt innen utdanning og forskning (Dalland, 2017, s. 236). Dermed går jeg utifra at dette er tilfellet ved tidsskrifter som rangerer nivå 1 eller 2. Alle artiklene ble vurdert opp mot sjekklister, de kvalitative ble sjekket mot kvalitativ sjekklister og de kvantitative opp mot kvantitativ sjekklister (Forsberg & Wengström, 2015, s. 199-207).

3.2 Analyse av forskningsartiklene

Analyse vil si å dele opp i mindre deler. Forskingen deles opp i mindre deler for å kunne studere hver av delene nærmere hver for seg. Deretter vil disse delene bli satt sammen til en helhet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). For å utføre en tematisk innholdsanalyse av forskningsartiklene er det i denne oppgaven tatt i bruk Evans (2002, s. 25) sine fire trinn.

I trinn 1 ble studiene inkludert ved å gå gjennom ulike databaser systematisk (Evans, 2002, s. 25). Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier ble åtte artikler som svarte på problemstillingen inkludert i oppgaven. Dette er beskrevet under kapittel 3.1. Artiklene er nummerert etter hvilke artikler jeg fant først, der 1 er første og 8 er siste:

1. Momen, Hadfield, Harrison & Barclay (2013)
2. Soden et al. (2010)
3. Soden et al. (2013)
4. Phillips et al. (2013)
5. Seyedfatemi, Borimnejad, Hamooleh & Tahmasebi (2014)
6. Jho et al. (2014)
7. Kuuppelomäki (2002)
8. Bernardi, Catania & Tridello (2006)

På trinn 2 ble nøkkelfunn identifisert (Evans, 2002, s. 25). Dette ble gjort ved å gå gjennom materialet «på langs», og å lese gjennom hver artikkel nøye flere ganger. På denne måten ble detaljer lagt merke til, og jeg fikk innsikt i hver enkelt artikkel. Ulike nøkkelfunn som gikk igjen og som svarte på problemstillingen ble skrevet ned, og satt i en tabell for å få bedre oversikt. Det ble lagt merke til hva hver enkelt artikkel sa og til detaljene som var av betydning. Relevante sitater ble også skrevet ned under hvert nøkkelfunn.

På trinn 3 ble materialet gjennomgått «på tvers», dvs. at sammenhengen og felles temaer mellom de ulike studiene ble identifisert (Evans, 2002, s. 25). En tabell med tema og undertema fra hver artikkel ble laget, som gjorde det lettere å se likheter og ulikheter mellom artiklene. Temaene som ofte gikk igjen ble hovedkategoriene, og det ble brukt koder i ulike farger for å skille funnene i de ulike hovedkategoriene. De fire hovedtemaene som kom frem i analysen er presentert i tabellen under.

Hovedfunn	I artikkel
Sykepleierens kompetanse	1,2,3,4,6,7,8
Administrering av medikamentell smertelindring	1,2,3,4,5,6,7,8
Ikke-medikamentell smertelindring	2,5,7
Barrierer for effektiv smertelindring	2,3,4,5,6,7,8

Trinn 4 består av å beskrive fenomenet i de ulike studiene, som referer tilbake til original-studiene (Evans, 2002, s. 25). Hovedkategoriene vil bli utdypet i resultatdelen.

4 Resultat

I denne delen av oppgaven blir hovedfunnene fra de åtte forskningsartiklene belyst. De fremtredende funnene var kompetansen til sykepleierne, medikamentell smertelindring, ikke-medikamentell smertelindring og ulike barrierer. Hovedfunnene i resultatene vil gå delvis inn i hverandre og må derfor sees på som en helhet og ikke hver for seg.

4.1 Sykepleierens kompetanse

Funnene i studiene tyder på at sykepleiere har manglende kompetanse når det gjelder smertelindring, og har lite kunnskap og erfaring om hvordan man gir best mulig smertelindring. Det kommer frem at sykepleiere har manglende informasjon og kvalifikasjoner (Bernardi, Catania & Tridello, 2006, s. 22; Jho, et al., 2014, s. 5; Kuuppelomäki, 2002, s. 705; Phillips et al., 2013, s. 35-37). Sykepleiere trenger mer undervisning og øvelse i smertelindring og hvordan man vurderer smerter. Spesielt behøver de økt kunnskap om andre smertelindringsmetoder, som ulike kombinasjoner av analgetika (Kuuppelomäki, 2002, s. 705). Samtidig vises det i den ene studien at sykepleiere i kommunehelsetjenesten scorer høyt på kontroll av smerter og kommunikasjon i forbindelse med palliativ omsorg. Dette til tross for at sykepleiere som jobber på sykehus har bedre kunnskapsnivåer, trening og undervisning enn de ute i kommunen. Mangel på selvtillit og en følelse av uerfarenhet blant sykepleiere i kommunen gjorde at de gjerne ønsket mer undervisning (Momen, Hadfield, Harrison & Barclay, 2013, s. 348-351).

Sykepleierne hadde middels kunnskap om hvilken type smerte pasientene hadde. Bl.a. var det manglende kontinuitet i praksis for begrepet "gjennombruddssmerter" da det ble brukt ulike definisjoner på hva dette er (Soden et al., 2010, s. 295-296; Soden et al., 2013, s. 530-531). I studien til Soden et al. (2010) hadde et par sykepleiere en klar definisjon av gjennombruddssmerter: "*Breakthrough pain is if the patient's pain is normally well controlled, it's above what the normal pain is.*" (s. 295-296). Det var manglende systematiske vurderinger av gjennombruddssmerter og uregelmessig bruk av skalaer generelt (Soden et al., 2010, s. 296; Soden et al., 2013, s. 533). Soden et al. (2013, s. 532-533) forklarer at sykepleierne i studien benyttet minst ett smertevurderingsverktøy, der de mest brukte skalaene var numeriske eller verbale. Derimot kommenterte flere sykepleiere i studien til Kuuppelomäki (2002, s. 705) på at det var mangel på verktøy for å vurdere smerte, og det var vanskelig for sykepleierne å skille mellom fysisk og psykisk smerte. I én studie ble smerteevalueringer dokumentert hyppig hvor 75,2% av sykepleierne vurderte pasientens smerter på hver runde, og alle punktene relatert til vurdering av smerte ble evaluert ofte (Jho et al., 2014, s. 2-3). Holistiske vurderinger av smerte var viktig for flere av sykepleierne, der både psykologisk, spirituell og sosiale elementer spiller inn like mye som fysiske (Soden et al., 2010, s. 296).

4.2 Administrering av medikamentell smertelindring

Noen av studiene viser at flesteparten av sykepleierne har hørt om WHO sin smertetrapp og ville følge denne ved behandling av økte smerter. De fleste mente at opioider, og gjerne sterke opioider, er essensielt for smertelindring ved kreftsykdom, men opplevde at de ofte måtte overtale pasienter, lege og andre sykepleiere om viktigheten av opioider i behandlingen av kreftsmerter (Bernardi et al., 2006, s. 24; Momen et al., 2013, s. 349; Phillips et al., 2013, s. 35-36; Seyedfatemi, Borimnejad, Hamooleh & Tahmasebi, 2014, s. 71; Soden et al., 2013, s. 531).

Resultatene i Soden et al. (2010, s. 296) viser at det er mange ulike medikamenter tilgjengelig for behandling av gjennombruddssmerter, og ulike måter å administrere dette på. Når pasientene fikk et økt behov for analgetika fikk de ofte dette for sent pga. mangel på smertelindrende medikamenter, treg respons blant personalet, og at beslutningen om å starte med sterkere smertelindring tok for lang tid. Dette resulterte i utilstrekkelig smertelindring som førte til lidelse hos pasientene. Metodene som ble brukt for administrering av analgetika var ofte uegnet, og det var heller ikke noe forsøk på å forhindre smerte eller forhindre forventet smerte hos pasientene (Kuuppelomäki, 2002, s. 705). Til forskjell fra de andre studiene ble det ifølge Seyedfatemi et al. (2014, s. 71) gitt opioider med én gang pasienten kjente smerter, så lenge pasienten er i palliativ omsorg. Dette for at pasienten ikke skulle lide noe mer enn nødvendig. Opioider ble også gitt til faste tider. Seyedfatemi et al. (2014) hevder "*It's a routine here to give opioid injection to patients every 4 hours even if they don't feel aching. Without patients calling or requesting, opioids are injected regularly...*" (s. 71).

Det å ta avgjørelser i forbindelse med smertelindring var vanskelig, da det var mangel på klare retningslinjer og vanskelig å implementere dette i praksis. Sykepleierne hørte derfor på pasientens ønsker og deres erfaringer fra tidligere. Rundt nyere medikamenter og preparater hadde sykepleierne manglende selvtillit og var skeptisk. Det ble dermed ofte brukt kjente preparater som oxynorm i stedet for alfentanil (Phillips et al., 2013, s. 36; Soden et al., 2010, s. 296-297). Det blir nevnt at analgetika sjeldent ble kombinert med ulike medikamenter for affektive lidelser/stemningslidelser (Kuuppelomäki, 2002, s. 705). Momen et al. (2013, s. 349) forteller at nesten halvparten av sykepleierne (47%) i studien foreslo rett smertelindring til pasienter med gjennombruddssmerter, og ville også gi antiemetika og laksantia ved siden av sterke opioider. Mens i studien til Bernardi et al. (2006, s. 22-23) er det få av deltakerne som administrerte riktig dose av morfin for å lindre smerter. Dette var fordi flere sykepleiere hadde inntrykk av at morfin/opioider har en dosegrense for smertestillende effekt, noe som ikke er tilfellet. Sykepleierne har varierte kunnskaper om ulike bivirkninger som kan forekomme, og studiene viser at bivirkninger som respirasjonsdepresjon og avhengighet til opioider i forbindelse med smertelindring ikke er vanlig. 76% av sykepleierne visste at effekten av et hurtigvirkende opioid kan bli vurdert én time etter administrering (Bernardi et al., 2006, s. 24; Jho et al., 2014, s. 4).

Ifølge Momen et al. (2013, s. 348-349) er det manglende trening og undervisning i bruk av smertepumpe selv om de hadde lett tilgang på smertepumper. Deltakerne brukte som regel smertepumpe ved indikasjoner som vanskeligheter med å svelge eller bevisstløse pasienter som var i sluttfasen av livet (76%), smerter (50%), og kvalme eller oppkast (46%). Obstruksjon i tarm og dårlig absorpsjon av medikamenter ble sjeldent nevnt som en indikasjon for bruk av smertepumpe. Noen av sykepleierne forklarte at smertepumpe ble anvendt uregelmessig (Kuuppelomäki, 2002, s. 705).

