



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	303
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7907
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	19
Andre medlemmer i gruppen:	389

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring til palliative kreftpasienter

Pain relief for cancer patients in palliative phase

Kandidatnummer: 303 & 389

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

12. Mai 2023

Abstract

Background: In 2022, approximately 38,000 people got diagnosed with cancer in Norway. Cancer has different courses, treatments and survival rates depending on the type. Pain is reported as one of the most feared symptoms among cancer patients. Nurses have a key role in pain relief of palliative cancer patients in the hospital.

Problem: *How can nurses ensure good pain relief to cancer patients in the palliative phase in hospital?*

Method: A systematic literature study with 6 studies, curriculum literature and other relevant literature.

Results: The research shows that nurses have a central role in managing pain among cancer patients. Open and clear communication between the nurse and patient is vital to provide good palliative care. Cancer patients have a strong need for guidance and knowledge regarding pain and pain management. Different factors, such as combination of pharmacological and non- pharmacological measures, are key to get adequate pain relief. Palliative care simulation is an effective strategy to train newly hired nurses and should be used as an educational measure in addition to pain management courses.

Conclusions: To provide good palliative care, it's important with a good nurse- patient relationship. Nurses should also acquire knowledge about pain relief to ensure successful pain management. When using mapping tools, nurses have an important role in guiding the patients. Giving support, care and listening to patients with cancer in the palliative phase is important when providing any type of pain relief. In conclusion, there are several factors, both pharmacological and non- pharmacological impacting good pain relief to cancer patients in the palliative phase.

Key words: palliative, nurse, cancer, pain relief

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt og relasjon til praksisfelt	2
1.3 Avgrensing og presisering	2
1.4 Problemstilling.....	2
1.5 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Palliasjon hos kreftpasienter	3
2.2 Smerte	4
2.3 Behandling av smerter	5
2.4 Sykepleierens funksjon og rolle.....	6
2.5 Joyce Travelbee - sykepleieteoretiker.....	7
3.0 Metode	8
3.1 Design	8
3.2 Søkeprosess.....	8
3.3 Litteratursøk	10
3.4 Analyse og syntese.....	12
3.5 Etske vurderinger.....	12
4.0 Resultat og syntese.....	12
4.1 Sykepleieres kunnskap om palliasjon og smertebehandling.....	13
4.2 Kartlegging og vurdering av smerte	14
4.3 Relasjonsarbeid i palliativ fase	15
4.4 Smerteerfaringer hos kreftpasienter i palliativ fase	16
5.0 Drøfting/Diskusjon	17
5.1 Diskusjon av resultater.....	17
5.2 Diskusjon av metode.....	22
6.0 Avslutning	23
7.0 Referanseliste.....	25
8.0 Vedlegg	1
Vedlegg 1: Søkehistorikk	1
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	5
Vedlegg 3: Sjekkliste	8
8.1 Sjekkliste for tverrsnittstudie	8
8.2 Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	9
Vedlegg 4: ESAS- skjema.....	12

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1: PICO- skjema

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

1.0 Innledning

I 2022 ble det registrert ca. 38,000 nye tilfeller av kreft i Norge (Kreftregisteret, 2023). Kreft forekommer i alle aldersgrupper, og risikoen øker med alderen. Mer forskning, bedre og tidligere diagnostisering, og et større behandlingstilbud, bidrar til at færre dør av kreft i dag enn tidligere. I tillegg har ny kunnskap ført til at pasienter med uhelbredelig kreftsykdom i større grad kan få livsforlengende behandling. Likevel er det stor variasjon av behandlingstilbud og prognoser innenfor de ulike kreftformene, og noen krefttyper har høyere dødelighet enn andre (Kreftregisteret, 2023).

Hos pasienter med uhelbredelig kreftsykdom er hensikten med pleien palliativ behandling. Kreftforeningen (u.å.b.) definerer palliativ behandling som «å gi best mulig symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet for pasienter med uhelbredelig sykdom». Blant pasienter i palliativ fase blir smerte beskrevet som et av de vanligste symptomene (Lorentsen & Grov, 2020, s. 426), og ifølge Helsedirektoratet (2019) opplyser omtrent 70% av de som har langtkommet kreftsykdom at de har smerter. I tillegg til å være et av de vanligste, anses smerter som det mest fryktede symptomet (Lorentsen & Grov, 2020, s. 402).

Smerte er en subjektiv opplevelse som preges av tidligere erfaringer og smerteopplevelser (Nortvedt, 2019, s. 174). Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på egne holdninger og erfaringer til smerte i arbeidet med pasienter som trenger smertelindring. I tillegg til å være en fagperson, kan personlige egenskaper og erfaringer hos sykepleiere gi muligheter for å forstå pasientens smerter. Egne erfaringer kan bidra positivt i arbeidet med å kartlegge pasienters smerteopplevelser, og det er viktig å lytte til pasientens ønsker (Nortvedt, 2019, s. 178-179).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Under sykepleierstudiet har vi møtt kreftpasienter på ulike nivåer i helsetjenesten. Vi har observert pasienter med smerter som følge av kreftsykdom, og sett forskjellige utfordringer tilknyttet smertebehandling. Siden smerte kan ha negativ innvirkning i mange pasienters liv, har vi sett viktigheten av tilstrekkelig smertelindring for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom. Vi har også observert hvordan sykepleiere kan ha en nøkkelrolle i behandlingen av denne pasientgruppen. Gjennom erfaringene utviklet vi interesse for teamet og et ønske om å lære mer, slik at det kan tas med ut i arbeidslivet som sykepleiere.

1.2 Hensikt og relasjon til praksisfelt

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleiere kan sikre smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Bedre kreftbehandling bidrar til at pasienter lever lengre, noe som fører til et økt behov for palliativ pleie og omsorg i fremtiden. I smertebehandlingen har sykepleiere en viktig rolle siden de tilbringer mye tid med pasienten. Det gir mulighet for å tilegne seg kunnskap om effekt og bivirkninger av behandling. Sykepleiere møter kreftpasienter i palliativ fase i ulike deler av helsevesenet som eksempelvis i hjemmesykepleien, sykehjem og sykehus. Derfor er det viktig å ha kunnskap om smertelindring til denne pasientgruppen.

1.3 Avgrensning og presisering

God smertelindring kan defineres som *best mulig livskvalitet for pasienten* (Lorentsen & Grov, 2020, s. 423). Pasienter som eksempelvis opplever å ha “kontroll” på smertene, unngår *smertetopper*, utfører meningsfulle aktiviteter og får hvile eller søvn uten å bli forstyrret av smertene kan oppleve økt livskvalitet i palliativ fase.

Problemstillingen avgrenses til pasientgruppen voksne mennesker, over 18 år. Pasientene er innlagt på sykehus, med kreft og i palliativ fase av sykdommen. På grunn av spesifisering om palliativ fase, avgrenses ikke oppgaven til én krefttype. Pårørende har ofte en viktig og deltakende rolle i smertelindring til palliative kreftpasienter, men med bakgrunn av oppgavens omfang, vil ikke dette fokuseres på.

1.4 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere sikre god smertelindring til palliative kreftpasienter på sykehus?»

1.5 Begrepsavklaring

Smerte er “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller ligner det som er assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (International Association for the Study of Pain, 2020). *Akutte smerter* oppstår brått og varer en avgrenset periode; fra noen sekunder til tre måneder. *Kroniske smerter* er smerter som har vart i lenger enn tre måneder (Oslo Universitetssykehus, 2021).

Palliasjon er et medisinsk fagfelt med hensikt å lindre plager og gi best mulig livskvalitet når sykdommen ikke lenger regnes som helbredelig (Lorentsen & Grov, 2020, s. 423).

Kreft er fellesbetegnelsen på en stor gruppe sykdommer der det oppstår unormal cellevekst som følge av mutasjoner i cellens arvestoff. Når cellene deler seg ukontrollert vil det etter hvert skje en opphopning av kreftceller og det dannes en tumor (Kreftforeningen, 2022).

2.0 Teori

Følgende kapitlet inneholder teorikunnskaper som er nødvendige for å kunne svare på problemstillingen. Teorien er delt inn i tre temaer som problemstillingen handler om: palliasjon, smerter, samt sykepleiers rolle i denne behandlingen. I tillegg presenteres relevante elementer fra Joyce Travelbee´s sykepleieteori om mellommenneskelige relasjoner i sykepleieryrket.

2.1 Palliasjon hos kreftpasienter

Ordet palliasjon kommer fra det latinske ordet pallium og betyr kappe (Helsedirektoratet, 2015, s.13). Ved palliativ behandling regnes ikke sykdommen lenger som helbredelig, og hensikten med pleien og behandlingen rettes mot livsforlenging lindring av symptomer og best mulig livskvalitet. Symptomlindring i palliasjon omfatter både fysiske plager som smerte og kvalme, og psykososiale plager som angst. I denne fasen av behandlingen er en av de viktigste oppgavene til sykepleieren å ivareta pasienten som gjerne befinner seg i en prosess med å erkjenne at sykdommen er uhelbredelig (Lorentsen & Grov, 2020, s. 423). Palliativ fase forveksles noen ganger med begrepet terminal fase. Palliativ fase brukes om tidsrommet fra sykdommen regnes som uhelbredelig og frem til døden inntreffer, mens terminal fase omhandler de siste dager eller timer av livet (Norsk palliativ forening, 2016).

