



Høgskulen på Vestlandet

SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	112
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7958
----------------------	------

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:	21
Andre medlemmer i gruppen:	166

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

Smertelindring i møte med kreftpasienter

Kandidatnummer: 112 & 166

Bachelor i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato: 08.05.2024

Antall ord: 7958

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Bakgrunn:

I 2022 fikk 38.265 personer en kreftdiagnose i Norge, og det forventes en viss økning i antall krefttilfeller både i Norge og globalt. Smerter som følge av kreftsykdom er vanlig og det mest fryktede symptomet som er rapportert av kreftpasienter. Sykepleiere har en viktig rolle i veiledning, kartlegging og lindring av kreftsmarter. Innen sykepleierfaget er smerte et sentralt fenomen, og sykepleier vil møte pasienter med smerter i mange kliniske sammenhenger i helsesektorer.

Hensikt og Problemstilling:

Hensikten med oppgaven er å undersøke faktorer ved sykepleier og pasient som kan påvirke smertelindring. Oppgaven undersøker følgende problemstilling: *Hvilke faktorer kan påvirke smertelindringen hos sykehusinnlagte kreftpasienter?*

Metode:

I denne oppgaven har vi benyttet litteraturstudie som metode. Vi har gjort et strukturert litteratursøk etter vitenskapelige forskningsartikler og funnet sju relevante artikler for å besvare vår problemstilling. Både kvantitative og kvalitative artikler ble brukt for å drøfte oppgaven. I tillegg til forskningsartikler er det brukt pensumlitteratur og annen relevant litteratur til å presentere temaet og diskutere resultatene.

Resultater:

Våre funn viste at det er ulike faktorer som påvirker smertelindring hos kreftpasienter. Sykepleierens utdanningsnivå og erfaring, kunnskap om legemidler, frykt for bivirkning og avhengighet og manglende smertevurdering var sykepleierrelaterte faktorer som kan hindre effektiv smertelindring. Pasientrelaterte barrierer som kan påvirke smertelindring hos kreftpasienter var frykt for avhengighet og bivirkning, kultur, religion og tro.

Konklusjon:

Sykepleiers manglende kunnskap og erfaring innen kreftsmertebehandling var faktorer som hindrer smertelindringen, noe som kan forbedres med tilleggskurs og opplæring innen smertelindring og farmakologi. Sykepleiere bør kartlegge barrierene før oppstart av smertebehandlingen og informere og veilede pasienten ut ifra hvilke barrierer pasienten har. I tillegg bør sykepleiere ha kulturell kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter for å redusere barrierene til effektiv smertelindring.

Summary

Background:

In 2022, 38,265 people received a cancer diagnosis in Norway, and a certain increase in the number of cancer cases is expected both in Norway and globally. Pain because of cancer is common and the most feared symptom reported by cancer patients. Nurses have an important role in guiding, charting, and alleviating cancer pain. Within the nursing profession, pain is a central phenomenon, and nurses will encounter patients with pain in many clinical contexts in health sectors.

Purpose and issue:

The purpose of the assignment is to investigate factors in the nurse and patient that can affect pain relief. The assignment investigates the following issue: *Which factors can affect pain relief in hospitalized cancer patients?*

Method:

In this thesis, we have used literature study as a method. We have carried out a structured literature search for scientific research articles and found seven relevant articles to answer our problem. Both quantitative and qualitative articles were used to discuss the thesis. In addition to research articles, curriculum literature and other relevant literature have been used to present the topic and discuss the results.

Results:

Our findings showed that there are various factors that influence pain relief in cancer patients. The nurse's level of education and experience, knowledge of medicines, fear of side effects and addiction and lack of pain assessment were nurse-related factors that can prevent effective pain relief. Patient-related barriers that may affect pain relief in cancer patients were fear of addiction and side effects, culture, religion and faith.

Conclusion:

The nurses' lack of knowledge and experience in cancer pain management were factors that hinder pain relief, which can be improved with additional courses and training in pain relief and pharmacology. Nurses should map the barriers before starting the pain treatment and inform and guide the patient based on which barriers the patient has. In addition, nurses should have cultural competence and good communication skills to reduce the barriers to effective pain relief.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn	6
1.1.1 Kreftsmerter	7
1.1.2 Prinsipper for smertelindring	8
1.2 Joyce Travelbee sykepleieteori	9
1.3 Sykepleierens funksjon og ansvarsområde.....	10
1.4 Lovverk og etikk	11
1.5 Hensikt og problemformulering.....	12
2.0 Metode	14
2.1 Søkestrategi.....	14
2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
2.2 Valg av artikler	17
2.3 Kildekritikk.....	20
2.4 Metodediskusjon	20
2.5 Etske vurderinger	21
3.0 Analyse	22
4.0 Resultat.....	23
4.1 Sykepleierens kunnskap.....	23
4.1.1 Utdanningsnivå og erfaring	23
4.1.2 Kunnskap om legemidler	24
4.2 Sykepleierens holdninger.....	25
4.2.1 Frykt for bivirkning og avhengighet.....	25
4.2.2 Manglende smertevurdering.....	26
4.3 Pasientrelaterte barrierer	28
4.3.1 Pasientens frykt for avhengighet og bivirkning	28

4.3.2 Kultur, religion og tro.....	28
5.0 Diskusjon	30
5.1 Sykepleierens kunnskap.....	30
5.1.1 Utdanningsnivå og erfaring	30
5.1.2 Kunnskap om legemidler	31
5.2 Sykepleierens holdninger.....	33
5.2.1 Frykt for bivirkning og avhengighet.....	33
5.2.2 Manglende smertevurdering.....	34
5.3 Pasientrelaterte barrierer	36
5.3.1 Pasientens frykt for avhengighet og bivirkning.....	36
5.3.2 Kultur, religion og tro.....	38
6.0 Avslutning.....	40
7.0 Referanse.....	41
8.0 Vedlegg.....	46
8.1 Sjekklistor	46

1.0 Innledning

Basert på tall fra kreftforeningen i 2022 fikk 38.265 personer en kreftdiagnose i Norge, og generelt sett i Norge overlever 3 av 4 som får kreft (Kreftforeningen, 2023). Det forventes en viss økning i antall krefttilfeller, fordi populasjonen blir eldre og dermed økes antall eldre i befolkningen i Norge (Kreftregisteret, 2023). Dette er en global utfordring og det anslås at det vil oppstå 28,4 millioner nye krefttilfeller i 2040 på verdensbasis (Sung et al., 2021).

Smerte som følge av kreftsykdom er et av de vanligste symptomene og et alvorlig symptom rapportert av kreftpasienter (Snijders et al., 2023). Generelt sett er smerte et fryktet symptom for kreftpasienter (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 481). Vurdering og behandling av kreftsmarter har ikke hatt store fremskritt i de siste 50 årene, til tross for økt oppmerksomhet rundt fenomenet (Snijders et al., 2023). 70% av pasienter med langtkommet kreft angir at de har behandlingskrevende smerte, og rundt halvparten av personer med kreft rapporterer en generell opplevelse av smerte, samtidig opplever mange pasienter at de ikke får god nok smertelindring (Helsedirektoratet, 2019a; Grovs & Lorentsen, 2022, s. 481).

1.1 Bakgrunn

Over 75% av pasienter som får en kreftdiagnose, lever etter 5 år, og over 250 000 nordmenn lever med kreft eller har hatt kreft. Dermed møter ofte sykepleiere kreftpasienter i helsesektoren, og sykepleiere må ha kunnskap om hvordan kreft påvirker pasientens helhet (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 475). Innen sykepleierfaget er smerte et sentralt fenomen. Ifølge forskriften om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen § 2 står det at formålet med sykepleierutdanningen er å kvalifisere kandidater til å utøve sykepleie for blant annet å behandle sykdom og lindre lidelse (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 18; Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 2).

Utilstrekkelige smertelindring kan ha alvorlige konsekvenser for livskvalitet og funksjonsnivå hos kreftpasienter. Derfor har det stor betydning å på best mulig måte redusere forekomsten av smerte i alle stadier av sykdomsprosessen. Utviklingen på nye behandlingsmetoder innen onkologi, legemidler og justerte retningslinjer for smertebehandling har til en viss grad redusert forekomsten av kreftsmerte og alvorlighetsgraden. Samtidig viser studien til Snijders et al. (2023) at 44,5% av kreftpasienter opplever smerte, noe som betyr at andelen fortsatt er høy. Dette indikerer behovet for kontinuerlig oppmerksomhet rundt håndtering av kreftsmerte.

I løpet av våre praksiser på sykehuset har vi sett mange pasienter med kreftdiagnoser, og vi opplevde at sykepleierne hadde varierende grad av kunnskap om kreftsmertebehandling. På bakgrunn av temaets aktualitet, tidligere forskning og våre opplevelser og erfaringer i praksis, ønsker vi å undersøke mulige faktorer som kan påvirke smertelindringen hos pasienter med kreft som er innlagt på sykehus.

1.1.1 Kreftsmerte

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (Torvik & Sandvik, 2021, s. 398). Definisjonen sier også at smerte er en personlig og svært sammensatt opplevelse med høy subjektivitet (Torvik & Sandvik, 2021, s. 398).

Begrepet kreftsmerte kan mistolkes som om det kun er én type smerte, men kreftpasienter har ofte ulike typer smerte samtidig, noe som krever forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling. Kreftsmerte kan være akutt, langvarig, arte seg som gjennombruddssmerter, være tumorrelaterte, skjelettmetastasesmerter, smerter etter antitumorbehandling og andre typer smerter eller plager som kan oppstå som følge av kreftsykdommen. Emosjonelt stress ved kreftsykdom kan belaste både pasienten og deres pårørende, noe som også kan gi reelle psykiske smerter (Grov & Lorentsen, 2022, s. 481-

482).