4.3 Ikke-medikamentell smertelindring

Ifølge Soden et al. (2010) ser bruk av ikke-medikamentelle behandlingsmetoder for å lindre smerte ut til å være utbredt, og sykepleierne var kreative ved smertelindring i vanskelige situasjoner: *"I can try the heat pad...and if that's not helping then we usually have a TENS machine... And sometimes relaxation techniques help, like music or the lights, aromatherapy or massage sometimes help"* (s. 296). Til kontrast var sykepleierne i studien til Kuuppelomäki (2002, s. 705) nølende til å bruke metoder som avslapning, massasje, eller varme- og kuldebehandling for å lindre smerte.

Seyedfatemi et al. (2014, s. 71-72) viser til at kommunikasjon er essensiell ved smertelindring til kreftpasienter. Å lindre fysiske smerter handler ikke bare om medikamenter, men også om handlinger som å snakke med pasienten. Sykepleierne mente at det å snakke med pasientene oppmuntrer dem til å uttrykke deres indre følelser som kan hjelpe på de fysiske smertene. Dette forutsatt at sykepleieren har evne til å forstå pasienters aggressivitet, og å være en god lytter. Noen ganger lettet dette smertene nok til at pasientene ikke trengte smertestillende. Sykepleierne mente at pasientene kan ha dypere smerter som tilsier at de trenger støtte. Smerter er en naturlig del av kreft, og dette påvirker psyken fordi den påvirker alle aspekter ved pasientens liv. Derfor må sykepleierne påta seg en støttende rolle for at kreftpasienter skal bli psykologisk empowered. Et annet aspekt ved palliativ omsorg for pasienter med kreftsmerter er å redusere fortvilelse, noe sykepleierne mente var nødvendig for at pasienten skal mestre situasjonen og ha et mer komfortabelt liv.

4.4 Barrierer for effektiv smertelindring

I flere av studiene er det ulike hindre for effektiv smertelindring. Et hinder er sykepleiernes forhold til morfin og ulike opioider. Sykepleierne er bekymret for at pasienter skal være overdosert og er derfor redd for å bruke morfin. Denne nølende holdningen kunne føre til at pasienten ikke fikk adekvat smertelindring (Jho et al., 2014, s. 5; Kuuppelomäki, 2002, s. 705; Phillips et al. 2013, s. 36; Soden et al., 2010, s. 297). Bernardi et al. (2006, s. 24) rapporterer at mer enn 30% av sykepleierne undervurderer pasientens smerter og gir ikke riktig behandling. Frykt for å skade ved å overdosere pasienter fører til at de blir underdosert og ikke tilstrekkelig smertelindret (Soden et al., 2010, s. 297).

I wouldn't necessarily say doctors, bus nurses, doctors, possibly would even rather the patient have breakthrough pain and know they're not being over-morphinized, than risk them being over-morphinized and over-sleepy. Even to the extent where if somebody maybe is on pain medication and haven't got pain, they think 'Oh maybe they're having too much. Let's bring it down a bit until they have pain. Oh, that's okey, they're not over-morphinized.' (Soden et al., 2010, s. 297)

Mange problemer oppstod pga. mangel på tid, utilstrekkelig erfaring ved smertelindring, mangel på personale, og dårlig dokumentasjon av smerter bl.a. pga. utilstrekkelig vurdering av smerter, da spesielt ikke-medikamentelle intervensjoner (Jho et al., 2014, s. 5; Kuuppelomäki, 2002, s. 707; Phillips et al., 2013, s. 36). Noen eldre sykepleiere med gammeldagse holdninger var ikke alltid like forberedt på å gi injeksjoner med opioider ved livets slutt. Dette var fordi de var redde for at injeksjonen skulle drepe pasienten. Andre sykepleiere forsøkte å snakke pasienten ut av å ta smertestillende ved

å fortelle om bivirkninger og konsekvenser av opioidbruk (Phillips et al., 2013, s. 36; Seyedfatemi et al., 2014, s. 71). Mange av sykepleierne hadde feil selv-evaluering angående deres egne kunnskaper om smertelindring. Dette ble også et hinder for smertelindringen fordi sykepleierne trodde at de hadde høyt nivå av kunnskap og søkte derfor ikke noe mer undervisning (Bernardi et al., 2006, s. 24).

Manglende koordinasjon mellom flere yrkesgrupper og dårlig samarbeid mellom sykepleier og lege var et hinder for effektiv smertelindring hos kreftpasienter. Noen av sykepleierne følte at legene ikke stolte på deres vurderinger når det gjaldt pasientens smerter og behov for smertestillende, og det var manglende gjensidig enighet og syn på hvordan de skulle gjennomføre smertelindringen. Det å få tak i lege kunne også være problematisk, spesielt dersom en pasient hadde behov for mer smertestillende uten at legen hadde ført i journalen hva som eventuelt kunne gis. Legens mangel på kunnskap om emnet førte også til at ansvaret ofte ble forskjøvet over på sykepleierne (Kuuppelomäki, 2002, s. 705-707; Phillips et al., 2013, s. 36).

Dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten hindrer effektiv/optimal smertelindring. Spesielt mente sykepleierne at det var nødvendig med verktøy for å vurdere smerter når pasienten ikke kan kommunisere verbalt. Flere sykepleiere mente det var vanskelig å få informasjon fra pasienten, og at pasienten nølte med å rapportere om smerter og til å ta opioider. Samtidig var konflikter mellom pårørende og pasientens holdninger til og ønsker rundt bruk av legemidler i veien for god smertelindring (Jho et al., 2014, s. 5; Kuuppelomäki, 2002, s. 704-705; Phillips et al., 2013, s. 36; Soden et al., 2013, s. 532-533).

5 Diskusjon

Dette kapittelet består av to deler, en metodediskusjon der jeg vil kritisk diskutere egen datasamling, litteratursøk, utvelgelse av artikler og analyse, deretter en resultatdiskusjon hvor jeg vil diskutere resultatene ift. bakgrunns litteratur og problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 157-158).

5.1 Metodediskusjon

PICO skjema ble brukt for å finne gode søkeord, dette var et godt verktøy for å finne ut hvilke ord som var viktig å ha med i søket. Jeg opplevde det som vanskelig å finne relevant forskning som kunne svare på problemstillingen. Det var vanskelig å finne forskning som hadde sykepleiersperspektiv og derfor endret jeg litt på kriterier underveis. I løpet av denne prosessen har det blitt gjort mange udokumenterte søk med ulike søkeord for å finne de riktige ordene. De udokumenterte søkene ga enten ingen treff eller treff med irrelevante artikler. Til slutt ble det gjort et systematisk søk som er dokumentert i søkehistorikken, se vedlegg 2. I analysen brukte jeg ulike fargekoder for å skille kategoriene. Dette syntes jeg fungerte godt og var oversiktlig.

En styrke ved oppgaven kan være at alle studiene som er inkludert har sykepleiersperspektiv, da det er dette fokuset oppgaven har. Studien har sykepleiere innen flere felt; hospice sykepleiere og onkologiske sykepleiere. Dette påvirker oppgaven positivt ettersom deres erfaring, kunnskap og utdanning kan gi holdepunkter for smertelindring til kreftpasienter, samt deles med sykepleiere uten spesialutdanning.

Pga. vanskeligheter med å finne relevant forskning med sykepleiersperspektivet utvidet jeg søket fra 2009-2019 til 2002-2020. Dette kan være en fordel ved å gi en større bredde i resultatene, men det kan også være en svakhet at ikke alle de inkluderte studiene er av nyere forskning, selv om de er like relevante. Artiklene som er inkludert er hovedsakelig nyere forskning fra 2010 eller nyere, som er en styrke.

Jeg har valgt å ikke avgrense artiklene geografisk fordi smertelindring i ulike land burde i prinsippet være lik, men har brukt skjønn i utvelgning av artikler mtp. sammenligninger på tvers av artiklene. Jeg har heller ikke avgrenset hvor pasientene mottar smertelindring, om det er hjemme eller på sykehus, da pasienter som er hjemme skal ha lik smertelindring som de på sykehuset. Til tross for at smertelindring til kreftpasienter er et vidt område har jeg ikke begrenset hvilken krefttype pasientene har selv om de ulike typene kan gi ulike typer smerter. Derimot har jeg begrenset til smertelindring i palliativ fase da smertebehandlingen vil være noe forskjellig ift. hvor i forløpet pasienten er.

Alle studiene som er inkludert er på engelsk. Dette kan være en styrke da det er internasjonale artikler som vil gi et bredt spekter på smertelindring. Det kan også være en svakhet da det kan være en utfordring å få korrekt tolkning og forståelse av meningen bak funnene og studiene.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne studien skulle jeg belyse viktige aspekter av hvordan sykepleier kan bidra til smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase. På bakgrunn av de åtte forskningsartiklene kom det frem at sykepleier kan bidra med kunnskap, iverksette medikamentelle eller ikke-medikamentelle tiltak, og unngå hindringer som står i veien for optimal smertelindring.

5.2.1 Sykepleiers kompetanse

I flere av studiene kommer det frem at sykepleiere har for lite kunnskap rundt smertelindring (Bernardi et al., 2006, s. 22; Jho, et al., 2014, s. 5; Kuuppelomäki, 2002, s. 705; Phillips et al., 2013, s. 35-37). Jeg har erfart i praksis at smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase er vanskelig, og at sykepleierne er rådløse når det gjelder hvilke tiltak de skal iverksette. Dette kan henge sammen med at sykepleierne har det travelt på avdelingen, og at man derfor ikke alltid har muligheten til å oppdatere seg faglig. Konsekvensen av å ikke ha kunnskapen kan være utilstrekkelig smertelindring til kreftpasienter. Kari Martinsen påpeker at kunnskap og ferdigheter er en forutsetning for å kunne gi omsorg (Kristoffersen, 2017b, s. 60). Dette er også noe Danielsen et al. (2017, s. 382) mener er nødvendig. Det er ikke nok å bare ha kunnskapen, men man skal også kunne ta i bruk denne kunnskapen i praksis. Helsepersonelloven (1999, § 4) sier at helsepersonell skal arbeide faglig forsvarlig og omsorgsfullt, slik kravene tilsier at det kan forventes ut ifra deres kvalifikasjoner, deres arbeid og situasjon. De må holde seg faglig oppdatert og innhente informasjon dersom det er behov for det. Dette går også igjen i Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (NSF, 2011, pkt. 1.4); at sykepleierne må innhente ny kunnskap, og anvende denne i praksis. Derfor må sykepleiere holde seg oppdatert innenfor eget fagområde, da spesielt ift. forskning og utvikling. For at sykepleiere skal ha muligheten for å utvikle sin kompetanse ligger det også et ansvar hos ledere å tilrettelegge for at sykepleierne kan holde seg faglig oppdatert. Med god ledelse vil kvaliteten på sykepleien og pasientsikkerheten økes (Kristoffersen, 2017c, s. 221-222). Dette vil kunne bidra til optimal smertelindring hos kreftpasienter.