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for palliasjon i kreftomsorgen som tar for seg behandling, pleie og omsorg til kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2019).

Retningslinjen er utarbeidet for spesialister og blivende spesialister innen ulike medisinske spesialiteter. Annet helsepersonell som jobber med pasientgruppen er også målgruppe.

Pasienter og pårørende kan også benytte seg av retningslinjen for å få mer kunnskap om fagfeltet. Målet med retningslinjen er å forbedre behandlingen av pasienter med uhelbredelige kreftsykdommer og begrenset levetid, og sikre et likestilt behandlingstilbud i hele landet.

2.2 Smerte

International Association for the Study of Pain (2020) definerer smerte som: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller ligner det som er assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade». Opplevelsen av smerte vil være en effekt av aktiviteten som oppstår i hjernen som følge av en aktuell stimulus (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328). Det kan være svært utfordrende for helsepersonell å behandle pasienten ettersom man ikke vet hvordan pasienten kjenner sine smerter. Smerte kan i stor grad påvirke personen som opplever den og bidra til redusert livskvalitet. Tretthet, utmattelse og angst er vanlige ettervirkninger av sterke smerter (Travelbee, 1966, s. 104).

2.2.1 Ulike typer smerte

Kreftsmarter består ofte av sammensatte smertebilder (Lorentsen & Grov, 2020, side 402). Smertene kan eksempelvis være relatert direkte til sykdommen ved at en tumor legger trykk på vev, organer eller skjelettet, i sammenheng med behandling som operasjon eller stråling, eller som følge av den psykiske påkjenningen ved å være syk (Kreftforeningen, 2022). I mange tilfeller opplever kreftpasienter kroniske smerter som *bakgrunnsmerter*, der det episodevis kommer *gjennombruddssmerter*. Noen ganger kan bevegelse utløse smerter, mens i andre tilfeller oppstår smerter uten en spesifikk utløsende faktor (Kaasa, 2016, s 403).

2.2.2 Kartlegging av smerte

Smertediagnostikk er vesentlig ved smertelindring. Sykepleiere gjør observasjoner som legen kan ha nytte av når det lages en behandlingsplan. Smertene kan variere i styrke, intensitet og karakter over tid. Dette setter høye krav til sykepleierens kunnskap og ferdigheter (Kaasa, 2016, s. 403). Gjennom kartlegging og behandling er kommunikasjonen mellom pasienten og helsepersonellet essensiell og avgjørende for å lage en personsentrert behandlingsplan (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 388).

Symptomer som kvalme og angst henger ofte sammen med smerteopplevelsen. Det er derfor nødvendig med kartlegging av typiske symptomer i sammenheng med smertebehandlingen (Høgh, 2015, s. 205). Standardisert kartlegging ved hjelp av ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) kan være nyttig i kartleggingen (vedlegg 4). Skjemaet inneholder de vanligste symptomene som palliative pasienter opplever, deriblant smerter. For hvert

symptom er en verdi fra 0-10 der 0 er “ingen symptom” og 10 er “verst tenkelige”. Bruk av verktøy med tall er hensiktsmessig med tanke på sammenligning. Verktøyet bør bli brukt jevnlig, og gjerne utfylt av pasienten selv (Oslo Universitetssykehus, u.å. a). Tidsmessige variasjoner, lokalisasjon og karakteristikkk av symptomene er også observasjoner som er sentrale i kartleggingen (Høgh, 2015, s. 205).

Synlige tegn på smerter gir sykepleieren en indikasjon på pasientens smerteopplevelse (tredjepersonsperspektivet). Det psykologiske førsteperspektivet handler om den personlige opplevelsen av smerte. Bare pasienten sitter på denne informasjonen og kan forsøke å formidle den (Finset, 2016, s. 373). Ulike mekanismer i hjernen som styrer signaloverføring kan bidra til oppregulering eller nedregulering av smertesignaler. Ro og trygge rammer for pasienten kan bidra til nedregulering av smertesignal, mens redsel og angst kan føre til oppregulering av signalene (Finset, 2016, s. 373-374).

2.3 Behandling av smerter

Smertestillende medikamenter finnes med ulik virkning, styrke og form. For å oppnå best mulig smertelindring bør man forsøke å finne de legemidlene som fungerer best for hver enkelt pasient. Som hovedregel gis smertestillende medikamenter i tablettform (Bertelsen et al., 2019, s. 145), og faktorer som intensitet, varighet og pasientens svelgfunksjon, må tas høyde for.

Ikke-medikamentell smertelindring er tiltak for å lindre smerter uten bruk av medikamenter. Palliative kreftpasienter vil ofte ha kroniske smerter som kan være sammensatt av fysiske og psykiske faktorer (Kaasa, 2016, s. 403). Det vil derfor i mange tilfeller ikke være tilstrekkelig å bruke medikamenter alene. Ikke-medikamentelle tiltak for smertelindring kan være manuelle terapier, termoterapi eller musikk. Kognitive terapier som mindfulness, og støtte og omsorg gjennom samtale kan også defineres som ikke-medikamentell smertelindring (Høgh, 2015, s. 268-275).

2.3.1 Smertetrappen

Ifølge Helsedirektoratets handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2019) er Verdens helseorganisasjon sin tre-trinns smertetrapp “det grunnleggende prinsippet for behandling av kreftmerter”. Dette er en veiledning for bruk av legemidler i smertelindring. Det første

trinnet omfatter analgetika som Paracetamol og NSAIDs. Trinn to utgjør svake opioider, for eksempel kodein, i tillegg til et av medikamentene på trinn én. På trinn tre byttes det svake opioidet med et sterkt opioid, eksempelvis morfin. Ved noen tilfeller av kreftmerter kan også et fjerde trinn bli aktuelt hvor opioider gis parenteralt (Bertelsen et al., 2019, s. 145).

2.4 Sykepleierens funksjon og rolle

Ifølge Sandvik og Rustøen sin artikkel “Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling” er sykepleierens rolle og funksjon sentral for pasientens smertebehandling (Sandvik & Rustøen, 2020). I møte med kreftpasienter i palliativ fase er det nødvendig å ha kunnskap om sykdommen, smerter og smertebehandling. For pasienter i palliativ fase er det viktig å sette seg realistiske mål med tanke på sykdommens utfall. Smertelindring kan gi bivirkninger som eksempelvis tretthet og kvalme, og risikoen kan øke med større doser. Bivirkningene av smertelindrende medikamenter kan veie tyngre for pasientens livskvalitet enn smertene. Hovedmålet i palliasjon er å sørge for at pasienten opprettholder best mulig livskvalitet, med minst mulig smerter og andre plager. God kommunikasjon kan bidra til at behandlingen blir bedre tilrettelagt, og i tillegg avdekke hvilke tiltak som kan settes i gang for å oppnå pasientens ønsker (Kaasa, 2016, s. 404). Sykepleieren kan stille spørsmålet “Hva er viktig for deg” under samtale for å få frem pasientens perspektiv og syn.

I tillegg til personlige egenskaper, holdninger og verdier som ligger til grunn for egnethet i sykepleieprofesjonen, legger også lovverket og yrkesetiske retningslinjene føringer for arbeidet. Helsepersonelloven (1999) har som formål å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenester:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven 1999, §4).

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven 1999, §4).

De yrkesetiske retningslinjene sier noe om sykepleieres ansvar for å holde seg faglig oppdatert samt å erkjenne sine begrensninger. Retningslinje 1.4 sier: “Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til

at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk sykepleierforbund, 2019). Retningslinje 1.7 setter krav til at sykepleieren erkjenner sine begrensninger, samtidig som virksomheten har tilgjengelige ressurser for hjelp og veiledning til sine ansatte: “Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner” (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.5 Joyce Travelbee - sykepleieteoretiker

Joyce Travelbee (1966, s.102) beskriver smerter som vanlige, menneskelige erfaringer som alle vil oppleve i løpet av livet. Hun skriver at det er utfordrende både for pasienten som opplever smerten, og for legen og sykepleieren som arbeider for å redusere den.

Smerteopplevelser beskrives som svært ensomme. Uansett hvor godt man kommuniserer vil det være vanskelig å viderefordre egen smerte på en måte der sykepleieren fullt ut forstår opplevelsen. Det er en utfordring for sykepleieren som skal vurdere pasientens smerter. Travelbee sier at man aldri vil kunne være helt sikker på at ens vurderinger om et annet menneskers smerter er nøyaktige (1966, s. 103).