Det er helt avgjørende at sykepleier bruker en systematisk kartlegging for å avdekke omfang og karakteristika ved smerte (Groven & Lorentsen, 2022, s. 481-482). Det er vanlig å bruke Visuell Analog Skala (VAS-skala) for kartlegging av kreftsmarter, men kreft gir ofte flere symptomer samtidig og kan forsterke smerteopplevelsen. Det er hensiktsmessig at sykepleier i tillegg til VAS-skalaen også bruker Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) kartleggingskjema som dekker flere symptomer (Groven & Lorentsen, 2022, s. 482-488).

1.1.2 Prinsipper for smertelindring

Smerte er et sentralt fenomen i sykepleie, og det er nødvendig at sykepleier har en helhetlig tilnærming til pasientens smerte. Sykepleiere har en grunnleggende funksjon når det gjelder å ta ansvar, kartlegge og vurdere smerte, ta beslutninger, administrere medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak og evaluere tiltakenes effekt. Sykepleierens ansvar omfatter også det relasjonelle forholdet til pasienten, noe som innebærer at sykepleier bør ha kunnskap om omsorgsrelasjon for å kunne skape tillit hos pasienter med smerte (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 18-25; Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438). Smertebehandling kan ikke alltid gi smertefrihet, men med riktig smertebehandling kan pasienter oppnå god lindring og føle at de har kontroll over smerten. Målet med tilfredsstillende smertelindring er at pasientene får hvile, får bedre appetitt og økt livskvalitet (Norsk Helseinformatikk, u.å.). På den måten blir pasientens psykiske og fysiske grunnleggende behov ivaretatt, noe som er en sentral del av sykepleierens ansvarsområde (Bjørk et al., 2021, s. 18).

Medikamentell smertelindring for kreftpasienter har et eget smertelindringsregime og skal følge Verdens Helseorganisasjons smertetrapp. Hvert trinn representerer forslag til tiltak og medikamentell smertelindring. Ved kreftrelaterte smerter er bruk av legemidler nødvendig. En kombinasjonsbehandling som bruk av paracetamol og NSAID-preparater sammen med

opioider reduserer opioidforbruket. Opioider sammen med ikke-opioide analgetika kan gi en tilfredsstillende smertelindring hos 85-90% av kreftpasienter. Et viktig prinsipp i smertebehandlingen er at legemidler gis profylaktisk (Groven & Lorentsen, 2022, s. 490-493).

For å unngå tap av effekten over tid ved opioidbruk, er det avgjørende å ha riktig dosering, men ofte fører opioider til plagsomme bivirkninger som begrenser netto nyttevirkning av medikamentene. En annen utfordring er toleranseutvikling, som kan føre til at opioiddosen må økes for å oppnå adekvat smertelindring (Borchgrevink, 2017, s. 85). For gjennombruddssmerter kan det administreres opioider med raskere innsettende effekt. For å minimere muligheten for respirasjonsstans som er en fryktet bivirkning av opiat, er det nødvendig med titrert dosering og årvåken effekt- og bivirkningsevaluering. Frykt for respirasjonsdepresjon bør samtidig ikke hindre en god nok smertebehandling for pasienten (Borchgrevink, 2017, s. 85).

1.2 Joyce Travelbee sykepleieteori

Vi har valgt å inkludere Joyce Travelbees sykepleieteori som omhandler det relasjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient. Travelbee legger vekt på at kartleggingen av smerter hos pasienter forutsetter en trygg relasjon mellom pasient og sykepleier der «rollene» viskes bort. Det handler om at man møter og ser hver pasient som et individ (i motsetning til pasientrollen), noe Travelbee referer til som menneske-til-menneske-forhold. Hver gang en sykepleier kontakter eller kommuniserer verbalt eller nonverbalt med pasient dannes det felles erfaringer og opplevelser. Denne teorien kan bli brukt som et virkemiddel for å oppfylle sykepleierens hensikt og mål, nemlig å hjelpe og ivareta pasientens behov (Travelbee, 1999, s. 171-177).

Travelbee beskriver forskjellige reaksjoner på lidelse og ulike grader av lidelse som sykepleieren kan observere hos pasienten (Kristoffersen & Breivne, 2021, s. 49-50).

Travelbee (1999) hevder det er mange faktorer som påvirker individuelle reaksjoner ved

smerte, for eksempel faktorer som smertens varighet, intensitet, årsak og lindringsgrad ved hjelp av ulike legemidler (s. 113-115). Videre mener Travelbee at smerteopplevelse for hvert enkelt menneske er unikt og at pasienten vil reagere på smerte på sin egen unike måte. Det vil si at sykepleier må godta pasienters egne subjektive oppfatning av smerten selv om den har fysiologisk grunnlag eller ikke (Travelbee, 1999, s. 113-115).

1.3 Sykepleierens funksjon og ansvarsområde

Sykepleiens kartleggende, lindrende og veiledende funksjon er forutsetningen for god smertelindring hos kreftpasienter.

Sykepleieres kartleggende funksjon

I sykepleieprosessen utgjør kartlegging og datasamling fundamentet for problemløsningen og det er svært avgjørende for behandlingsresultatet (Skaug, 2021, s. 54). En tilfredsstillende smertelindring krever vurdering og kartlegging av smerte og informasjon av smertens intensitet, varighet og lokalisasjon. Dette er et sykepleieansvar å gjennomføre en systematisk vurdering og registrering av smerte, administrere forordnet medisiner og evaluere virkning og eventuelle bivirkninger. Det er også viktig at sykepleieren har evnen til kliniske vurderinger av pasienten. Dette innebærer å sette sammen vage eller tydelige tegn som pasienten sender ut, i tillegg til vurdering av fysiologiske tegn ved smerte. For å ha en valid og systematisk kartlegging er det viktig at sykepleier bruker skalaer eller smertevurderingsskjemaer, noe som vil hjelpe til individuell omsorg, og øker muligheten for effektiv og god smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438-455).

Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleierens lindrende funksjon har en viktig rolle i forhold til pasientens opplevelse av trygghet og velvære ved livstruende sykdommer. Lindring har som mål å begrense eller redusere pasientens problemer og plager som følger av sykdommen. Når smerter oppstår

ved sykdommen, kan den kanskje ikke elimineres helt, men kan lindres ved hjelp av medikamentell- og ikke-medikamentell behandling. Et eksempel på ikke-medikamentell behandling kan være å sørge for at pasienten opplever å bli møtt og lyttet til, et godt sengeleie, distraksjoner i form av pusteøvelser, musikk og massasje (Kristoffersen et al., 2021, s. 20-21; Danielsen & Berntzen, 2022, s. 448).

Sykepleierens veiledende funksjon

En person som er rammet av sykdom befinner seg i et nytt og ukjent miljø, og kommer i en avhengig posisjon. Sykepleier med sin pedagogiske funksjon har ansvar for å møte pasientens behov for kunnskap, styrke pasientens ressurser og hjelpe pasienten til å ivareta egen helse. Dette innebærer at sykepleier tar initiativet til å gi pasienten veiledning, undervisning og informasjon (Kristoffersen, 2021b, s. 267-268). I pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 står det at pasienten har rett til informasjon og denne skal tilpasses til den enkelte (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Et eksempel på dette er når sykepleien gir informasjon og veiledning om kreft smerter, kan dette redusere pasientens usikkerhet og misforståelser, og øker pasientens innsikt om at smerter ikke er et tegn til forverring av sykdommen, og at smerter ikke skal antas som en naturlig del av det å være syk (Grov & Lorentsen, 2022, s. 490).

1.4 Lovverk og etikk

Etikk handler om hva som bør og ikke bør gjøres, mens lov omfatter det som skal eller ikke skal gjøres. Sykepleier skal ta vare på pasientens integritet og verdighet, og i dette er pasientens rett til faglig forsvarlig, omsorgsfull hjelp og å være medbestemmende inkludert (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 141-143).

Sykepleier bør ha et etisk perspektiv på smerte, siden smerte er en personlig opplevelse. Dette betyr at sykepleier må lytte, se personen som troverdig og ta hensyn til pasientens

formidling av smerte. Sykepleieren har valget mellom å tvile på eller å ha tillit til pasientens opplevelse, og en slik holdning har stor betydning og er avgjørende for pasientens smertebehandling (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 32; Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438).

Helsepersonelloven (1999) § 4 sier at «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). Punkt 1.1 i de yrkesetiske retningslinjene sier at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse» (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Både Helsepersonelloven (1999), samt de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2023) pålegger sykepleieren å gi kunnskapsbasert og omsorgsfull sykepleie (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Yrkesetiske retningslinjer vektlegger at sykepleiere har ansvar for å holde seg oppdatert på aktuell kunnskapsområder og bruke dem i praksis (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 140-141).

I tillegg står det i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at «pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dermed har sykepleier et etisk, faglig og personlig ansvar for å sette seg i retningslinjer, forskrifter og lover som regulerer en god tjeneste (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 140-141).

1.5 Hensikt og problemformulering

Hensikten med oppgaven er å utforske og belyse faktorer som kan påvirke smertelindring hos kreftsyke pasienter som er innlagt på sykehus. Mer spesifikt tar oppgaven sikte på å undersøke faktorer ved sykepleier og pasient som kan påvirke smertelindring. Vi ønsker å besvare følgende problemstilling: *Hvilke faktorer kan påvirke smertelindringen hos sykehusinnlagte kreftpasienter?*

Begrepene smertelindring og smertebehandling ble brukt om hverandre i litteraturen, og har derfor blitt anvendt på samme måte i oppgaven.

2.0 Metode

Ifølge Dalland (2017) er metode et redskap i møte med noe vi vil undersøke. Det er en systematisk fremgangsmåte som brukes for å finne relevant kunnskap til å besvare problemstillingen, noe som blant annet kommer frem til ny faglig forståelse og etterprøver kunnskap som allerede foreligger (s. 51-52). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter som vil si eksakt faktakunnskap, mens kvalitativ metode tar sikte på å fange opp deltakernes meninger, holdninger og opplevelser, som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52).