Sykepleierne som har opplæring/trening eller undervisning i smertelindring fra før, har høyere kunnskap om dette (Bernardi et al., 2006, s. 22; Jho, et al., 2014, s. 4; Momen et al., 2013, s. 350). Det tyder på at både undervisning og opplæring fungerer for å øke sykepleiernes kunnskaper. Kari Martinsen betegner den erfaringsbaserte og praktiske kunnskapen som sentral. Erfaringsbasert kunnskap og faglig skjønn utvikles gjennom praksis i møte med pasienter og pårørende, selvrefleksjon, og gjennom refleksjon opp mot andres erfaringer. Sykepleiere med spesialutdanning eller erfaring innen kreftsykepleie vil kunne dele sin kunnskap med andre sykepleiere for å øke kompetansen og kunnskapen rundt smertelindring (Kristoffersen, 2017b, s. 63-64; Molnes, 2014, s. 151-152). Faglig veiledning i gruppe kan være et alternativ for å dele erfaringer. Det vil også være nødvendig med opplæring og kurs slik at sykepleierne får den teoretiske kunnskapen (Kristoffersen, 2017a, s. 176).

Flesteparten av sykepleierne mente at det er pasientens subjektive opplevelse av smerte som er essensiell, spesielt når det gjelder vurdering av smerte (Bernardi et al., 2006, s. 24; Jho et al., 2014, s. 4; Soden et al., 2010, s. 296). Dette samsvarer med hvordan Danielsen et al. (2017, s. 383) beskriver smerte; at det kun er pasienten som kan kjenne

smerten og vite hvordan den føles. Kari Martinsen er også opptatt av at sykepleierens oppmerksomhet skal rettes mot pasientens subjektive opplevelse. Sykepleieren må derfor ha evne til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon og å forestille seg deres følelsesmessige erfaringer (Kristoffersen, 2017b, s. 59; P. Nortvedt, 2017, s. 57). Pasienten er viktig å lytte til da de er sykepleierens primære datakilde for å få relevante opplysninger om deres spesifikke situasjon og opplevelse (Skaug, 2017, s. 348). Det er sykepleierens ansvar å kartlegge pasientens smerte, både den fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle (Lorentzen & Grov, 2017, s. 409). Det vil variere hvordan hver enkelt pasient opplever smerter og det å bruke et godt kartleggingsverktøy vil være essensielt for å få en nøyaktig vurdering av smertene.

Det er store variasjoner mellom forskningsartiklene angående hvordan smerte blir vurdert. I Kuuppelomäkis (2002, s. 705) studie uttrykte sykepleierne mangel på verktøy for vurdering av forskjellige smerter, mens i Soden et al. (2010, s. 296) brukte sykepleierne forskjellige skalaer for å vurdere smerte. Det som manglet var systematiske vurderinger, og at noen av sykepleierne var nølende til å bruke vurderingsskalaer for å evaluere smerter hos pasienten. Sykepleierne mente det var viktig å se helheten i situasjonen og bruke en holistisk tilnærming i vurderingen av pasienten (Soden et al., 2010, s. 296). Dette kan oppnås ved å bruke ulike kartleggingsskjemaer/skalaer som Visuell Analog Skala, Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-skjema), McGill Pain Questionnaire (MPQ) eller kroppskart. Det kan være hensiktsmessig å bruke en kombinasjon av flere for å få en mer helhetlig beskrivelse av smertens styrke og innhold. På denne måten vil man få frem pasientens totale lidelse da noen av disse vurderingsverktøyene ikke bare omhandler fenomenet «smerte», men også kvalme, depresjon, velvære o.l. (Danielsen et al., 2017, s. 390-391; Lorentzen & Grov, 2017, s. 410).

5.2.2 Administrering av medikamentell smertelindring

Ved administrering av smertestillende medikamenter til kreftpasienter tas det vanligvis utgangspunkt i WHO sin smertetrapp (Lorentsen & Grov, 2017, s. 412). Studier viser at sykepleiere har kunnskap om og går ut ifra denne smertetrappen i praksis når de skal administrere smertestillende til pasienter (Bernardi et al., 2006, s. 24; Momen et al., 2013, s. 349).

I forbindelse med kreftsmarter hopper man gjerne helt fram til Trinn 3 av smertetrappen hvor man kombinerer ikke-opioider, som paracetamol eller NSAID-preparater, med sterke opioider for å kunne oppnå en tilfredsstillende lindring. Dette er fordi svake opioider har begrenset effekt på kreftsmarter (Lorentsen & Grov, 2017, s. 413). Av erfaring fra praksis vet jeg at mange kreftpasienter gjerne står fast på paracetamol eller NSAID-preparater i sammenheng med et opioid, og kan få hurtigvirkende opioid ved behov. Dette kom derimot lite frem i forskningen da hovedfokuset var på opioider. Flere sykepleiere mente at opioider, gjerne sterke, er vesentlig ved smertelindring til kreftpasienter. Det var dog noen som opplevde å måtte overtale annet helsepersonell som leger og andre sykepleiere om behovet for opioider. Dette var pga. manglende kunnskap og informasjon om smertelindring (Momen et al., 2013, s. 349; Phillips et al., 2013, s. 35-36; Seyedfatemi et al., 2014, s. 71; Soden et al., 2013, s. 531). Ekstra undervisning om smertelindrende medikamenter kan gjøre at helsepersonell generelt forstår viktigheten av de ulike medikamentene i sammenheng med lindring av kreftsmarter. Danielsen et al. (2017, s. 395) forklarer at det er nødvendig med kunnskap

om smerter og smertestillende for å være i stand til å ta avgjørelser til det beste for pasienten.

I studiene har sykepleierne forskjellig praksis for hvordan smertelindring utføres. Dette kan ha noe med hvordan rutinene er på de ulike sykehusene, og i de ulike landene. I studien til Seyedfatemi et al. (2014, s. 71) blir det beskrevet at opioider ble gitt til faste tider og med én gang pasienten kjente på litt smerter for at de ikke skal lide mer enn nødvendig. Kuuppelomäki (2002, s. 705) viser derimot at det ikke ble gjort noe forsøk på å forhindre smerter før de faktisk oppstod. Forventede smerter kan forebygges og behandles gjennom god planlegging for administrering av smertelindrende legemidler (Danielsen et al., 2017, s. 395). Kari Martinsen understreker hvor viktig det er å ha en emosjonell berørthet til pasienten for å kunne ha forståelse for pasientens frykt for smerter. Denne evnen er nødvendig for å forstå hvorfor en utfører forebyggende tiltak som å gi smertelindring til pasienten før f.eks. morgenstell. Dette tiltaket fører til en bedre opplevelse for pasienten, og kan forhindre eller redusere smerter (Nortvedt, 2017, s. 56-57).

I forskningen kommer det frem at utilstrekkelig og uegnet metode for administrering av analgetika førte til utilfredsstillende smertelindring (Kuuppelomäki, 2002, s. 705). Fordi pasienter har ulik respons på opioider bør dosering og behandlingsplanen vurderes individuelt, og justeres ved uønsket eller manglende effekt. Dette gjelder også i sammenheng med hvilken administrasjonsform som velges ift. pasientens behov. Hvor hurtig pasienten trenger smertelindring, bivirkninger og kontraindikasjoner kan påvirke valg av administrasjonsmåte. Det finnes en rekke administrasjonsformer ved smertelindrende legemidler som peroralt, sublingvalt, neseppray, suppositorier, smertepastre, injeksjoner eller intravenøst m.m. (Danielsen et al., 2017, s. 399; Nordeng, 2016, s. 30-31). Jeg har erfart i praksis at dersom sykepleieren kjenner pasienten godt og ser at allmentilstanden endres, kan sykepleieren vurdere den best egnede administrasjonsformen ut ifra pasientens behov. Legen fører ofte flere administrasjonsmåter på pasientens medikamentkurve som gjør dette mulig for sykepleieren å utføre.

Når det kommer til sykepleiernes kunnskaper om bivirkninger viser studiene at de fleste sykepleierne visste at utvikling av opioidavhengighet pga. smertelindrende behandling ikke var vanlig (Bernardi et al., 2006, s. 24; Jho et al., 2014, s. 4). Men når det gjaldt respirasjonsdepresjon var det motstridende oppfatninger mellom studiene. Jho et al. (2014, s. 4) skriver at 54,9% av sykepleierne visste at det ikke er en vanlig bivirkning, mens 62.1% av sykepleierne i Bernardi et al. (2006, s. 24) sin studie hadde inntrykk av at pasienten kom til å utvikle det. Dette viser hvor viktig det er at sykepleieren har kunnskap om legemidlenes indikasjoner og kontraindikasjoner, dosering, absorpsjon, bivirkninger og virketid for å gi forsvarlig medikamentell behandling slik legen har forordnet. Spesielt siden sykepleiers funksjon er å administrere medikamenter og observere effekt og uønsket effekt (Danielsen et al., 2017, s. 399). Kari Martinsen mener at pasienten har rett til å bestemme selv og at sykepleieren skal støtte pasienten i sine valg (Kristoffersen, 2017b, s. 59). Pasienten har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1 & §3-2) rett til å være med på å bestemme hvilken behandlingsmetode som tas i bruk. De skal også få den nødvendige informasjonen angående sin behandling og mulige bivirkninger for å kunne være med å ta beslutninger ift. behandlingløpet. Det vil da være mulig for pasient og pårørende å ta avgjørelser basert på det sykepleier har informert dem om.

Et nyttig verktøy som kan bidra til smertelindring er bruk av medisinskrin som inneholder de fire viktigste medisinene i siste fase av livet: Morfin er mot smerter og dyspné, Midazolam mot angst og muskelrykninger, Haldol mot kvalme, uro og delir, og Robinul mot magesmerter, ileus og surkling i øvre luftveier (Rønsen, 2020, s. 32). I praksis ble Robinul også brukt til å motvirke den trettende effekten av de andre medikamentene. Det er også disse fire medikamentene som brukes i en smertepumpe, enten alene eller en kombinasjon av disse. I Kuuppelomäkis (2002, s. 705) studie nevnes det at analgetika sjeldent blir kombinert med ulike medikamenter for stemningslidelser slik som medisinskrinet anbefaler i sammenheng med palliativ omsorg. Det kom også frem at smertepumper ble uregelmessig brukt fordi de ikke hadde nok kunnskap om hvordan de skulle kombinere medikamenter. Dette støttes opp om i Molnes (2014, s. 148-149) hvor det ofte var uenigheter blant sykepleierne når det gjaldt administrasjonsform. Det var flere som ville unngå bruk av smertepumpe og heller bruke andre former for smertelindring som tar mindre tid og er lettere for sykepleierne. Dette er synd fordi jeg i praksis opplevde at smertepumpe var en god måte å bidra til optimal smertelindring hos kreftpasienter, da det gir en jevn tilførsel over en lengre periode. Dette hindrer pasienten fra periodevis lavere blodkonsentrasjon av smertelindrende legemidler hvor de kan oppleve smerter mellom dosene, noe som kan oppstå ved bruk av f.eks. tabletter selv om de gis til faste tidspunkt jevnt gjennom døgnet. Danielsen et al. (2017, s. 401) forklarer at ved kreftsmerter og palliativ behandling trenger ofte pasienten kontinuerlig tilførsel av analgetika via en inneliggende subkutan kanyle, slik som ved smertepumpe, for å sikre jevn forsyning og effekt av smertestillende legemidler over tid.