I menneskelige relasjoner kommuniseres det verbalt eller 'nonverbalt', og kommunikasjonen går begge veier. Hver gang en sykepleier er sammen med sin pasient kommuniseres det, både bevisst og ubevisst. I disse situasjonene er sykepleieren i en posisjon til å bli kjent med og kartlegge pasientens behov, samt å arbeide for å oppfylle disse behovene (Travelbee, 1966, s. 124). På denne måten kan det som Travelbee (1966, s. 123) omtaler som et “menneske-til-menneske-forhold” dannes. For å oppnå denne terapeutiske relasjonen, trenger sykepleieren kommunikasjonsferdigheter. Travelbee fastsetter to viktige egenskaper hos sykepleieren: Å være i stand til å forstå betydningen av pasientens kommunikasjon og å kunne bruke denne informasjonen i planlegging av sykepleien. Travelbee (1966, s. 124) understreker videre at effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og pasient ikke automatisk fører til et menneske-til-menneske-forhold. Hun bemerker at evnen til å etablere kontakt ser ut til å være avhengig av sykepleierens evne til å bruke den intellektuelle tilgangen sammen med å bruke seg selv terapeutisk. For å oppnå hensikten med sykepleien, som er å hjelpe pasienter og familien med å forebygge og håndtere erfaringer og sykdom, er sykepleieren avhengig av å bruke seg selv og sine personlige egenskaper.

3.0 Metode

Metode er et redskap som brukes for å undersøke noe og hjelper til med å samle inn informasjonen vi trenger til undersøkelsen. “Metoden forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve informasjon og forskning” (Dalland, 2020, s. 54). Valg av metode begrunnes ved at den egner seg best til å belyse problemstillingen på best mulig måte.

3.1 Design

En litteraturstudie er «en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning innenfor et spesifikt tema eller fagfelt» (Persson, 2021, s. 13). Metoden bruker forskningslitteratur som datamateriale for å besvare problemstillingen, og har som hensikt å gi oppdatert kunnskap og god innsikt i det valgte temaet. For å svare på problemstillingen utførte vi systematiske søk i aktuelle databaser og valgte ut kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

3.2 Søkeprosess

Resultater fra kunnskapsbasert forskning har gjennom et systematisk litteratursøk gitt kunnskap til å besvare problemstillingen: «Hvordan kan sykepleiere sikre god smertelindring til palliative kreftpasienter på sykehus?» Før vi startet litteratursøket orienterte vi oss i relevant litteratur og satt opp en søkestrategi. Thidemann (2019, s. 86) beskriver at en god søkestrategi er vesentlig for et effektivt søk. Søkestrategi handler om å bestemme hvilke søkeord som skal brukes og hvordan kombinere søkeordene for å få ønskede treff.

Verktøyet PICO konkretiserer og presiserer problemstillingen, samt identifiserer søkeord (Helsebiblioteket, 2016c). Etter utfylling av elementene som er presentert i tabell 1, identifiserte vi søkeord på engelsk. Kolonnen for C (sammenligning) i PICO er ikke fylt ut siden problemstillingen ikke omfatter sammenligning av intervensjoner.

Tabell 1: PICO-skjema - oversikt over søkeord

	P (populasjon/pasient/problem)	I (intervensjon)	C (sammenheng)	O (utfall)
	Palliative kreftpasienter	Sykepleiers rolle i smertelindring		Palliativ fase på sykehus, tilstrekkelig smertelindring
Søkeord	Cancer Cancer pain Cancer patients Neoplasm Oncology Pain Patient	Analgesia Attitude Attitude of health personnel Nurs* role* Nurse Nurse's role Nurses Nursing Nursing education Nursing staff Palliative nurs* Relationship		Hospital Management Pain experience Pain management Pain relief Palliative care Palliative treatment Terminal care

(Helsebiblioteket, 2016a)

I forkant av litteratursøket identifiserte vi emneord og tekstord med bruk av verktøyet MeSH. MeSH er et verktøy for identifisering av medisinsk terminologi på norsk og engelsk. Ved å bruke dette verktøyet fikk vi emneord og tekstord slik at søkene ble mer presise (Aasen, 2020).

En sykepleier skal bygge sine faglige avgjørelser på kunnskapsbasert praksis. I kunnskapspyramiden finner man oppsummert forskning øverst og enkeltstudier på bunnen (Helsebiblioteket, 2016c). Søket startet øverst der forskning er mer kvalitetssikret og

gjennomgått av flere forskere (Helsebiblioteket, 2021). Dersom søket ikke gav treff, beveger man seg videre nedover i pyramiden. I det innledende litteratursøket ble problemstillingen og PICO- skjemaet endret flere ganger og inklusjonskriterier for forskningsartiklene ble formet.

Problemstillingen etterspør et komplekst og sammensatt fenomen. Smerteopplevelser er ikke tilstrekkelig målbare kun i tall og tabeller, slik som kvantitativ forskning framstiller. Den kvantitative forskningen vil kunne gi et tall på kunnskapen til sykepleierne eller smertene til pasientene, men vil mangle et vesentlig aspekt rundt forståelse. Thidemann (2019, s. 76) påpeker at kvalitativ forskning presenterer en «forstående metodetilnærming» hvor en tilegner seg informasjon om meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og får frem nyanser.

På grunn av mye forskning på temaet var det nødvendig med avgrensning. Inklusjons- og eksklusjonskriterier skal tydeliggjøre utvelgelse av forskningsartikler (tabell 2). Vi ønsket å finne nyere forskning, og studier som undersøkte pasienter med kognitiv svikt ble ekskludert, da det kan medføre andre utfordringer knyttet til smertevurdering og kartlegging.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter >18 år, innlagt med kreft på sykehus	Barn og ungdom <18 år
Pasienter 18- 65 år	Pasienter med kognitiv svikt
Publisert mellom 2017 og 2023	Artikler med bare aldersgruppe 65+
Engelsk eller skandinavisk språk	Artikler publisert før 2017

3.3 Litteratursøk

Det ble gjennomført søk i databaser som inneholder sykepleiefaglig materiale. Vi begynte øverst i kunnskapspyramiden med kliniske oppslagsverk som UpToDate, BMJ Best Practice og Cochrane Clinical Answers. De første søkene ble utført for å få en oversikt over forskning

som finnes, samt å få bakgrunnskunnskap om temaet. Generelle søkeord som “cancer”, “pain” og “palliative care” ble brukt. Deretter søkte vi på kunnskapsbaserte retningslinjer fra Helsedirektoratet og systematiske oversikter som Cochrane Library og Epistemonikos. Litteratursøket ble avsluttet i databasene PubMed, CINAHL og SveMed+. Databasen SveMed+ inneholder ikke oppdatert forskning etter 2019, men vi valgte likevel å søke etter materiale fra 2017- 2019 grunnet nordisk forskning.

I søket brukte vi booleske operatører. Eksempelvis er, AND og OR, kombinasjonsord (Søk og Skriv, 2021). “OR” ble brukt for å kombinere søkeord innenfor samme kolonne i PICO-skjemaet, mens “AND” ble brukt for å sette sammen de ulike delene av skjemaet til et fullstendig søk. Det ble også brukt trunkering. Det vil si å bruke stammen av et søkeord etterfulgt av tegnet (*), for å få med variasjoner av et ord. Dette innebærer for eksempel nurs* for å få med både «nurse» og «nursing» (Søk og skriv, 2021). Flere søkeord ble identifisert underveis i arbeidet.

Søk i databasene PubMed, UpToDate og Cochrane ga relevante treff, men ble ekskludert på grunn av design. I databasene Epistemonikos og Cochrane Library fant vi artikler som tilsynelatende hadde relevant innhold og design, men som ble ekskludert da vi etter grundigere gjennomgang fant ut at artiklene ikke svarte på problemstillingen eller oppfylte inklusjonskriteriene. Litteratursøket ble avsluttet etter funn av 6 forskningsartikler og 1 retningslinje. Søkehistorikk er presentert i vedlegg 1.

3.3.1 Kritisk vurdering av artikler

Kildekritikk betyr å både vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet (Dalland, 2020, s.152). Selv om en artikkel er publisert i et velkjent tidsskrift, er det nødvendig å vurdere gyldighet, metodisk kvalitet, resultater og overførbarheten til problemstillingen (Helsebiblioteket, 2021).

Ved utvelgelse av artikler vurderte vi informasjonen som artikkelen presenterte, dens relevans for problemstillingen og om artikkelen oppfylte de gjeldende inklusjonskriteriene (tabell 2).

Videre i arbeidet brukte vi følgende punkter fra Thidemann (2019, s. 90):

- Er informasjonen relevant for min problemstilling?
- Hvilket tidsskrift er artikkelen publisert i?
- Er det et tidsskrift med fagfelleevaluering?

- Er informasjonen i artikkelen av ny dato?
- Hvilket utgivelsesår har publikasjonen?
- Er forfatterne anerkjente fagfolk eller forskere innen feltet?
- Hvem er artikkelen skrevet for?

Helsebiblioteket har utformet sjekklister (vedlegg 3) som ble brukt i arbeidet med å velge ut forskningsartikler. Sjekklister gjorde arbeidet med å kritisk vurdere artiklene enklere, da vi fikk en systematisk oversikt over styrker og svakheter til artiklene i forhold til litteraturstudien.