Vi har benyttet oss av litteraturstudium som metode for å belyse vår problemstilling. En litteraturstudie har som formål å systematisere kunnskap fra ulike skriftlige kilder og til slutt sammenfatte alt. Den gir leserne en god og oppdatert forståelse av allerede eksisterende kunnskap knyttet til det temaet problemstillingen etterspør (Thidemann, 2017, s. 79). Resultatene fra utvalgt litteratur skal ses i lys av problemstillingen og anvendes i diskusjonsdelen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). For å få til en god litteraturstudie bør oppgaven inneholde ulike studier av god kvalitet som bidrar til god drøfting og konklusjon. Dermed var vi åpne for å inkludere både kvalitative og kvantitative forskningsstudier. Denne metoden kunne gi oss best mulig data for å belyse ulike aspekter i temaet for å svare på problemstillingen.

2.1 Søkestrategi

For å utvikle en litterær oppgave er det viktig å ha en god søkestrategi. Dette innebærer å søke etter litteratur på en effektiv måte ved bruk av søkeord i ulike kombinasjoner og i ulike databaser (Thidemann, 2017, s. 87). For å komme frem til aktuelle søkeord har vi tatt utgangspunkt i problemstillingen. PICO-skjema er benyttet som et verktøy for å strukturere søkene (Helsebiblioteket, 2021). Se tabell 1 for PICO-skjema.

Tabell 1. PICO-skjema

P: Population/problemområde	Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?	Kreftpasienter «cancer patient»
I: (Phenomenon of) Interest	Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om?	Smertelindring «pain management»
Co: Context	Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om?	Sykepleie «nursing»

For å finne relevante vitenskapelige artikler gjennomførte vi et innledende søk i Google scholar, sykepleieforskning.no og Oria. Deretter søkte vi systematisk i de anerkjente databasene Cinahl, PubMed og Medline som er rettet mot helsefaglige litteratur og sykepleie og er fagfelleverdert (Thidemann, 2017, s. 85). Fagfelleverdert forskning betyr at vitenskapelige artiklene er vurdert, kvalitetssjekket og godkjent av eksperter innenfor fagfeltet før artiklene publiseres (Kildekompasset, u.å.).

Det er stort sett søkt med engelske søkeord og fagterminologi. Søkeordene cancer, neoplasm, pain, pain management, pain relief, cancer pain, nursing role og nursing er brukt i ulike kombinasjoner med OR og AND. Vi har også gjennomført manuelle søk som ofte kalles «håndsök». Manuelt søk kan gjøres ved å lese referanselisten på en artikkel, og velge ut artikler fra det man leser og eventuelt benytte i litteraturen dersom den er aktuelt (Thidemann, 2017, s. 83). Se tabell 2 for oversikt over søk.

Tabell 2. Oversikt over søk

Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Valgte artikler
05.02.24	Cinahl	“Pain” OR “Pain management” AND	Publikasjons år: 2014-2024 Akademisk	246	Utne et al., 2018 Makhlouf et al., 2020

		“Neoplams” OR “Neoplasms+” AND «Nurs*»	Journal		
05.02.24	Cinahl	“Pain management” AND “Neoplasms+” AND “Nurs*”	Publikasjons år: 2014-2024 Akademisk Journal	112	Bouya et al., 2019 Alnajjar et al., 2019
10.02.24	Håndsök				Orujlo et al., 2022
16.02.24	Håndsök				Alsaiani et al., 2024
26.02.24	Håndsök				Saifan et al., 2019

2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er benyttet for å finne aktuell, relevant og kvalitetsgyldig forskning. Dette er også viktig for å håndtere mengden av resultater (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 89). Disse kriteriene omfatter blant annet fagfelleurdert artikler, artikler publisert de siste 10 årene og voksne pasienter med kreftsykdom. Se tabell 2 for oversikt over inklusjon og eksklusjonskriterier.

Tabell 3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tidsavgrensning	Publisert mellom 2014 og 2024	Eldre enn 10 år
Tilgjengelighet	Fulltekst	Bare sammendrag
Språk	Norsk og engelsk	Andre språk
Populasjon	Pasienter med kreftsykdom generelt	Pasientgrupper med kognitiv svikt, rus avhengighet, type kreft og i palliasjon fase

Studiedesign	Fagfellevurdert forskning	Fagartikler
Alder	Voksne (>18 år)	Barn og ungdom (<18 år)
Type smerter	Kreftsmertner	Smerter relatert til ikke-malign sykdom

2.2 Valg av artikler

Ved utvelgelse av artikler har vi startet først å lese overskriften for å se om disse var relevante for problemstillingen, og de fleste artikler ble ekskludert. Videre leste vi over sammendrag i de artiklene som ikke ble forkastet basert på tittel, for å vite noe om innholdet. Flere artikler ble ekskludert. Artiklene som virket relevante til temaet basert på sammendrag, ble videre gjennomlest i sin helhet. Etterpå tok vi en avgjørelse på om artiklene inneholdt nyttig informasjon for oppgaven og kunne inkluderes. Til slutt inkluderte vi sju studier. Siden lindring av kreftsmertner er en internasjonal utfordring, valgte vi å bruke ulike type studier utført i ulike land, for å identifisere faktorer og drøfte dem fra ulike sider. Se tabell 4 for oversikt over inkluderte artikler.

Tabell 4. Oversikt over inkluderte artikler

Tittel/forfatter	Metode	Hensikt/kontekst	Hovedresultater
Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway (Utne et al., 2018)	Tverrsnittsstudie/kvantitativ studie. En nettbasert undersøkelse, hvor 312 sykepleiere av 19 fylker i Norge fylte ut spørreskjemaet «Sykepleiernes kunnskaps- og holdningsundersøkelse vedrørende smerte (NKAS)». Onkologiske sykepleiere utgjorde mer	Hensikten var å kartlegge kunnskap om, og holdninger til smerte- og smertebehandling blant en gruppe norske sykepleiere i kreftomsorgen, og å undersøke om det er noen sammenheng	Studiets funn tydet på: - Positiv relasjon mellom sykepleierens utdanningsnivå og erfaring, og kunnskap- og ferdighetskompetanse innen smertemestring, - Manglende kunnskap om effekt og bivirkninger om legemidler og opioidavhengighet

	enn 80 % av utvalget.	mellom ulike demografiske variabler og kunnskapsnivå	
Managing Pain in People with Cancer—a Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public (Makhlouf et al., 2020)	<p>En systematisk litteraturstudie.</p> <p>De foretrukne rapporteringselementene for systematiske oversikter og metaanalyse (PRISMA)-uttalelse har blitt brukt som en retningslinje for rapportering av funnene i denne systematiske oversikten.</p> <p>Totalt 36 studier ble inkludert.</p>	<p>De 36 inkluderte studiene i denne oversikten brukte et tverrsnittsdesign, ved bruk av ulike spørreskjemaer, for å vurdere kunnskap om og holdninger til CPM. Studiene var basert i 18 land.</p>	<p>Hovedfunnet var at det blant fagpersoner og pasienter var lignende holdningsbarrierer for effektiv CPM. De mest omtalte barrierene var frykt for rusavhengighet, toleranse for medisiner og bivirkninger av opioider. De viktigste barrierene hos helsepersonell var dårlig vurdering av smerte og håndtering av dem, pasientens motvilje mot å ta opioider og utilstrekkelig personalkunnskap om CPM.</p>
Nurses' Knowledge, Perceived Barriers and Practices Regarding Cancer Pain Management: A Scoping Review (Alsaiani et al., 2024)	<p>Scoping review/beskrivende litteraturoversikt.</p> <p>Metoden ble utviklet i en fire-trinns prosess for å identifisere relevant litteratur fra 2018 til 2023.</p> <p>Til sammen 20 studier ble inkludert i studien.</p> <p>Inkluderte studier er publisert i en nasjonal, internasjonal og fagfelleverdert publikasjon. De utvalgte studiene fokuserte spesifikt på kreftpasienter.</p>	<p>Studien tar sikte på å undersøke sykepleiernes kunnskapsnivå og praksis innen kreftsmertebehandling og identifisere barrierene de møter når de tar seg av pasienter med kreft.</p>	<p>Resultatene viste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sammenhengen mellom sykepleieres manglende forståelse av kreftsmertebehandling og variabler som utdanningsnivå, års erfaring innen onkologi og opplæring spesifikt relatert til kreftsmarter. - Sykepleiere hadde kunnskapshull i farmakologi og opioidbruk, samt opioidavhengighet. - Frykt knyttet til opiatere var barriere for effektiv smertebehandling blant pasienter.
Cancer Pain	Systematisk	Studien har som	Funnene viste at sykepleiere

Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: a Systematic Review (Bouya et al., 2019)	oversikt/litteraturstudie. Metoden som er tatt i bruk er utviklet i samsvar med Cochrane Handbook for Systematic Review og rapportert ved bruk av Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)-verktøyet. Til sammen 12 utvalgte studier fra 14 land ble undersøkt. Metoden som ble brukt til datainnsamling var selvrapporing i form av blant annet spørreskjema eller meningsmåling	formål å undersøke/evaluere onkologisk sykepleiers kunnskap og holdninger, relaterte faktorer ved kreftrelatert smertebehandling (CPM), og kliniske anbefalinger for å forbedre kunnskap og holdninger.	hadde generell dårlig kunnskap om smerte og en moderat holdning til kreftsmertebehandling. De viktige faktorene knyttet til sykepleiernes kunnskap om CPM inkluderte tidligere smerterelaterte utdanningsprogrammer og det å ha arbeidserfaring med kreftpasienter. Den viktigste barrieren for kreftsmertebehandling var sykepleierens manglende kunnskap om smerte.
Knowledge and Attitudes Toward Cancer Pain Management Among Nurses at Oncology Units (Alnajar et al., 2019)	En beskrivende kvantitativstudie ble brukt til å samle inn data fra 135 sykepleiere som jobbet ved fire onkologiske enheter ved å bruke kunnskaps- og holdningsundersøkelse om smerte (KAS) som opprinnelig ble utviklet av Ferrell og McCaffery (1987), og oppdatert med nyere PM-retningslinjer.	Denne studien hadde som mål å evaluere kunnskapen og holdningene til CPM blant jordanske sykepleiere som jobber ved onkologiske enheter.	Resultatene viste at sykepleierne hadde rimelig kunnskap og holdning til CPM. De hadde manglende farmakologisk kunnskap og hadde negative holdninger til opioidavhengighet og smertevurdering. Tidligere utdanningsprogram hadde signifikant effekt på sykepleiers kunnskap og holdninger.
Exploring factors among healthcare professionals that inhibit effective pain	Beskrivende korrelasjonsstudie. Et deskriptivt korrelasjonsdesign ble brukt for å besvare forskningsspørsmålene til	Målet med denne studien var å undersøke forskjeller i barrierene for god kreftsmertebehandli	Funnene indikerte at kunnskapsunderskudd, holdningshindringer for effektiv kreftsmertebehandling, inkludert smertevurdering,

management in cancer patients (Saifan et al., 2019)	dette studie. En gruppe på 473 deltakere fullførte studiens spørreskjemaer Barriers Questionnaire – II (BQ-II) and Nurses' Kunnskaps- og holdningsundersøkelse (NKAS).	ng mellom leger, sykepleiere og farmasøyter i Jordan.	frykt knyttet til smertestillende bruk, frykt knyttet til opioidbivirkninger, dårlig kommunikasjon, kulturelle overbevisninger og var de tydeligst identifiserte barrierene for kreftsmertebehandling.
Barriers to cancer pain management from the perspective of patients: A qualitative study (Orujlo et al., 2022)	Denne kvalitative beskrivende studien ble utført på 14 personer med kreft. Data ble samlet inn ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer og analysert med Graneheim og Lundmans innholdsanalysemetode.	Målet med denne studien var å utforske barrierene for effektiv smertebehandling hos pasienter med kreft i Iran.	Funn viste blant annet at aksept og toleranse for guddommelig smerte og negative holdninger til effektiviteten av smertestillende midler er viktige barrierer for effektiv kreftsmertebehandling.

2.3 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2017) er det første steget i kildekritikk å sjekke ut om opphavet til kilden er troverdig og opplysningene sanne. Videre hevdes det at all den inkluderte informasjonen må vurderes, både når det gjelder kvalitet, og hvor relevant den er til problemstillingen (s. 152 & 158). Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien (Helsebiblioteket, 2018). Med utgangspunkt i dette har vi gått nøye igjennom artiklene for å sikre at de er publisert i troverdige tidsskrifter, og at de er relevante for oppgaven. Vi sjekket om artiklene hadde IMRaD-struktur og at de var fagfellevurdert. For kritisk vurdering av artikler har vi brukt helsebibliotekets sjekklister. Alle inkluderte artiklene ble vurdert til å være gode. Se vedlegg 1 for eksempler på utfylte sjekklister.

2.4 Metodediskusjon

De fleste utvalgte forskningsartiklene er skrevet på engelsk, og dårlige engelske språkkunnskaper kan føre til misforståelse av artikkelens innhold som kan påvirke resultatet i litteraturstudien. For å unngå feilaktig vurdering av artiklene har vi brukt Google translate som hjelpemiddel til å oversette innholdet. En annen svakhet er at informantene i de fleste studiene er onkologiske sykepleiere, og dermed ikke er representativt for alle sykepleiere som jobber i kreftomsorgen. Likevel kan artiklene gi nyttig informasjon om smertelindring til kreftpasienter. I tillegg er det kun artikler med engelsk som publikasjonsspråk som er inkludert. Artikler publisert med andre språk kunne gi andre vinkler i temaet. Samtidig har vi funnet gode artikler som svarer på problemstillingen.

Styrken ved oppgaven er at systematiske oversikter er inkludert. Dette kan bidra til et bredere og mer internasjonalt perspektiv. Videre ble en studie gjennomført i Norge inkludert, denne studien kan bidra til et nasjonalt perspektiv. Oppgaven er basert på både kvantitative og kvalitative studier. Kombinasjon av forskningsartikler med ulike metoder kan supplere hverandres svakheter og gir et flersidig perspektiv i temaet og større kunnskap (Nielsen et al., 2023, s. 255-256).

2.5 Etiske vurderinger

Forskningsetikk handler om etikken om vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier, som omfatter alle sider ved forskningen. Forskningsetikk innebærer også å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført unødvendig belastning eller skade. Forskningens mål om å finne ny kunnskap skal ikke skje på bekostninger av deltakernes integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer. Disse retningslinjene har ulike forpliktelser blant annet hensyn til personer, grupper og institusjoner (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Inkluderte artikler i oppgaven var godkjente av etiske komiteer. Deltakerne i studiene var anonymisert og hadde gitt samtykke til undersøkelsene.

3.0 Analyse

Analysen av forskningsartiklene er blitt utført i henhold til Fribergs 4-trinn analysemodell (Friberg, 2022, s. 193-197). Vi har lest de utvalgte artiklene flere ganger for å forstå innholdet og sammenhengen og få oversikt over forskningsartiklene. Deretter ble det utført en datareduksjon av artiklens resultater. Det vil si at vi har tatt med dataene som var relevant til problemstillingen. Vi har lagt en oversiktstabell over de temaene som var gjennomgående i de inkluderte studiene, og tatt med de resultatene som var relevante for vårt tema og støttet opp vårt oppgaveformål. En oversiktstabell ble brukt som et hjelpemiddel for å se likheter og ulikheter i studiene og å strukturere materialet vi analyserte. Videre i analysen sammenlignet vi resultatene i de ulike artiklene med hverandre, og de underliggende felles temaene kom tydeligere fram. Til slutt laget vi en tabell hvor vi kategoriserte resultatene i hovedtemaer og undertemaer. Se tabell 5 for resultat av analyse.

Tabell 5. Resultat av analyse

Hovedtemaer	Undertemaer
Sykepleierens kunnskap	<ul style="list-style-type: none">• Utdanningsnivå og erfaring• Kunnskap om legemidler
Sykepleierens holdninger	<ul style="list-style-type: none">• Frykt for bivirkning og avhengighet• Manglende smertevurdering
Pasientrelaterte barrierer	<ul style="list-style-type: none">• Pasientens frykt for avhengighet og bivirkning• Kultur, religion og tro

4.0 Resultat

4.1 Sykepleierens kunnskap

I det følgende blir to faktorer om sykepleieres kunnskap knyttet til smertelindring presentert.

4.1.1 Utdanningsnivå og erfaring

Utne et al. (2019) undersøkte i sin studie kunnskapsnivået blant sykepleiere i kreftomsorgen i Norge. Sykepleierne hadde høye skår (75%) på NKAS spørreskjemaet, som er et verktøy for måling av kunnskap og holdninger relatert til smerter. Dette resultatet indikerte et relativt høyt kunnskapsnivå og gode holdninger. Videre viste studien at sykepleiere med tilleggsutdanning, for eksempel smertebehandlingskurs på minimum 10 studiepoeng skåret signifikant høyere på NKAS-skjemaet enn sykepleiere uten slik utdanning. Studiens resultater viste at utdanningsnivå og erfaring er assosiert med økt kunnskap- og ferdighetskompetanse i smertemestring.

Dette funnet ble støttet av Alsaiari et al. sin litteraturstudie (2024) som undersøkte sykepleierens kunnskapsnivå og praksis innen kreftsmertebehandling. Resultatene viste at sykepleieres kunnskap og holdninger om kreftsmertebehandling ble positivt påvirket av variabler som utdanningsnivå, antall års erfaring innen onkologi og opplæring spesifikt relatert til kreftmerter. Disse sykepleierne viste å ha høyere kunnskap om kreftsmertebehandling. I tillegg viste funnene at erfaring fra arbeid på en kreftavdeling og mer eksponering for et høyere antall kreftpasienter gav økt kunnskap på dette området.

Samtidig viste den samme studien at det var indikasjon på varierende kunnskapsnivå blant sykepleiere om kreftsmertebehandling. Funnene i studien viste manglende utdanning som en av de barrierene som bidro til manglende kreftsmertebehandling blant sykepleiere (Alsaiari et al., 2024).

Lignende resultater ble også funnet i Bouya et al. (2019) sin studie. Denne studien undersøkte sykepleierens kunnskap og holdninger i onkologiske avdelinger. Samlet sett indikerte resultatene at sykepleierne hadde gjennomsnittlig et dårlig eller moderat kunnskapsnivå og holdning om kreftsmertebehandling. Studien identifiserte sykepleierens manglende kunnskap om smerte som en barriere for kreftsmertebehandling. Det laveste kunnskapsnivået var 28,5 % og det høyeste 75 %. Funnene viste at tidligere smerterelaterte utdanningsprogrammer og arbeidserfaring med kreftpasienter var de viktigste faktorene som forbedrer sykepleierens kunnskap og holdning om kreftsmertebehandling.

Disse resultatene ble støttet av studien til Anajar et al. (2019) hvor sykepleierne med smerteopplæringskurs skåret signifikant høyere på spørreskjemaet enn sine kollegaer. Resultatene viste tilsvarende funn om signifikant høyere skår blant sykepleiere som jobbet i smerteteam enn de som ikke gjorde det.

Resultatene i Saifan et al. (2019) tydet på at helsepersonell som jobbet lengre i onkologisk praksis viste lavere holdningsbarrierer og høyere kunnskapsnivå knyttet til frykt for avhengighet og bivirkninger, kommunikasjon og kulturell tro.

