

Ylva Malerød Kristensen 10151  
Synnøve Marie Åsen Kleven 10041

## Smertelindring av kreftpasienter

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Elin Stikbakke  
Juni 2023



Ylva Malerød Kristensen 10151  
Synnøve Marie Åsen Kleven 10041

# Smertelindring av kreftpasienter

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Elin Stikbakke  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Tittel: Smertelindring av kreftpasienter		Dato: 01.06.23
Forfattere: Ylva Malerød Kristensen Synnøve Marie Åsen Kleven		
Veileder(e): Elin Stikbakke		
Nøkkelord: Smerte, smertelindring, kreftsmarter, kreftpasient, sykepleie		
Antall sider/ord: 29/7 283	Antall vedlegg: 0	
<p><b>BAKGRUNN:</b> Antall tilfeller av kreft øker for hvert år og det vil fortsette å øke i årene som kommer. En pasient med kreftsykdom vil oppleve kroppslige plager, hvorav smerter er en av dem. Smerter skaper mest frykt.</p> <p><b>HENSIKT:</b> Hensikten med oppgaven er å undersøke hva vi som sykepleiere kan bidra med for at smertebehandlingen av kreftpasienter kan bli bedre. Statistikk viser at kreftpasienter med smerter ikke får tilstrekkelig smertelindring.</p> <p><b>METODE:</b> Det er brukt litteraturstudiet som metode. Sekundærdata er blitt anvendt i oppgaven. Et strukturert søk er gjennomført for å finne syv forskningsartikler som senere blir brukt til drøfting med annen valgt faglitteratur. Studiet baserer seg på de syv forskningsartiklene, pensumlitteratur og annen selvvalgt litteratur.</p> <p><b>RESULTAT:</b> Forskingen som er blitt anvendt viser opplevelsen av smertebehandling fra både pasientperspektiv og sykepleieperspektiv. Det blir beskrevet hvorfor pasienter er tilbakeholdne med bruk av opioidanalgetika og sykepleiers holdninger til pasienter med kreftsmarter.</p> <p><b>KONKLUSJON:</b> Vi har verktøyene vi trenger for å kunne gi optimal og tilfredsstillende smertebehandling, men vi må lære oss å bruke det. Det er mangel på kompetanse og kunnskap blant sykepleiere og mangel på informasjon til pasienter. Vi som sykepleiere må bli bedre på kartlegging og endre holdningen vår til at alle pasienter opplever smerter forskjellig.</p>		

## Abstract

Titel: Pain managemt of cancer patients		Date: 01.06.23
Authors: Ylva Malerød Kristensen Synnøve Marie Åsen Kleven		
Supervisor(s): Elin Stikbakke		
Keywords: Pain, pain management, cancer pain, cancer patient, nursing		
Number of pages/words: 29/7 283	Number of appendix: 0	
<p><b>BACKGROUND:</b> More and more cases of cancer increase with every year, and it will keep on increasing. A cancer patient is most likely to experience bodily discomfort, such as pain. Pain is what causes most fear for cancer patients.</p> <p><b>OBJECTIVE:</b> The objective of the thesis is to explore what nurses can do to improve cancer pain management for cancer patients. Statistic shows that cancer patients with pain are less likely to receive appropriate treatment for pain management.</p> <p><b>METHOD:</b> Literature study has been used as a method. Secondary data has been used in the study. Research has been found through a systematic search and has been used to discuss our chosen problem with subject matter literature. The study is based on the seven research articles and other theory.</p> <p><b>RESULT:</b> The chosen research used in the study presents the experience of pain management of both patients and nurses. It's described why patients are restrained to use opioid analgesics and nurses' attitudes towards patients experiencing cancer pain.</p> <p><b>CONCLUSION:</b> We have the appropriate tools to give adequate and quality treatment to our patient's, but we must learn how to use them. There's lack of knowledge and competence among nurses and deficiency in informing the patient about their treatments.</p>		

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Introduksjon til tema.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Bakgrunn .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Smertebehandling.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.1 WHO's smertetrapp.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.2 Kommunikasjon og barrierer i forhold til smertebehandling .....</b>	<b>6</b>
<b>1.4 Virginia Hendersons sykepleieteori.....</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Oppgavens hensikt .....</b>	<b>7</b>
<b>1.6 Problemstilling .....</b>	<b>8</b>
<b>2.0 Metode.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Beskrivelse av metode .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Søkehistorikk .....</b>	<b>10</b>
<b>2.4 Utvelgelse av 7-10 forskningsartikler .....</b>	<b>11</b>
<b>2.5 Analyse.....</b>	<b>11</b>
<b>3.0 Resultat .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Artikkelmatrise .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Sammenfattet presentasjon av resultater i hovedtema og undertema....</b>	<b>20</b>
<b>4.0 Diskusjon.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Holdninger til smertelindring .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Lavere kunnskap enn forventet .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Oppfølging av pasienter .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Styrker og svakheter .....</b>	<b>24</b>
<b>5.0 Konklusjon.....</b>	<b>26</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>27</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon til tema

Tema vi har valgt for vårt litteraturstudie er smertebehandling av kreftpasienter. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) er kreft en samlebetegnelse for sykdommer med ukontrollert celledeling (Larsen et al., 2022). Smertelindring av kreftpasienter er et aktuelt tema da det fortsatt er mange kreftpasienter som ikke får optimal smertebehandling (Helsedirektoratet, 2019). Å håndtere kreftpasienters smerter er en del av totalomsorgen. For at helsepersonell skal kunne bidra til å lindre den totale smerten må flere spesialister og profesjoner samarbeide (Den Norske Legeforening, 2009, s. 25). Å leve med smerter kan ha en stor innvirkning på pasienters liv og deres daglige gjøremål.

Temaet er relevant for sykepleie da sykepleier ofte er den første personen til å få innsikt i endringer eller plager hos pasienter inneliggende på sykehus og det er vår oppgave å rapportere dette videre til lege for videre behandling. Ifølge Danielsen et al. har sykepleieren en viktig funksjon i smertebehandlingen og et stort ansvar i arbeidet for å lindre pasienters smerte (2020, s. 382). Et felles kjennetegn ved sykepleiere på sykehus er at de skal vurdere, planlegge og utføre sykepleie til mennesker som er akutt og kronisk syke (Kristoffersen, 2017, s. 217). Det vil bli avdekket i hvor stor grad sykepleiere faktisk gjennomfører sine arbeidsoppgaver og lever opp til sin rolle (Shahriary et al., 2015). På grunnlag av dette er temaet relevant for sykepleie og noe vi ønsker å belyse på grunn av lite framgang.

### 1.2 Bakgrunn

Kreft er en utbredt sykdomsgruppe som mange blir berørt av (Kreftregisteret, 2022). Hvert år er det mer enn 35 500 nordmenn som diagnostiseres med kreft. Antall tilfeller av kreft øker for hvert år og det vil fortsette å øke i årene som kommer. Grunnen til økningen av krefttilfeller kommer blant annet av økt levealder og større befolkning (Larsen et al., 2022). En pasient med kreftsykdom vil oppleve kroppslige plager, hvorav smerter er en av dem. Smerter er den kreftrelaterte plagen som er mest fryktet (Lorentsen & Grov, 2020, s. 402). I denne bacheloroppgaven har vi valgt å ta for oss pasienter som både har fått en forverret kreftdiagnose eller tilbakefall og som er blitt innlagt ved sengepost på kreftavdeling på sykehuset. Med forverret krefttilstand menes spredning av den opprinnelige kreftdiagnosen til et annet organ i kroppen, med andre ord metastaser. Vinklingen som er valgt for denne oppgaven er mest relevant for middelaldrende pasienter, det vil si 45-65 år. Begge kjønn er også inkludert. Oppgavens vinkling baserer seg i stor grad på hvordan kreftpasienter med smerter blir informert, behandlet og fulgt opp samt hva sykepleiers ansvar, rolle og funksjon er. Når smertebehandling av kreftpasienter blir omtalt i oppgaven menes medikamentell behandling ved bruk av analgetika. Analgetika vil da si smertelindrende medikamenter. Bruk av opioid-analgetika og ikke-opioid-analgetika er inkludert.

Smerte kan beskrives som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som kan assosieres med vevsødeleggelse (Kongsgaard et al., 2005, s. 20). Ifølge retningslinjene for smertelindring, er smerte den vanligste årsaken til at mennesker oppsøker helsevesenet. Ca. 25% av kreftpasienter som har smerter har redusert livskvalitet og allmenntilstand (Den Norske Legeforening, 2009, s. 6). Sykepleier har et stort ansvar



innenfor smertelindring og ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, har sykepleieren ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kunnskap, kompetanse og hvordan behandlingstilbudet er organisert, er avgjørende faktorer for at den lindrende smertebehandlingen av kreftpasienter skal være av god kvalitet (Kongsgaard et al., 2005, s. 8).