3.4 Analyse og syntese

Forskningsartiklene som ble valgt etter litteratursøket er fremstilt i en litteraturmatrise (vedlegg 2). I en litteraturmatrise er forfatter, hensikt, artikkelens design og metode, utvalg, resultat og styrker/svakheter med artikkelen trukket fram. Hensikten med en slik tabell er å fremstille de viktigste funnene fra de inkluderte forskningsartiklene på en kortfattet og oversiktlig måte (Thidemann, 2019, s. 95). Resultatene presenteres i en sammenhengende tekst, inndelt i grupperte underkapitler basert på de viktigste tematiske funnene.

3.5 Etske vurderinger

For å sikre en etisk og kritisk holdning til utvalgte artikler og litteratur, er kritisk tekning viktig. De inkluderte artiklene i litteraturstudiet er blitt vurdert i forhold til etiske godkjennelser. I tillegg ble det vurdert om deltakerne har fått god informasjon i forkant, der deres konfidensialitet er ivaretatt. De valgte artiklene er fagfellevurdert og det styrker kvalitetssikringen til publikasjonene (Thidemann, 2019, s. 67 & 90). En vesentlig del av litteraturstudiet er at metoden skal være etterprøvable (Thidemann, 2019, s. 77-78). Derfor inneholder metodekapittelet beskrivelser av fremgangsmåte for søkeprosessen med tabeller med søkehistorikk (vedlegg 1), som gir en systematisk oversikt over databaser, søkeord og antall treff.

4.0 Resultat og syntese

Litteratursøket resulterte i 359 treff. Etter gjennomlesing av overskrifter, sammendrag og fulltekster satt vi igjen med 9 artikler. Etter kritisk vurdering ved bruk av Thidemann (2019, s. 90) sine punkter og utfyllelse av Helsebibliotekets (2021) sjekklister, satt vi igjen med 6

artikler; tre kvalitative studier, to tverrsnittstudier og en kvasiekperimentell studie. Studiene er gjennomført i 5 ulike land; Norge, Belgia, Tyrkia, Kina og Zambia. Resultatene i disse studiene presenteres i en tematisk syntese som viste at det var fire tema som var gjennomgående; behov for kunnskap om palliasjon og smertebehandling, kartlegging og vurdering av smerter, relasjon mellom pasient og sykepleier og til slutt pasienten sine erfaringer med smerter.

4.1 Sykepleieres kunnskap om palliasjon og smertebehandling

I resultatene til Munkombwe, Petersson og Elgan (2020, s. 1647-1648) ble kunnskap og holdninger i møte med pasienter omtalt. Temaet “Anerkjenne pasientenes ulike behov” inneholder sykepleiernes beskrivelser av hvordan hver enkelt pasient er unike individer. I følge Munkombwe et al. var det grunnen til at pasientene reagerte ulikt på ikke-medikamentelle tiltak. Sykepleierne i studien understrekte viktigheten av å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient. Tilpasningen innebar å kombinere ulike metoder for smertelindring, både medikamentelle og ikke-medikamentelle. Dette var for å oppnå best mulig smertelindring for den enkelte pasient. I tillegg viste resultatene at tiltak for smertelindring var avhengig av sykdomsprogresjon og alvorlighetsgraden av sykdommen.

Videre skrev Munkombwe et al. (2020, s. 1649) at sykepleierne opplevde barrierer i smertelindring. Noen pasienter hadde ikke mulighet for å motta ikke-medikamentell smertelindring på grunn av mangel på sykepleiere med nødvendige ferdigheter, mangel på ressurser samt egne holdninger. Dersom pasienten ikke var villig til å samarbeide, minsket mulighetene for å gjennomføre ikke-medikamentelle tiltak. Årsaken til dette kunne være at pasienten ikke hadde akseptert sykdommen sin, mangel på motivasjon for å motta ikke-medikamentell smertelindring eller religiøse årsaker. I slike tilfeller erfarte sykepleierne at de var avhengig av gode ferdigheter i rådgiving og veiledning for å kunne yte sine oppgaver.

Utne, Småstuen og Nyblin (2019, s. 679-682) fremhevet at sykepleiere som jobber med kreftomsorg i Norge har et tilstrekkelig kunnskapsnivå innenfor smertelindring og gode holdninger, i forhold til sykepleiere i andre land. Det var likevel et forbedringspotensial, særlig innenfor området om medikamenter og sykepleiernes holdninger til hvordan pasienter uttrykker smerte. Utne et al. (2019, s. 681) understrekte at en stor andel av informantene var kreftsykepleiere, noe som trolig hadde påvirkning på resultatet. Forfatterne hevdet at funnene i studien støttet funn i tidligere forskning som sa noe om den positive effekten av å

gjennomføre kurs i smertebehandling for å øke kunnskapen til sykepleiere.

Utdanningsinstitusjonene som utdannet kreftsykepleiere, burde inkludere smertekurs i tråd med nasjonal politikk. Videreutdanning eller spesialisering for sykepleiere var avgjørende for å gi pasienten trygg, moderne og effektiv behandling (Utne et al., 2019, s. 682).

Kang, Zhang, Jin, Wang og Guo (2020, s. 170-171) undersøkte effekten av simulering av palliasjon hos nyansatte sykepleiere innenfor kreftomsorgen. Forskningen deres viste forbedring i gjennomsnittsskår etter simuleringen rundt kunnskap om smertelindring, kommunikasjon i spesielle situasjoner og ferdigheter innenfor palliasjon. Kunnskapsbasert tankegang, et åpent sinn, analysering, nysgjerrighet og kognitiv modenhet var områder som ble forbedret med simulering innen palliasjon. For selvtillit ved kritisk og systematisk tenking blant sykepleieren fant resultatene ingen betydelig forskjell etter intervensjonen. Oppsummert indikerte resultatene at simulering av palliative scenarier hadde en positiv effekt og ga økt kunnskap og ferdigheter særlig hos nyansatte sykepleiere innenfor kreftomsorgen.

Dequeker, Lancker og Hecke (2017, s. 164-169) omfattet en studie om sykepleiere sin kunnskap rundt smertelindring. Resultatene viste store ulikheter i hvordan pasientene selv og sykepleierne vurderte smerter og barrierer rundt smertebehandlingen. Både Utne et al. (2019, s. 682-683) og Dequeker et al. (2017, s.168-169) understrekte at sykepleierne burde få økt kunnskap om pasientenes tro på smertebehandling og i større grad utforske pasientrelaterte barrierer. Når sykepleieren ble kjent med hvilke barrierer som pasienten hadde, kunne han/hun undervise pasienten og dermed redusere barrierene (Dequeker et al., 2017, s. 169). Erol et al. (2018, s. 31) hevdet også at pasienter med langtkommen kreft hadde et større behov for vurdering og oppmerksomhet fra sykepleierne når de hadde smerter.

4.2 Kartlegging og vurdering av smerte

I studien til Ihler & Sæteren (2019, s.6) kom det fram at ESAS-skjema er *et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer*. Videre skrev forfatterne at det var likhetstrekk i sykepleieres erfaringer og få forskjeller. Ved å bruke ESAS-skjemaet fikk sykepleieren et øyeblikksbilde over pasientens symptomer og kunne kartlegge behovet. Sykepleierne erfarte at ESAS var en døråpner for samtaler der pasienter kunne gi uttrykk for sine symptomer. Informantene i studien gav uttrykk for at det var varierende bruk av ESAS i klinisk praksis og mangelfull oppfølging av rutiner. Sykepleierne rapporterte at det var uklare rutiner for bruk av

ESAS-skjema som førte til ulik praksis. Dette resulterte i at sykepleierne opplevde at ESAS-skjemaet i liten grad bidro til å systematisere kartleggingen.

Ihler og Sæteren (2019, s. 10) hevdet at det var en forutsetning at ESAS-skjemaet ble brukt rutinemessig for at det skulle bidra til systematisk symptomkartlegging. I studien ble det antydnet fire faktorer som kunne bidra til forbedret bruk av ESAS i praksis; tydeliggjøring om rutiner rundt bruk av ESAS, økt søkelys i undervisningssammenheng, mer bevisstgjøring av den enkelte og hver faggruppes ansvar for ESAS, og tydelig engasjement fra ressurspersoner og ledelsen (Ihler og Sæteren, 2019, s. 13).

Dequeker et al. (2017, s. 169) fant et moderat samsvar mellom pasient og sykepleier i vurdering av smerteintensitet. Når sykepleieren brukte en skala for å vurdere smerter var det mer enighet mellom pasienten og sykepleieren sammenlignet med sykepleiere som ikke brukte dette verktøyet. I studiet kom det fram at det burde foregå en rutinemessig smertevurdering fordi mange pasienter ikke alltid rapporterte smerter til sykepleierne, med mindre de ble spurt. Sykepleiere kunne også veilede pasienter i hvordan bruke vurderingsskalaer for smerte. Avslutningsvis anbefalte Dequeker et al. at avdelinger og sykehus burde velge én smerteskala og veilede sykepleiere i hvordan den brukes. Erol et al. forsket på smerteopplevelser til pasienter med langtkommen kreft (2018, s. 28) og beskrev at systematisk smertevurdering ikke ble brukt av sykepleierne. De fleste pasientene ikke var fornøyd med omsorgen de mottok knyttet til smerte og smertebehandling (2018, s. 31). Både Dequeker og Erol mfl. konkluderte med at sykepleiere som jobber med kreftpasienter burde få mer kunnskap om smertevurdering og kartleggingsverktøy.