4.1.2 Kunnskap om legemidler

Alnajar et al. (2019) tok i sin studie bruk beskrivende statistikk for å evaluere sykepleieres kunnskap og holdninger til kreftsmertebehandling. Resultatene tydet på at de mest korrekte besvarte spørsmålene handlet om doseendring av opioider i henhold til pasientens respons på smertelindring (81,5 %), ved å bruke en kombinasjon av forskjellige smertestillende legemidler for å få mer smertelindrende effekt. I denne studien klarte flertallet av sykepleierne (73 %) å identifisere morfin som det beste stoffet for å behandle kreftmerter. På den andre siden viste funnene at sykepleiere hadde kunnskapsmangel om farmakologi i kreftsmertebehandling. De fleste feilbesvarte spørsmålene omhandlet manglende kunnskap

om administrering av opioider for pasienter som hadde akutte alvorlige smerte, men samtidig så komfortable ut.

Studien til Saifan et al. (2019) viste også mangel på sykepleiekunnskap om legemidler, og behov for mer opplæring angående administrering, dosering og mulige bivirkninger av smertestillendemedler. Alsaiani et al. (2024) identifiserte i sin studie betydelige kunnskapshull knyttet til blant annet farmakologi og opioidbruk. Opioidrisiko for avhengighet, opioidindusert respirasjonsdepresjon, opioidtakseffekten og alternative smertebehandlingsmetoder var noe sykepleiere hadde manglende kunnskap om. Videre identifiserte studien underdosering av medikamenter og feil inntakstidspunkt som faktorer som påvirket kvaliteten på kreftsmertebehandling. Et annet funn i denne studien viste at strenge regler rundt bruk av opioider i helsevesenet skaper utfordringer for kreftsmertebehandling. Forskriftene gjorde det vanskelig for helsepersonell å administrere opioider tilstrekkelig og dette kunne føre til suboptimal smertelindring for kreftpasienter.

4.2 Sykepleierens holdninger

4.2.1 Frykt for bivirkning og avhengighet

Resultatene i studien til Utne et al. (2019) viste at spørsmålene som omhandlet effekt og bivirkninger av medisiner ble enten besvart feil eller ikke besvart av sykepleiere. Videre viste studien at sykepleierne hadde manglende kunnskap om opioidavhengighet og de overvurderte faren for at pasienter kunne utvikle respirasjonsdepresjon ved bruk av opioider.

En studie utført av Saifan et al. (2019) undersøkte faktorer som hemmer effektiv smertebehandling hos kreftpasienter blant fagpersoner (leger, farmasøyter og sykepleier). Funnene viste at frykt knyttet til smertemedikamentellavhengighet og opioidbivirkninger ble

funnet å være de kraftigste holdningsbarrierene. Sykepleiere viste det høyeste nivået av frykt angående bivirkning, avhengighet og toleranse. De største bekymringene knyttet til smertestillende bivirkninger var de som var knyttet til forvirring og døsighet. Frykt for bivirkninger, spesielt respirasjonsdepresjon, var en viktig faktor som påvirker tilstrekkelig kreftsmertebehandling fra sykepleiere.

I Alnajar et al. (2019) sin forskningsartikkel klarte to tredjedeler av sykepleiere å definere opioidavhengighet riktig. Til tross for dette hadde de negative holdninger til avhengighet. Sykepleiere trodde feilaktig på å oppmuntre pasienten til å tolerere smerten og utsette bruken av opioider, og de hadde manglende evne til å innse at avhengighet bare utvikler seg hos en svært lav prosentandel av pasientene.

Resultatene til Makhlouf et al. (2020) sin studie viste at det var en del misforståelse angående opioidavhengighet blant sykepleiere mellom ulike land, for eksempel flertallet av sykepleierne som svarte riktig på de relevante spørsmålene var fra Canada 51,3 % og USA 43,4 %, mens bare 14 % av spanske sykepleiere og 17,2 % av japanske sykepleiere svarte riktig.

4.2.2 Manglende smertevurdering

Alsaïari et al. (2024) sin studie viste at barrierer for smertebehandling av kreft kan tilskrives flere faktorer og er mangefasettete. En av de viktigste hindringene var dårlig smerteevaluering, hvor sykepleiere ofte ikke klarte å vurdere og dokumentere pasientens smertenivå nøyaktig. Studien påpekte følgelig at i enkelte land hadde sykepleiere gode rutiner rundt smerteevaluering.

99% av sykepleierne i studien til Utne et al. (2019) svarte at pasienten er den mest nøyaktige dommeren av pasientens smerteintensitet. Men mer enn en fjerdedel vurderte likevel

pasientens smerteintensitet forskjellig fra det pasienten uttrykker. Videre kommet det frem i studien at sykepleiere i større grad var villige til å gi tilstrekkelige doser smertestillende medisiner til pasienter som uttrykker smerte med grimasering enn til de som smiler.

Tilsvarende funn kom frem i Alnajar et al. (2019) hvor flertallet av sykepleierne (74,1 %) svarte riktig på at pasienten er den mest pålitelige personen til å bedømme alvorlighetsgraden av smertene. Til tross for at de fleste sykepleiere stolte på pasientens egenrapport om smertens alvorlighetsgrad, aksepterte bare 55 % av dem pasientens egen smertevurdering hvis de virket komfortable (smilte og snakket med andre), mens omtrent 69% av sykepleiere aksepterte pasientenes egen smertevurdering når de virket ukomfortable og så ut grimaserende og snudde seg i seng.

Barriers Questionnaire-II (BQII spørreskjemaet) ble tatt i bruk i Saifan et al. (2019) studie for å undersøke problematikk rundt smerterapportering. Undervurdering av pasientsmerte av klinikere var en av de mest bekymringsfulle funnene i denne studien. Det har kommet frem at de fleste sykepleiere (41%) hadde misoppfatning/mistillit om smerterapportering og ikke stolte på pasientens rapporter om smerte, spesielt når de administrerer smertestillende. I tillegg var det enighet blant sykepleiere angående forestillingen om at hvis pasienter snakker om smerte, antas de å være klagende.

Pasienter i Orujlo et al. (2022) beskrev helsepersonell som en mulig hindring for effektiv smertelindring. Pasientene uttalte at helsepersonell ikke vurderte smerte på riktig måte, og sykepleiere brukte ikke standardverktøy for smertevurdering. Funn fra studien viste at noen sykepleiere mente at kreft er lik smerte og er en del av kreft, og dermed ikke hjalp pasienter med å lindre smertene. Samlet sett rapporterte pasientene mangel på smertevurdering fra helsepersonell, rådgivning om smertetoleranse, og synet på at kreft er lik smerte som betydelige barrierer.

4.3 Pasientrelaterte barrierer

4.3.1 Pasientens frykt for avhengighet og bivirkning

Makhlouf et al. (2020) viste at den viktigste barrieren for effektiv kreftsmertebehandling var pasientens motvilje mot å ta opioider på grunn av frykt og bekymringer. Funnene viste at flertall av kreftpasienter hadde lave kunnskaper, dårlig forståelse eller negative holdninger på seks ulike områder: bruk av analgetika etter behov, toleranse, bivirkninger, avhengighet, distraksjon av leger og sykdomsprogresjon. For eksempel mer enn 50% av tyrkiske kreftpasienter nektet å motta sterke opioider, som morfin, og 36,8% av dem foretrakk ikke-opioid medisin for å håndtere kreftsmarter.

I studiet utført av Orujlo et al. (2022) nevnte kreftpasientene frykt for avhengighet av medisiner og ubehagelige bivirkninger av smertestillende midler som holdningsbarrierer for smertebehandling av kreft. I studien var pasienter bekymret for at medikamentell smertelindring ville føre til langvarig avhengighet, og at smertestillende medisiner spesielt opioider er farlige. Derfor unngikk de å bruke smertestillende medikamenter fram til smertene ble alvorlige og utholdelige. I tillegg ga pasienter uttrykk for ubehagelige bivirkninger av smertestillendemidler som obstipasjon, kvalme og redusert bevissthetsnivå. Derfor nektet de å ta smertestillende medisiner i frykt for disse bivirkninger (Orujlo et al., 2022).

4.3.2 Kultur, religion og tro

Orujlo et al. (2020) utforsket barrierer for smertebehandling sett fra krefttrammedes perspektiv. Resultatene viste at pasientens religiøse tro og aksept og toleranse for guddommelig smerte, var en av hovedbarrierene for effektiv smertebehandling av kreftpasienter. Religiøse overbevisninger som begrepet Guds vilje, og tolkninger av årsakssammenhengene til helseproblemer var fremtredende blant pasientene. Pasientene trodde at sykdom og smerte var Guds vilje, og at de derfor ikke kunne kontrollere det.

Pasientene aksepterte smerten som enten Guds visdom eller Guds straff, dermed tålte de smerten og gjennomførte ikke smertebehandling. Å ikke uttrykke smerte og tåle det på grunn av religiøse tro resulterte i mindre motivasjon til å følge medisinske råd. Resultatene viste at personer med kreft trodde at de ikke var i stand til å påvirke sykdommen sin på noen måte på grunn av fatalistiske oppfatninger.

Dette kom også fram i Saifan et al. (2019) at fatalistiske tro om kreftsmertesmerter er en mulig hindring til god kreftsmertelindring. Omtrent en av fire sykepleiere hadde troen på at smerte var en uunngåelig del av krefterfaringen, og at den ikke kunne lindres. Studien indikerte videre at sykepleiernes kommunikasjon og tolkning av pasientens smerteopplevelse blir påvirket av deres kulturelle holdninger og tro. Selv om kulturell tro var sterkere i sykepleiere enn andre fagpersoner, ble det funnet at denne faktoren var den svakeste faktoren som påvirker effektiv profesjonell smertebehandling.

5.0 Diskusjon

Med utgangspunkt i vår problemstilling «*Hvilke faktorer kan påvirke smertelindring hos sykehusinnlagte kreftpasienter?*» vil vi diskutere funnene fra de ulike presenterte forskningsartiklene og relevant litteratur.