Det var vanskelig for sykepleiere å ta avgjørelser i forbindelse med smertelindring. Derfor ble det ofte gått ut ifra det pasienten ønsket og deres tidligere erfaringer. Mangel på klare retningslinjer og tilgang til disse var noe sykepleierne mente var for dårlig. De ønsket tydeligere regler på hvordan man skal smertelindre pasienter med kreft, da retningslinjer vil gi veiledning til sykepleiere for å optimalisere smertelindringen på en trygg og sikker måte (Phillips et al., 2013, s. 35-37; Soden et al., 2010, s. 296-297). Å lage klare kliniske retningslinjer for smertelindring og implementere disse i praksis vil kunne være et tiltak for å øke kompetansen til sykepleiere rundt smertelindring. Det å ha kliniske retningslinjer ift. smertelindring kan være med på å positivt påvirke utfallet til pasienten. Disse kan f.eks. henges opp på vaktrommet, være en del av nytilsatt-opplæring, eller være tilgjengelige i bilen til hjemmetjenesten e.l.

5.2.3 Ikke-medikamentell smertelindring

Ikke-medikamentelle intervensjoner er ulikt brukt i studiene hvor Soden et al. (2010, s. 296) bruker avslapningsteknikker med massasje, musikk og varme hyppig, mens Kuuppelomäki (2002, s. 702) var nølende til bruk av slike metoder for å lindre smerte. Sykepleiere skal fremme helse og understøtte håp, mestring og livsmot, og en del av helsebegrepet går ut på å tilstrebe fysisk, mentalt og sosialt velvære (Befring, 2017, s. 102; NSF, 2011, pkt. 2.1-2.2). Funksjonen til sykepleieren er derfor å lindre smerte, ubehag og lidelse nettopp ved å fremme opplevelsen av velvære og håp, motivere, og redusere stress og angst hos pasienter med kroniske smerter (Danielsen et al., 2017, s. 421). Ikke-medikamentelle metoder kan til en viss grad og over kort tid hjelpe å redusere smerter, angst og stress, og er et supplement som brukes i tillegg til legemidler (Lorentsen & Grov, 2017, s. 415). Av erfaring er ofte ikke smertene til kreftpasienter tilstrekkelig lindret av medikamenter. Da er det nyttig å kunne bruke ikke-medikamentelle intervensjoner for å oppnå en mer optimal smertelindring.

Seyedfatemi et al. (2014, s. 71-72) viser at å redusere fortvilelse er et viktig aspekt i palliativ omsorg for pasienter med kreftsmarter. Det å være en god lytter og ha forståelse for pasienten er nødvendig for sykepleierne å kunne bidra til å redusere lidelse. Dette kan gjøres gjennom støtte og kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten. For at kreftpasienter skal bli psykologisk empowered må sykepleierne påta en støttende rolle (Seyedfatemi et al., 2014, s. 71-72). Dette kan gjøres ved å være der for pasienten, oppmuntre og engasjere seg, og hjelpe pasienten til å mestre den vanskelige og ubehagelige situasjonen. Dette kan motivere pasienten og skape trygghet (Kristoffersen, 2017d, s. 386). Å snakke med pasienten vil oppmuntre dem til å uttrykke sine indre følelser, og kan lindre fysiske smerter. Det er derfor nødvendig å være åpen og lyttende da pasienten trenger noen som deler lidelsen (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 204). På sykehuset har jeg erfart at noen pasienter som opplever smerte får tilbud om ulike analgetika, men at sykepleierne ikke tar seg tid til å stoppe opp og prate med pasienten. Jeg mener det er uheldig da pasienten har behov for relasjoner og kommunikasjon på lik linje som de har behov for medikamenter. Dette kan hjelpe med å lindre både psykiske og fysiske smerter gjennom følelsesmessig utløp og avledning.

5.2.4 Barriere for effektiv smertelindring

En barriere som kom frem i forskningen er sykepleiers holdninger. Sykepleierne var bekymret for at pasienter skulle være overdosert og derfor tilbakeholden med opioidinjeksjoner. Dessuten var de redd for å bruke morfin i frykt for å drepe pasienten. I tillegg brukte noen sykepleiere informasjon om bivirkninger ved å ordlegge seg på en negativ måte med det spesifikke formål å snakke pasienten ut av å ta opioider (Jho et al., 2014, s. 5; Kuuppelomäki, 2002, s. 705; Phillips et al. 2013, s. 36; Seyedfatemi et al., 2014, s. 71; Soden et al., 2010, s. 297). Molnes (2014, s. 149) understøtter at sykepleiere var nølende ved bruk av morfin i frykt for å gi for mye, og at avgjørelser angående legemidler og administrasjonsform ofte var preget av tidligere erfaringer og rutiner på arbeidsplassen. Tidligere erfaringer, kultur, vaner, relasjoner og følelser til andre mennesker preger oppfatningene innenfor sykepleie, og påvirker deres holdninger og handlinger (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 94). Kari Martinsen mener det er viktig at moralens to sider spiller på lag for å gi god sykepleie. Den spontane moralen omhandler bruk av skjønn, og omsorg uten baktanker til det beste for pasienten, mens normmoralen er alt det sykepleier har lært klinisk. Hva som er den riktige handlingen er situasjonsavhengig, og sykepleieren må derfor ta avgjørelser ved å kombinere faglig forsvarlig kunnskap med individuelt skjønn (Kristoffersen, 2017b, s. 63). Det kan dermed tolkes slik at når sykepleiere bruker bivirkninger spesifikt for å overtale pasienten til å ikke ta opioider at de ikke handler etter den spontane moralens prinsipper om å gjøre det beste for pasienten uten baktanker. Dette går også imot sykepleierens ansvar om å lindre lidelse hos pasienten. Det at sykepleiere er bekymret for at bruk av morfin skal føre til pasientens død er forståelig da sykepleier ikke skal bidra til at pasienten dør, men sørge for at de får en verdig og naturlig død (NSF, 2011, pkt. 2.9 og 2.11).

To av studiene viser at det er manglende samarbeid mellom sykepleier og lege. Sykepleierne mente at legene ikke stolte på det de sa angående vurdering av smerter og behovet pasienten hadde for smertestillende (Kuuppelomäki, 2002, s. 705-707; Phillips et al., 2013, s. 36). Lege og sykepleier-samarbeidet er ofte et samarbeid som er lite planlagt og det er sjelden samarbeidsmøter. Sykepleierne mener at samarbeidet om pasientens helsetilstand, medikamenter til pasienter, diagnostisering og bivirkninger er de viktigste punktene under samarbeidet med lege. Dersom dette samarbeidet ikke

styrkes kan det føre til dårlig pasientbehandling og lite samarbeid (Kristoffersen, 2017c, s. 196 og 229-230). Samhandlingen mellom sykepleier og lege er derfor nødt til å være god, da det ellers kan føre til uenighet om hvem som skal gjøre hva (Danielsen et al., 2017, s. 406). Sykepleiere har et ansvar for å fremme tverrfaglige samarbeidsforhold (NSF, 2011, pkt. 4.1). Dermed kan faglig veiledning i tverrfaglige grupper være et tiltak, da både leger og sykepleiere vil få økt gjensidig forståelse og samarbeidet styrkes (Kristoffersen, 2017a, s. 176).

Pasienten kan være en faktor som medvirker til at smertelindringen ikke blir optimal. Kuuppelomäki (2002, s. 705) forteller at det var vanskelig å få informasjon fra pasienten. Dette tyder på at det vil være behov for flere alternativer til kartlegging av smerte enn bare skjema som pasienten selv skal fylle ut. Pasienter som er i slutten av livet kan gjerne ikke uttrykke seg verbalt og det er ikke alltid sykepleier kan se på pasienten at det ikke er gitt adekvat smertelindring. Da kan f.eks. ansiktsskala benyttes, samt fysiologiske tegn og atferdsendringer (Danielsen et al., 2017, s. 390-391). Det er utviklet et kartleggingsverktøy for pasienter med nedsatt funksjon eller kognitiv svikt, MOBID-2, noe som har vist seg å fungere for denne pasientgruppen (Rønsen, 2020, s. 33).

Forskningen viser at det var dårlig kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonell, at noen pasienter var nølende til å ta opioider og til å rapportere smerte (Jho et al., 2014, s. 5; Kuuppelomäki, 2002, s. 704-705; Phillips et al., 2013, s. 36; Soden et al., 2013, s. 532-533). Det er mange ulike grunner for at pasienter ikke tar medisinene de har fått som f.eks. angst for bivirkninger og økt toleranse, dårlige erfaringer fra før, manglende kunnskaper eller overbevisning om at legemidlene kan være skadelige m.m. Sykepleieren må samarbeide med pasienten for å oppnå god etterlevelse, og forhindre at pasienten unngår å begynne med medikamenter pga. frykt for bivirkninger. For å oppnå dette må sykepleieren informere pasienten og undervise om legemidler på en slik måte at pasienten får forståelse for viktigheten av behandlingen. Pasienten må få informasjon om bivirkninger og indikasjoner slik at pasienten kan ta en avgjørelse som er bygget på riktig grunnlag. Dette vil kunne bidra til å avklare misforståelse og redusere usikkerhet (Lorentsen & Grov, 2017, s. 412; F. Nortvedt, 2017, s. 178). Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (NSF, 2011, pkt. 2.4) beskriver at sykepleier skal gi tilstrekkelig informasjon og sikre at denne informasjonen er forstått og slik fremme muligheten for at pasienten kan ta en selvstendig avgjørelse. For at pasienten skal ha tiltro til sykepleierens kunnskaper er det en forutsetning at der finnes en relasjon bygget på tillit mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2017b, s. 61).