### **1.3 Smertebehandling**

Ifølge retningslinjene for smertelindring er målet med smertebehandlingen å lindre smerter samt å øke pasienters livskvalitet (Den Norske Legeforening, 2009, s. 6). For å kunne gi riktig smertebehandling må man kartlegge hva slags smerter pasienten er preget av. Smertene kan være relatert til tumoren, kreftbehandlingen eller generell svekkelse som følge av alvorlig sykdom (Helsedirektoratet, 2019). En kreftpasient kan også oppleve flere typer smerter samtidig, og det kan kreve svært forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling (Lorentsen & Grov, 2020, s. 402). Noen smerter kan ha en jevn varighet gjennom hele døgnet med små variasjoner, mens andre smerter kan komme plutselig med høy intensitet og ha en kort varighet. Den sistnevnte formen for smerte kalles for gjennombruddssmerter. "Selv om man har kommet frem til en god lindrende behandling av pasientens smerter det meste av tiden, kan behandling av slike korte episoder med gjennombruddssmerter være en stor utfordring" (Kongsgaard et al., 2005, s. 21-22).

Opioider er mye brukt ved behandling av smerter, spesielt hos pasienter med kreft. Oslo Universitetssykehus definerer opioider som "*en gruppe stoffer som virker ved å binde seg til bestemte opioidreseptorer på celleoverflaten i kroppen*" (Oslo Universitetssykehus, 2023). De vanligste og mest brukte opioidene ved behandling av smerter hos kreftpasienter er morfin, oksykodon og fentanyl (Kreftforeningen, 2023). Disse preparatene kan gis intramuskulært, subkutant, transdermalt eller per os. Ved transdermal administrasjonsmåte bruker man depotplaster og per os vil si at man gir tabletter som svelges via munnen.

For å finne ut hva slags smerter pasienten er preget av kan man anvende ulike typer kartleggingsverktøy. De mest anvendte kartleggingsverktøyene i forhold til smerter ved kreft er VAS-skalaen (Visual Analogue Scales), ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) og kroppskart. Selv om VAS-skalaen og kroppskartet kan være med på å lokalisere og karakterisere smerten, vil hovedvekten i denne oppgaven ligge rundt ESAS-skjemaet da skjemaet inneholder åtte symptomer som kreftpasienter i flere stadier av sykdommen plages med (Lorentsen & Grov, 2020, s. 410). Symptomene som er inkludert i skjemaet er kvalme, dårlig matlyst, smerte, depresjon, angst, tung pust, slapphet og dødsighet. På tross av at ESAS-skjemaet er enkelt å bruke og ikke krever mye tid, er det blitt vist at sykepleiere er for dårlige til å ta i bruk slike kartleggingsverktøy.

#### **1.3.1 WHO's smertetrapp**

Man kan dele smertene inn i fire hovedkategorier; nociseptive-, nevropatiske-, psykogene smerter og smerter av ukjent årsak. Smertene man opplever ved å kutte seg på noe skarpt, brenne seg eller ved operasjon kalles for nociseptive smerter, eller akutt vevsskade. Nevropatiske smerter stammer fra en feil eller en skade i nervesystemet. Denne formen for smerte kan være utfordrende da det kan ende med å bli kronisk

(Slørdal, 2019, s. 326). Enkelte psykiske lidelser gir symptomer som pasientene opplever og beskriver som smerter, disse smertene er det en kaller for psykogene smerter. Til slutt har vi smerter av ukjent årsak, eller idiopatiske smerter. Dette er smerter som pasienter opplever, men som man ikke klarer å finne ut av. I forhold til smertelindring av kreftpasienter, så vil nociseptive- og nevropatiske smerter bli prioritert i denne oppgaven. De nociseptive smertene blir behandlet etter verdens helseorganisasjons (WHO) smertetrapp, hvor fokuset er på smertenens intensitet. Helsedirektoratet definerer smertetrappen som det grunnleggende prinsippet for behandling av kreftsmerter (Helsedirektoratet, 2019).

Smertetrappen består av tre trinn. Det første trinnet består av bruk av ikke-opioid analgetika hvor paracetamol og NSAID-preparater blir tatt i bruk. NSAID-preparater er ikke-steroide antiinflammatoriske midler, som vil si at de er betennelsesdempende (Slørdal, 2019, s. 328-329). Ved trinn én har pasienten milde til moderate smerter. Paracetamol og NSAIDs kan bli tatt hver for seg eller de kan kombineres. Hvis trinn én ikke gir tilfredsstillende effekt og pasienten er preget av moderate smerter, kan man bevege seg videre til trinn to hvor man kombinerer paracetamol eller NSAID-preparater med et svakt opioid (Helsedirektoratet, 2019). Et svakt opioid som ofte blir inkludert er kodein. Kodein er ikke et smertestillende preparat alene og tas ofte i kombinasjon med paracetamol. I snitt omdannes ca. 10% av tilført kodeindose om til morfin, og det er dette morfinet som gir den smertelindrende effekten som man ser etter ved inntak av kodein (Slørdal, 2019, s. 331). Det kan være utfordrende å vite når man skal øke medikamenter eller endre til sterkere smertelindrende, men bruken av ESAS skal kunne være med på å avgjøre effekten (Lorentsen & Grov, 2020, s. 410). På trinn tre i smertetrappen blir det svake opioidet øket eller erstattet med et sterkt opioid, og kombineres med enten paracetamol eller et NSAID-preparat. I dette trinnet blir morfin eller morfinlignende preparater som kodein og tramadol anvendt for å behandle sterke smerter. Felleskatalogen definerer morfin som et opioid med smertestillende effekt og det skal brukes ved sterke smerter (Felleskatalogen, 2021).

### **1.3.2 Kommunikasjon og barrierer i forhold til smertebehandling**

Smertebehandling har blitt betraktelig bedre de siste 20-30 årene, mye på grunn av at en i dag har mye mer kunnskap om smerter og metoder for smertelindring, men på tross av dette viser forskning at pasienter fortsatt ikke er smertelindret tilstrekkelig (Danielsen et al., 2020, s. 381). Noen pasienter har barrierer overfor smertelindring og de uttrykker redsel for avhengighet ved bruk av opioid-analgetika. Dette kan indikere at pasientene ikke har fått nok informasjon og opplæring rundt smertebehandlingen slik at de ikke forstår mekanismene ved avhengighet (Valeberg et al., 2010). Opioider kan være avhengighetsskapende, men når det blir brukt som smertelindring av kreftpasienter, er det et svært usannsynlig utfall (Kreftforeningen, 2023). Pasienter som er redd for avhengighet eller har barrierer vedrørende smertebehandling kan trenge denne type informasjon, og ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienter få tilstrekkelig informasjon som gjelder innholdet i deres helsehjelp samt at de også skal informeres ved mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Kreftpasienter har ofte et stort behov for informasjon og kunnskap om en rekke ulike forhold. Det kan være informasjon om sykdommen, behandlingen, bivirkninger av medisiner og behandling eller praktiske forhold når det gjelder sykehusopphold (Eide & Eide, 2017, s. 218). Å gi informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste

oppgaver. Sykepleiere sitter på mye kunnskap om sykdom, symptomer, konsekvenser, behandling samt mye erfaringer fra tidligere møter med pasienter (Hestvold, 2021, s. 151). Forskning viser at sykepleiere har for lite kunnskap vedrørende smertelindring og at pasienter opplever en mangel på informasjon og veiledning. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal en sykepleier kjenne til sine grenser ved egen kompetanse og oppsøke veiledning i situasjoner som er vanskelige (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kommunikasjon handler ikke bare om informasjon og det å skape et tillitsbånd mellom pasient og tjenestutfører. Det handler like mye om å kunne snakke med hverandre innad og på tvers av rollene. For å kunne yte god helsehjelp er kommunikasjon og samarbeid avgjørende mellom tjenestutfører. Det handler om å bruke hverandre for mer kunnskap og å kunne yte best mulig pleie til pasienter (Molnes, 2021, s. 113).

#### **1.4 Virginia Hendersons sykepleieteori**

Vi har valgt å ta med Virginia Henderson sin sykepleieteori da hennes teori baserer seg på hva sykepleiernes arbeidsoppgaver er samt pasientenes grunnleggende behov. Et spørsmål hos teoretikerne som la hovedvekten på menneskets grunnleggende behov var "Hva er sykepleierens særegne ansvars- og funksjonsområde i arbeidet med pasientene?" (Kristoffersen, 2017, s. 36). Vi synes Hendersons' sykepleieteori passer inn i vår oppgave da vi ønsker å få frem et sykepleieperspektiv i forhold til hva sykepleierens oppgave er, og med tanke på at vårt tema inneholder kreft og smerter, så vil pasientenes grunnleggende behov bli berørt. Vi har erfart fra praksis at hva som er sykepleiers oppgaver ofte kan bli glemt, og på grunnlag av dette ønsker vi å belyse hva sykepleiers oppgaver er i forhold til ivaretagelse og smertelindring av kreftpasienter.

Hendersons' grunnlag for sin teori lå først og fremst i det at hun ønsket å veie opp for de manglene og svakhetene hun hadde erfart under sin grunnutdanning. Hun satte spørsmål rundt hva som er sykepleiers rolle, hvilke funksjoner de har og deres karakteristiske trekk. Derav kom utarbeidelsen av menneskets grunnleggende behov og sykepleiers rolle. Menneskets grunnleggende behov kom blant annet fra at Henderson mente at det er visse gjøremål som er nødvendige for å oppnå god helse, helbredelse eller en fredfull død (Kristoffersen, 2017, s. 36). Ifølge Henderson er det 14 behov som er grunnleggende hos mennesket. Mennesket dekker vanligvis de grunnleggende behovene gjennom selvstendig og aktiv handling, men ivaretagelse av behovene kommer helt an på menneskets ressurser. Henderson fastslår at hver enkelt pasient har sin måte å ivareta sine grunnleggende behov på, og at pasienten har en viss tanke om hvordan de nødvendige gjøremålene skal utføres. På grunnlag av dette er det rimelig å anse pasienten som en aktiv deltaker i den sykepleien vedkommende mottar.