5.1 Sykepleierens kunnskap

5.1.1 Utdanningsnivå og erfaring

Inkluderte studier indikerte at sykepleierens utdanningsnivå, antall års erfaring og eventuelle smerteopplæringskurs hadde signifikant effekt på sykepleierens kunnskap og holdninger innen kreftsmertelindring. Funnene i studier viste manglende kunnskap og erfaring som de viktigste barrierene som bidro til manglende kreftsmertebehandling blant sykepleierne (Utne et al., 2019; Alsaiani et al., 2024; Bouya et al., 2019; Anajar et al., 2019; Saifan et al., 2019).

I yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3 står det at sykepleier bør utvikle seg innen fagområdet og anvende det i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2023). Basert på denne litteraturstudiens resultater hadde sykepleiere med tilleggsutdanning, smerteopplæringskurs og erfaring, høyere kunnskap om kreftsmertebehandling enn sine kollegaer. Disse resultatene blir støttet av Kang og Seo (2022) som fant at høyere kunnskapsnivåer av kreftsmertebehandling ble funnet hos sykepleiere med mer erfaring og høyere utdanning innen kreftsmertebehandling. I tillegg viste sykepleiere med arbeidserfaring på onkologisk avdeling høyere kunnskap om kreftsmertebehandling enn de som ikke hadde denne erfaringen (Kang & Seo, 2022). Dette indikerer viktigheten av at sykepleiere som jobber i sykehus oppdaterer seg innen smertebehandling. Den norske legeforeningen (2009) mener også at det er et viktig grunnlag for smertelindring at behandlerne har tilstrekkelig kunnskap om smertelindring, og at behandlernes holdninger til og ferdigheter i smertebehandling også er vesentlig (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 443; Den norske legeforeningen, 2009). Dette støttes videre av

helsedirektoratet som sier at sykepleiere som gir pleie og behandling til kreftpasienter skal forstå, ha erfaringskunnskap og handlingskompetanse i forhold til blant annet kreftsmarter og ulike behandlingsformer for kreft (Helsedirektoratet, 2019b).

Utvikling av sykepleiekompetanse er avhengig av omfattende og variert klinisk erfaring og å tilegne seg relevant teoretisk kunnskap (Kristoffersen, 2021a, s. 211). Studien utført av Munter et al. (2023) bekrefter dette og vektlegger at sykepleierens avanserte ferdigheter og kliniske kunnskaper er avgjørende for kreftsmertebehandling. Helsepersonelloven kapittel 2, § 4 stiller tydelige krav om faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999, § 4); samt Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 punkt d. sier at det er arbeidsgivers ansvar å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1).

En forutsetning for sykepleiere er å ha klinisk kunnskap. Blant annet må sykepleier ha kjennskap til sykdommens særtrekk og tegnene som er typisk for den enkelte sykdommen. Et eksempel kan være at smerte er et gjennomgående problem for en kreftpasient med skjelettmetastase (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 4). Ifølge Grov & Lorentsen (2022) kan utilstrekkelig kunnskap hos helsepersonell hindre god smertelindring. Dessuten kan dette være forklaring på hvorfor noen pasienter får for dårlig smertebehandling (s. 490). Dette viser viktigheten av at både sykepleier og helsetjenesten følger opp sitt ansvar i å sikre nødvendig fagkompetanse i arbeidet med smertelindring hos pasienter med kreft.

5.1.2 Kunnskap om legemidler

Resultater tydet på at sykepleiere hadde manglende kunnskap om farmakologi og opioidbruk i kreftsmertebehandling. Sykepleierne hadde betydelig kunnskapsmangel knyttet til flere områder som underdosering av legemidler, opioidadministrering og mulige bivirkninger av smertestillendemidler som opioidrisiko for avhengighet og opioidindusert respirasjonsdepresjon (Alnajjar et al., 2019; Saifan et al., 2019; Alsaiani et al., 2024).

Sykepleier har en viktig assisterende funksjon til å gjennomføre medisinske utredninger og behandlinger etter legens forordning, og har stort ansvar i vurdering av behandlingseffekten (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8). Mellom 40% til 70% feil i legemiddelbehandling i spesialisthelsetjenesten oppstår ved utlevering av legemidler, og ofte får pasienter legemidler i feil styrke eller dose, og årsaken kan blant annet være at helsepersonell har manglende opplæring og rutiner i legemiddelhåndtering (Nordeng, 2018, s. 34-35). Sykepleierens kunnskap innen legemiddeladministrering har stor påvirkning på smertebehandling, for eksempel kunnskap om justering av smertestillende doser. Sykepleieren skal fokusere mest på den smertestillende effekten av legemidlet heller enn mengden av dosen, det vil si at pasienter som har brukt opioider i lang tid, har behov for høyere doser enn pasienter som aldri har brukt opioider på grunn av toleranseutvikling (Grov & Lorentsen, 2022, s. 493).

Det fremkommer i Saifan et al. (2019) at sykepleierens manglende kunnskap om legemidler kan ha påvirkning på pasientens kunnskap om farmakologiske smertelindringsmetoder. Dette kom videre frem i studien til Orujlo et al. (2019) at pasienter mente at de ikke klarte å kontrollere smerten effektivt og ga uttrykk for sin manglende evne til å redusere smerten med hjelp av medisin. Pasientene i denne studien rapporterte også at de ikke fikk noen relatert opplæring eller informasjon fra sykepleier eller leger i forhold til medikamentbruk (Orujlo et al., 2019).

Resultatene i Ayoub et al., (2020) understøttet funnene våre og viste at sykepleierne hadde manglende kunnskap om farmakologi, opioidadministrering, dosering og toksisitet. Og videre, at helsepersonell som håndterte opioidanalgetika hadde signifikant høyere gjennomsnittlig kunnskapsskår enn de som ikke gjorde det. Dette støttes også av Kang og Seo (2022) som fant at kunnskap om kreftsmertebehandling påvirket kreftsmertebehandling og hadde signifikante effekter på ytelsen i forhold til kreftsmertebehandling. Det vil si at høyere kunnskap om kreftsmertesmerter, farmakologisk- og ikke-farmakologisk terapi var assosiert med en høyere grad av kreftsmertebehandling (Kang & Seo, 2022).

5.2 Sykepleierens holdninger

5.2.1 Frykt for bivirkning og avhengighet

Resultater viste sykepleierens frykt knyttet til opioidavhengighet og opioidbivirkninger som viktige faktorer som hindret effektiv kreftsmertelindring. Det høyeste nivået av frykt var angående respirasjonsdepresjon og negative holdninger til avhengighet. Sykepleierens manglende kunnskap om opioidavhengighet og opioidbivirkninger var ulikt mellom ulike land (Utne et al., 2019; Saifan et al., 2019; Alnajjar et al., 2019; Makhoul et al., 2020).

Sykepleierens holdninger i møte med kreftpasienter spiller en viktig rolle og har stor betydning for kreftpasienter og deres pårørende med å håndtere sin nye situasjon (Groven & Lorentsen, 2022, s. 486). Overnevnte resultater viste at sykepleierne hadde negative holdninger til smertestillende bivirkninger og opioidavhengighet, og at sykepleiere hadde manglende evne til å innse at avhengighet kun utvikles hos få pasienter. Denne negative holdningen medførte at pasienter tolererte smerte og utsatte opioidbruk. Et svært viktig tiltak for kreftrelaterte smertetilstander er å bruke smertestillende medikamenter (Borchgrevink et al., 2017, s. 84). Dette støttes av Ayoub et al. (2022) som viste frykt for opioidavhengighet blant helsepersonell og opioidbivirkninger som viktige barrierer for adekvat smertelindring. Omtrent halvparten av respondentene i denne studien svarte feil både på opioidavhengighet og opioidbivirkninger, noe som kan være indikasjon på dårlig kunnskap som fører til dårlig holdning og negativt syn på opioider, som ytterligere kan hindre bruken av dem og kan føre til underbehandling av kreftsmarter. Det fremkom i studien at et flertall av helsepersonell (81,6 %) trodde feilaktig at opioidanalgetika hadde høy risiko for avhengighet, men det viste at bruk av opioidanalgetika for kronisk smertebehandling som kreftsmarter er assosiert med lav risiko for avhengighet (Ayoub et al., 2022). Dette er en barriere som er enkelt å bryte ned ved ekstra opplæring innen legemidler og bruken av dem.

Overvurdering av faren for respirasjonsdepresjon var en gjennomgående hindrende faktor i studiene (Utne et al., 2019; Saifan et al., 2019); en opioidbivirkning som kan føre til livstruende tilstander, i verste fall døden (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 460). Dette kan være en mulig forklaring på sykepleierens frykt for opioidbivirkning, at sykepleieren er redd for å påføre pasientene denne bivirkningen. Behandlingsprinsipper i smertebehandling sier at bruk av legemidler er en nødvendig del av smertebehandling. For å få den best mulige forventede virkningen av legemiddeldoseringen, må sykepleier ivareta viktige prinsipper i smertebehandlingen (Grov & Lorentsen, 2022, s. 493). Hovedmålet med smertebehandlingen er at pasienten får medikamentell behandling relatert til pasientens almenntilstand, smerteintensitet og smerteklassifisering. Og at pasienten med hjelp av behandling skal føle seg bedre og minimere unødige lidelse, pasienten være i stand for mobilisering, til å puste godt og unngå mulige komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2019a; Danielsen & Berntzen, s. 443).