4.3 Relasjonsarbeid i palliativ fase

Munkombwe et al. (2020, s. 1643) belyser erfaringer og synspunkt hos sykepleiere som yter ikke-medikamentell behandling for kroniske smerter hos palliative pasienter. Studien fant at det var viktig å bygge og opprettholde en gunstig, terapeutisk relasjon ved ikke-medikamentell smertelindring. I tillegg fremhevet forfatterne at personsentrert sykepleie, inkludering av venner og familie, og kartlegging av barrierer var viktig for å sikre en god smertelindring hos pasienten. Studien viste at det var viktig å bruke tid med pasienten for å bedre forstå hvordan den enkelte håndterte smerte. Munkombwe et al. (2020, s. 1647) konkluderte med at dette ville skaffe sykepleieren relevant informasjon og tilbakemelding,

samt å få en bedre forståelse av pasienten. Studien påpekte at å danne et tillitsforhold kan bidra til en bedre samhandling mellom pasient og sykepleier. Dette var faktorer som var svært fordelaktige i gjennomføringen av ikke-medikamentelle tiltak. I tillegg var relasjonen i seg selv et sterkt bidrag i smertelindringen. Ihler og Sæteren (2019, s. 7) hevdet at det var avgjørende med god kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren for å få frem pasientens symptombilde.

4.4 Smerteerfaringer hos kreftpasienter i palliativ fase

I Erol et al. (2018, s. 31) sin studie kom det fram at de fleste pasientene ikke var fornøyd med sykepleierens omsorg knyttet til smerte og smertebehandling. Mange pasienter beskrev smerte som en ubehagelig og uroende opplevelse som gav negative fysiske og emosjonelle konsekvenser. Pasienter i studien opplevde ulike reaksjoner ved smerter. De fleste pasientene fortalte sykepleierne umiddelbart når smertene økte, mens andre prøvde å være rolige og tålmodige og informerte helsepersonell på et senere tidspunkt. Informantene i studien ble spurt om de tidligere hadde erfaringer med smerte. Noen svarte at de ikke hadde opplevd smerter før kreftdiagnosen, mens andre rapporterte hadde opplevd milde smerter, som eksempelvis hodeverk eller rygg smerter i forkant av kreftdiagnosen.

Pasientene i studien opplyste at de ikke var fornøyd med sykepleierens smertebehandling. Sykepleierne utførte i stor grad det legene ba dem om å gjøre. De utførte hverken systematisk og riktig smertevurdering, og brukte i liten grad effektive behandlingsstrategier for smerte (Erol et al., 2018, s. 31). Studien viste at smerte påvirket dagliglivets aktiviteter til pasienter med langtkommen kreft på mange måter. Pasientene i studien fortalte at de følte på tretthet, makteløshet, mangel på energi og fysisk inaktivitet. I tillegg gav de fleste informantene uttrykk for dårlig søvn, at smertene forstyrret deres daglige liv sosiale relasjoner og forårsaket depresjon og sosial isolasjon.

Erol et al. (2018, s. 31) beskrev at pasienter med langtkommet kreft hadde individuelle smerteerfaringer og ulik reaksjon på smertene. Kreftpasienter rapporterte ulike ikke-medikamentelle tilnærminger for å lindre smerte. Eksempelvis å be, endre stilling, et varmt bad, gå, se på TV og utføre håndverk er tiltak som ble benyttet. Pasientene rapporterte at de unngikk å bruke medikamentelle tiltak inntil intensiteten av smerten økte og ble utholdelig. I tillegg rapporterte under halvparten av pasientene at de informerte sykepleieren umiddelbart om smertene og behov for medikamenter. Dequeker et al. (2017, s. 164) rapporterte også i sin

studie at ikke alle pasienter rapporterte smerter med mindre de ble spurt. De mente at det i større grad burde gjennomføres rutinemessig smertevurdering og kartlegging av pasienten. I tillegg hadde 40,7% av pasientene vansker med å gi uttrykk for vurdering av smerteintensiteten.

5.0 Drøfting/Diskusjon

Denne delen av oppgaven diskuterer de tematiske funnene fra resultatene sammen med relevant teori og egne erfaringer. Kapittelet avsluttes med drøfting av de metodiske valgene i oppgaven.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Sykepleieres kunnskap om palliasjon og smertebehandling

Sykepleiere har en viktig rolle i smertelindringen og vurderingen til palliative kreftpasienter på sykehus. Kommunikasjon og utveksling av informasjon mellom sykepleier og pasient danner grunnlaget for behandlingen og omsorgen som gjennomføres. Å stå i denne posisjonen er et stort ansvar da sykepleierens observasjoner og vurderinger ofte er et viktig fundament for hvilke behandlingstiltak som blir iverksatt. Ansvarer setter høye krav til sykepleiers kunnskap og ferdigheter. Travelbee (1966, s. 103) skriver at uansett hvor godt en pasient kommuniserer sin smerte, kan sykepleieren aldri være helt sikker på at en tolker pasientens smerter korrekt med bakgrunn i smertens subjektivitet. Dette innebærer at sykepleiere er avhengig av kunnskap og ferdigheter innen kommunikasjon, smertelindring og palliasjon, samt en rekke indirekte faktorer som tar del i og påvirker smerteopplevelsen.

Palliative kreftpasienter inngår i pasientgruppen som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-5) og som gir rett til individuell plan. Sykepleiere må inneha kunnskaper og ferdigheter om sykdom, smertelindring, bivirkninger, andre symptomer og barrierer for å kunne sette i gang individuelt tilpassede tiltak til hver enkelt pasient.

Munkombwe et al. (2020, 1647-1648) understreker personsentrert smertelindring som et hovedtema. At smertelindring til palliative kreftpasienter setter høye krav til sykepleierne understrekes også av Erol et al. (2018). Forskningsartikkelen påpeker det at sykepleiere bør arbeide med pedagogiske intervensjoner for å øke sitt kompetansenivå. Sykepleiernes og helseforetakenes plikt til å sørge for tilstrekkelig kompetanse for å utøve god og sikker helsehjelp er nedfelt i lovverket (Helsepersonelloven, 1999, §16 & Helsepersonelloven, 1999,

§4) og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019). En bachelor i sykepleie gir tittelen sykepleier, men i arbeid med mennesker vil en trolig aldri kunne si at en er “ferdig utlært”. Det er derfor nødvendig at både helsepersonellet og helsevirksomheten, sørger for at tilstrekkelige tiltak er satt inn for å gi forsvarlig helsehjelp. I tillegg er det sentralt å kjenne sine begrensninger rundt hvilke oppgaver en mestrer og ikke. Dette innebærer for eksempel at hver enkelt sykepleier plikter å holde seg faglig oppdatert og å innhente hjelp fra annet helsepersonell i situasjoner en vurderer det som nødvendig. For virksomheten innebærer dette eksempelvis å sørge for sikker bemanning, med tilstrekkelig faglig kompetanse.

Ved å utforske individuelle behov for hver enkelt pasient, vil man møte ulike barrierer for behandlingen, både hos sykepleiere og pasienter. Hos sykepleieren kan ifølge Munkombwe et al. (2020) lite kunnskap og ferdigheter, eller mangel på ressurser være barrierer. Barrierer hos pasienten kan være mangel på aksept for sin sykdom, mangel på motivasjon eller personlig tro. I studien til Ihler og Sæteren (2019) påpekes det at dårlige rutiner kan være en barriere for tilstrekkelig symptomlindring hos palliative kreftpasienter. Kunnskap om barrierer og hvorfor de eksisterer, sykepleiers egne holdninger og hvordan sykepleieren kan arbeide for å skape best mulig samarbeid med pasienten til tross for barrierer, er derfor nødvendig i møte med pasienter. Gode ferdigheter innenfor sykdomslære og farmakologi vil være hensiktsmessig. Sammen med gode kommunikasjonsferdigheter, i samspill med både pasient og pårørende vil det være hensiktsmessig å finne løsninger på utfordringer en møter på grunn av ulike barrierer. Dette støttes også av Dequeker et al. (2017, s. 168-169) som skrev at i tillegg kan dette bidra til å redusere forskjellen mellom hvordan pasient og sykepleier vurderer smerte.

Utne et al. (2019, s. 681) hevdet at sykepleiere innen kreftomsorg i Norge hadde et relativt høyt kunnskapsnivå. Hva som defineres som tilstrekkelig kunnskap vil være ulikt etter hvem man spør og hva som vektlegges. I arbeid med mennesker vil man trolig aldri kunne si at man har «nok» kunnskap. Forskningen poengterte at det var forbedringspotensial rundt kunnskap om medikamenter og holdninger. Det må bemerkes at studiet baseres på svar fra et flertall av kreftsykepleiere, og det er derfor ikke mulig å generalisere resultatet til vanlige sykepleiere. I tillegg bør en være oppmerksom på kulturelle forskjeller ved smertelindring, siden studiene kommer fra tre ulike verdensdeler. Effekten av videreutdanning, kurs og simulering omtales i flere av de inkluderte artiklene. Utne et al. (2019) sine resultater viste en høyere grad av kunnskap blant sykepleierne som kan skyldes at flertallet hadde relevant videreutdanning.