6 Konklusjon

Forskningen viser at det er gjennomgående stor variasjon i hvordan sykepleiere utøver smertelindrende behandling til palliative kreftpasienter. Sykepleierne har varierte kunnskaper om smerter og smertelindring når det kommer til ulike medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner, og det er stor variasjon i hvordan disse brukes i praksis. I tillegg var det varierende bruk av diverse evalueringsverktøy for å vurdere pasientens smerter, og for å sette i gang smertelindrende tiltak. Manglende koordinering mellom helsepersonell og dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient hindret effektiv smertelindring.

Dette betyr at sykepleierne trenger mer opplæring og undervisning, og må holde seg faglig oppdatert slik at kompetansenivået økes for at de skal kunne gi faglig forsvarlig smertelindring til kreftpasienter. Det er viktig at sykepleiere tilegner seg kunnskap om ulike administrasjonsmåter, og at denne er individuelt tilpasset pasienten. WHO sin smertetrapp er et godt veiledende verktøy for sykepleiere i sammenheng med administrering av analgetika. Behandlingen skal skje på pasientens premisser og sykepleieren må derfor unngå å påvirke pasientens beslutninger. Sykepleieren må ha en åpen holdning, være en god lytter og støttespiller, og ta seg tid til å snakke med pasienten. Dette er en ikke-medikamentell intervensjon som kan lindre smerte både fysisk og psykososialt. Det innebærer også å gi god informasjon og veiledning om kreftsmarter og smertelindrende medikamenter slik at de forstår virkningen og ulike bivirkninger som kan oppstå. Tverrfaglige samarbeidsmøter og faglig gruppeveiledning burde tas i bruk oftere for å øke koordinering og samhandling mellom helsepersonell, og gi økt gjensidig forståelse. Disse tiltakene kan medvirke til at sykepleier kan bidra for å gi optimal smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase.

Anbefaling for videre forskning

Jeg opplevde at det var lite nyere forskning som handlet om sykepleierens perspektiv på smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Det er i flere studier mye fokus på kunnskap, men ikke om sykepleierens oppgaver eller hvordan de kan bidra til smertelindring. Jeg har sett artikler fra mange år tilbake som har de samme problemene med smertelindring som det nyere forskning har og det vil derfor være behov for mer fokus rundt temaet slik at sykepleier bidrar til mer optimal smertelindring.

Referanser

- Befring, A. K. (2017). *Helsepolitikk og ledelse*. Oslo: Cappelen damm.
- Bernardi, M., Catania, G. & Tridello, G. (2006). Knowledge and attitudes about cancer pain management: A national survey of Italian hospice nurses. *Cancer nursing*, 2007 (Vol. 30, No. 2), s. 20-26. DOI: 10.1097/01.NCC.0000265299.25017.24
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2017). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (s. 127-149). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2002 (Vol. 20, No. 2), s. 22-26. Hentet fra: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Jho, H. J., Kim, Y., Kong, K. A., Kim, D. H., Choi, J. Y., Nam, E. J. (...) Park, E. J. (2014). Knowledge, practices, and perceived barriers regarding cancer pain management among physicians and nurses in Korea: A nationwide multicenter survey. *PLoS ONE*, 2014 (Vol. 9, No. 8), s. 1-7. DOI: 10.1371/journal.pone. 0105900
- Kreftregisteret (2019, 24. oktober). Cancer in Norway 2018. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2018/>
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017c). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2017d). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2017). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 187-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kuuppelomäki, M. (2002). Pain management problems in patients' terminal phase as assessed by nurses in Finland. *Journal of advanced nursing, 2002* (Vol. 40, No. 6), s. 701-709. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02429.x
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie Bind 2* (s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molnes, S. I. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning, 2014* (Vol. 4, No. 2), s. 142-156. https://www.idunn.no/file/pdf/66703008/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende.pdf
- Momen, N., Hadfield, P., Harrison, K. & Barclay, S. (2013). Managing Pain in Advanced Cancer: A Survey of United Kingdom General Practitioners and Community Nurses. *Journal of Pain and Symptom Management, 2013* (Vol. 46, No. 3) s. 345-354. DOI: 10.1016/j.painsymman.2012.09.004
- Nordeng, H. (2016). Grunnleggende kunnskap - hva er legemidler, og hvordan brukes de? I H. Nordeng & O. Spigset (red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 23-43). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Norsk Senter for forskningsdata (NSD). (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund (NSF). (2011) Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, F. (2017). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (s. 169-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NTNU (u.å.) Oria. Hentet fra https://bibsyst-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?vid=NTNU_UB&lang=no_NO
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

- Phillips, J. L., Lovell, M., Lockett, T., Agar, M., Green, A. & Davidson, P. (2013). Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective. *Collegian*, 2015 (Vol. 22, No. 1), s. 33-41. DOI: 10.1016/j.colegn.2013.11.002
- Rønsen, A. (2020). *Palliativ omsorg i kommunene*. (Oppsummering nr. 13). Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh, M. M. & Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. *International Journal of Palliative Nursing*, 2014 (Vol. 20, No. 2) s. 69-74. DOI: 10.12968/ijpn.2014.20.2.69
- Skaug, E.-A. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (s. 337-376). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L. & Perkins, P. (2013). How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study. *International Journal of Palliative Nursing*, 2014 (Vol. 19, No. 11), s. 528-534. DOI: 10.12968/ijpn.2013.19.11.528
- Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P. & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicenter study. *Palliative Medicine*, 2010 (Vol. 24, No. 3), s. 294-298. DOI: 10.1177/0269216309355918
- World Health Organisation (WHO). (2018, 19. Februar). Palliative care. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Vedlegg 1 - PICOSKJEMA

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
Kreftpasienter i palliative fase Kreft Cancer patients Cancer Neoplasms Palliative care Palliative phase Terminal care End of life Incurable	Sykepleier Nurse Nurses Nurs*		Smertelindring Lindring av smerte Kreftsmerte Pain Pain control Cancer pain Pain management Pain relief	OR ↓
← AND →				

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Dato	Database	Søke- nummer	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Leste Abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
30.03.20	CINAHL Complete	S1	Pain Management	25 842			
		S2	Pain relief	17 968			
		S3	Pain (PC+Nu)	22 113			
		S4	Cancer pain	6 058			
		S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	58 443			
		S6	Cancer	436 201			
		S7	Neoplasms	565 732			
		S8	S7 OR S8	692 229			
		S9	Terminal Care	69 170			
		S10	Palliative	54 811			
		S11	End of life	31 360			
		S12	Incurable	2 434			
		S13	S9 OR S10 OR S11 OR S12	96 857			
		S14	Nurs*	964 396			
		S15	S5 AND S8 AND S11 AND S14	683			
		S16	Limits: 2002-2020, Peer Reviewed, Research Article, Language; Danish, English, Norwegian, Swedish	246	96	12	Momen, N., Hadfield, P., Harrison, K. & Barclay, S. (2013). Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L. & Perkins, P. (2013). Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh, M. M. & Tahmasebi, M. (2014). Bernardi, M., Catania, G. & Tridello, G. (2006).

Dato	Database	Søke- nummer	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Leste Abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
30.03.20	MEDLINE	S1	Pain Management	50 714			
		S2	Pain relief	31 128			
		S3	Pain (PC+Nu)	34 575			
		S4	Cancer pain	1 197			
		S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	105 023			
		S6	Cancer OR neoplasms	3 767 549			
		S7	Terminal Care	50 659			
		S8	Palliative	86 724			
		S9	End of life	23 228			
		S10	Incurable	10 911			
		S11	S7 OR S8 OR S9 OR S10	140 219			
		S12	Nurs*	726 895			
		S13	S5 AND S6 AND S9 AND S12	525			
		S14	Limits: 2002-2020, Language; Danish, English, Norwegian, Swedish	287	104	15	<p>Momen, N., Hadfield, P., Harrison, K. & Barclay, S. (2013).</p> <p>Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P. & Barker, S. (2010).</p> <p>Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L. & Perkins, P. (2013).</p> <p>Phillips, J. L., Lovell, M., Lockett, T., Agar, M., Green, A. & Davidson, P. (2013).</p> <p>Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh, M. M. & Tahmasebi, M. (2014).</p> <p>Jho, H. J., Kim, Y., Kong, K. A., Kim, D. H., Choi, J. Y., Nam, E. J. (...) Park, E. J. (2014).</p> <p>Kuuppelomäki, M. (2002).</p> <p>Bernardi, M., Catania, G. & Tridello, G. (2006).</p>

Vedlegg 3 – Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Momen, N., Hadfield, P., Harrison, K. & Barclay, S. (2013). Managing Pain in Advanced Cancer: A Survey of United Kingdom General Practitioners and Community Nurses. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 2013 (Vol. 46, No. 3) s. 345-354. DOI: 10.1016/j.painsymman.2012.09.004</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie der hensikten er å vurdere general practitioners (GP) og community nurses (CN) sin kunnskap og trening innenfor palliativ omsorg, deres kunnskap om smertehåndtering og smertepumpe, og karakteristikken til de med lavere kunnskapsnivåer innenfor palliativ omsorg som gjerne burde vært rettet til utdanningstiltak.</p>	<p>Palliative care, Primary care, education, pain control</p>	<p>Deltagere: Totalt var det 278 av 515 fastleger og 90 av 255 sykepleiere som svarte på spørreundersøkelsen. Lister av fastleger ble hentet fra Primary Care Trusts (PCT), og verifisert fra praksisnettsider og telefoner til de ulike praksisene. Det var ikke noen lister for sykepleiere, dermed ble sykepleierledelser kontaktet og leverte, i tillit, navn og jobbadresse av alle sykepleierne som jobber i kommunen i det området til forskningsteamet.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle fastleger, funksjonærer og langtidsvikarer ble inkludert.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Alle turnusleger og korttidsvikarer ble ekskludert.</p> <p>Datasamling: Et spørreskjema som var brukt i en tidligere studie med fastleger ble oppdatert og få justeringer ble gjort for sykepleier sin versjon. Spørreskjemaet ble sendt til alle deltakerne via e-post.</p> <p>Analyse: Et panel bestående av ni leger og 11 sykepleiere spesialisert i palliativ omsorg ble rekruttert for å hjelpe til med tolking og analyse av dataene. Ekspertpanelet ga råd til forskerteamet på to områder: 1. Ved å score riktigheten av hver responskategori på en 5-punkt-skala fra +2 (veldig bra) til -2 (veldig dårlig), der medianen av riktighetsscoren av panelet ble kalkulert for hvert svar. 2. Ved å score viktigheten av spørsmålene de ble spurt for deres egen profesjonsgruppe: spesialistleger for fastleger og spesialistsykepleiere for kommunesykepleiere. Dette gjorde det mulig å undersøke kommentarer fra noen av sykepleierne, at kun noen av spørsmålene kun gjaldt legene.</p>	<p>Trening i palliativ omsorg: Fastlegenes opplæring i smertepumpe og omsorg i sorgperiode er lav. De fleste sykepleiere har opplæring i alle områdene dersom de er sykepleier på sykehus, men mye mindre opplæring i kommunen. Da spesielt på smertepumper og omsorg i sorgperiode.</p> <p>Smerte og symptom håndtering/ lindring: Flertallet av begge gruppene indikerte at de ved økende smerter ville brukt en stegvis økning fra ingen opioider til milde opioider til sterke opioider, noe som viser en god forståelse av verdens helse organisasjon sin smertestillende stige. Når man starter med sterke opioider var det 73 % av GPs og 84% av CNs som ville forskrive et antiemetikum, 65% av både GPs og CNs ville forskrive et avføringsmiddel, og bare 55% av GPs og 52% av CNs ville forskrive både et antiemetikum pluss et avføringsmiddel. Flesteparten av begge gruppene mente at de fleste pasientene med alvorlig kreftsykdom vil kreve et sterkt opioid for smertelindring. Hurtigvirkende opioider og økning av morfin ble foreslått for grei håndtering av gjennombruddssmerter. Ved smerter i bein ble det foreslått NSAIDs, steroider, bisfosfonater og strålebehandling.</p> <p>Bruk og kunnskap av smertepumper: Det kommer frem at GPs bruker dette mindre enn CNs. Indikasjoner for å bruke smertepumper var å ha vanskeligheter med å svelge, bevisstløse pasienter nær slutten av livet, smerter, kvalme og oppkast. Ved dosering til en smertepumpe så ville 8% av GPs og 7% av CNs underdosere, mens 6% av GPs og 4% av CNs hadde overdosert.</p> <p>Majoriteten svarte at de ville hatt fremtidig utdanning i palliativ omsorg.</p> <p>Konklusjon: Studien viser at både GPs og CNs har høye nivåer av kunnskap på alle nivåene. GPs hadde betydeligere høyere score på smertelindring enn CNs.</p>	<p>Å ha kunnskaper om palliativ omsorg og de faktorene som spiller inn på livskvaliteten før man dør er viktig. I studien kommer det frem hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertebehandling og lindring. Dette er en viktig del av den palliative pleien til en kreftpasient, og sykepleier må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi god sykepleie og palliativ omsorg.</p>

Vedlegg 4 - Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P. & Barker, S. (2010). How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicenter study. <i>Palliative Medicine</i>, 2010 (Vol. 24, No. 3), s. 294-298. DOI: 10.1177/0269216309355918</p>	<p>Det er en kvalitativ studie der hensikten er å vurdere hvordan sykepleiere, som jobber i en spesialist-palliativ omsorgsenhet, vurderer og lindrer/håndterer gjennombruddssmerter.</p> <p>Denne studien består av to steg der del 1 er intervjuer med sykepleiere og steg 2 er anonyme spørreskjema som går dypere i emnene tatt opp i del 1. Denne studien viser til funnene i del 1.</p>	<p>Assessment, breakthrough pain, pain, palliative care</p>	<p>Deltakere: 15 sykepleiere som jobbet på fem forskjellige spesialistavdelinger for palliativ omsorg ble intervjuet.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle utdannende sykepleiere som var over 18 år, hadde jobbet innenfor palliativ omsorg i minst seks måneder, og som jobbet på en av de fem spesialistavdelingene ble inkludert.</p> <p>Datasamling: Halvstrukturerte intervjuer ble gjennomført med minst to utdannede sykepleiere fra fem forskjellige spesialiserte avdelinger innenfor palliativ omsorg i UK. Sykepleierne ble intervjuet individuelt av en i forskningsteamet, som de ikke jobbet med. Intervjuene ble tatt opp og transkribert.</p> <p>Analyse: Transkripsjoner ble analysert tematisk for å finne nye temaer. Hver avskrift ble analysert og diskutert mellom to forskere. Disse funnene ble deretter diskutert av hele forskningsteamet for å identifisere temaer på kryss av avskriftene.</p>	<p>Funn: Resultatene i studien kan beskrives innenfor fire kategorier: definere gjennombruddssmerter, vurdere gjennombruddssmerter, håndtere gjennombruddssmerter, holdninger/samarbeid.</p> <p>I studien kommer sykepleierens kunnskap frem om gjennombruddssmerter, og hvordan de vil vurdere dette. Det var vanskelig for mange av sykepleierne å definere gjennombruddssmerter, noe som gjør at ordet kan brukes feil. Når sykepleierne skulle vurdere gjennombruddssmerter så hadde de mye tillit i det de gjorde i praksis, men det var manglende systematiske vurderinger som ble gjort. Det å bruke vurderingsskalaer varierte, men de følte at det ofte var lite tid og at mye av det hadde lite relevans. Sykepleierne så ut til å ta helhetlige vurderinger ved å inkludere psykologiske, spirituelle og sosiale elementer så vel som fysiske.</p> <p>Det var utbredt bruk av ikke-medikamentelle behandlinger, og sykepleierne så ut til å være kreative når det gjaldt å håndtere vanskelige smertesituasjoner. Det ble blant annet foreslått varmepute, avslapningsteknikker, musikk og massasje. Det var mange medisiner som var aktuelle, men det var en klar mangel på struktur for beslutningsprosesser. Sykepleierne ble ofte styrt av pasientens følelser og opplevelser. Det var bekymringer for at pasienter blir underdosert og at behandlingen ble holdt igjen for å ikke gjøre skade.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierne som jobber i spesialist palliative omsorg bruker en holistisk tilnærming ved å vurdere smerte. Noen ganger virket det som om det fysiske var mindre viktig enn det emosjonelle og andre komponenter.</p>	<p>I denne studien kommer det frem hvor mye kunnskap sykepleiere har om gjennombruddssmerter. Det var tydelig at sykepleierne hadde kunnskaper om hvordan best mulig smertelindring gis i helhet, men gjerne ikke nødvendigvis på akkurat disse type smertene.</p>

Vedlegg 5 – Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L. & Perkins, P. (2013). How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 2014 (Vol. 19, No. 11), s. 528-534. DOI 10.12968/ijpn.2013.19.11.528</p>	<p>Det er en kvantitativ studie der hensikten er å få en forståelse for hvordan sykepleiere, som jobber i en spesialistavdeling innenfor palliativ omsorg, vurderer og håndterer BtCP (breakthrough cancer pain). Dette for å vurdere eventuelle barrierer som begrenser effektiv ledelse, og for å identifisere eventuelle opplæringsbehov.</p> <p>Denne studien er en del av en to-steps studie, der mikset metode ble brukt. I del én ble 15 sykepleiere intervjuet. I del to er det anonyme spørreskjema som går dypere i emnene tatt opp i del 1. Dette er del to av studien.</p>	<p>Pain, breakthrough pain, palliative care assessment</p>	<p>Deltakere: Det var 104 engelske sykepleiere som var med i studien.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle registrerte sykepleiere ved ti spesialiserte palliative tjenester som ville delta, og som hadde jobbet regelmessig for enheten i minst seks måneder. Disse tjenestene inkluderte sengeposter, poliklinikker, dagterapi og kommunikasjonsteam.</p> <p>Datasamling: Spørreskjemaene og informasjonsbrosjyrene for deltakerne ble sendt til ledende sykepleier, som leverte ut brosjyrer og spørreskjema til deltakerne. Spørreskjemaene ble utfyllt anonymt og returnert i forseglede konvolutter til sykepleierkonsulenten som jobbet som en del av forskningsteamet.</p> <p>Analyse: Data fra alle returnerte spørreskjemaene ble trukket ut av tre personer fra forskerteamet og kryssjekket mellom dem for feil.</p>	<p>Funn: I studien kommer det frem at det å definere eller bruke ordet gjennombruddssmerter er mangelfullt til tross for nylig veiledning. Av sykepleierne som var med i studien, ble som regel disse smertene sett på som vanlige smerter og behandlet deretter. Det kom frem at det var mange som brukte screening-verktøy i forbindelse med smertevurdering. Holdningene til sykepleierne demonstrerte en helhetlig tilnærming til vurdering og håndtering av smerter.</p> <p>Det var tre scenarioer som det ble spurt om på spørreskjemaene. I scenario én kom det frem at sykepleierne viser god bruk av anerkjente begreper for å beskrive denne typen smerter. Ved spørsmål om hvilket medikament som skulle brukes til dette scenarioet så stemte også flertallet av dette overens med det ekspertene mente. Det vil si at passende ledelse var noe sykepleierne var flink til. I scenario to kommer det frem at begrepet gjennombruddssmerter var det mest brukte begrepet, men at dette ikke stemte overens med scenarioet. Også her viser sykepleierne god kunnskap om ledelse ang. medikamenter. I scenario tre var terminologien stort sett korrekt i forhold til ekspertpanelet. Igjen var ledelsen utført av sykepleierne god, og i tråd med ekspertpanelets anbefalinger.</p> <p>Problemstillinger som ble rapportert var viktigheten av undervisning av pasienter om hvordan man bruker smertestillende for å håndtere BtCP. 80% av respondentene svarte at de ikke hadde en policy om å la kontrollerte medisiner stå ved pasientens sengekant, for å kunne ha tilgjengelig ved behov.</p> <p>Konklusjon: Bruk av begrepet gjennombruddssmerter er variabelt, men dette viser seg i å ikke ha negativ innvirkning på smertelindringen til pasientene som var stort sett i tråd med nyere anbefalinger. Det er et ønske om mer undervisning på disse områdene.</p>	<p>Sykepleierne har gode kunnskaper om ledelsen i å gi god smertelindring til pasienter, men de har mindre kunnskap om BtCP og lindring av denne. Det kommer frem at mer undervisning på dette kunne vært mulig. Det kommer også frem at det er viktig at sykepleier tar litt kontrollen når de skal smertelindre en pasient da det ikke alltid hjelper for pasienten å bestemme selv. Denne er relevant fordi den viser hvor mye kunnskaper sykepleiere har ved BtCP og hvor viktig dette er.</p>