5.2.2 Manglende smertevurdering

Fem av studiene indikerte at sykepleierne hadde utilstrekkelig smertevurdering og dårlig smerteevaluering av smerte hos kreftpasienter. Til tross for at de fleste sykepleiere viste forståelse for at pasienten er den mest nøyaktige personen til å bedømme alvorlighetsgraden av smerte, undervurderte de likevel pasientens smerteintensitet, og forskjellig fra det pasienten uttrykte. Sykepleierne hadde mistillit til pasientens smerterapportering. Resultater viste at sykepleierne hadde negative holdninger om kreftsmerte, og ga rådgivning om å tolerere smerter. Det ble også rapportert om manglende bruk av standard smerteverktøy av sykepleiere, noe som ble ansett som en mulig hindring for effektiv kreftsmertebehandling (Alsaiani et al., 2024; Utne et al., 2019; Alnajar et al., 2019; Saifan et al., 2019; Orujlo et al., 2022).

Munter et al. (2023) viser at for å redusere barrierer for adekvat smertebehandling, er det nødvendig å identifisere dem. Regelmessig smertescreening og nøyaktig smertevurdering av

smerte er en hjørnestein i sykepleie, siden smerte kan oppstå i alle stadier av kreft (Munter et al., 2023). Sykepleier har en nøkkelrolle i smertevurdering. For å unngå at pasienten ligger med ubehandlet smerte, må sykepleier ha en systematisk smertevurdering. Det har vist seg at bruk av smertevurderingsverktøy hjelper sykepleier til å ta beslutninger om smerte på en effektiv måte, og med dette forbedrer kvaliteten på smertebehandling. Sykepleier må innhente informasjon om smertens intensitet, kvalitet, lokalisasjon og utløsende faktorer (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444-445). I tillegg må sykepleier innhente objektive data om smerte, som ansiktuttrykk og mimikk, kroppsholdning og emosjonelle uttrykk. Ved smertevurdering brukes ofte Visuell analog skala (VAS) og Numerisk vurderingskala (NRS) for å kartlegge smerteintensitet (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 455). Men studiens resultat viste at ansiktuttrykk og kroppsholdning ble feiltolket i resultatene. Munter et al. (2023) viste også at regelmessig overvåking med enkle endimensjonale verktøy ved identifisering av smerte er «gullstandarden» innen smertevurdering og bør utføres jevnlig. For å fange opp pasientens totale smerte, bør det utføres en mer detaljert vurdering ved hjelp av flerdimensjonalt verktøy. Siden kreft utløser flere typer av smerte og det er helt nødvendig at sykepleier kartlegger pasientens totale smerte (Psykisk, sosial, eksistensiell og fysisk). ESAS er blant annet et nyttig verktøy for å kartlegge de åtte symptomene som kreftpasienten plages med i ulike stadier av kreftsykdommen (Groven & Lorentsen, s. 481-488). Studien til Ihler et al. (2020) viste at helsepersonell har en tendens til å undervurdere pasientens symptomer, noe som fører til manglende symptomlindring. Sykepleierens lindrende funksjon omfatter å utføre sykepleietiltak som lindrer pasientens totale smerte og belastninger. Til tross for at systematisk symptomkartlegging med ESAS viste seg å være essensielt for effektiv symptomlindring som fremhever pasientens opplevelse av sine symptomer, brukes det lite av helsepersonell og i varierende grad (Ihler et al., 2020). Fra egne praksiserfaringer ble det observert manglende bruk av systematisk kartleggingsverktøy i smertevurdering, særlig ESAS-skjema ved kreftsmerte hos sykehusinnlagte kreftpasienter. Utilstrekkelig kartleggingsrutiner for smerte har forhold med å hindre effektiv smertelindring (Groven & Lorentsen, 2022, s. 490).

Kommunikasjon er en helt avgjørende del ved smertevurdering og smertebehandling. Med en tydelig og konkret kommunikasjon kan sykepleier skaffe de nødvendige opplysningene om den forventede smertelindring. Det er mange pasienter som er redde for å spørre, eller de tror at sykepleier vet best når de kan få ny smertestillende dose. Dermed er det viktig at sykepleier gjennom tydelig kommunikasjon forklarer pasienten om målet med smertebehandling. Noe som fører til at pasienten lettere be om smertestillende ved behov (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 456). Dette blir også støttet av Travelbee (1999) som sier at syke mennesker ofte har problemer med å kommunisere sine behov til sykepleierne, dermed bør sykepleier gjennom systematisk observasjon av pasientens atferd og samtaler med pasienten avdekker pasientens behov (s. 179). Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter sammen med tillitsforhold mellom sykepleier og pasient danner et meget godt grunnlag for å korrekt vurdere pasientens smerte ifølge Munter et al. (2023). Munter et al. studie viser at en skreddersydd tilnærming til hver pasient er nøkkelen til å håndtere kreftmerter. Videre viser studien at en pasientsentrert tilnærming til kommunikasjon er spesielt viktig for å redusere barrierer for optimal smertelindring. Travelbee (1999) hevder at smerteopplevelse og smerteuttrykk er ulikt hos mennesker, dermed må sykepleier godta pasientens fortellinger om smerteuttrykk (s. 113-115). Dette bekreftes av Danielsen & Berntzen (2022) som sier at det er pasienten selv som har autoriteten til å verifisere smerten. Hvis sykepleier ikke klarer å registrere pasientens uttrykk for smerte og tvile på pasientens utsagn, kan dette redusere muligheten for en effektiv og god smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438).

5.3 Pasientrelaterte barrierer

5.3.1 Pasientens frykt for avhengighet og bivirkning

I resultatene kom det frem at pasientens frykt for avhengighet og ubehagelige bivirkninger av smertestillende midler var viktige holdningsbarrierer mot effektiv smertebehandling. De negative holdningene omhandlet bruk av analgetika etter behov, toleranse, bivirkninger og avhengighet, da særlig frykt for opioidavhengighet og opioidbivirkninger, spesielt ved bruk

av morfin (Makhlouf et al., 2020; Orujlo et al., 2022).

Resultatene ble støttet av Gunnarsdottir et al., (2017) som fant at frykten for å bli avhengig av sterke opioider var den sterkeste barrieren i kreftsmertebehandling og dette er en felles smertelindringsbarriere i mange land. Studien viste videre at holdningsbarrierer for smertebehandling av kreft er assosiert med mindre effektiv smertekontroll på tvers av land, både høyere smertealvorlighetsgrad og smerteinterferens (Gunnarsdottir et al., 2017). Pasientens redsel for bivirkninger, angst for økt toleranse, manglende kunnskap om smertelindring og dårlig erfaring med smertebehandling kan medvirke til at smertelindring ikke bli tilstrekkelig. Dette vil føre til at pasienten begrenser eller minimerer inntaket av smertestillende legemidler, eller ikke bruker forskrevne legemidlene. I noen tilfeller antar pasienter at smerte er en del av sykdommen eller at de kommer til å venne seg til sterke smerter. Derfor rapporterer de ikke smerter eller de tenker at de bør spare sterke smertestillende legemidler for å ha noe å gå på seinere i behandlingen. Sykepleier bør gi veiledning og informasjon til kreftpasienter for å redusere pasientens misforståelser og avklarer myter (Grov & Lorentsen, 2022, s. 490).

Munter et al., (2023) sier i sin studie at opplæring av pasienter er en avgjørende del av sykepleien og kreftbehandling, inkludert smertebehandling. Pasientopplæring kan inkluderes når sykepleier administrerer medisin, hvilke virkninger og bivirkninger kan forventes og potensielle risikoer med en spesifikk medisin. For eksempel er opioidmedisiner assosiert med noen svært vanlige bivirkninger som munntørrehet eller forstoppelse, og det er viktig at pasientene får informasjon om hvordan de håndterer slike bivirkninger. Målet med smertebehandling er ikke bare å gi smertelindring, men også å maksimere daglig funksjon og samtidig minimere smerteforstyrrelser. Det bør også understrekes at å sikre pasientsikkerhet er et viktig aspekt ved hensiktsmessig smertebehandling (Munter et al., 2023). Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er å yte nødvendig helsehjelp, samt gi opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett (§ 2-1 b.). Sykepleierens plikt til å gi nødvendig informasjon til pasienter vil bidra til å ikke forlenge lidelse hos pasienter. Ikke skade-prinsippet går ut på at sykepleieren skal forebygge at pasienten ikke påføres unødvendige

belastninger og smerter og urettmessig psykiske skade (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 2).

5.3.2 Kultur, religion og tro

Resultatene indikerte at religion, tro og kultur var barrierer for kreftsmertebehandling. Pasientens religiøse tro og kulturforskjeller påvirket måten de tolket smerte eller aksepterte medisiner av kreftsmerte. Dette førte til pasientenes motvilje mot å avsløre smerte, å tåle smerte og motvilje mot opioidbruk. Sykepleierens kulturelle holdninger og tro og fatalistiske oppfatninger om kreftsmerte ble også funnet som en mulig hindring til god kreftsmertelindring (Orujlo et al., 2020; Saifan et al., 2019).

Kulturforskjeller som barriere for smertebehandling ble støttet av Gunnarsdottir et al. (2017). Funnene i denne studien viste at den kulturelle konteksten og måten kreftpasienter tolker smerte på, påvirket deres kreftsmertebehandling. Pasientens tro på smerte og smertebehandling eller holdningsbarrierer for smertebehandling av kreft viste seg å være blant årsakene til underbehandling av smerte (Gunnarsdottir et al., 2017). Effekten av kultur og religiøs tro på pasientens oppfatning av smerte var også blant barrierene til effektiv kreftsmertebehandling (D'emet et al. 2016). Pasientene trodde at lidelse er en prøvelse fra Gud og en person bør tolerere smerten sin og skjule den for andre (D'emet et al., 2016). Å vedta et slikt syn på smerte hindrer også pasienter i å uttrykke smerten og dens effektive behandling.