I tillegg til at Henderson utarbeidet menneskets 14 grunnleggende behov, vektla hun også sykepleiers rolle og ansvarsområde i sin sykepleieteori. Hendersons definisjon på sykepleiers rolle er å bistå og assistere pasienter med utførelse av gjøremål som de ellers ville ha utført uten bistand dersom de hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det. Hendersons' 14 punkter som omhandler grunnleggende behov skal hjelpe sykepleiere i konkrete situasjoner i forhold til hva de skal bistå pasientene med (Kristoffersen, 2017, s. 38). Sykepleierens mål er å legge til rette for pasienten slik at de kan utføre gjøremålene sine selv. Henderson understreker også at sykepleierens funksjon vil variere innad i ulike kulturer, men kan også variere innenfor et og samme land.

Eksempelvis kan sykepleiefunksjonen på en kreftavdeling på sykehuset være annerledes enn ved hjemmebaserte tjenester.

### **1.5 Oppgavens hensikt**

Hensikten med oppgaven er å undersøke hva vi som sykepleiere kan bidra med for at smertebehandlingen av kreftpasienter kan bli bedre. Statistikk viser at kreftpasienter med smerter ikke får tilstrekkelig smertelindring, noe som gjør at deres livskvalitet blir redusert. På bakgrunn av dette er det viktig å finne ut av hvordan smertebehandlingen kan bedres, og hvordan sykepleiers rolle spiller inn.

### **1.6 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bidra til å heve smertelindringen av kreftpasienter?

## **2.0 Metode**

Metode er det redskapet vi bruker for å undersøke det vi ønsker å finne mer av. I forhold til vår oppgave så ønsket vi å finne forskning og fagstoff knyttet til vårt tema. Metoden er derav den systematiske fremgangsmåten man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse valgt problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74).

### **2.1 Beskrivelse av metode**

Med tanke på at vi skriver en litteraturstudie, bruker vi sekundærdata - altså data som er innhentet av andre. Denne dataen er blant annet funnet i bøker, databaser, tidsskrifter og lignende. Struktur og system i litteraturstudiet står sentralt for å danne et godt utgangspunkt for å forstå innholdet i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 78). Struktur i besvarelsen samt struktur i søkene blir viktig i forhold til å besvare problemstillingen vår på best mulig måte. Oppgaven vår baserer seg på 7 forskningsartikler, pensumlitteratur og annen selvvalgt litteratur som er relevant i forhold til temaet og problemstillingen.

Forskningsartiklene vi har valgt ut til å bruke i vår oppgave bruker kvalitativ metode. Hensikten ved bruk av kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Thidemann, 2019, s. 76). Ved innhenting av data er det krav en må følge. Dataen må blant annet være relevant for problemstillingen. Vi har selv også hatt et krav om at dataen vi har hentet skal være sykepleierrettet, slik at det blir så relevant som mulig opp mot vår valgte problemstilling. Det har også vært viktig for oss at dataen er pålitelig i forhold til at resultatet i vår oppgave er til å stole på samt at forskningen skal være av nyere tid. Grunnen til at vi har valgt å inkludere artikler fra 2007 og 2008 er for å sammenligne utviklingen innenfor valgt området, men likevel holde det til nesten samme utøvelse og kriterier som finnes i dag.

Flere av forskningsartiklene baserer seg på et strategisk utvalg av deltakere som deltar i undersøkelsen. Strategisk utvalg vil si at man velger å snakke med de personene man tror har noe å fortelle om det fenomenet man ønsker å vite mer om (Dalland, 2020, s. 59). Forskerne har eksempelvis snakket med de kreftpasientene som har uttrykt misnøye vedrørende smertebehandling for å finne ut av hva de er misfornøyde med. Ved

bruk av strategisk utvalg kan forskerne stille spørsmål rundt smertebehandlingen og forhåpentligvis finne løsninger på hva som mangler rundt denne typen behandling ved å spørre de pasientene som har uttrykt misnøye.

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Når vi skulle velge ut forskningsartikler som vi ønsket å ta i bruk til vår besvarelse, hadde vi en sjekklister i forhold til hva artiklene måtte inneholde for at de skulle være relevante for oss å anvende. Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier fant vi relevante artikler. For at vi skulle ta i bruk artiklene måtte de blant annet følge IMRAD-struktur fordi dette er systematisk å lese og gjør det enklere å finne fagstoff i forskningen. Artiklene skulle være fagfelleverderte fordi da vet man at det er godkjent forskning. De måtte være engelsk eller norsk språklige for å få mest utbytte av innholdet. Et sykepleier- og/eller et pasientperspektiv grunnet at vi sentrerer oppgaven vår rundt dette. Pasientene måtte være innlagt på sykehus med en kreftdiagnose og være smertepreget, på grunn av problemstillingen og valgt tema. Det siste inklusjonskriteriet var at pasientene skulle være mellom 40-60 år, dette for å avgrense artikkelsøket ytterligere. Det vi ekskluderte ved utvelgelse av forskningsartikler var at artiklene var over 15 år gamle, pårørendeperspektiv, andre språk enn engelsk og norsk, økonomi i forhold til behandling, pasienter under 40 år og over 60 år, pasienter som ikke er innlagt på sykehus og de skulle ikke inneholde noe om Covid-19. Ved en slik utvelgelse sikrer vi å finne artikler som ikke er relevante for problemstillingen. Under ligger tabell 1 som viser inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre.

**Tabell 1: inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Over 15 år gamle forskningsartikler
Fagfelleverderte forskningsartikler	Pårørendeperspektiv
Engelsk eller skandinavisk språk	Pasienter under 40 år og over 60 år
Sykepleier- og pasientperspektiv	Andre språk enn engelsk og norsk
Pasienter innlagt på sykehus	Økonomi i forhold til behandling
Kreftpasienter med smerter	Pasienter som ikke er innlagt på sykehus
Pasienter mellom 40 - 60 år	Covid-19

## 2.3 Søkehistorikk

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed 19.04.2023	1: Nursing care (MH)			141 224	Artikkel 1
	2: Cancer pain (MH)			2 270	Artikkel 2
	3: Cancer pain management (TW/KW)			1 220	Artikkel 3
		1 AND 2 OR 3		1 236	
		1 AND 2 OR 3	Fulltekst	485	
		1 AND 2 OR 3	2008-2023	374	
		1 AND 2 OR 3	Menneske	228	
		1 AND 2 OR 3	Engelsk og norsk språklig	224	
	1 AND 2 OR 3	Alder på pasientgruppe	92		
Database	Søkeord	Kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL 19.04.2023	1: Nursing care (MH)			264 712	Artikkel 4
	2: Cancer pain (MH)			6 068	Artikkel 5
	3: Cancer pain management (TW/KW)			816	Artikkel 6
		1 AND 2 OR 3		2 254	
		1 AND 2 OR 3	Fulltekst	738	Artikkel 7
		1 AND 2 OR 3	2008-2023	578	
		1 AND 2 OR 3	Menneske	317	
		1 AND 2 OR 3	Engelsk og norsk språklig	293	
	1 AND 2 OR 3	Alder på pasientgruppe	122		

## 2.4 Utvelgelse av 7-10 forskningsartikler

Som vist i søkehistorikken er søket gjort i CINAHL og PubMed. Disse to er helsefaglige databaser og dermed lettere å finne relevant forskning. CINAHL har artikler publisert fra sykepleiefaglige tidsskrifter og PubMed publiserer artikler fra helsefaglige tidsskrifter med et bredere spekter av vinklinger som legeperspektiv, sykepleieperspektiv, helsefagarbeidere og pårørendeperspektiv blant annet (Thidemann, 2019, s. 58-59). Etter et innledende søk ble det systematiske søket gjennomført og ordene «nursing care» og «cancer pain» ble brukt som Mesh Term og «cancer pain management» ble brukt som Key Word, eller Text Word i PubMed. Dette er et etterprøvbart søk i en iterativ prosess, altså at man beveger seg mellom trinnene i søket og har blitt notert ned aktuelle artikler underveis. Videre er det beskrevet hva resultatet av søket ble (Thidemann, 2019, s. 82).

Satt i kombinasjon ble det 1236 resultater i PubMed og 2254 resultater i CINAHL. Deretter ble inklusjonskriteriene som nevnt i tabell 1 tatt med i videre søk. Deretter var det 92 artikler i PubMed og 122 i CINAHL, som ga en total på 214 artikler som ble nøye gått gjennom hvorav mer interessante overskrifter ble lest abstract til. 102 artikler ble ekskludert grunnet at hovedfokuset til artiklene var mental helse, palliativ pleie, grunnleggende behov, bruk av cannabis eller behandling på én spesifikk kreftdiagnose. Videre ble 22 artikler fjernet da de ikke inneholdt alle inklusjonskriteriene. 10 artikler misbrukte eller brukte ikke medikamenter med opioider og derfor ikke relevant nok til å svare på problemstilling. Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter innlagt på sengepost og derfor ble 27 artikler ekskludert. 6 artikler var review artikler, disse ble valgt bort da det kun er anbefalt å bruke én slik artikkel i bacheloroppgaven. Det neste punktet var 7 artikler som ikke handlet om kreftsmarter. 16 artikler tok utgangspunkt fra lege eller pårørende perspektiver. 1 artikkel hadde fokus på kreftpasienter under Covid-19 pandemien, noe som heller ikke er i inklusjonskriteriene. 14 artikler utenom de 7 som ble valgt ble skimlest og stod som mulige valg, men etter å ha lest abstract og resultater på alle landet valget på 4 artikler fra CINAHL og 3 fra PubMed.

## 2.5 Analyse

Aveyards tematiske analysemodell forteller om hvordan man kan velge og komme fram til hovedtema og eventuelle undertemaer for bedre å kunne strukturere bacheloroppgaven og diskusjonskapittelet (Thidemann, 2019, s. 96). Framgangsmåten til Aveyards blir beskrevet i korte trekk i denne oppgaven da dette ikke er hovedfokus, men det baserer seg på å lese resultat nøye og deretter finne essensen av forskningsartiklene. Videre blir disse satt inn i en tabell (tabell 9) hvor man derfra har oversikt over hva man kan diskutere i form av hovedtema og eventuelle undertemaer for å svare på problemstilling (Thidemann, 2019, s. 97).

Når det kommer til forskning har de også ulike retningslinjer og regler å følge for at forskningen skal bli godkjent. Helsinkideklarasjonen er noe som ofte blir brukt når forskning inkluderer mennesker. Deklarasjonen skal ta hensyn til personer, spesielt om personene som forskes på er i en sårbar gruppe som pasienter. Alle artiklene som er valgt til denne bacheloroppgaven følger Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for ivaretagelse av mennesker underveis i forskningen (Slettebø, 2021, s. 245). De er i tillegg godkjent av ulike etiske komitéer.

### **3.0 Resultat**

I resultatkapittelet finner man svar fra metodekapittelet om hva man er kommet fram til (Thidemann, 2019, s. 69). I dette kapittelet blir resultater fra inklusjon- og eksklusjonskriterier, artikkelsøk, beskrivelse av søket og analysen besvart i resultater som kan svare på problemstillingen. Det første som vil bli presentert er forskningsartiklene, som er en forlengelse av artikkelsøket, i en artikkelmatrise.

#### **3.1 Artikkelmatrise**

Forskningsartikler er noe som er forventet å bruke i en bacheloroppgave og inkludere kunnskap utenom pensum fra vitenskap. Dette er med på å svare bedre på problemstillingen og gir mulighet for å underbygge argumenter på en bedre måte. Hensikten med vitenskapelige artikler er å tilføre ny kunnskap (Thidemann, 2019, s. 66 & 67). I forskningsartiklene valgt til denne bacheloroppgaven er kunnskapen vinklet på forskjellige måter, men omhandler samme tema og presenterer utvikling over flere år. I tillegg er forskningen presentert fra ulike perspektiver eller vinklinger som kan være med på å belyse problemet fra flere sider.



Tabell 2: Artikkel 1

<b>Forfattere</b>	Rustøen, T., Valeberg, T. B., Kolstad, E., Wist, E., Paul, S. Og Miaskowski, C.
<b>Tidsskrift</b> <b>Årstall</b> <b>Land</b>	Journal of Pain and Symptom Management 2012 Norge
<b>Tittel</b>	The Pro-Self Pain Control Program Improves Patients' Knowledge of Cancer Pain Management
<b>Referanse</b>	<a href="https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.015">doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.015</a>
<b>Hensikt</b>	Sammenligner hvordan ulike enheter i Europa jobber med smertebehandling av pasienter. Dermed bruke denne informasjonen til å utarbeide en felles plan for å bedre følge opp pasientene med deres smerter.
<b>Nøkkelord</b>	Cancer pain, psychoeducational intervention, bone metastasis, patient education, opioid analgesic, knowledge and attitudes about pain management, barriers.
<b>Metode</b>	Pasienter som bor hjemme, men mottar behandling på sykehus. Demografisk spørreskjema om smerte deres. En gruppe som følger Pro-Self programmet og en kontroll gruppe som mottar såkalt vanlig behandling.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Ingen store forskjeller funnet mellom kontrollgruppe og Pro-Self gruppen vedrørende smerter. Pro-Self gruppen hadde derimot en signifikant økning i kunnskapen om smertene.
<b>Konklusjon</b>	Bedre og mer fokus på pasientens kunnskap om smerter vil gi mer tid til helsepersonell og gi pasienten mer selvstendighet i behandling.
<b>Kildekritikk</b>	Vanskelig å vite nøyaktig hva som angår norske sykehus. Ikke noe konkret svar på om det ble innført noe program for bedre smertelindring av kreftpasienter.  Fokuserer mest på pasienter med beinmargsmetastaser.

Tabell 3: Artikkel 2

<b>Forfattere</b>	Apolone, G., Corli, O., Caraceni, A., Negri, E., Deandrea, S., Montanari, M. og Greco, M. T.
<b>Tidsskrift</b> <b>Årstall</b> <b>Land</b>	British Journal of Cancer 2009 Italia
<b>Tittel</b> <b>Referanse</b>	Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group doi:10.1038/sj.bjc.6605053
<b>Hensikt</b>	I denne forskningen er det hentet fram dokumentasjon fra pasientjournaler som tydeliggjør at pasienter er blitt utilstrekkelig smertelindret.
<b>Nøkkelord</b>	Cancer pain; opioids; quality; PMI
<b>Metode</b>	Kreftpasienter er nøye utvalgt etter smertepåvirkning og hva slags medikament de bruker, samt at undersøkelsen er gjennomført med spørreundersøkelser. Det er også blitt undersøkt bruken av WHO`s smertetrapp.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Av 1801 kreftpasienter var det 61% som fikk behandling fra WHO`s smertetrapp, trinn tre. 47% av pasientene fikk behandling med anti-inflammatorisk medikamenter. På grunn av utvikling i medisinfaget og evnen til å diagnostisere mer spesifikt så har levetiden til kreftpasienter blitt forlenget. Likevel er mye av siste delen av livet til en kreftpasient sterkt preget av smerter, depresjon og andre faktorer tilhørende diagnosen og behandlingen.
<b>Konklusjon</b>	WHO`s smertetrapp er for lite praktisert som kan være en grunn til at kreftpasienter ikke er smertelindret tilstrekkelig.
<b>Kildekritikk</b>	Det blir nevnt barrierer fra helsepersonells perspektiv, men dette kommer ikke ytterligere fram og gir derfor ikke noe godt svar på hvorfor Italia er et av landene i Europa til å bruke minst med opioider.

Tabell 4: Artikkel 3

<b>Forfattere</b>	Shahriary, S., Shiryazdi, S. M., Shiryazdi, S. A., Arjomandi, A., Haghghi, F., Vakili, F. M. Og Mostafaie, N.
<b>Tidsskrift</b> <b>Årstall</b> <b>Land</b>	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2015 Iran
<b>Tittel</b> <b>Referanse</b>	Oncology Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Cancer Pain Management DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.17.7501">http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.17.7501</a>
<b>Hensikt</b>	Kreftsykepleiere har en viktig rolle i smertekartlegging og smertelindring. Studiets hensikt er å undersøke kunnskapen og holdningene til sykepleiere vedrørende smertelindring av kreftpasienter.
<b>Nøkkelord</b>	Pain management, oncology nurses, cancer units, knowledge, attitudes
<b>Metode</b>	Tverrsnitt studie med spørreundersøkelser. Sykepleiere ble inkludert da det ofte er de som først får vite om, eller oppdager smerte hos pasienter.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Resultatet av spørreundersøkelsene og kartleggingene av kunnskapen og holdningene til sykepleiere som jobber med kreftpasienter var skuffende. Svarene tilsvarte et gjennomsnitt på under 80% riktige svar som gjenspeiler seg i at kreftpasienter ikke opplever god nok smertelindring. I tillegg var det holdninger som at pasienter som fortsatt smiler til sykepleiere kontra de som vrir seg i smerte var mindre sannsynlig å bli smertelindret tilstrekkelig selv om de rapporterte om sterke smerter.
<b>Konklusjon</b>	Kunnskapen og holdningene til sykepleiere må bli bedre. Kunnskapen er for lav og det må bli iverksatt tiltak for å bedre kartleggingen og kunnskapen til helsepersonell. Dette studiet kan sammenlignes med studier gjort i Hong Kong, Italia og Saudi Arabia.
<b>Kildekritikk</b>	Lite pasientfokus.

Tabell 5: Artikkel 4

<b>Forfattere</b>	Overcash, J., Hanes, D., Birkhimer, D. og Askew, T.
<b>Tidsskrift</b>	Clinical Journal of Oncology Nursing
<b>Årstall</b>	2013
<b>Land</b>	USA
<b>Tittel</b>	Pain Intensity and Pain Management of Hospitalized Patients With Cancer: An Opportunity for Improvement
<b>Referanse</b>	Digital Object Identifier: 10.1188/13.CJON.365-368
<b>Hensikt</b>	Pasienter med kreftdiagnose opplever for dårlig smertelindring. Studien skal vise til ulike tiltak for å gjøre smertelindringen bedre.
<b>Nøkkelord</b>	Denne artikkelen har ikke nøkkelord.
<b>Metode</b>	Alle typer kreft ble inkludert, pasienten måtte ha rapportert om smerter og være sengepost pasienter. Datainnsamling ble gjennomført med spørreundersøkelser. Videre var det intervjuer og en 16 delers spørreundersøkelse. Studiet ble gjennomført av sykepleiere.
<b>Resultat og diskusjon</b>	76 pasienter ble inkludert. Majoriteten av pasientene hadde fått medisiner mot smerte innenfor de 24 timene datainnsamlingen skjedde. 18 pasienter fortalte at de opplevde en viss smertelindring, men ikke tilstrekkelig nok til å gjennomføre daglige gjøremål.
<b>Konklusjon</b>	Forslag om å etablere et eget støtteam på sengeposter for pasienter med kreft som også blir operert. Det er et stort behov for utvikling i dette området og et ekstra team som ser til pasienters smerte og generell støtte for pasienter og familie i tillegg ville vært med på å oppdage plager og andre komplikasjoner.
<b>Kildekritikk</b>	På grunn av dårlig grunnbemanning og lite ressurser generelt i helsesektoren virker løsningen i studie lite oppnåelig.

Tabell 6: Artikkel 5

<b>Forfattere</b>	Mercadante, S., Adile, C., Tirelli, W., Ferrera, P., Penco, I. Og Casuccio, A.
<b>Tidsskrift</b> <b>Årstall</b> <b>Land</b>	World Institute of Pain 2020 Italia
<b>Tittel</b>	Barriers and Adherence to Pain Management in Advanced Cancer Patients
<b>Referanse</b>	DOI. 10.1111/papr.12965
<b>Hensikt</b>	Pasienter har barrierer og bekymringer knyttet til bruk av analgetika og medikamenter i form av opioider og avhengighet og generelt rapporter om overbruk i andre land. Italia er et av de landene i Europa som bruker minst smertelindrende medikamenter og derfor også en høy rate på smerte hos kreftpasienter.
<b>Nøkkelord</b>	Cancer pain, opioids barriers, adherence to medication, palliative care.
<b>Metode</b>	Forskere fikk innsyn i journalen til pasienter som ønsket å delta og de gjennomførte også andre undersøkelser som ESAS, BPI, MDAS, BQ-II, MARS og HADS. Alle undersøkelsene er for å kartlegge smerter og i hvilken grad det påvirker pasienten, alt fra livskvalitet og mental status. I tillegg så de på hvilke begrensninger pasientene føler på med tanke på medisiner.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Resultat vier til at grunnen til at pasienter i Italia ikke bruker like mye opioider skyldes ikke holdninger, kunnskap og barrierer i seg selv, men like mye hva slags medikamenter legen ønsker å skrive ut samt kommunikasjon blant helsepersonell.
<b>Konklusjon</b>	Barrierene til smertelindring er ikke like høye sammenlignet med andre artikler vi har funnet. Dette og at psykologiske faktorer som depresjon som bivirkning til medikamenter er majoriteten av hvorfor forbruket er lavt på opioider i Italia er uventet.
<b>Kildekritikk</b>	Begrenset studie da bare to ulike sykehus er tatt med studiet.

Tabell 7: Artikkel 6

<b>Forfattere</b>	Thronæs, M., Raj, S. X., Brunelli, C., Almberg, S. S., Vagnildhaug, O. M., Bruheim, S., Helgheim, B., Kaasa, S. Og Knudsen, A. K.
<b>Tidsskrift</b> <b>Årstall</b> <b>Land</b>	Support Care Cancer (/Springer) 2015 Norge
<b>Tittel</b>	Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart.
<b>Referanse</b>	DOI 10.1007/s00520-015-3064-3
<b>Hensikt</b>	Se på forskjellen mellom smertelindring av kreftpasienter i 2008 og i 2014 da forskerne var sikre på at de ville se en forbedring.
<b>Nøkkelord</b>	Cancer, pain management, BTP, implementation, breakthrough pain, cross-sectional study, prevalence
<b>Metode</b>	En gjennomsnittsstudie som ble gjennomført på samme sykehus med fem års mellomrom. Pasientene fikk behandling etter daværende retningslinjer for smertelindring. Både pasienter på sengepost og hjemmeværende pasienter ble inkludert i studiet.
<b>Resultat og diskusjon</b>	92 pasienter var med i studiet i 2008 og 76 pasienter var med i 2014. Over 50% av pasientene som ble inkludert i studiet rapporterte om smerter begge årene. Smerter og gjennombruddssmerter er blitt inkludert uten signifikant endring mellom studiene.
<b>Konklusjon</b>	Forskere kunne se en forbedring i smertelindring når det var blitt igangsatt spesielle tiltak for bedre oppfølging av kreftpasienter, men dette holdt ikke da ingen permanent endring ble gjort. De ser ingen forbedring i smertelindring gjennom studiet.
<b>Kildekritikk</b>	Tar for seg kun to sykehus. I tillegg er det ikke fulgt opp samme pasienter og studiet er gjennomført på forskjellige pasienter som gjør det mindre holdbart.

Tabell 8: Artikkel 7

<b>Forfattere</b>	Lundorff, L., Peuckmann, V. Og Sjørgen, P.
<b>Tidsskrift</b>	The Acta Anaesthesiologica Scandinavia Foundation
<b>Årstall</b>	2007
<b>Land</b>	Danmark
<b>Tittel</b>	Pain management of opioid-treated patients in hospital settings in Denmark
<b>Referanse</b>	doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01522.x
<b>Hensikt</b>	Se på hvordan kreftsmarter blir håndtert ved et sykehus i Danmark
<b>Nøkkelord</b>	Analgesics, breakthrough pain, cancer pain, cancer pain management, opioids, side effects.
<b>Metode</b>	Anestesileger og sykepleiere spesialiserte seg i smertelindring og palliativ behandling. Datasamling for studiet var tilfeldig valgt med pasientene som var til stede på avdelingen på sykehuset. Pasienter som rapporterte om smerte, ble kategorisert i «Karnofsky Performance Status» (KPS) basert på hvor påvirket av smerte de er. Datainnsamlingen foregikk med spørreundersøkelser av pasienter på avdelingen.
<b>Resultat og diskusjon</b>	20% av innleggelser på kreft og operasjons avdelingen skyldtes smerte. Pasienten fikk forskjellig type smertelindring, men alle ble kategorisert i KPS og rapporterte om at de var for smertepåvirket.
<b>Konklusjon</b>	En veldig enkel studie med randomisert valg av pasienter og dager for innsamling av data. Det er fortsatt mye arbeid som skal til for at pasienters smerter skal bli tatt hånd om, det er behov for bedre rutiner rundt smertekartlegging og fåtall av de legene som jobber med anestesi og smertelindring til vanlig har ikke gode nok rutiner for dette.
<b>Kildekritikk</b>	En randomisert studie.

### 3.2 Sammenfattet presentasjon av resultater i hovedtema og undertema

Tabell: 9

Hovedtema	Undertema
Holdninger til smertelindring	Sammenligning mellom pasient- og sykepleieperspektiv
Lavere kunnskap enn forventet	WHO Kunnskap og kompetanse
Oppfølging av pasienter	Dokumentasjon Observasjon Kommunikasjon Undervisning

Som nevnt i analysekapittelet ble Aveyards tematiske analysemodell brukt i utformingen av hovedtemaer og undertemaer for videre diskusjon (Thidemann, 2019, s. 96). Valget her vises i tabell 9 og er basert på hva som er ansett som mest interessant å gå videre med. I forskningen til Rustøen et al. (2012) og Mercadante et al. (2020) får man innsikt i hvordan pasienter og helsepersonell opplever smertebehandlingen. Det blir omtalt alt fra pasienters oppfatning og opplevelser til barrierer vedrørende opioider og bruken av dette. Hva som ligger til grunn for bekymringen rundt dette med mye bruk av opioider er noe som blir tatt opp. Dette er grunnlaget for temaet "holdninger til smertelindring" i tillegg til Hendersons sykepleieteori (Kristoffersen, 2019, s. 36-39).

Temaet «Lavere kunnskap enn forventet» er hentet fra artiklene Apolone et al. (2009), Shahriary et al. (2015) og Thronæs et al. (2015). Disse forteller i større grad om hvordan sykepleiere og generelt helsepersonell vet for lite om smerter og behandling av det. Apolone et al. (2009) forteller litt om antall pasienter som blir smertelindret etter WHO's smertetrapp. Siste temaet "Oppfølging av pasienter» er inspirert av Overcash et al. (2013) og Lundorff, Peuckmann og Sjøgren (2007) da man blant annet får resultatene presentert ved flere perspektiver. I tillegg til at de tar for seg mer om smerter og hva som er grunnlaget for smertene.

## 4.0 Diskusjon

Hensikten med dette kapittelet er å diskutere resultater fra litteratursøk og annen relevant litteratur for å til slutt svare mer konkret på problemstillingen. Videre vil sykepleieteori og forskningsartikler bli stilt opp mot hverandre for diskusjon og sammenligning mellom likheter og ulikheter. Argumenter som kommer frem i diskusjonen, baserer seg på forskning og litteratur for å best kunne komme fram til en konklusjon på problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 109). Toulmins argumentasjonsmodell (Toulmin, 1958), forteller om hva man trenger i et argument for å overbevise hverandre og gi en troverdig sammenheng mellom påstand og belegg for at det skal være et godt argument (Thidemann, 2019, s. 110-111).



I lys av alle artiklene som er blitt inkludert i oppgaven ser man at fellestrekket enten er at de ikke har en konklusjon med en løsning, eller en løsning som i dagens samfunn er lite oppnåelig. Løsningene som blir foreslått er ikke gjennomførbare i norske sykehus da det er for lav grunnbemanning og et generelt problem med bemanning og tid. Det at det ikke er en konkret løsning i de fleste artiklene er med på å belyse et problem som fortsatt er vedvarende. Artiklene strekker seg fra 2007 til 2020 for publisering og det er ingen endring i dette fagfeltet gjennom de 13 årene. WHO's smertetrapp er fortsatt noe som står i pensum under utdanning og som aktivt er blitt brukt i praksis siden 1980 (Thronæs, 2015). Dette tyder på at det har skjedd lite utvikling på dette området fra 1980 i og med at smertetrappen fortsatt er standard i praksis (Thidemann, 2019, s. 111).

#### **4.1 Holdninger til smertelindring**

Ifølge forskning fra Rustøen et al. (2012) eksisterer det fremdeles barrierer ved behandling av smerter. En av de største barrierene innenfor optimal smertebehandling er pasientenes manglende kunnskap om de grunnleggende prinsippene for smertebehandling, og negative holdninger ved bruken av opioidanalgetika (Rustøen et al., 2012). Dette kan støttes av Valeberg et al. (2010) som forteller at pasienter er tilbakeholdne med å rapportere smerter og grunnen til dette kan være nettopp det at pasienter har manglende kunnskap om smerter og smertebehandling. En annen studie som er gjennomført i Italia av Mercadante et al. (2020) forteller at underbehandlingen av smerter også kan være knyttet til barrierer ved bruk av opioidanalgetika. Det kan støttes av Danielsen et al. (2020) som forteller at underbehandling av smerter ofte skyldes frykt for alvorlige bivirkninger av opioider. Man skal respektere opioider og deres virkning. Med god kunnskap og kompetanse om både virkninger og bivirkninger, kan opioider brukes på riktig måte og dermed gi god smertelindring av pasienten (Danielsen et al., 2020, s. 402). Ifølge Rustøen et al. (2012) kan pasienters barrierer overfor bruk av opioidanalgetika minimeres med god oppfølging, opplæring og undervisning fra sykepleiere. Deres resultater viser at det er noe som kreves for å kunne gi god behandling. Dette vil også gi pasientene mulighet til å kunne medvirke i mye større grad da de har mer kunnskap om hva behandlingen deres går ut på. Medvirkning er også sett på som et grunnleggende samfunns mål for at alle skal oppnå best mulig helse (Tveiten, 2020, s. 16).

Ett av Virginia Hendersons' 14 punkter innenfor menneskets grunnleggende behov er å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling (Kristoffersen, 2019, s. 39). Ved at pasienter har mer kunnskap om deres diagnose og behandling, vil dette gjøre det lettere for dem å aktivt være med på å medvirke. Henderson anså det også som viktig å inkludere pasienten i både behandling og utførelsen av bistanden de mottar. Det er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) at pasienter har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. I tillegg til medvirkning, kan undervisning og informasjon om kreft smerter ifølge Lorentsen & Grov (2020, s. 412) også bidra til å avklare pasientens usikkerhet, misforståelse og styrke pasientens håp. Selv om medvirkning blir sett på som et samfunns mål samt at det inngår i pasienters rettigheter, så kan pasientene ha andre tanker om behandlingen enn det helsepersonellet har. Når dette er tilfellet, kan det være utfordrende å samhandle (Tveiten, 2020, s. 18).

Mercadante et al. (2020) avdekker i sin studie at pasienter ikke har like mye barrierer og bekymringer rundt smertebehandling enn først antatt. Det kommer frem i studien at helsepersonell også har barrierer. Resultatene deres viser at dårlig bruk av kartlegging og dokumentasjon samt kommunikasjon mellom helsepersonell er for dårlig (Mercadante et al., 2020). Med bakgrunn i dette kan det tyde på at sykehusene ikke har utført like mye kartlegging som de bør ha gjort for å se hvor barrierene til pasientene faktisk ligger, og bare antatt hvor grensen er. Kartlegging, datasamling og å fange opp tidlige tegn til endringer i pasientens tilstand har et overordnet mål om å opprettholde pasientens helse og livskvalitet (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 23). Ifølge Overcash et al. (2013) er sykepleiers kartlegging av kreftpasienters smerter en viktig dokumentasjon da smertene kan stamme fra selve tumoren, smerter som følge av behandling og/eller generell svekkelse på grunn av sykdommen. Det står dessuten nedfelt i helsepersonelloven § 39 (1999) at den som yter helsehjelp skal registrere opplysninger for hver enkelt pasient. Helsepersonell kan derfor ikke velge bort denne oppgaven. Man kan spørre seg om det er latskap hos helsepersonellet som gjør at denne viktige oppgaven ikke blir utført, eller om det er andre forhold som kan forklare dette. Forskning viser til at helsepersonell kan være utsatt for arbeidsstress (Eide & Eide, 2017, s. 40), og dette kan være en årsak til at oppgaver som kartlegging ikke blir gjennomført tilstrekkelig.

Mercadante et al. (2020) legger også frem at kommunikasjon er en barriere blant helsepersonell som senker kvaliteten på behandlingen. God kommunikasjon kan bidra til å styrke pasientsikkerheten (Heyn, 2021, s. 260), samt kvaliteten på behandlingen (Eide & Eide, 2017, s. 39). Når det oppstår svikt i kommunikasjonen i helsetjenesten, kan det føre til feil i behandling og pleie, utrygghet, i tillegg til at pasienten kan oppleve redusert livskvalitet. God kommunikasjon i forhold til at pasientene får tilstrekkelig med informasjon og undervisning er blitt vist at har en positiv innvirkning på pasientens opplevelse av smertebehandlingen (Rustøen et al., 2012). Manglende informasjonsflyt samt dårlige kommunikasjons- og dokumentasjonsrutiner mellom helsepersonell kan forklare hvorfor noen pasienter får for dårlig oppfølging i smertebehandlingen (Lorentsen & Grov, 2020, s. 412). Dårlig kommunikasjon kan føre til at legen ikke får med seg viktig informasjon som er med på å avgjøre hva slags behandling pasienten blir satt på, noe som også kommer frem i studiet utført av Mercadante et al. (2020).

#### **4.2 Lavere kunnskap enn forventet**

WHO's smertetrapp er blitt brukt som standard praktisering og utgangspunkt siden 1980 og er kategorisert som den beste måten å behandle kreftsmarter på (Thronæs et al., 2015). Det viser seg at helsepersonell har for lav kunnskap om smertetrappen, noe som har ført til mangelfull bruk av den. Det ble avdekket i forskningen til Apolone et al. (2009) at bruken av WHO's smertetrapp kom for sent inn i behandlingen til majoriteten av pasientene. Selv om 61% av inkluderte pasienter i studiet ble smertelindret etter trinn tre, følte de ikke på tilstrekkelig smertelindring (Apolone et al., 2009). For å bruke smertetrappen rett skal man ifølge WHO sine retningslinjer se en sammenligning mellom rapportert nivå av smerte og styrken på foreskrevet medikament (Helsedirektoratet, 2019). Da gir man god behandling for kreftsmarter, ifølge Apolone et al. (2009). Pasienter forteller likevel om sterke smerter som påvirker livskvalitet og dagliglivet. Studien til Shahriary et al. (2015) avdekker i kunnskapstester av kreftsykepleiere at gjennomsnittlig rett svar angående smertebehandling var på 66,6%. Én sykepleier fikk høyeste score på 94,8% og én fikk laveste score på 12,1%. Manglende kunnskap hos

sykepleiere og helsepersonell generelt har skapt en barriere for behandling av kreftsmertner (Shahriary et al., 2015).

Mangelen på undervisning i utdanningsløpet og faglig påfyll etter endt utdanning kan være en av grunnene til at sykepleier ikke kan nok om smertebehandling og dermed ikke kartlegger godt nok (Thronæs et al., 2015). Dette er noe som avdelinger selv må ta initiativ til å gjennomføre. Det er også blitt bevist i forskningen til Shahriary et al. (2015) at mer enn 50 prosent av sykepleiere ikke tar kreftsmertene til pasientene på alvor. Dersom sykepleier tviler på pasientens opplevelse av smertene, kan sykepleieren redusere muligheten for god og effektiv smertebehandling (Danielsen et al., 2020, s. 382). Både sykepleier og pasient tolker smerte ut fra deres tidligere erfaringer, samt at kulturelle forhold også kan spille inn med tanke på hvordan smertene oppleves. Personer med kollektivistisk bakgrunn kan ofte ønske at informasjon om sykdom som kreft skal formidles til deres pårørende og la de videreformidle "den nødvendige" informasjonen til pasienten. Deretter vil pasienten ofte ta et valg som er til det beste for fellesskapet og ikke for den individuelle. I likhet med behandling vil også plager som smerter være noe som familien sammen bestemmer med pasienten for fellesskapets beste (Nordhus, 2021, s.250).

I tillegg ble det avdekket at flere av sykepleierne tenkte høyere om sitt kunnskapsnivå enn hva de faktisk kunne, basert på kunnskapstesten (Shahriary et al., 2015). I Norge har det blitt gjort en omstrukturering for å øke undervisning på arbeidsplassen i håp om å øke kunnskap og kompetanse (Thronæs et al., 2015). Inkludering av undervisning i arbeidstiden er blitt gjort for å vedlikeholde kunnskap en allerede har samt tilegne seg ny. Sykepleieryrket er noe som hele tiden er i utvikling og det kan være vanskelig å holde seg oppdatert på egen hånd. Forskning viser at sykepleiere som deltar på faglig veiledning opplever mindre stress, høyere jobbtillfredshet samt større trygghet i yrkesrollen (Kristoffersen, 2017, s. 176). Det kan derimot være utfordrende å fastslå hva som til enhver tid er den beste kunnskapen når kunnskap er i stadig endring og utvikling (Kirkevold, 2017, s. 270).

Flesteparten av sykepleierne møter ikke kravene eller følger ikke plikten sin om å dokumentere rett og godt nok om smertene som kreftpasientene forteller om (Shahriary et al., 2015). Dette kan videre innvirke på behandlingen pasienten vil motta og sykepleier følger ikke rettslige punkter etter helsepersonelloven § 39 (1999). Sykepleier er ofte de første som får med seg endringer hos pasienter, og deres dokumentasjon av smerter eller andre følger vil derfor være viktig. Dette er sentrale observasjoner som må videreformidles slik at leger kan vurdere videre behandling (Shahriary et al., 2015). Ifølge helsepersonelloven § 40 skal det som blir dokumentert i journalen komme fram med nødvendige opplysninger om pasienten og hva slags helsehjelp pasienten har fått (1999). Med utgangspunkt i pasientens smertebehandling vil det være nyttig å vite hva slags smerter pasienten opplever samt hva slags medikamenter pasienten har fått i tilknytning til behandlingen. Kartleggingsverktøy som ESAS vil være med på å avdekke hvilke plager pasienten har (Molnes, 2021, s. 85). Dette gjør det lettere for neste sykepleier på vakt å følge opp samt at legen har helt konkrete opplysninger å forholde seg til. Når dette ikke gjøres rett, er sannsynligheten for at pasienten får rett behandling til rett tid mindre. Mangelfull data vil gi et dårlig grunnlag for å vurdere pasientsituasjonen forsvarlig (Skaug, 2017, s. 358), noe som kommer fram i studien til Shahriary et al. (2015).

### 4.3 Oppfølging av pasienter

Pro-Self-gruppen ble sammenlignet med en kontrollgruppe for å kartlegge hvem som fikk best oppfølging. Pro-Self-gruppen ble undervist av sykepleiere og leger for å øke kunnskapen og selvstendigheten i egen behandling, dermed følte de også på bedre oppfølging (Rustøen et al., 2012). Sykepleier har en assisterende funksjon overfor lege i gjennomføring av diagnostikk og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 20). Hvilket betyr at sykepleier skal bidra med oppgaver legen kan delegere bort til sykepleier, dette vil da i teorien oppleves som oppfølging for pasienten. Nortvedt & Grønseth definerer også sykepleiers oppgaver som oppfølging og koordinering av medisinsk behandling (2020, s. 19). Dette er med å støtte oppunder det Virginia Henderson ser på som sykepleiers rolle. En sykepleiers rolle innebærer primært å bistå tjenester overfor personer og hjelpe med å utføre gjøremål av betydning for den enkelte person eller pasient (Kristoffersen, 2019, s. 38). I tillegg forteller Henderson videre at sykepleier har en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon for sine pasienter (Kristoffersen, 2019, s. 38). Alle disse nevnte kvalitetene vil være med på å gi god oppfølging for en kreftpasient. Det er når noe av dette blir borte eller glemt hos en sykepleier at oppfølging kan bli dårlig.

Virginia Henderson har en trinnvis, logisk tilnærming til å finne løsningen på en pasients problem (Kristoffersen, 2019, s. 39). Denne vil være hensiktsmessig å følge for en sykepleier for å bedre kunne skaffe seg oversikt over hva pasienten ser ut til å trenge hjelp med i tillegg til å sørge for at alle behov er dekket. Den trinnvise tilnærming vil da bestå av datainnsamling, kartlegge hvilke grunnleggende behov som er berørt og gjennomføre ESAS-kartlegging (Lorentsen & Grov, 2020, s. 410). Videre kommer bedømming av pleiebehov og etter dette er avdekket, stilles det en sykepleiediagnose som kort og konkret forklarer hva som er problemet til pasienten. Deretter igangsettes det tiltak (Kristoffersen, 2019, s. 39), for eksempel tiltaket med en nedtrappingsplan for sterke smertelindrende medikamenter som opioider. Når pasienten får informasjon om nedtrappingen vet pasienten mer om hva som skjer fremover og hva en kan forvente og dermed minsker man barrieren for avhengighet (Hestvold, 2021, s. 152).

For å underbygge Hendersons teori og trinnvise tilnærming (Kristoffersen, 2019, s. 36-39) for oppfølging blir det nevnt i forskningen til Lundorff, Peuckmann og Sjøgren (2007) at det er obligatoriske oppgaver å overvåke og evaluere smertebehandlingen. Dette er i tillegg med på å identifisere de tilfellene med best resultat for forbedring i fremtiden. Sammenligner man dette med forskningen til Rustøen et al. (2012) ser man at Pro-Self gruppen i forskningen har fått tilnærmet det Henderson mener er sykepleiers rolle i oppfølging av pasienter mens kontrollgruppen har fått den oppfølgingen som er realistisk å få i dag. For eksempel økte kunnskapsnivået til Pro-Self gruppen med 21% da de fikk undervisning med sykepleier og lege vedrørende diagnosen sin og behandlingsalternativer. De ble også tett fulgt opp av sykepleier med samtaler og informasjon om de skulle lure på noe. Med denne undervisningen ble det lettere for pasientene å bli mer selvstendig i sin behandling. Pasienter fikk selvtilit til å ta medisiner som et forebyggende middel i forkant av smerter om de visste at visse situasjoner eller gjøremål ville fremprovosere smerter. Dermed forebygget de også for gjennombruddssmerter (Rustøen et al, 2012). Når det kommer til kartlegging og bruken av ESAS viser forskningen til Lundorff, Peuckmann og Sjøgren (2007) at kun én tredjedel av sykepleiere kartlegger de generelle smertene til kreftpasientene og effekten av behandlingen.

Virginia Henderson understreker at ingen pasienter er like og de har rett til individuell pleie og omsorg (Kristoffersen, 2019, s. 39). Det er pasienten som står i sentrum av den sykepleien som beskrives (Kristoffersen, 2019, s. 37). Denne individuelle oppfølgingen med undervisning om smertebehandling blir testet ut og forsket på av Rustøen et al. (2012). Målet og hensikten med individuell plan er at pasienter skal få en koordinert, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud sett ut ifra hans eller hennes behov, ressurser, situasjon og mål (Kristoffersen, 2017, s. 248). Det vil hjelpe pasienten mye å få undervisning og mulighet til å snakke med sykepleier på egen hånd, selv om det krever ressurser og tid fra helsepersonell (Rustøen et al. 2012). Undervisning og veiledning kan være med på å fremme trygghet og bistå pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 23). Derfor er individuell oppfølging sentralt i et behandlingsforløp.

Dårlig bemanning er noe flere av forskningsartiklene tar opp, blant annet Rustøen et al. (2012). Konklusjonen deres er å skaffe et eget team som skal ta for seg å kartlegge smerter på ulike avdelinger på sykehus. Dette er en lite oppnåelig løsning grunnet at det allerede er for dårlig bemannet til å ivareta alle pasientene på en avdeling allerede. Rustøen et al. (2012) har gjennomført sin forskning på norske sykehus i tillegg til Thornæs et al. (2015). Sammenlignet med resterende valgt forskning fra Italia (Mercadante et al., 2020) (Apolone et al., 2009), Iran (Shariary et al., 2015), Danmark (Lundorff, Peuckmann, Sjøgren, 2007) og USA (Overcash et al., 2013) ser man at bemanningsutfordringer ikke er noe eget for Norge. Veier man dette opp mot Kirkevold (2017, s. 275) kan man sammenligne dette med kvalitet i arbeidet. Koordinerte arbeidsoppgaver mellom ulike tjenesteførere som sykepleier og lege vil gjøre opplevelsen av behandlingen til pasienten bedre. Dette er en viktig sykepleieoppgave. Hvis man sammenligner studiene opp mot Kirkevold (2017, s. 273) er det mye forskning som viser til dårlig bemanning og at mange av utfordringene i arbeidslivet til en sykepleier stammer fra dette.

#### **4.4 Styrker og svakheter**

En styrke ved vår oppgave er at vi fikk mange treff på vårt systematiske søk etter forskning, da temaet vårt er veldig generelt og forsket mye på, se søkehistorikk. Dette kan igjen være en svakhet da vi hadde mye relevant fagstoff å gå gjennom, men som nevnt i kapittelet om beskrivelse av søket, så satt vi til slutt igjen med 14 potensielle artikler. Her igjen kunne vi sikkert valgt syv andre artikler enn det vi gjorde og fått en annen vinkling på oppgaven. Det som ble sett på som mest spennende, varierende og relevant, ble plukket ut.

Alle forskningsartiklene som er blitt valgt til denne oppgaven er engelske og sjansen for feiltolkning er da en faktor som må tas med i vurderingen i forhold til bruken av artiklene. Styrken ved dette er at det er innhentet mye forskning fra flere forskjellige land til sammenligning, og det er blitt trukket flere fellestrekk ved utøvelsen av sykepleie i ulike land. Dette kan være en styrke da det var lettere å sammenfatte artiklenes innhold til tross for at de har ulike konklusjoner.

Med tanke på at problemstillingen kan ha mange ulike vinklinger, er det mulig at vi har gått glipp av forskning som kunne vært mer relevant eller spennende for vår oppgave, samt vinklet oppgaven på andre måter. På den andre siden er dette en oppgave som

med relevant forskning framhever problematikken for kreftpasienter med smerter. Det er ikke kommet fram til et konkret svar som ville løse problemet. Likevel har vi fremhevet allerede eksisterende verktøy og understreket at bruken av disse er helt nødvendig for bedre resultater.

## 5.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å heve kvaliteten på smertelindringen av kreftpasienter. Det viser seg at kreftpasienter fortsatt ikke får tilstrekkelig smertebehandling til tross for at det er gjort mye forskning på dette feltet. Ikke alle pasienter blir kartlagt og får dermed ikke behandlingen de skal da helsepersonell ikke vet hvor smertene deres er lokalisert. Lokalisering av smerten spiller en stor rolle i forhold til hvilken behandling som skal gis. Vi som sykepleiere må utøve grundig kartlegging og dokumentasjon av pasientene samt videreformidle denne informasjonen til leger som styrer deres behandling. Resultatet i samtlige studier legger vekt på at kommunikasjon mellom helsepersonell er en hindring for optimal behandling. Svikt i kommunikasjonen mellom helsepersonell vil føre til at viktig informasjon ikke blir tatt med i vurderingen av pasientens behandlingsforløp, samt at det kan tyde på at samarbeidet mellom helsepersonell har et betydelig forbedringspotensial.

Kunnskap om smerter og smertebehandling er også for dårlig, både hos helsepersonell og pasienter. Noen pasienter har barrierer i forhold til bruk av opioidanalgetika, som skyldes at de ikke har nok kunnskap om det. Pasienters barrierer kan være en hindring for at behandlingen blir optimal da de velger å ikke ta medisinene de får utdelt på grunnlag av at de er bekymret for avhengighet. Helsepersonell har en viktig oppgave ved å gi pasienter tilstrekkelig informasjon, undervisning og opplæring. Det blir satt lys på at dårlig informasjon til pasienter kan skyldes at helsepersonell også har for lite kunnskap. Ifølge lovverk og retningslinjer skal sykepleiere bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis samt handle forsvarlig i deres yrkesutøvelse.

Med utgangspunkt i problemstillingen ser vi at sykepleiere spiller en viktig rolle i smertebehandlingen, men det kreves forbedring for at behandlingen skal være optimal for pasientene. Det kreves bedre kunnskap og kompetanse, enten i form av at det blir inkludert i større grad under studieløpet eller at det er rikelig med faglig påfyll på arbeidsplassen. Kartlegging og dokumentasjon må bli bedre for at riktig behandling kan bli tilbudt. Leger kan ikke sette i gang optimal behandling dersom de ikke vet hvor smertene stammer fra, hvor intense de er, samt hvor lenge de varer. Vi har sett at kartlegginger som ESAS må inkluderes i sykepleiernes arbeid i mye større grad enn det er per i dag.

For å svare på problemstillingen ser vi at det er mye forskning innenfor dette temaet, samt at det også er et omdiskutert tema. Det ser ut til at det fortsatt trengs forskning på dette området, da det ikke har skjedd noen betydningsfulle endringer gjennom årene. Man kan stille seg spørsmål om hvorfor det ikke er blitt gjort noen endringer når det er blitt avdekket hva som er utfordringene rundt smertebehandlingen av kreftpasienter. Bemanning ved sykehusene ser ut til å være et gjentakende problem for at arbeidsoppgaver ikke blir gjort, i tillegg til at behandlingen ikke er tilstrekkelig. Skal behandlingen til pasienter bli optimal trengs det flere fagfolk på arbeidsplassen.

## Referanseliste

- Apolone, G., Corli, O., Caraceni, A., Negri, E., Deandrea, S., Montanari, M. & Greco, M. T. (2009). Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Study Group. *British Journal of Cancer*, (100), s. 1566-1574. 10.1038/sj.bjc.6605053
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red), *Klinisk sykepleie - Bind 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Den Norske Legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Legeforeningen. Hentet 18. april 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3. utg). Gyldendal.
- Felleskatalogen (2021, 31. juli). *Morfin*. Felleskatalogen. Hentet 11. mai 2023 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-morfin-orifarm-healthcare-561670>
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Smerte*. Hentet 20. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1)
- Hestvold, I. V. (2021). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-157). Gyldendal.
- Heyn, L. G. (2021). Kommunikasjon for fremtidens sykepleiere - nye roller, nye muligheter. I L. G. Heyn (Red), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 256-271). Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2017). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 267-309). Gyldendal.
- Kongsgaard, U., Kaasa, S., Dale, O., Ottesen, S., Nordøy, T., Hessling, S. E., Von Hofacker, S., Bruland, Ø. S. & Lyngstadaas, A. (2005). *Lindring av smerter hos kreftpasienter* (Rapport nr 9 - 2005). Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten.

Kreftforeningen (2023, 2. mai). *Smerte*. Kreftforeningen. Hentet 9. mai 2023 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/#h-behandling-av-smerter>

Kreftregisteret (2022, 8. juni). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret. Hentet 8. mai 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Bind 1* (3. utg., s. 193-265). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Bind 1* (3. utg., s. 139-191). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Bind 3* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal.

Larsen, I. K., Ursin, G. & Weiderpass, E. (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 8. mai 2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie Bind 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal.

Lundorff, L., Peuckmann, V. & Sjøgren, P. (2007). Pain management of opioid-treated cancer patients in hospital settings in Denmark. *The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation*, (52), s. 137-142. doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01522.x

Molnes, S. I. (2021). Kommunikasjon med pasienter ved livets slutt. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 82-90). Fagbokforlaget.

Molnes, S. I. (2021). Tverrprofesjonelt samarbeid i akutte situasjoner. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 109-116). Fagbokforlaget.

Mercadante, S., Adile, C., Tirelli, W., Ferrera, P., Penco, I. & Casuccio, A. (2020). Barriers and Adherence to Pain Management in Advanced Cancer Patients. *World Institute of Pain*, 21 (4), s. 388-393. DOI. 10.1111/papr.12965

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal.

Nordhus, G. E. M. (2021). Kommunikasjon på tvers av kulturer og forståelsesmåter. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 248-255). Fagbokforlaget.



Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 5 mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo Universitetssykehus. (2023, 16. februar). *Opioider*. Hentet 22 april 2023 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/opioider#hva-er-opioider>

Overcash, J., Hanes, D., Birkhimer, D. & Askewew, T. (2013). Pain Intensity and Pain Management of Hospitalized Patients With Cancer: An Opportunity for Improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (4), s. 365-368. DOI:10.1188/13.CJON.365-368

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter mv.* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Rustøen, T., Valeberg, B. T., Kolstad, E., Wist, E., Paul, S. & Miaskowski, C. (2012). The Pro-Self Pain Control Program Improves Patients' Knowledge of Cancer Pain Management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (3), s. 321-330. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.015

Shahriary, S., Shiryazdi, S. M., Shiryazdi, S. A., Arjomandi, A., Haghighi, F., Vakili, F. M. & Mostafaie, M. (2015). Oncology Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Cancer Pain Management. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16 (17), s. 7501-7506. DOI <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.17.7501>

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, Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 337-376). Gyldendal.

Slettebø, Å. (2021). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 244-257). Gyldendal.

Slørdal, L. (2019). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 325-335). Gyldendal.

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

Thornæs, M., Raj, S. X., Brunelli, C., Almberg, S. S., Vagnildhaug, O. M., Bruheim, S., Helgheim, B., Kaasa, S. & Knudsen, A. K. (2015). Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart. *Support Care Cancer*, 24, s. 2565-2574. DOI 10.1007/s00520-015-3064-3

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - helsekompetanse og brukermedvirkning*. Fagbokforlaget.

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