Ved å sammenligne resultatene fra de øvrige artiklene med Utne et al. (2019) kan det derfor tenkes at det er sammenhenger mellom effekten av de målrettede tiltakene og høyere grad av kunnskap og kompetanse.

Sandvik & Rustøen (2020) belyser viktigheten av å kjenne til ulike smertelindrende tiltak og hvordan sykepleieren best kan vurdere pasienten sin smerte. Etter egne erfaringer i praksis og jobb ved siden av studier er ikke-medikamentelle tiltak for smertelindring hyppigere brukt blant barn, og i mindre grad som en del av smertelindringen blant voksne. På bakgrunn av det man vet om kreftsmerte og dens kompleksitet, vil det trolig være hensiktsmessig i større grad å ta i bruk en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring i behandlingen av palliative kreftpasienter (Kaasa, 2016, s. 403). Munkombwe et al (2020, s. 1648) bemerker også i sin forskning viktigheten av å kombinere medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Bruk av medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling, og kunnskap og ferdigheter innenfor dette fagområdet er tett knyttet sammen. På den ene siden vil høyere grad av kunnskap om smertelindring kunne rette et fokus mot helhetlig behandling som inneholder begge behandlingsformer, mens på den andre siden kan gjennomføring av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak kreve kunnskap og ferdigheter hos sykepleierne som administrerer denne behandlingen.

5.1.2 Kartlegging og vurdering av smerte

Smerte er en subjektiv opplevelse (Nortvedt, 2019, s. 174). For å kunne gi en mest mulig optimal smertelindring er kartlegging av pasientens smerter sentralt. Gjennom kartlegging er kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren viktig for å få frem symptom bildet (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 388). Dette støttes av Ihler og Sæteren (2019) som skriver at bruk av kartleggingsverktøy kan være en døråpner for samtale om pasientenes symptomer. Det er viktig å poengtere at forskningen til Dequeker et al. (2017) viste at ikke alle pasienter rapporterte smerter med mindre de ble spurt om dette. Videre kom det fram at sykepleiere og pasienters vurdering av smerter samsvarte i høyere grad ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy.

Ifølge Ihler og Sæteren (2019) er kartleggingsverktøyet ESAS nyttig for å kartlegge pasientens symptomer. Skjemaet kan brukes for å kartlegge smerte i forkant av behandling slik at man kan evaluere og sammenligne effekten av smertebehandlingen hos pasienten. For noen pasienter kan skjemaet være enkelt å forstå og tolke, mens for andre kan det være

utfordrende. Noen kan ha problemer med å tallfeste symptomene sine. Sykepleieren sin veiledende rolle blir derfor viktig. God kartlegging av pasientenes symptomer gjennom bruk av kartleggingsverktøy danner et viktig grunnlag for videre behandling og tiltak.

Både Ihler og Sæteren (2019), Dequeker et al. (2017) og Erol et al. (2018) fant i sin forskning manglende bruk av standardiserte verktøy. Årsaken til dette kan være mangel på kunnskap, opplæring eller tid. Det kan tenkes at dersom sykepleiere tar seg tid til å bruke kartleggingsverktøy sammen med pasienten, kan pasienten føle seg mer ivaretatt. I tillegg skriver Ihler og Sæteren (2019) at dette kan åpne opp for videre samtale om pasientens tilstand, noe som kan være gunstig både for pasienten selv og for sykepleieren. Det er nødvendig å understreke at kartleggingsverktøy er hjelpemiddel som supplerer andre observasjoner, og ikke er tilstrekkelige alene. På systemnivå kan det være hensiktsmessig at avdelingene bruker samme kartleggingsverktøy. Opplæring er viktig for å redusere barrierer for bruk hos sykepleierne, samt å unngå feilmarginer ved sammenligning av resultater fra ulike tidspunkt.

5.1.3 Relasjonsarbeid i palliativ fase

Sykepleieren er gjerne den gruppen av helsepersonell som tilbringer mest tid sammen med pasienten ved en sykehusinnleggelse. Travelbee (1966) beskriver et menneske-til-menneske-forhold der sykepleieren har en aktiv rolle i å skape relasjoner med pasientene. Den terapeutiske relasjonen legges også vekt på i Munkombwe et al. (2020) sin forskning. En terapeutisk relasjon er gunstig både for pasienten og sykepleieren, og man kan nyttiggjøre informasjonen som kommuniseres. Travelbee (1966, s. 124) understreker at selv om kommunikasjon er grunnleggende ferdigheter som sykepleieren må inneha, er ikke disse ferdighetene alene tilstrekkelig for å danne et menneske-til-menneske-forhold. Man må også ha personlige egenskaper som gjør en i stand til å bruke seg selv terapeutisk og intellektuelt.

Hensikten med sykepleie er, ifølge Travelbee (1966, s. 124), å hjelpe pasienter og deres familier med å håndtere erfaringer og sykdom. For å oppnå dette må det dannes en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasienten. Ifølge Munkombwe et al. (2020, s. 1647) er relasjon hensiktsmessig i arbeidet med ikke-medikamentell smertelindring, der relasjonen i seg selv kan være smertelindrende. Hos palliative pasienter bør relasjonen ses som spesielt viktig på grunn av det ofte komplekse sykdomsbildet og de omkringliggende faktorene som følger av uheldelig sykdom. Sykepleiere kan være et viktig støtteapparat. De tilbringer mye tid

sammen med pasienter, og kan dermed enklere skape en relasjon. Regelmessig og tett kontakt med pasienten gjør rom for småprat, og å skape et tillitsforhold til pasientene på en annen måte. Legene har kort pasient nær tid og samtalene handler oftest om det som er direkte knyttet til sykdommen og fokuset blir deretter. Dermed kan trolig sykepleieren oppleves som en annen type relasjon ved en sykehusinnleggelse enn for eksempel legen, på tross av at begge er profesjonelle roller som medvirker i behandlingen.

Sykepleierens personlige egenskaper i et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1966), er egenskaper som gjør sykepleieren i stand til å se det menneskelige ved pasienten sin, og visa versa. Nettopp disse egenskapene er det som skiller relasjonen fra en pasient-sykepleier-relasjon. Det er likevel viktig å understreke at pasient- og sykepleierrollen aldri kan viskes helt ut uten at det går på bekostning av profesjonaliteten og etikken hos sykepleieren. Det er derfor viktig, spesielt innenfor palliasjon som kan kreve at det terapeutiske selvet tas i bruk (Travelbee, 1966), at sykepleieren er i stand til å bruke sine personlige egenskaper på en profesjonell måte, og ha klare skiller mellom arbeid og privat.

5.1.4 Smerteerfaringer hos kreftpasienter i palliativ fase

På bakgrunn av smerter sin subjektivitet, er pasienters erfaringer med smerte sentrale i sykepleierens arbeid med smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase. Nesten halvparten av pasientene i Erol et al. (2018, s. 31) sin forskning uttrykte sin misnøye med behandlingen de mottok av sykepleierne i sammenheng med smerter. I tillegg opplevde de sykepleiere som helsepersonell som bare utførte legens ordinasjoner. Dette kan si noe om behov for mer kunnskap og ferdigheter for å øke selvstendighet i arbeidet hos sykepleierne. På denne måten kan det også tenkes at det kan gi økt tillit hos pasientene. Erol et al. (2018) omtaler også effektene som smerter har på pasientene, og hvordan dette påvirker hverdagen. Dette kan igjen brukes i argument for økt krav til kompetanse hos sykepleiere.

Ifølge Travelbee (1966, s. 103) er smerter en svært ensom opplevelse, og palliative kreftpasienter har kanskje ikke alltid overskudd til å uttrykke sine behov på samme måte som de har vært i stand til tidligere. Dette betyr likevel ikke at sykepleieren skal ta over pasientens rett til medvirkning i bestemmelser om behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Ikke bare vil det kunne føre til at pasienten føler seg enda mer ensom i sin smerteopplevelse, men å føle seg misforstått eller ikke tatt på alvor med sine smerter vil også kunne føre til frustrasjon og redusert tillit til helsepersonellet som yter helsehjelpen. Dette kan

igjen ha en negativ effekt på både smertebehandlingen og smerteopplevelsen til pasienten. Det vil derfor være hensiktsmessig å informere og veilede pasienter til å ta avgjørelser som både kjennes riktig for pasienten, og som er gunstige for deres sykdomssituasjon. Etter våre egne erfaringer fra praksis og jobb ser vi viktigheten av sykepleieren sin veiledende rolle når pasienter er usikre på smertebehandlingen sin og har behov for mer kunnskap om de ulike tiltakene.

I Dequeker et al. (2017, s. 164) kom det fram at flere pasienter synes det var vanskelig å vurdere smerter. Ved å videreutdanne eller kurse sykepleierne i palliasjon og smertelindring, kan det blant annet bidra til å styrke selvstendigheten til sykepleierne. I tillegg kan tilstrekkelig pasientinformasjon bli ført videre til legen. Sykepleieren kan kartlegge og sette i gang hensiktsmessige sykepleietiltak for å lindre smerter hos pasientene. Ved å bygge en relasjon, som omtalt i kapittel 5.1.3 *Relasjonsarbeid i palliativ fase*, vil en kunne bygge tillit til pasientene også på et menneskelig nivå, fremfor en rent faglig basert relasjon. God og åpen kommunikasjon, menneskelige egenskaper og kunnskap om smerter og palliasjon vil ikke gjøre sykepleieren i stand til å forstå akkurat hvordan pasientens smerter føles. Det er fordi smerte er en subjektiv opplevelse som man aldri vil kunne formidle på en slik måte at et annet menneske fullt ut forstår (Travelbee, 1966, s. 103). Likevel vil dette være viktige faktorer i møte med pasienter for å på best mulig vis kunne tenke seg til pasientens opplevelser, og ut fra dette å kunne vurdere deres behov for sykepleie.

5.2 Diskusjon av metode

Manglende erfaring med systematisk litteratursøk kan være en risiko for å gå glipp av relevante funn. For å redusere denne risikoen søkte vi hjelp fra bibliotekar og emneansvarlig. På grunn av tilpasninger og spissing av søkeord underveis, ble det gjennomført flere søk i samme database. I noen søk ble søkeord i samme del av PICO-skjemaet kombinert med AND istedenfor OR. Viktige ord for problemstillingen ble plassert i samme kolonne på grunn av PICO's oppsett, og det ble vurdert som nødvendig å få med flere varianter til tross for at disse sto i samme kolonne. På den ene siden kan dette kan svekke metoden i oppgaven på grunn av at det ikke er gjennomført systematisk litteratursøk slik som modellen i utgangspunktet tilsier. På den andre siden kan bruk av flere søkeord være en styrke da dette spisser søkene mot problemstillingen. I tillegg viser dette at vi har gått tilbake til databasen etter arbeid med materialet.

Thidemann (2019) skriver at det ikke alltid er én metodisk tilnærming som er rett for å besvare en gitt problemstilling. Ved å bruke ulike metoder kan svakheter ved den ene metoden, oppveies av styrker ved den andre. På bakgrunn av kompleksiteten ved smerter, valgte vi å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler. Ulike metoder i artiklene kan svekke resultatkapittelet, da det kan være utfordrende å sammenligne. Sett fra en annen side vil dette valget kunne styrke diskusjonen og konklusjonen. Problemstillingen kan være utfordrende å besvare utelukkende med harde fakta som i kvantitativ forskning. Bruk av kvalitativ forskning alene kan være begrensende da det undersøker et fåtall av personer, og forskningen vil gi rom for egne tolkninger.

Engelskspråklige artikler er inkludert på bakgrunn av at de kan inneholde viktige funn. På grunn av oversetting til norsk kan disse artiklene være feiltolket. Det ble ikke satt en geografisk avgrensning for inklusjon. Samfunnsrelaterte forskjeller knyttet til utdanning, behandlingsformer, smerteopplevelser eller uttrykk for smerter, kan svekke overføringsverdien til oppgaven. En litteratormatrise (vedlegg 2) presenterer styrker og svakheter til de valgte artiklene. Artiklene er fagfellevurdert og vi benyttet oss av Helsebibliotekets sjekklister (vedlegg 3). Kang et al. (2022) sin studie var en kvasiekseptimentell studie. Helsebiblioteket hadde ikke sjekklister for kvasiekseptimentelle studier. Artikkelen ble vurdert ut ifra kravene beskrevet i kapittel 3.3.1 *Kritisk vurdering av artikler*.

6.0 Avslutning

Økt kunnskap om kreft og palliativ behandling har ført til at pasienter med uhelbredelig kreftsykdom i større grad får livsforlengende behandling nå enn tidligere. Palliative kreftpasienter opplyser at smerter er et av de vanligste plagene som følge av kreftsykdommen, og derfor er pleie og behandling av denne pasientgruppen i stor grad rettet mot å redusere smerter. Med bakgrunn i relevant pensumlitteratur, egne erfaringer og resultatene fra litteratursøket har følgende problemstilling blitt belyst; Hvordan kan sykepleiere sikre god smertelindring til palliative kreftpasienter på sykehus?

Individuelle, indre og ytre faktorer spiller inn på opplevelsen av smerte. Det er derfor utfordrende å gi et klart svar på hva som skal til for å gi god smertelindring. Resultatene fra litteratursøket viser at det er behov for mer kunnskap om palliasjon og smertevurdering blant

fagfolk som jobber på dette området. Rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy og personsentrert sykepleie er også faktorer som i større grad trengs å systematiseres og tas i bruk. Funnene viser at sykepleier-pasientrelasjonen er viktig når det skal gis god smertelindring hos palliative kreftpasienter. Ettersom smerte oppleves forskjellig, kan god kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten være avgjørende for at pasientens generelle og individuelle behov blir dekket.

En sykepleier har plikter og ansvar som er nedfelt i både Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer og i lovverket. Personlige, moralske holdninger og verdier er egenskaper som bidrar til å bygge det Travelbee omtaler som et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Helseforetakene har blant annet ansvar for opplæring av de ansatte, og å sørge for tilstrekkelig personale med nødvendig kunnskap. Tiltak kan være kursing, videreutdanning eller å fastsette standard kartleggingsverktøy som alle ansatte får opplæring i, slik som flere av de inkluderte artiklene indikerte effekten av.

Hvordan sykepleiere kan sikre god smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase på sykehus, avhenger ikke av én bestemt faktor. Det er et samspill av en rekke ulike forhold både hos pasienten, sykepleieren og helseforetakene. Faktorene henger ofte sammen, og kan ikke alltid skilles fra hverandre. God smertelindring er individuelt. I samarbeid med pasienten bør sykepleieren komme fram til hva som er god smertelindring for den enkelte og vurdere hva som er realistisk basert på sykdomsbildet og pasientens ønsker.

7.0 Referanseliste

- Alnajar, M. K., Darawad, M. W., Alshahwan, S. S., & Samarkandi, O. A. (2019). Knowledge and Attitudes Toward Cancer Pain Management Among Nurses at Oncology Units. *Journal of cancer education: The official journal of the American Association for Cancer Education*, 34(1), 186–193. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1285-5>
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2019). Svulster. S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 127–149). Gyldendal.
- Dahl, A. A. & Grov, E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri - forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal.
- Den norske legeforening. (2009, 03. april). *Retningslinjer for smertelindring*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Dequeker, S., Lancker, A. V. & Hecke, A. V. (2017). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Wiley Online Library*, 74(1), 160–171.
- Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 33, 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.005>
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.). (s. 372–386). Gyldendal.
- Helse Bergen. (2022, 21. desember). *ESAS symptomregistrering*. Palliasjon – verktøy for helsepersonell. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/esas-symptomregistrering#skjema>
- Helsebiblioteket (2016a, 3. juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsebiblioteket (2016b, 6. juni). *Søkeord*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>
- Helsebiblioteket (2016c, 7. juni). *Kildevalg*.

- <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kunnskapsbasert praksis: 4. Kritisk vurdering*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis: 4.1 Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt* (IS–2278). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-ved-livetsslutt/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf> /attachment/inline/64b02e2c-9ec9-4709-b6fa-a156a79e9baf:3828cd931ca7996c7220dd12f25bb1a4876dda58/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram: 4.2. Smerte*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>
- Helsedirektoratet. (2023, 6. januar). *Funksjonsstatus – performance status (PS)*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/lungekreft-mesoteliom-og-thymom-handlingsprogram/diagnostikk-og-utredning/funksjonsstatus--performance-status-ps>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (1999–07–02–64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Høgh, M., Jensen, N. & Pickering, A. P. (2015). *Smertebogen*. (1. utg.). Munksgaard.
- Ihler, M. E. & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaring med å bruke esas til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 2019;14(79585):e-79585.
[10.4220/Sykepleienf.2019.79585](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585)
- International association for the study of pain. (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. IASP.
<https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling - generelle prinsipper. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.). (s. 402–410). Gyldendal.

- Kang, D., Zhang, L., Jin, S., Wang, Y. & Guo, R. (2022). Effectiveness of palliative care simulation in newly hired oncology nurses' training. *Science direct*, 9 (3), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2021.11.004>
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.). (s. 387–401). Gyldendal.
- Kreftforeningen. (u.å. a.). *Kreft i Norge*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>
- Kreftforeningen. (u.å. b.). *Lindrende/palliativ behandling*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/#smerter-og-andre-fysiske-plager>
- Kreftforeningen. (2022, 13. desember.). *Hva er kreft?* <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftregisteret. (2023, 10. mai). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Lorentsen, V. B., Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. D. G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 2* (s. 397–436). Gyldendal.
- Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(9–10), 1643–1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.15232>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 12. februar). *T21.1.1 Smerter – definisjon*. Legemiddelhandboka. <https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter>
- Norsk palliativ forening. (2016). *Begreper med tilknytning til palliasjon*. <https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. (2019). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 169–185). Gyldendal.
- Oslo Universitetssykehus. (2021, 7. desember). *Smerte – et symptom, en sykdom og en diagnose*. <https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>
- Oslo Universitetssykehus. (u.å. a.). *ESAS – Edmonton Symptom Assessment System*. eHåndboken OUS. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/5441>
- Oslo Universitetssykehus. (u.å. b.). *Nrs (Numeric Rating Scale)*. eHåndboken OUS.

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999–07–02–63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Persson. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? En praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- Sandvik, R. K. N. M. & Rustøen, T. (2020). *Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling*. *Sykepleien* 2020;108(80601):e–80601.
[10.4220/Sykepleiens.2020.80601](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601)
- Søk og skriv. (2021, 28. februar). *Søketeknikker*.
<https://sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html>
- Rosland, J. H. & Tjølsen, A. (2016). Smertepatofysiologi. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.). (s. 328–341). Gyldendal.
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. (2. utg.). A. E. Overgaard & A. Schou, Overs.). Munksgaard Danmark. (Opprinnelig utgitt 1966).
- Utne, I., Småstuen, M. C., & Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of cancer education: The official journal of the American Association for Cancer Education*, 34(4), 677–684.
<https://doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Tabell 1: Søk i PubMed 9.2.23

	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger
S1	cancer pain		
S2	nurses		
S3	management		
S4	S1 AND S2 AND S3	140	siste 5 årene voksne : 19- 44 og 45-65

Valgt artikkel- *Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway.*

Utne, I., Småstuen, M. C., & Nyblin, U. (2019).

Tabell 2: Søk i PubMed 15.2.23

	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger
S1	nursing		
S2	pain management		
S3	cancer		
S4	pain experience		
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	79	siste 5 årene voksne : 19- 44 og 45-65
S6	pain		
S7	analgesia		
S8	terminal care		

S9	neoplasm		
S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	4	siste 5 årene voksne : 19- 44 og 45-65
S11	nurse		
S12	relationship		
S13	pain management		
S14	palliative care		
S15	patient		
S16	S11 AND S12 AND S13 AND S14 AND S15	6	siste 5 årene voksne : 19- 44 og 45-65

Valgte artikler-

Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., & Erdogan, B. (2018).

Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020).

Tabell 3: Søk i SveMed+ 19.1.23

	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger
S1	palliative treatment		
S2	cancer pain		
S3	S1 AND S2	3	2017- 2019

Valgt artikkel- *Sykepleieres erfaring med å bruke esas til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter.* Ihler, M. E. & Sæteren, B. (2019).

Tabell 4: Søk i PubMed 07/2-23

	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger
S1	cancer		
S2	pain management		
S3	palliative nurs*		
S4	nursing education		
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	52	år 2017-2023

Valgt artikkel- *Effectiveness of palliative care simulation in newly hired oncology nurses' training.* Kang, Zhang, Jin, Wang & Guo (2022).

Tabell 5: Søk i Cinahl 10/2-23

	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger
S1	cancer pain		
S2	cancer or Neoplasms		
S3	pain management		
S4	palliative care or Palliative Care		
S5	Nurses or Nurse´s Role or Nursing Staff, Hospital or nurs* role*		
S6	“Attitude of Health Personnel or Attitude		
S7	S1 OR 21		
S8	S5 OR S6		
S9	S3 AND S4 AND S7 AND S8	58	år 2017-2023

Valgt artikkel- *Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management.* Dequeker, Lancker & Hecke (2017).

Tabell 6: Søk i epistemonikos 19/1-23

	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger
S1	cancer		
S2	“pain relief”		
S3	“palliative care”		
S4	hospital		
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	8	last 5 years

Tabell 7: Søk i Cochrane Library 19/1-23

	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger
S1	cancer		
S2	oncology		
S3	“pain relief”		
S4	“palliative care”		
S5	hospital		
S6	S1 OR S2 AND S3 AND S4 AND S5	19	year 2017-2023 topics: cancer - palliative and supportive care - symptomatic relief

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Dequeker, S., Lancker, A. V. & Hecke, A. V. (2017).	Kartlegge om sykepleiere og pasienter vurderte smerter likt Pasientrelaterte barrierer til smertehåndtering	Tverrsnittstudie	351 pasienter over 18 år 247 dyader av sykepleiere	Moderat enighet mellom pasientene og sykepleierne for å vurdere smerteintensitet Høyere enighet ved bruk av skala og undervurdering av pasientens tro på smertebehandling Sykepleierne burde vurdere pasient-relaterte barrierer til smertelindring >50% av pasientene uttrykte vansker med å vurdere smerteintensitet	Belgia Styrke: stort utvalg med informanter Etisk godkjent Begrensning: responsraten for pasienter var 63% og 70,4% for sykepleiere
Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S., & Erdogan, B. (2018).	Utforske smerteopplevelser til pasienter med langtkommet kreftsykdom, og hvordan de håndterer smerte Syn på smertebehandlingsmetoder til sykepleiere fra pasientenes perspektiv	Kvalitativ, beskrivende design. Semi-strukturerte intervju	16 pasienter	Flertall ikke fornøyd med sykepleierens omsorg Smerteoppfatning og opplevelser Håndtering av smerte og strategier for dette Sykepleiernes tilnærming til smertebehandlingen	Tyrkia Styrke: Fagfellevurdert Etisk godkjent Begrensning: Lite utvalg Flest menn Et kreftsentor
Ihler, M. E. &	Utforske sykepleieres	Kvalitativt design	Seks sykepleiere	Nyttig verktøy	Norge

Sæteren, B. (2019)	erfaringer med å bruke ESAS hos palliative kreftpasienter på sykehus	Dybdeintervjuer	som arbeider med palliative kreftpasienter på sykehus >2 års erfaring og 50% stilling	Inngangsport for samtale med pasient om symptomer → bedre symptomlindring og livskvalitet Varierende bruk Må brukes rutinemessig	Styrke: Fagfelle vurdert Etisk godkjent Begrensing: Få informanter Flest med lang yrkeserfaring/relevant videreutdanning
Kang, D., Zhang, L., Jin, S., Wang, Y. & Guo, R. (2022).	Evaluere effekten av simulering i palliativ pleie hos nyansatte sykepleiere	kvasi-eksperimentell studie	109 nyansatte sykepleiere Kontrollgruppe: 59 stk Simuleringsgruppe 50 stk	Forbedring på flertall av punktene undersøkt etter simulering: - kunnskap og ferdighetsytelse om palliativ omsorg - kritisk tenking i palliativ omsorg - øke læringstilfredsheten	Kina Koronapandemien Styrke: Fagfelle vurdert Etisk godkjent Begrensing: 1 sykehus Ikke undersøkt integrering av kunnskap på lang sikt
Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020)	Utforske erfaringer og synspunkt hos sykepleiere som gir ikke-medikamentell behandling for kroniske smerter hos palliative pasienter.	Kvalitativ, beskrivende design “narrative” intervju	15 sykepleiere Minimum 2 års erfaring med palliativ pleie	Bygge og opprettholde en gunstig, terapeutisk relasjon Personsentrert sykepleie Inkludere familie/venner som ressurs Kartlegge barrierer Sykepleier-pasient relasjon er sentral for å oppnå en optimal	Zambia Styrke: Fagfelle vurdert Etisk godkjent Begrensing: Få informanter

				ikke- medikamentell smertelindring	
Utne, I., Småstuen, M. C., & Nyblin, U. (2019).	Undersøke kunnskap og holdninger til smerte og smertebehandli ng blant norske sykepleiere i kreftomsorgen Sammenheng mellom demografi og kunnskap	Tverrsnit tstudie med bruk av nettbasert spørreun dersøkelse	312 sykepleiere Norge	Norske sykepleiere har relativt god kunnskap om smerter og holdninger sammenlignet med andre land Størst forbedringspotensial: farmakologi og holdninger og smertebehandling kurs for sykepleiere	Norge Styrker: Fagelleverdert Begrensninger: Anonymisering Frivillig deltakelse Flest med videreutdanning

Vedlegg 3: Sjekkliste

8.1 Sjekkliste for tverrsnittstudie

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

(Helsebiblioteket, 2021).

8.2 Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

(Helsebiblioteket, 2021).

Ingen tung pust 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig tung pust

Ingen depresjon 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig depresjon
(*depresjon = å føle seg nedstemt*)

Ingen angst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig angst
(*angst = å føle seg urolig*)

Best tenkelig velvære 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig velvære
(*velvære = hvordan du tatt i betraktning*)

Ingen _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig
Annet problem (f.eks. forstoppelse)

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

Pasient

Pårørende

Helsepersonell

Pasient med hjelp fra

pårørende eller

helsepersonell

(Helse Bergen, 2022)