Vedlegg 6 – Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Phillips, J. L., Lovell, M., Luckett, T., Agar, M., Green, A. & Davidson, P. (2013). Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective. <i>Collegian</i>, 2015 (Vol. 22, No. 1), s. 33-41. DOI 10.1016/j.colegn.2013.11.002</p>	<p>Det er en kvantitativ studie der hensikten er å:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legge frem forståelsen av barrierer og tilrettelegge for at voksnes kreftsmarter, blir vurdert og håndtert, fra ulike perspektiv, inkludert kommunesykepleiere. - Identifisere hvilke retningslinjer ang. kreftsmarter som brukes av kommunesykepleiere, og fastslå hvorvidt de støtter nye australske retningslinjer og assosierte implementeringsstrategier - Informere om bruk retningslinjene i sammenheng med forståelsen av barrierer, og tilrettelegging for voksnes kreftsmarter 	<p>Cancer, clinical pathway, community nurse, pain, palliative care, survey</p>	<p>Deltakere: I studien er det totalt 62 samfunnsykepleiere som svarte på denne undersøkelsen. Alle deltakerne identifiserte seg selv som sykepleiere, og det ble ikke gitt en definisjon om hva som utgjør en sykepleierrolle. De ble rekruttert via e-post og nyhetsbrev. Dette for å få et bredt spekter av mange forskjellige sykepleiere, inkludert mange ulike organisasjoner.</p> <p>Datasamling: Denne åpne online-undersøkelsen ble administrert fra en sikker online plattform, «survey monkey». Undersøkelsen ble utviklet av et tverrfaglig ekspertpanel, og søkte informasjon om fem ulike punkter. Alternativer for svar inkluderte ja/nei, verbale vurderingsskalaer (for eksempel sterkt uenig, uenig, enig, sterkt enig), og åpne kommentarfelt etter hvert element.</p> <p>Analyse: Dataene fra de fleste respondentene for hver seksjon ble rapportert i tabeller. Alle kommentarene ble uavhengig kodet av to forfattere som deretter møttes for å komme til enighet om teamene. Statistiske analyser ble utført ved bruk av programmet SPSS programvare V20. Beskrivende analyse ble brukt på alle variabler av interesse.</p>	<p>Funn: 71% av deltakerne i studien mente at det var noen barrierer som var til hinder for effektiv smertehåndtering. De tre barrierene som fikk flest resultat var: vanskeligheter med å få ikke-medikamentelle smerteintervensjoner, mangel på koordinering av helsepersonell, og påvirkningen av pasientens avstand til å få tilgang til smerterelaterte tjenester. De to temaene som kom frem fra det åpne spørsmålet om hindringer for å implementere smerteretningslinjer var: å overbevise andre om opioider, og optimal kunnskap om smertebehandling. Tilgang til tilleggstrening og informasjon om smertevurdering og håndtering, og en økning i utpekt klinikertid, var endringene som ble oppfattet som nødvendige for å forbedre kreftsmertevurderingen på deltakernes arbeidsplass. Halvparten indikerte at mer utdanning av helsepersonell ville forbedre kreftsmertevurderingen. Å bygge kapasitet gjennom strategier som kontinuerlig profesjonell utvikling innen smertebehandling og sikre at klinikere har tilgang til retningslinjer. Dette skulle optimalisere smertebehandlingen. Flesteparten av sykepleierne som deltok i studien indikerte at det var behov for å utvikle australske retningslinjer og implementere disse inn i de ulike tjenestene.</p> <p>Konklusjon: Å ha tilgang til systematisk utviklede uttalelser/ retningslinjer basert på gjeldende forskning vil gjøre det mulig for kommunesykepleiere i samarbeid med pasienten, deres familier og behandlende lege og/eller allmennlege, for lettere å identifisere og gå inn for den mest hensiktsmessige smertebehandlingen under spesifikke kliniske omstendigheter.</p>	<p>Studien belyser ulike barrierer i sammenheng med lindring/ håndtering av kreftsmarter. Det blir gitt uttrykk for at sykepleierne trenger mer informasjon og kunnskap om smerter relatert til kreftpasienter for å kunne gi optimal smertelindring til denne pasientgruppen.</p>

Vedlegg 7 – Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode (deltakere, inklusjons/ eksklusjonskriterier, datasamling, analyse)	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh, M. M. & Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 2014 (Vol. 20, No. 2) s. 69-74. DOI: 10.12968/ijpn.2014.20.2.69</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie der hensikten er å identifisere iranske sykepleiere sine oppfatninger av palliativ omsorg for pasienter med kreftsmarter.</p>	<p>Cancer, content analysis, nurse, palliative care, pain</p>	<p>Deltakere: 15 sykepleiere (11 kvinner og 4 menn) ble rekruttert fra avdelingene gjennom målrettet maksimalvariasjon prøvetaking. Alle deltakerne var mellom 26 og 49 år og hadde varierende erfaring fra 4 til 18 år. Alle sykepleierne ble informert om studien og gav skriftlig samtykke til å delta.</p> <p>Inklusjonskriterier: Sykepleiere som hadde en bachelorgrad rekruttert. Alle aktuelle jobbet på en av de tre kreftavdelingene som var med i studien.</p> <p>Datasamling: Semi- strukturerte individuelle intervjuer som varte rundt 30-45 min, ble avholdt i stille lokaler på avdelingen sykepleieren jobbet. Intervjuretningslinjer ble brukt og intervjuene ble tatt opp på lydopptak. Intervjuene ble avholdt på persisk. Det ble senere oversatt til engelsk og deretter ble den engelske versjonen oversatt tilbake til persisk for å være sikker på at oversettelsen var riktig.</p> <p>Analyse: Innholdsanalyse ble brukt for å kategorisere det som kom frem i intervjuene. Forfattere av studien analyserte funnene individuelt for så å sammenlikne resultatene og underkategoriene. På grunn av måten sykepleierne ble rekruttert økte dette troverdigheten til funnene ved å sikre dybde og autensitet. Noen av intervjuene ble returnert til sykepleier for å sikre at sykepleiers opplevelse kom riktig frem i studien.</p>	<p>Det var to kategorier som kom tydelig frem i studien: håndtering av fysisk smerte og psykologisk Empowerment.</p> <p>Håndtering av fysisk smerte: For å kunne smertelindre vil det være nødvendig med medikamenter men også gjennom handlinger som for eksempel å snakke med pasienten og informere dem om bivirkninger. Sykepleierne i studien sier at dersom de snakker med pasienten før de gir smertestillende medikamenter så vil denne samtalen lette på smertene og til syvende og sist så trenger ikke pasienten smertestillende medikament. I studien kommer det også frem at opioider og medikamentell smertelindring er nødvendig og blir rutinemessig delt ut.</p> <p>Psykologisk empowerment: I studien viser det at dette ble oppnådd ved at sykepleier ga støtte til pasientene og at man reduserer fortvilelse. Støtte til pasienter fra sykepleier kan få pasienter til å akseptere situasjonen og den palliative behandlingen og omsorgen. Dette vil gjøre at pasienten er mer interessert i behandlingen sånn at de føler mindre smerte, selv om man lider en del så er det overkommelig med en sykepleier ved sin side. Ved å redusere fortvilelse kan dette lette på smerter. Det kommer frem at sykepleier må forstå situasjonen og at de har smerter, og bare la dem være aggressive. Det vil være viktig å spøke og snakke med dem vennlig. Studien viser også at det er viktig å lytte til pasienten.</p> <p>Konklusjon: Palliativ omsorg for pasienter med kreftsmarter burde ifølge denne studien omfatte både fysiske og psykologiske aspekter av smertelindringen.</p>	<p>Denne artikkelen belyser hvordan sykepleier gir smertelindring og hva de gjør for å smertelindre pasienter med kreftsmarter i palliativ fase. Det kommer frem av studien at det er mange måter å smertelindre på og at det er viktig å se på fysiske og psykologiske aspekter i forhold til smertelindring.</p>

Vedlegg 8 – Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode (deltakere, inklusjons/ eksklusjonskriterier, datasamling, analyse)	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Jho, H. J., Kim, Y., Kong, K. A., Kim, D. H., Choi, J. Y., Nam, E. J. (...) Park, E. J. (2014). Knowledge, practices, and perceived barriers regarding cancer pain management among physicians and nurses in Korea: A nationwide multicenter survey. <i>PLoS ONE</i>, 2014 (Vol. 9, No. 8), s. 1-7. DOI: 10.1371/journal.pone.0105900</p>	<p>Det er en kvantitativ studie der hensikten er å evaluere kunnskap, praksis og barrierer i forhold til håndtering av kreftsmarter blant leger og sykepleiere i Korea for å identifisere behovet for forbedring i klinisk praksis, utdanning og politikk.</p>	<p>Analgesics, health knowledge (attitudes, practice), neoplasms, nurses, pain, pain management, physicians</p>	<p>Deltakere: 333 (149 leger og 284 sykepleiere) deltok i studien. Gjennomsnittsalderen for de som deltok var 33.2 for leger og 29.0 for sykepleiere. 70,8% av leger som deltok er spesialisert i indremedisin. 13,3% av legene og 19,0% av sykepleierne jobbet innenfor en palliativ omsorgsavdeling (lindrende enhet). Mer enn 70% av leger og sykepleiere hadde mottatt undervisning om kreftsmarter.</p> <p>Inklusjonskriterier: Leger og sykepleiere som er involvert i pleien til pasienter med kreft ble inkludert.</p> <p>Datasamling: Spørreskjemaet ble utviklet av forskerne og testet av et ekspertpanel. De ulike temaene i spørreskjemaet knyttet til kunnskap og praksis i forhold til håndtering av kreftsmarter ble laget på grunnlag av innholdet i retningslinjene for håndtering av kreftsmarter. Aktuelle kandidater for studien ble kontaktet av forskeren på de deltakende sykehusene og fikk mottatt et spørreskjema.</p> <p>Analyse: Beskrivende analyse ble brukt for å oppsummere. En chi-squared test ble utformet for å sammenlikne forskjeller mellom leger og sykepleiere i forhold til praksis, kunnskap og barrierer til kontroll av kreftsmarter. Flere lineære regresjonsanalyser ble brukt for å bestemme forholdet mellom deltakernes egenskaper og antall riktige svar for kunnskap. Statistiske analyser ble utført ved bruk av STATA SE versjon 12.0.</p>	<p>Klinisk vurdering av smerte og dokumentasjon: Resultatene viser at mange flere sykepleiere vurderte smertene til pasientene på hver runde i forhold til hva legene gjorde. Sykepleierne sjekket også alle temaene relatert til smerte vurdering oftere enn legene. Det ble også dokumentert mer av sykepleierne enn blant legene når det gjelder å dokumentere smerte vurderingene. Legene som hadde mottatt undervisning om kreftsmarter og jobbet på en palliativ enhet ble positivt assosiert med å dokumentere vurderingene av smerte.</p> <p>Kunnskap om håndtering av kreftsmarter: Gjennomsnittet for riktige svar var høyere blant leger enn blant sykepleierne, 10.8 for leger og 9.0 for sykepleiere. For både leger og sykepleiere var mangel på kunnskap fremtredende i spørsmål om toleranse for opioidindusert sedering og varigheten av revurdering etter intravenøs administrering av morfin. Det var flere riktige svar blant leger når det gjelder NSAIDs, spesifikke egenskaper ved opioider og opioiddoseberegning, samt bruk av strålebehandling eller ved intervensjonell smertebehandling.</p> <p>Barrierer for håndtering av kreftsmarter: Barrierer som forekommer ofte både blant leger og sykepleiere er tid og for lite kunnskap rundt smertelindring til kreftpasienter. Leger mente at en barriere var at pasienten ikke vil ta opioider mens blant sykepleiere var det for dårlig kommunikasjon med pasientene og at pasientene var nølende til å melde fra om smerter.</p> <p>Konklusjon: I denne studien kommer det frem at endringer i utdanningen og undervisningen er nødvendig for å forbedre klinisk praksis blant helsepersonell knyttet til lindring/håndtering av kreftsmarter. Legene viste bedre kunnskap om smertelindring, mens sykepleierne var bedre på vurdering og dokumentasjon av smerte.</p>	<p>I studien kommer det frem at kunnskap er viktig for å kunne gi pasienter med kreftsmarter god lindring. Det vil være nødvendig å øke kunnskapen for å kunne gi optimal smertelindring. Studien viser også at det er nødvendig med smertevurderinger for å kunne gi ytterligere behandling.</p>

Vedlegg 9 – Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode (deltakere, inklusjons/eksklusjonskriterier, datasamling, analyse)	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Kuuppelomäki, M. (2002). Pain management problems in patients' terminal phase as assessed by nurses in Finland. <i>Journal of advanced nursing</i>, 2002 (vol. 40, No. 6), s. 701-709. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02429.x</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie der hensikten er å beskrive forekomsten av fysiske smerter hos terminale pasienter og problemer relatert til håndtering/lindring av smerter, vurdert av sykepleiere på en avdeling på kommunale helsesentre i Finland.</p>	<p>Pain management, terminal phase illness, nursing staff, knowledge</p>	<p>Deltakere: 328 sykepleiere deltok i studien. Halvparten av sykepleierne var spesialiserte sykepleiere. Inklusjonskriterier: Sykepleiere som jobbet på avdelingene på de 32 kommunale helsesentrene ble inkludert. Sykepleierne skulle ha jobbet der i minst ett år. Datasamling: Studien foregikk på 32 kommunale helsesentre. Spørreskjemaene besto av 51 spørsmål som var spesifikt laget for denne undersøkelsen. Temaene deltakerne ble spurt om var bakgrunnsfaktorer, grunnleggende fysisk omsorg for terminale pasienter, håndtering av smerter, emosjonell støtte, spirituell støtte og spørsmål om når beslutningene skal tas ved oppstart av terminal omsorg. Skjemaene ble sendt på mail til kontaktpersonen for hvert senter og avdelingsleder ga de ut til sykepleierne som hadde jobbet der over ett år. Analyse: Flervalgs spørsmålene ble prosessert av SPSS 10.1 versjon. Variablene angående alder og arbeidserfaring blant deltakerne ble delt inn i tre klasser. Svarene på flervalgs spørsmålene ble studert etter frekvens og prosentvis fordeling. Responsen på det åpne spørsmålet ble studert ved hjelp av innholdsanalyse. Svarene på spørreskjemaet ble først gjennomgått og skrevet opp i form av lister. Dersom sykepleieren ikke hadde svart på alle spørsmålene ble også dette indikert. Da ble problemer ved smertehåndtering laget som en kategori, og alle svar under den kategorien ble inkludert. Deretter ble det dannet mange underkategorier. Analysen førte til fem hovedkategorier. I tillegg til analysen av de åpne spørsmålene ble ulike referanser i de ulike kategoriene telt og andelen mellom de forskjellige referansene mellom hovedkategoriene ble også beregnet.</p>	<p>Utbredelsen av smerter: 68% av de som svarte på undersøkelsen mente at pasienter som er i slutten av livet opplever smerter veldig ofte og 20% av deltakerne sa at pasienter hadde smerter relativt ofte. Av de som har smerter er det veldig ofte kreftpasienter. Problemer i lindring/håndtering av smerter: Av 380 deltakere var det 212 som mente at det var problemer angående smertelindring/håndtering. I kategorien holdninger til smertelindring/ håndtering var det et vanlig problem at familien til pasienten som av og til krevde mer smertestillende til pasienten og andre ganger gikk imot at pasienten skulle få ekstra smertestillende. Det var også et problem med legens og sykepleieres holdninger, da ofte i forhold til å gi morfin. Det å akseptere overgangen til terminal fase kunne også være et problem. I forhold til kvalifikasjoner til smertelindring/håndtering var det et problem relatert til legens manglende informasjon og deres behov for videre opplæring i smertelindring/ håndtering. Det samme gjelder sykepleiere. Mer informasjon er nødvendig for eksempel om andre smertelindrende metoder, om ulike kombinasjoner av medikamenter og om vurdering av smerte. Problemer angående vurdering av pasientens smerter vil vanskene være å få informasjon av pasienten, vansker med å skille fysisk og psykisk smerte, at pasienten prøver å håndtere smerter uten medikamenter så lenge som mulig og vil derfor ikke si i fra om smerter. Det var også problemer med vurdering av smerter pga. manglende verktøy. Ved smertelindring/ håndtering var medikamenter for smerter et problem. Det ble litt for lite smertestillende og det tok for lang tid dersom dosen måtte økes og at det var uregelmessig administrering av smertestillende. Et annet problem er bivirkninger på medikamenter. Det er sjelden brukt andre metoder for smertelindring. Det ble også nevnt at samarbeidet mellom sykepleiere og leger et er problem.</p> <p>Konklusjon: Denne studien viser at det er et utviklingsbehov for smertelindring på helsesenter i Finland. Personalet trenger mer trening på systematisk smertelindring.</p>	<p>I denne studien kommer det frem problemer stort sett angående smertelindring/håndtering hos pasienter med kreft. Det kommer frem i studien om hva sykepleier kan gjøre bedre for å gi bedre smertelindring og hva som er problemene med å håndtere smerter. Dette er problemer som kan endres på og som kan bli bedre for at smertelindringen skal bli bedre.</p>

Vedlegg 10 – Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode (deltakere, inklusjons/eksklusjonskriterier, datasamling, analyse)	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Bernardi, M., Catania, G. & Tridello, G. (2006). Knowledge and attitudes about cancer pain management: A national survey of Italian hospice nurses. <i>Cancer nursing, 2007</i> (Vol. 30, No. 2), s. 20-26. DOI 10.1097/01.NCC.0000265299.25017.24</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie der hensikten er å identifisere nivået av kunnskap og holdninger blant italienske hospice sykepleiere angående håndtering/lindring av smerter og for å undersøke kunnskap om smertehåndtering i henhold til deres bakgrunns karakteristikk.</p>	<p>Cancer pain, hospice nursing care, nurses' pain attitudes, nurses' pain knowledge</p>	<p>Deltakere: 66 sykepleiere som jobbet på et av de ni hospicene med i undersøkelsen.</p> <p>Inklusjonskriterier: Hospice sykepleiere som jobber på hospice i nord, sentral og sør-Italia.</p> <p>Datasamling: Spørreskjemaene ble gitt ut til avdelingssykepleier på hver hospice avdeling, som ga det videre til sykepleiere. Instrumentene som ble brukt i denne studien er den italienske versjonen av Nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain (NKASRP). Denne inneholder 22 riktig/feil spørsmål, 13 flervalgs spørsmål og to casestudier med to spørsmål hver, totalt 39 spørsmål. Innholdet i disse spørsmålene inkluderer aspekter ved smertevurdering, medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner og holdninger rundt smertehåndtering/ lindring. For å øke påliteligheten av spørreskjemaene var de anonyme og konfidensielle.</p> <p>Analyse: Kunnskapsresultater for hvert element i NKASRP ble beregnet ved å gi 1 for hvert riktig svar og 0 for hvert feil svar. Deretter regne ut totalen og beregne middelpoengene for totalt smerte kunnskap. For flervalgs spørsmålene ble alle andre svar enn det riktige svaret vurdert som feil. Prosentene av riktige svar for totalscore og for hvert tema ble også beregnet. Mann-Withney og Kruskal-Wallis test ble brukt for å sammenlikne forskjellene av kunnskapen til sykepleiere i ulike demografiske grupper, undervisning, arbeidserfaring, arbeidsplass, tidligere undervisning om smerte, tidligere timer med smerteundervisning og personlig erfaring med familiemedlemmer med smerter. Dataene ble analysert ved bruk av Statistical Package ASA System version 8.2.</p>	<p>Funn: Blant 39 spørsmål om kunnskap rundt smerter var det gjennomsnittlig 24,4 som ble svart riktig. Det var signifikante forskjeller mellom årene med hospice sykepleie erfaring og blant forskjellige nyutdannede i sykepleie. Tidligere undervisning i smertehåndtering / lindring påvirket også sykepleierens smertekunnskap. Sykepleiere som hadde fått undervisning i smertehåndtering /lindring hadde betydelig høyere gjennomsnittlig kunnskapsskår enn de uten tidligere undervisning. Studien viser at 54,5% og 21,2% av sykepleierne undervurderer pasienten sine smerter. Veldig få sykepleiere administrerte rett dose av morfin for å lindre smerter. Sykepleierne som undervurderte smertene til pasientene hadde mindre kunnskap om smerte enn de som ikke gjorde det. Resultatene viste at hospice sykepleiere har utilstrekkelig kunnskap om smerte og om WHO's anbefalinger for lindring av kreft smerter. 84% av sykepleierne visste at WHO's smertestige ga anbefalinger om medikamentell behandling. 40.9% trodde at morfin har en doselingsgrense for smertelindrende, noe som er feil. 15.2 % trodde at placebo er en nyttig test for å bestemme om smertene er ekte, noe som er feil. 62.1% av sykepleierne hadde inntrykk av at pasienten ville utvikle betydelig respirasjonsdepresjon. Bare 80.3% visste at pasienten spurte om ekstra smertestillende pga. han opplevde økte smerter. 37.9% av sykepleierne mente ikke at pasienten var den beste til å bedømme smerteintensiteten til smertene pasienten opplevde. Bare 66,7 % av sykepleierne erkjente at det er lite sannsynlighet for at pasienten utviklet avhengighet til opioider ved opioidbruk ved smerter.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierens kunnskap om smerte viser at de ikke mottar passende og oppdatert informasjon og at det er nødvendig å forbedre kvaliteten av undervisningsprogrammet.</p>	<p>For å kunne bidra til optimal smertelindring til kreftpasienter er det nødvendig å ha kunnskap om hvordan man gir smertelindring, når det skal gis og hvor ofte. I denne studien kommer det frem at sykepleiere som jobber på hospice trenger mer kunnskap om smertelindring /håndtering.</p>