Religion spiller stor rolle på måten pasienten takler kreft. I tillegg unngås ordet «kreft» i noen kulturer fordi det ligger en oppfatning av at bruken av ordet i seg selv kan føre til at personer man er glad i rammes av kreft. Derfor er det viktig for sykepleiere å være bevisst virkningen av pasienters religiøse og kulturelle tro og deres ønske om å motta kreftsmertebehandling (Grov & Lorentsen, 2022, s. 476). Personer fra ulike land har ulike holdninger og kunnskaper til kreftsmertebehandling. Funn fra våre studier viste at selv om smerte er en individuell opplevelse, blir mange pasienter påvirket av deres kultur og religion,

og dette kan være en barriere for vellykket smertebehandling av kreft. Forståelse av pasientens tro og kultur kan gi helsepersonell en vurdering av hvordan kreft blir sett på av pasienten. Travelbee (1999) hevder også at kulturbakgrunn, livsfilosofi og religiøse overbevisninger er viktige faktorer som påvirker pasientens sykdomsoppfatninger og pasientens reaksjoner på smerte. Kulturelt betingete oppfatninger om sykdom og selve kulturen setter grenser på pasientens atferdsmessige reaksjoner ved smerte, basert på hva som anses som akseptabelt eller uakseptabelt. Den enkeltes livssyn og religiøse tro vil også innvirke på reaksjoner på smerte (s. 96 & 114). Det er spesielt viktig å stole på pasientenes egenrapportering da kreftsmarter kommer ulikt til uttrykk i ulike kulturer.

6.0 Avslutning

Denne litteraturstudien fant at smerte er et av de vanligste symptomene rapportert av kreftpasienter. Våre funn viste at det er flere faktorer som kan påvirke smertelindringen. Sykepleierens holdninger og kunnskap, samt pasientens barrierer har innvirkning på smertelindring til kreftpasienten. Sykepleier-relaterte faktorer, altså utdanningsnivå og erfaring, kunnskap om legemidler, negative holdninger som frykt for avhengighet og bivirkning og manglende smertevurdering kan påvirke smertelindringen hos kreftpasienter. Dessuten kan pasientrelaterte barrierer som frykt for bivirkning og avhengighet, pasientens kultur, religion og tro hindre at kreftpasienten får en effektiv smertebehandling.

Sykepleieren har en viktig rolle i smertebehandling og en grunnleggende funksjon i kartleggingen og vurderingen av smerte, samt når de skal ta beslutninger og administrere smertestillende medikamenter. Det er viktig at sykepleier kartlegger barrierene før oppstart av smertebehandlingen og informerer og veileder pasienten, ut ifra hvilke barrierer pasienten har. I tillegg bør sykepleier ha kulturell kompetanse og benytte dette i smertebehandling. Forutsetningen for kartlegging og behandling av pasientens smertetilstand er å skape en profesjonell relasjon til pasienten som medfører til gjensidig tillit som kan redusere barrierene til optimal smertelindring. I tillegg til en god kommunikasjon er det hensiktsmessig å bruke standard smertekartleggingsverktøy for å sørge for at pasientens totale smerte blir avdekket.

Vår litteraturstudie viste at sykepleierens manglende kunnskap og erfaring innen kreftsmertebehandling var faktorer som hindrer smertelindringen, noe som kan forbedres med tilleggskurs og opplæring innen smertelindring og farmakologi. Det er avgjørende at sykepleier selv tar initiativ til å oppdatere sin kunnskap og bruke dem i praksis. Tilstrekkelig kunnskap innen smertebehandling vil redusere negative holdninger som frykt av avhengighet og bivirkninger av smertestillendelegemidler. Sykepleieren bør være bevisst på holdningene som skaper barrierer mot smertebehandling.

7.0 Referanse

- Alnajjar, 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*, 34, 186–193. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1285-5>
- Alsaiani, S., Alhofaian, A., & Tunsi, A. (2024). Nurses' Knowledge, Perceived Barriers and Practices Regarding Cancer Pain Management: A Scoping Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 30(1), 1–9. https://doi.org/10.25259/IJPC_232_2023
- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Det Norske Samlaget.
- Ayoub, N. M., Jibreel, M., Nuseir, K., & Al-Taani, G. M. (2022). A Survey of Knowledge and Barriers of Healthcare Professionals toward Opioid Analgesics in Cancer Pain Management. *International Journal of Clinical Practice*, 2022, 1136430. <https://doi.org/10.1155/2022/1136430>
- Bjørk, I. T., Breievene, G., Skaug, E.-A. (2021). Grunnleggende behov, kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 17-37). Gyldendal.
- Borchgrevink, P. C. (2017). Smertemedisin. I E. A., Fors & T., Stilles (Red.), *Smerte-Psykologi* (s. 79-89). Universitetsforlaget.
- Bouya, S., Balouchi, A., Maleknejad, A., Koochakzai, M., AlKhasawneh, E., & Abdollahimohammad, A. (2019). Cancer Pain Management Among Oncology Nurses: Knowledge, Attitude, Related Factors, and Clinical Recommendations: a Systematic Review. *Journal of Cancer Education*, 34, 839-846. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1433-6>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter. I D-G., Stubberud & R., Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-483). Gyldendal.
- D'emeh, W. M., Yacoub, M. I., Darawad, M. W., Al-Badawi, T. H., & Shahwan, B. (2016). Pain-Related Knowledge and Barriers among Jordanian Nurses: A National Study. *Health*, 8, 6. <https://doi.org/10.4236/health.2016.86058>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for*

samfunnsvitenskap og humaniora. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Den norske legeforening. (2009, 03. april). Retningslinjer for smertelindring. *Legeforeningen*.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags for uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 185–198). GraphyCems.

Grov, E. K. & Lorentsen, V. B. (2022). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G., Stubberud & R., Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 475-510). Gyldendal.

Gunnarsdottir, S., Sigurdardottir, V., Kloke, M., Radbruch, L., Sabatowski, R., Kaasa, S., & Klepstad, P. (2017). A multicenter study of attitudinal barriers to cancer pain management. *Supportive Care in Cancer*, 25, 3595-3602. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3791-8>

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie – praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.

Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-19). Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *PICO*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/2.sporsmalsformulering/2.1-pico>

Helsedirektoratet. (2019a, 14. oktober). *Smerte*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

Helsedirektoratet. (2019b, 14. oktober). *Sykepleiere*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/kompetanse/sykepleiere>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30).

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-2

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Ihler, E. M. & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 2019, 14(79585): e-79585.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>

Kang, M., & Seo, M. (2022). Factors Affecting Nurses' Performance of Cancer Pain Management in a Tertiary Hospital. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 25(3), 99–109.

<https://doi.org/10.14475/jhpc.2022.25.3.99>

Kildekompasset. (u.å.). *Hva er en vitenskapelig artikkel?* Hentet 11. april 2024 fra

<https://kildekompasset.no/kildekritikk/#faq-3>

Kreftforeningen. (2023, 21. desember). *Kreft i Norge*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Kreftregisteret. (2023, 10. mai). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2021). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling*. (4. utg., s. 45-96). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021a). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 169-218). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021b). Å styrke pasientens ressurser: - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleier 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling*. (4. utg., s. 257-308). Gyldendal.

- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S.-A., Grimsbø, G.H. (2021) Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon*. (4. utg., s. 15-27). Gyldendal.
- Makhlouf, S. M., Pini, S., Ahmed, S., & Bennett, M. I. (2020). Managing Pain in People with Cancer-A Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public. *Journal of Cancer Education*, 35, 214–240. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01548-9>
- Munter, J. d., Dodlek, N., Khmaladze, A., Parreira, S. T., Ullgren, H., De Man, R., De Jong, F. A., & Oldenmenger, W. H. (2023). The role of cancer nurses in cancer-related pain management in Europe. *Palliative Care and Social Practice*, 17, 26323524231216996. <https://doi.org/10.1177/26323524231216996>
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2023). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Nordeng, H. (2018). Grunnleggende kunnskap: - hva er legemidler, og hvordan brukes de? I H., Nordeng & O., Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg. s. 21-37). Gyldendal.
- Norsk Helseinformatikk. (u. å.). *Smertelindring*. Hentet 18.03.2024. <https://nhi.no/sykdommer/kreft/behandlingsmetoder/smerter-og-smertebehandling>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 16. feb. 2024 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Nortvedt, F. & Ljoså, T. M. (2021). Smerte – en personlig og sammensatt opplevelse. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 17-41). Gyldendal.
- Orujlu, S., Hassankhani, H., Rahmani, A., Sanaat, Z., Dadashzadeh, A., & Allahbakhshian, A. (2022). Barriers to cancer pain management from the perspective of patients: A qualitative study. *Nursing Open*, 9, 541–549. <https://doi.org/10.1002/nop2.1093>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Saifan, A. R., Bashayreh, I. H., Al-Ghabeesh, S. H., Batiha, A.-M., Alrimawi, I., Al-Saraireh, M., & Al-

- Momani, M. M. (2019). Exploring factors among healthcare professionals that inhibit effective pain management in cancer patients. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10, 967-976. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0003>
- Skaug, E. -A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 43-85). Gyldendal.
- Snijders, R. A. H., Brom, L., Theunissen, M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2023). Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers*, 15(3), 591 <https://doi.org/10.3390/cancers15030591>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71, 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Thidemann, I. -J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboksen i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2021). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 397-413). Gyldendal.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.
- Utne, I., Småstuen, M. C., & Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of Cancer Education*, 34, 677- 684. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>

8.0 Vedlegg

8.1 Sjekklister

Sjekkliste for tversnittstudie

JBICritical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

	Yes	No	Unclear	Not applicable
Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include <input checked="" type="checkbox"/>	Exclude <input type="checkbox"/>	Seek further info <input type="checkbox"/>	

Comments (Including reason for exclusion)

Sjekkliste for kvalitativstudie

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – **Nei** – **Uklart**

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

Ja – **Nei** – **Uklart**

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – **Nei** – **Uklart**

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

Ja – **Nei** – **Uklart**

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

Ja – **Nei** – **Uklart**

Er etiske forhold vurdert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

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

Ja – **Nei** – **Uklart**

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?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Del A: Kan du stole på resultatene?

Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

Hva er resultatene?

Hvor presise er resultatene?

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart