

Amalie Dæhli Unnerud
Inga Imsdalen
Thea Marie Augunsrud

"Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve"

Hvordan kan sykepleiere gi best mulig smertebehandling til palliative kreftpasienter i hjemmet?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Kristian Ringsby Odberg
Mai 2021

Amalie Dæhli Unnerud
Inga Imsdalen
Thea Marie Augunsrud

"Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve"

Hvordan kan sykepleiere gi best mulig smertebehandling til palliative kreftpasienter i hjemmet?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Kristian Ringsby Odberg
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	“Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve”	Dato: 21.05.21
	Hvordan kan sykepleiere gi best mulig smertebehandling til palliative kreftpasienter i hjemmet?	
Forfattere:	Amalie Dæhli Unnerud	
	Inga Imsdalen	
	Thea Marie Augunsrud	
Veileder:	Kristian Ringsby Odberg	
Oppdragsgiver	NTNU Gjøvik	
Stikkord/nøkkelord:	Palliativ behandling, smertebehandling, kreft, sykepleie, hjemmetjeneste	
Antall sider/ord: 44/9 659	Antall vedlegg: 0	
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Bakgrunn: I 2019 fikk 34 979 personer i Norge påvist en kreftdiagnose, og 294 855 nordmenn har eller har hatt kreft ved utgangen av samme år. Smerte er vanlig hos kreftpasienter, og samtidig det mest fryktede symptomet. Individuell tilnærming er viktig ved sammensatte kreftsmarter, noe som gjør smertebehandlingen kompleks for sykepleier.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke faktorer som har innvirkning på sykepleiers smertebehandling av palliative kreftpasienter. Vi ønsker spesielt å undersøke hvordan sykepleier kan gjøre en god kartlegging og vurdering av kreftpasienten for å behandle smerte i hjemmet.</p> <p>Metode: Metoden i dette litteraturstudiet benytter et kvalitativt design. Det ble utført oversiktssøk i Google scholar og strukturerte søk i databasene PubMed og Medline, hvor seks artikler ble analysert og inkludert i studien gjennom inklusjonskriteriene. I tillegg ble det benyttet relevant fagslitteratur og relevante nettsider.</p> <p>Resultat: Litteraturen peker på fem ulike temaer som er relevant for å ivareta palliative kreftpasienter; sykepleiers faglige kompetanse, smertens kompleksitet, ulike smertekartleggingsverktøy, medikamenthåndtering, trening og kurs.</p> <p>Konklusjon: For å gi best mulig smertebehandling av palliativ kreftpasienter i hjemmet er kunnskap og kompetanse essensielt hos sykepleier. Gjennom systematisk bruk av kartleggingsverktøy og retningslinjer kombinert med en økt kunnskap om smerte, kan sykepleier oppleve trygghet og selvsikkerhet ved smertebehandlingen.</p>		

ABSTRACT

Title:	“We are all going to die one day. But every other day we shall live”	Date: 21.05.21
How can nurses provide the best possible pain management to palliative cancer patients at home?		
Authors:	Amalie Dæhli Unnerud	
	Inga Imsdalen	
	Thea Marie Augunsrud	
Supervisor:	Kristian Ringsby Odberg	
Employer:	NTNU Gjøvik	
Keywords:	Palliative care, pain management, cancer, nursing, home care services	
Number of pages/words:	44/9 659	Number of appendix: 0
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: In 2019, 34 979 in Norway were diagnosed with cancer, and at the end of the year, a total of 294 855 people will have been diagnosed with, or already have cancer at the end of the same year. Pain is common for cancer patients, and at the same time the most feared symptom. An individual approach is important in complex cancer pain, which makes the pain management complex for nurses.</p> <p>Aim: The aim of this literature study is to investigate which factors that influence nurses’ pain management of palliative cancer patients. Specifically, we want to investigate how nurses can do a thorough assessment and evaluation of the cancer patient in order to treat pain at home.</p> <p>Methodology: The methodology used in this literature study is a qualitative design. An overview search was performed in Google Scholar along with structured searches in the databases PubMed and Medline, where six articles were analyzed and included in the study though the inclusion criteria. In addition, relevant academic literature and relevant websites were used.</p> <p>Results: This literature study highlights five themes that are relevant to caring for palliative cancer patients: nurses professional competence, the pain complexity, different pain assessment tools, medication management, training and courses.</p> <p>Conclusion: In order to provide the best possible pain management to palliative cancer patients at home, knowledge and competence are essential for nurses. Through systematic use of pain assessment tools and guidelines combined with an increased knowledge of pain, the nurse can experience security and self-confidence in the pain management.</p>		

1.0 Innledning	4
1.1 Sykepleiefaglig relevans	5
2.0 Bakgrunn	5
2.1 Den palliative fasen	6
2.2 Utfordringer i hjemmetjenesten	7
2.3 Smerter og kreft	7
2.4 Smertekartlegging	8
2.5 Avgrensning av tema	9
2.6 Hensikt	9
2.7 Problemstilling	10
3.0 Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Søkeprosess	10
3.3 Utvelgelsesprosess	12
3.4 Analyseprosess	15
3.5 Forskningsetikk	15
4.0 Resultatpresentasjon	16
4.1 Presentasjon av artikler	16
4.1.1 Artikkel 1	16
4.1.2 Artikkel 2	17
4.1.3 Artikkel 3	18
4.1.4 Artikkel 4	19
4.1.5 Artikkel 5	20
4.1.6 Artikkel 6	21
4.2 Sammenfatning av resultater	22
4.2.1 Kartlegging av smerte	22
4.2.2 Faglig kompetanse	22

4.2.3	Utfordringer for smertebehandling	23
4.2.4	Smertebehandling av palliative kreftpasienter	24
5.0	Drøfting	25
5.1	Kartlegging av smerte for å bedre smertebehandlingen	25
5.2	Betydningen av sykepleiers faglige kompetanse	28
5.3	Sykepleiers utfordringer for optimal smertebehandling	31
5.4	Den helhetlige smertebehandlingen til palliative kreftpasienter	34
5.5	Metodiske overveielser	36
5.6	Etiske overveielser	37
6.0	Konklusjon	38
7.0	Litteraturliste	39

1.0 Innledning

I 2019 fikk 34 979 personer i Norge påvist en kreftdiagnose, og 294 855 nordmenn har eller har hatt kreft ved utgangen av samme år (Cancer Registry of Norway, 2019). Smerte er vanlig hos kreftpasienter, og samtidig det mest fryktede symptomet (Winger og Leegaard, 2016). Smerte forekommer hos om lag halvparten av alle kreftpasienter. Hos pasienter med langtkommen kreft er andelen som opplever smerter på hele 70% (Helsedirektoratet, 2019). Pasienter med langtkommen kreft vil ofte være i en palliativ fase. Det vil handle om at pasienten skal ha god livskvalitet, og behandling av symptomer er i fokus (Grov, 2014, som sitert i Lorentsen og Grov, 2017).

I følge samhandlingsreformen (St. Meld 47 (2008-2009)) vil primærhelsetjenesten få et økt ansvar. Dette innebærer blant annet ansvar for flere og nye tjenestetilbud som tidligere var innenfor spesialisthelsetjenesten. St. Meld 24 (2019-2020) tar for seg mangelen på helsepersonell og at stadig flere pasienter har behov for palliativ behandling og omsorg, som vil være en fremtidig utfordring i helsevesenet. Dette gjelder blant annet i den kommunale hjemmetjenesten.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Ifølge yrkesetiske retningslinjer i Norsk Sykepleierforbund (2019) har sykepleieren ansvar for å lindre smerte og yte helhetlig omsorg. Sykepleiers smertebehandling hos palliative kreftpasienter vil være sentralt innenfor dette. I den palliative fasen er det ofte et større behov for bistand for å kunne dekke de grunnleggende behovene da pasientens sykdomsbilde stadig blir mer komplekst. Det gjør at behovet for sykepleie i hjemmet vil øke ettersom sykdommen utvikler seg (Birkeland og Flovik, 2018; Lorentsen og Grov, 2017).

2.0 Bakgrunn

Pasienter i palliativ fase er ofte bekymret for å ha mye smerte. Ved å kartlegge og behandle smerten, kan den palliative pasienten oppleve en bedre livskvalitet (Lorentsen og Grov, 2017). Thronæs *et al.* (2016) sin norske studie viste ingen bedring i smerteintensiteten i løpet av de seks årene studien ble gjennomført. Tallene viste en moderat smerteintensitet hos pasientene som følges opp poliklinisk, noe som ikke er akseptabelt å leve med i hverdagen. International Association for the Study of Pain definerer smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Den norske legeforening, 2009, som sitert i Danielsen, Berntzen og Almås, 2017, s. 383).

Winger og Leegaard (2016) påpeker at det er viktig som sykepleier å gjøre gode observasjoner og fysiske undersøkelser for å vurdere smerte. Sykepleier må ha kunnskap om bakgrunn for pasientens smerter, samt legemidler som kan benyttes. Samtidig er sykepleiers erfaringsbaserte kunnskap innenfor smertevurdering viktig. Nordtvedt og Nordtvedt (2018) mener at sykepleier skal være kontinuerlig oppdatert på forskning om smertemekanismer, og hvilke konsekvenser den nye kunnskapen gir med tanke på behandling. Den kunnskapsbaserte praksisen vil kunne gi grunnlag for best mulig smertebehandling som krever at sykepleier er bevisst på egen kunnskap, egne verdier og holdninger. Videre mener Nordtvedt og Nordtvedt (2018) at det handler om å være oppmerksom på pasientens smerte og vurdere om egen kunnskap er tilstrekkelig for å kunne utføre god omsorg og smertebehandling. For å få til dette vil tverrfaglig samarbeid mellom eksempelvis sykepleier og fastlege eller palliativt team være viktig (Winger og Leegaard, 2016).

Winger og Leegaard (2016) påpeker mangelen på kunnskap hos sykepleiere rundt smertelindring og frykt for å gjøre feil. Dette gjelder særlig ved administrering av høye doser opioider som pasienten kan ha behov for. Kreftpasienter med mye smerteproblematikk bruker ofte medikamenter hvor de kan utvikle en toleranse, der de har behov for stadig sterkere smertestillende.

2.1 Den palliative fasen

Sentralt i palliativ behandling er symptomlindring, som tar sikte på å bedre livskvaliteten til pasienten i en hverdag preget av smerter (Helsedirektoratet, 2019). Palliasjon defineres som følgende:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (Verdens helseorganisasjon, 2002, som sitert i Helsedirektoratet, 2018, avsnitt 5).

Den palliative fasen kan omtales som en prosess som starter i det øyeblikket pasientens sykdom anses som uhelbredelig (Helsedirektoratet, 2019). Hensikten med den palliative behandlingen er å gjøre livet til pasienten så godt som mulig i den tiden som er igjen å leve (Birkeland og Flovik, 2018). Ifølge Lorentsen og Grov (2017) er symptomer som kvalme og depresjon eksempler som kan bidra til å forsterke smerteopplevelsen, og det blir derfor sykepleiers oppgave å se disse i sammenheng. For at pasienten skal ha en god hverdag uten smerter, vil kartlegging og lindring av smerte bli en del av sykepleiers ansvarsområder.

2.2 utfordringer i hjemmetjenesten

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de siste årene fått en økning av pasienter med et sammensatt sykdomsbilde, noe som setter hjemmetjenesten under press (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Birkeland og Flovik, 2018). Kommunen har blant annet et ansvar for å tilby helsetjenester som ivaretar pasientens behov jf. § 2-1a (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), og ut fra kommunens forutsetninger skal det utøves helsehjelp på en faglig forsvarlig måte jf. § 4 (Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleier i hjemmetjenesten har et selvstendig ansvar da de ofte står alene i pasientsituasjoner. Derfor er kompetanse viktig for at alle pasienter skal få en bedring i livskvaliteten (Birkeland og Flovik, 2018). Sykepleiere har ofte tidspress ved hjemmebesøk, og må derfor bruke tiden effektivt til å observere og vurdere pasientene ut ifra deres behov for sykepleie. Pasientene er spredt utover et stort geografisk område, noe som gir

hjemmetjenesten ulike utfordringer (Birkeland og Flovik, 2018), som en ikke ville støtt på ved eksempelvis en sengepost hvor sykepleier har lett tilgang på langt mer medisinsk utstyr, medikamenter og å vurdere situasjoner med andre.

Den økende mangelen på sykepleiere er en fremtidig utfordring i helsevesenet. I 2019 anslo NAV at det norske helsevesenet manglet 4 500 sykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). St. Meld 24 (2019-2020) påpeker at pasienter i palliativ fase bør tidlig bli møtt av kompetent helsepersonell for å få en god opplevelse av behandling og omsorg. Videre er kunnskapsbasert praksis nødvendig for å kunne yte trygge og forsvarlige tjenester av god kvalitet. Å videreutvikle og styrke kompetansen i helsevesenet gir den palliative pasienten en så trygg og smertefri hverdag som mulig, noe som kan gi økt livskvalitet og tilfredshet hos pasienten.

2.3 Smerter og kreft

Smertebehandling er viktig for å opprettholde menneskets grunnleggende behov. Maslows behovspyramide mener at grunnleggende behov er viktig for at pasienten skal kunne overleve og utvikle seg. Et eksempel på dette er å være smertefri som har sin tilhørighet i det første trinnet i pyramiden, fysiologiske behov (Eriksen, 2016).

I følge Winger og Leegaard (2016) er kreftrelatert smerte ofte forårsaket av skade fra tumor, komplikasjoner etter behandling, bivirkninger og terapeutiske prosedyrer. Videre skriver de at smerte er en kompleks og sammensatt opplevelse med fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle dimensjoner. Sykepleiers oppgave er å gjøre kliniske vurderinger og observasjoner relatert til smerte. Det innebærer blant annet å kartlegge pasientens smerter med hensyn til de ulike dimensjonene, som vil kreve en kompleks og personrettet behandling (Lorentsen og Grov, 2017; Winger og Leegaard, 2016).

Kreftpasienter har ofte en sammensetning av flere typer smerter, både bakgrunnssmerter og gjennombruddssmerter:

Bakgrunnssmerter er kroniske smerter som varer mer enn tre måneder og oppleves daglig. Disse oppstår ofte av en skade eller sykdom, eksempelvis fra tumor eller metastaser (IASP, 2013, som sitert i Torvik og Bjørø, 2016).

Gjennombruddssmerte er smerte som oppstår i tillegg til den kroniske smerten. Den er ofte kortvarig men med høy intensitet, som kan være vanskelig å behandle medikamentelt. Denne type smerte kan utløses av ulike bevegelser eller oppstå spontant (D'Arcy, 2013a, Kaasa, 2008a, Rustøen *et.al.*, 2008, som sitert i Lorentsen og Grov, 2017).

2.4 Smertekartlegging

For å vurdere pasientens kliniske tilstand benyttes kliniske undersøkelsesmetoder sammen med ulike målinger, kartleggings skjemaer og samtaler med pasienten. Gjennom observasjon og samtale kan sykepleiere gjøre en evaluering av smerte med fokus på pasientens egen opplevelse. Ved en slik tilnærming vil pasienten kunne få økt tillit og trygghet til sykepleiere (Lorentsen og Grov, 2017). Sykepleiere kan observere bevegelse, ansiktsuttrykk, hud og hvordan pasienten ordlegger seg. Ulike fysiologiske målinger som respirasjon, blodtrykk og puls kan øke ved smerte. Samtidig er disse målingene veiledende og kan ikke erstatte det kliniske blikket (Winger og Leegaard, 2016).

Bruk av kartleggingsverktøy er grunnleggende for å gi optimal smertebehandling til palliative kreftpasienter. Kartleggingen må gjennomføres systematisk og grundig for å kunne behandle smerten optimalt (Helsedirektoratet, 2019). Det er ulike smertekartleggingsverktøy som er tilpasset pasientgrupper og typer smerter. De deles opp i endimensjonale og flerdimensjonale. Endimensjonale verktøy tar for seg kartlegging av smerteintensiteten og egner seg for akutte smerter. Flerdimensjonale verktøy kartlegger smerteintensitet i kombinasjon med andre faktorer som påvirker smerten, og egner seg for kartlegging av pasienter med kroniske smerter (Winger og Leegaard, 2016).

Kartleggingsverktøyet NRS (Numerisk Rangskala) er en rask kartlegging hvor pasienten rangerer sin opplevde smerte mellom 0-10. Dette kan passe ved vurdering av gjennombruddssmerter (Helsedirektoratet, 2019). VAS (Visuell Analog Skala) er et tilnærmet likt kartleggingsverktøy som er markert med ytterpunkter "ingen smerte" og "verst tenkelig smerte" på en linje, og pasienten markerer fritt hvordan de opplever smerten (Torvik *et*

al.,2008, som sitert i Danielsen, Berntzen og Almås, 2017). ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et kartleggingsverktøy som både kartlegger smerte og andre plagsomme symptomer som kvalme, matlyst og psykiske plager. Her rangeres symptomene på en skala fra 0-10. Dette verktøyet er ofte brukt hos palliative kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2019).

2.5 Avgrensning av tema

Smertebehandling er et stort tema innenfor sykepleie. Av den grunn velger vi å se mer inngående på voksne kreftpasienter i en palliativ fase i hjemmet. På grunn av litteraturstudiets begrensede omfang velger vi derfor å ikke fokusere på pårørende til palliative kreftpasienter da dette er et stort og omfattende tema. Det er ikke valgt å fokusere på bruken av spesifikke typer medikamenter, men kunnskapen rundt medikamenter. Det vektlegges ikke ulikheter i kjønn og kultur da oppgavens hensikt ikke er å undersøke ulikheter innenfor dette.

2.6 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke faktorer som har innvirkning på sykepleiers smertebehandling av palliative kreftpasienter. Vi ønsker spesielt å undersøke hvordan sykepleier kan gjøre en god kartlegging og vurdering for å behandle smerte i hjemmet.

2.7 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere gi best mulig smertebehandling til palliative kreftpasienter i hjemmet?

3.0 Metode

Metoden tar for seg fremgangsmåten for å finne kunnskap, og brukes som et redskap for å samle inn informasjon. I prosessen stilles det krav til at metoden beskrives nøyaktig og systematisk slik at den er etterprøvbart (Dalland, 2017).

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudiet ble vurdert som mest hensiktsmessig ved valg av metode for å besvare problemstillingen. Ved et litteraturstudie søkes det strukturert etter eksisterende forskning og faglitteratur. Det gjør at eksisterende kunnskap kan sees i sammenheng med forskning, og gi en utdypende forståelse av valgt tema (Dalland, 2017). Litteraturstudiet samler systematisk inn informasjon om et tema fra ulike kilder med en kritisk vurdering av stoffet (Thidemann, 2019). I dette litteraturstudiet har vi funnet relevante artikler i databaser, samt fagstoff fra litteratur og nettsteder.

3.2 Søkeprosess

I arbeidet med å tilegne seg teori og forskning på det valgte temaet ble relevant faglitteratur fra sykepleiepensum og ulike forskningsartikler brukt. I tillegg ble relevant lovverk, forskrifter og retningslinjer samt offentlige dokumenter søkt på.

Til å begynne med ble det gjort et oversiktssøk ved hjelp av Google Scholar og i sykepleiefaglige tidsskrifter. Dette ga oss innblikk i omfanget av forskning og litteratur på valgte tema, og skapte et bedre grunnlag for videre strukturert søk i databaser.

For å finne forskningsartikler om valgt tema ble det gjort søk i ulike databaser. Databasene som ble brukt var Medline og PubMed som inneholder anerkjente medisinske og helsevitenskapelige artikler. Felles for de nevnte databasene er at de inneholder et stort utvalg av nye sykepleierfaglig forskningsartikler. Ved å søke i flere enn en database sikres tilgang til flere ulike artikler om temaet. I søkeprosessen ble det beregnet god tid for å sikre gode og relevante forskningsartikler som belyser temaet.

For å finne gode søkeord var MeSH (Medical Subject Headings) et godt verktøy. MeSH er et register som inneholder emneord som kunne brukes i databasene vi søkte i. Ved hjelp av PICO skjema ble prosessen med å formulere problemstillingen forenklet. I tillegg var

skjemaet nyttig i arbeidet med å strukturere søkeordene for å utføre et strukturert søk (Helsebiblioteket, 2016a).

P	I	O
Health personnel Nurses Nursing Oncology nursing Home care services	Palliative care Home nursing Home care Breakthrough pain Cancer pain Pain Cancer Neoplasms Palliative Outpatients	Pain assessment Pain measurement Pain management Patient needs

Ved å kombinere søkeord med AND og/eller OR sikres det i større grad relevante artikler, da søket blir innsnevret til valgt tema. Årstall ble begrenset for å få artikler relevant til dagens helsevesen, og ikke utdatert og gammel forskning. Det ble gjennomført et strukturert litteratursøk med tilnærmet like søkeord i benyttede databaser for å unngå å finne artikler som ubevisst belyser og støtter egne meninger. Noen databaser er mindre enn andre, som gjorde at vi måtte utføre små justeringer i søket for å få tilstrekkelig med antall treff. Samtidig ble søket begrenset til fagfelleverderte artikler, også kalt «peer-reviewed» på engelsk. Fagfelleverderte artikler er kvalitetssikret og kritisk vurdert av flere eksperter innenfor samme fag før det publiseres videre (Svartdal, 2021). Inklusjonskriterier ble brukt for å tydeliggjøre og avgrense litteratursøket og for å finne relevant kunnskap. Valgte inklusjonskriterier presenteres nedenfor:

Inklusjonskriterier
Språket i artikkelen må være på norsk, svensk, dansk eller engelsk
Studien er fagfellevurdert / «peer reviewed».
Studier som er fra år 2013 eller nyere.
Studier som er overførbare til det norske helsevesenet.
Artikkelen er relevant for sykepleiere.
Studien omhandler kreftpasienter
Studien omhandler pasienter over 18 år.
Studien kan være relevant for sykepleie i hjemmet.
Studier omhandler ikke smerter hos postoperative pasienter

3.3 Utvelgelsesprosess

Ved utvelgelsesprosessen gikk vi gjennom treffene. I første omgang ble overskrifter vurdert. Om det virket interessant, ble abstract lest. Deretter ble det gjennomgått om artikkelen møtte inklusjonskriteriene. For å undersøke om artikkelen var publisert på en vitenskapelig publiseringskanal ble NSD (2021a) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler brukt. Dette ble brukt i arbeidet for å undersøke om artikkelen er fagfellevurdert, som styrker troverdigheten til forskningen.

Det er positivt dersom artiklene har IMRaD struktur. Det gjør artiklene oversiktlige og strukturert. IMRaD står for (I) innledning, (M) materiale og metode, (R) resultater og (D) diskusjon som viser oppbyggingen mange vitenskapelige artikler benytter seg av (NTNU, u.å). Artiklene som fremsto relevant for problemstilling ble lest i fulltekst og kritisk vurdert. For kritisk vurdering av forskningen ble Helsebiblioteket (2016b) sine sjekklister brukt. Gjennom denne prosessen ble metodedelen, resultater og etiske overveielser i artiklene kritisk vurdert. I denne prosessen ble flere artikler valgt bort.

Under søkeprosessen ble det undersøkt om valgte artikler benytter kvalitativt eller kvantitativt design på forskningen. Kvalitativ forskning går ut på å analysere og tolke erfaringer og observasjoner, og har gjerne få deltakere. Dette omfatter innsamling av informasjon gjennom blant annet intervjuer og observasjoner som må reflekteres rundt og kritisk vurderes for å gi en vitenskapelig forskning. En kvantitativ metode bruker statistikk og tall, og har ofte et større antall deltakere. Statistikk alene er ikke nok til å kalles forskning. Det er viktig i kvantitativ forskning med tolkning og refleksjon for at den skal kunne utgis som vitenskapelig forskning. Valg av metode vil avhenge av studiens formål (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019b).

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1. Neoplasms	Medline	7. 1 AND 2 AND 3 AND 4	233			
2. Oncology nursing OR Nursing OR Nurses		8. 7 AND år 2013-2021	44	12	7	3
3. Cancer pain OR pain OR breakthrough pain						
4. Pain Management OR Pain Measurement	PubMed	9. 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND år 2013-2021	838			
5. Home Care Services		10. 5 AND 9	34	8	1	0
6. Outpatients OR Home Care Services		11. 6 AND 9 AND år 2013-2021	57	12	6	2

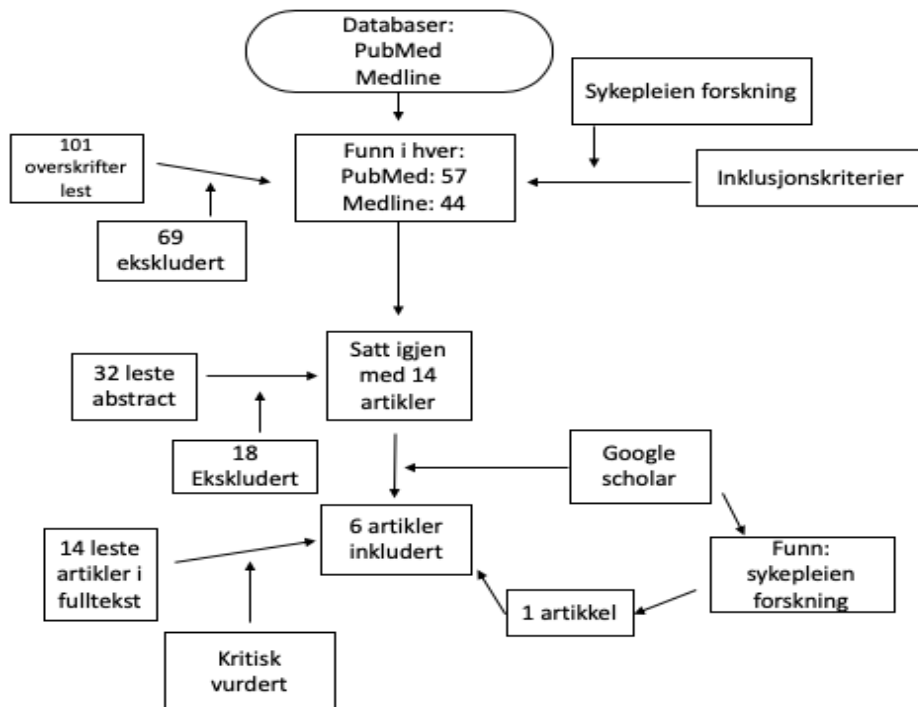
Inkluderte artikler fra Medline:

- Utne, I., Småstuen, M. C., og Nyblin, U. (2019) Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway
- Phillips, J. L. *et al.* (2015) Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective.
- Wengström, Y. *et al.* (2014) The management of breakthrough cancer pain - educational needs a European nursing survey.

Inkuderte artikler fra PubMed:

- Zylla, D. *et al.* (2017) Establishment of Personalized Pain Goals in Oncology Patients to Improve Care and Decrease Costs.
- Canal-Sotelo, J. *et al.* (2018) Prevalence and characteristics of breakthrough cancer pain in an outpatient clinic in a Catalan teaching hospital: incorporation of the Edmonton Classification System for Cancer pain into the diagnostic algorithm.

Flytskjema ble brukt for å enkelt gi en oversikt over søkeprosessen for funn av artikler. Det ble gjennom et ustrukturert søk funnet en artikkel som er inkludert i studien:



Artikler inkludert fra ustrukturert søk:

- Vigstad, S., Clancy, A. og Broderstad, A. R. (2018) Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak.

3.4 Analyseprosess

Etter søkeprosessen ble de inkluderte artiklene til litteraturstudiet analysert. For å gjøre analyseprosessen oversiktlig ble de viktigste momentene i artiklene trukket frem. Artiklenes resultater ble grundig lest og satt oversiktlig inn i en litteraturmatrise. For å analysere artiklene ble Aveyards tematiske analysemodell brukt. Dette er en metode som brukes for oversiktlig og strukturert gjennomgang av temaer i resultatdelen i artikler, samt finne fellestrekk og ulikheter som videre skal drøftes opp mot hverandre (Aveyard, 2019).

3.5 Forskningsetikk

Helsinkideklarasjonen har forskningsetiske retningslinjer som benyttes internasjonalt. Forskningen må vurderes i henhold til disse retningslinjene, der det blant annet er viktig at personopplysninger skal konfidensielt behandles, at det er informert om samtykke, frivillighet samt en risikovurdering med tanke på nytten av forskningen. Overordnet skal forskning som involverer mennesker reguleres av de forskningsetiske retningslinjene til De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, slik at forskningen ikke blir gjort på bekostning av deltakerne (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019a) beskriver prinsipper og hensyn som er viktig å se etter under søkeprosessen etter forskningsartikler. Prinsippene går på respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Forskningsetikk bygger på disse prinsippene for å sikre en god praksis rundt forskningen. Det bygger på de forskningsetiske normene om en god og forsvarlig forskning når det gjelder etiske prinsipper. Normene knyttes opp mot de etiske prinsippene. Et eksempel på dette vil være å alltid innhente samtykke fra alle som er involvert i forskning. Dette vil da gå på prinsippet om respekt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018).

4.0 Resultatpresentasjon

I denne delen presenteres de valgte artiklene som skal besvare vår problemstilling. Det skal presenteres på følgende måte: tittel på artikkel, forfatter, tidsskrift, hensikt, metode, resultater og relevans.

4.1 Presentasjon av artikler

4.1.1 Artikkel 1

Pain knowledge and attitudes among nurses in cancer care in Norway Utne, I., Småstuen, M. C. og Nyblin, U. 2018, Journal of cancer education	
Hensikt	Studiens hensikt var å kartlegge kunnskapsnivå og holdninger i Norge rundt smerte og smertebehandling hos sykepleiere innenfor kreftomsorgen.
Metode	Kvantitativ studie. Medlemmer i Forum for kreftsykepleie (FKS) ble invitert til å delta i en digital spørreundersøkelse via Norsk Sykepleierforbund (NSF).
Resultat	312 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Det var varierende hvor mye erfaring med kreftpasienter og hvilket utdanningsnivå sykepleierne hadde. Sykepleierne hadde et relativt høyt kunnskapsnivå. Det var mangelfull kunnskap om medikamentets effekt og bivirkninger. Sykepleierne hadde et relativt godt resultat på spørsmålene som inneholdt flere aspekter hvor holdninger var en av dem. Kurs viste å gi sykepleiere økt skår i kunnskap. Spesialisthelsetjenesten hadde en signifikant bedre skår enn primærhelsetjenesten.
Relevans	Studien peker på at sykepleier har mangelfull kunnskap innenfor medikamenter, og trekker frem hva som kan gi økt kunnskap.

4.1.2 Artikkel 2

Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. Vigstad, S., Clancy, A. og Broderstad, A. R. 2018, Sykepleien forskning	
Hensikt	Studien ønsker å undersøke hvordan pasientens symptomer er ved innleggelse, og hvordan symptomer bedres gjennom opphold på en palliativ enhet, samt hvordan smerte oppleves hos ulike kjønn.
Metode	En retrospektiv kvantitativ studie gjennomført i Norge ved en palliativ enhet. De inkluderte i studien var pasienter med en kreftdiagnose som ble kartlagt med ESAS ved innleggelse og utreise.
Resultat	274 pasienter inkludert i studien. Datainnsamling fra 2008-2016. Resultatene viser relativt høy skår på ESAS ved innkomst. Kvinner viste seg å ha høyere skår på ESAS enn menn på nesten alle punkter, med unntak av tungpusthet. Bruk av ESAS i kombinasjon med rask iverksettelse av tiltak førte til en nedgang i kartlagte symptomer.
Relevans	Artikkelen belyser hvordan ESAS bidrar til å bedre smertebehandlingen av palliative kreftpasienter, samt sykepleiers bruk av ESAS for å oppdage symptomer, iverksette tiltak tidlig og innlede til gode samtaler.

4.1.3 Artikkel 3

The management of breakthrough cancer pain - educational needs a European nursing survey. Wengström, Y. <i>et al.</i> 2014, European Journal of Cancer Care	
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke sykepleiers kunnskap om gjennombruddssmerter hos kreftpasienter i ulike europeiske land.
Metode	Kvantitativ studie med spørreundersøkelse. Sykepleiere fra 12 europeiske land, blant annet Norge, ble invitert.
Resultat	<p>1 241 sykepleiere som var involvert i behandling av kreftpasienter deltok. Flesteparten hadde erfaring innenfor kreftomsorgen.</p> <p>Deltakerne definerte gjennombruddssmerte ulikt. Trening ble assosiert med god håndtering av gjennombruddssmerter. Flesteparten av deltakerne ønsket informasjon og spesifikke retningslinjer for gjennombruddssmerte. Grad av sykepleiers selvsikkerhet knyttet til smertebehandling hos kreftpasienter varierte mellom land, erfaringsnivå og mengdetrening. Litt over halvparten av deltakerne var klar over at spesifikke smertestillende eksisterer for gjennombruddssmerter og diskuterte smertebehandling med sine kreftpasienter.</p>
Relevans	Sykepleiers kunnskap om gjennombruddssmerte og evnen til å skille mellom ulike typer smerter er viktig for å kunne utføre god smertebehandling hos kreftpasienter. Trening og erfaring gir økt kunnskap og selvtillit.

4.1.4 Artikkel 4

Prevalence and characteristics of breakthrough cancer pain in an outpatient clinic in a Catalan teaching hospital: Incorporation of the Edmonton Classification System for Cancer pain into the diagnostic algorithm Canal-Sotelo, J. <i>et al.</i> 2018, BMC palliative Care	
Hensikt	Hensikten med denne studien var å måle intensiteten, samt skille ulike gjennombruddssmerter ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy.
Metode	En prevalensstudie gjennomført i Spania. Det ble gjennomført en journalgjennomgang hvor ulike verktøy ble brukt til å identifisere og skille de ulike gjennombruddssmertene. Studien ble gjennomført over to år med 277 deltakende pasienter fra en kreftpoliklinikk.
Resultat	Det deltok 1 276 pasienter i denne studien. Totalt ble 488 ulike gjennombruddssmerter påvist ved bruk av Davies algoritme for å identifisere og ECS-CP for å kartlegge. Halvparten av disse viste seg å være relatert til nevrologisk smerte. Samtidig ble det også oppdaget at et mindretall følte på en avhengighetsfølelse, depresjon, angst eller sosial isolasjon. Opptil fem ulike gjennombruddssmerter oppstod hos deltakerne og mindre enn halvparten opplevde flere enn to gjennombruddssmerter. Det viste seg at ECS-CP egnet som kartleggingsverktøy for å oppdage gjennombruddssmerter.
Relevans	Studien undersøker verktøy for å kunne kartlegge og skille de ulike gjennombruddssmertene, som ofte oppstår hos kreftpasienter.

4.1.5 Artikkel 5

Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective. Phillips, J.L. <i>et al.</i> 2015, Collegian	
Hensikt	Identifisere utfordringer og hva som fremmer bruk av smertekartlegging og -behandling. Undersøke bruken av retningslinjer i kommunehelsetjenesten, om det er behov for nye retningslinjer og forhold som påvirker bruken av disse i smertebehandling av kreftpasienter.
Metode	En kvantitativ tverrsnittstudie utført i Australia. Frivillig undersøkelse, sykepleiere med ansvar for kreftpasienter deltok. Synspunkter og erfaringer ble summert og tematisk analysert med fokus på sykepleiere i kommunen.
Resultat	208 sykepleiere deltok i spørreundersøkelsen, 62 av sykepleierne fra kommunen. Flere hindringer for effektiv smertebehandling ble avdekket. Funnene viste lite tilgang til ikke-medikamentell smertebehandling, manglende koordinering mellom ulike profesjoner og lange avstander til smertebehandlingsteam. Studien tok opp ulike hindringer for bruk av opioider, både hos helsepersonell og pasienter. Betydningen av informasjon, kunnskap og øving hos sykepleierne trekkes frem som hva som kan bidra til god smertekartlegging og -behandling. Det samme gjaldt tilgangen på kliniske retningslinjer basert på kunnskap.
Relevans	Studien belyser flere områder for sykepleiere som er utfordrende for en optimal smertebehandling av kreftpasienter i kommunen. Studien er relevant da den tar opp forslag for å forbedre smertebehandlingen i kommunen.

4.1.6 Artikkel 6

Establishment of Personalized Pain Goals (PPG) in Oncology Patients to Improve Care and Decrease Costs. <i>Zylla, D. et al.</i> 2017, Journal of Oncology Practice	
Hensikt	Hensikten med studien var å vurdere smerten hos kreftpasienter med et økt fokus på pasientens eget mål for smerte, samt hva som kan minske bruken av dyre langtidsvirkende opioider gjennom opplæring.
Metode	En kvantitativ studie gjennomført i USA. Studien ble gjennomført på én kreftpoliklinikk over 18 måneder hvor det hver måned gjennom en journalgjennomgang ble hentet inn 3 000 smertemålinger. Sykepleierne dokumenterte kreftpasienters personlige smertemål ved hjelp av kartleggingsverktøyet PPG. Alle pasientene ble spurt om deres opplevelse av smerten og hva som var akseptabel smerte i hverdagen. Det ble registrert månedlig bruk av langtidsvirkende og korttidsvirkende opioider. Det ble levert ut informasjonsskriv til pasientene slik at de lettere kunne forstå bruken av opioidene, håndtere de riktig og kjenne til komplikasjoner med disse.
Resultat	Moderat til sterke smerter ble rapportert i en relativt liten del av pasientene som deltok. De som hadde kreft i stadium 3 eller 4 hadde lignende smertenivå. Pasienter som tidligere har vært opioid behandlet hadde alvorlig smerte omtrent dobbelt så ofte. I løpet av studien ble det registrert en stor økning i bruken av personlig smertemål. Reseppter på dyre langtidsvirkende opioider viste seg å synke betydelig, mye på grunn økt kunnskap. Innen slutten av studien var over halvparten av de dyre opioider byttet ut med billige opioider. Økt personsentrert smertebehandling og økt kunnskap om smertebehandling førte ikke til markant bedring av smertene.
Relevans	Studien er relevant for smertebehandling da den setter pasientens smertemål i sentrum.

4.2 Sammenfatning av resultater

Gjennom analyseprosessen har vi kommet frem til følgende temaer som besvarer vår problemstilling: smertebehandling, kartlegging, kompetanse og utfordringer. Her presenteres de sammenfattende resultatene fra artiklene.

4.2.1 Kartlegging av smerte

Ulike kartleggingsverktøy vektlegger ulike deler av smerteopplevelsen og vil derfor være aktuelle for å oppnå best mulig forståelse av smerte og smertebehandling. Flere artikler skriver om bruken av ulike kartleggingsverktøy for å iverksette tiltak og bedre smertebehandlingen (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018; Canal-Sotelo *et al.*, 2018; Zylla *et al.*, 2017).

Studien til Canal-Sotelo *et al.* (2018) tar for seg bruken av kartleggingsverktøyet ECS-CP for å kartlegge gjennombruddssmerte. Zylla *et al.* (2017) tar for seg bruk av kartlegging av pasientens personlige mål for smertebehandlingen (PPG). Dette brukes som et verktøy for å kartlegge hvilket nivå av smerte pasienten er tilfreds med. Artikkelen til Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) viser gjennom bruk av kartleggingsverktøyet ESAS at man kan avdekke plagsomme symptomer, og iverksette tiltak. Resultater viser en bedring i pasienters smerte ved bruk av kartleggingsverktøy. Artikkelen til Phillips *et al.* (2015) viste at mange sykepleiere brukte kartleggingsverktøy til pasienter med kreft.

4.2.2 Faglig kompetanse

Artiklene viser et behov for økt kompetanse rundt smertebehandlingen av kreftpasienter (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019; Phillips *et al.*, 2015, Wengström *et al.*, 2014). Studien til Utne, Småstuen og Nyblin (2019) tyder på at det er høy kompetanse i Norge, men at det likevel er forbedringspotensiale på noen områder. Videre trekker artikkelen frem at kunnskapsnivået i primærhelsetjenesten er dårligere enn i spesialisthelsetjenesten når det kommer til kunnskaper og holdninger rundt smerte.

Flere artikler viste at sykepleiere som har gjennomført kurs om smerte hos kreftpasienter, får en økning i kompetansen sammenlignet med de som ikke gjennomførte kurs (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019; Wengström *et al.*, 2014). Trening viste seg i artiklene å øke kunnskapsnivå

og evnen til å skille mellom ulike typer smerte (Wengström *et al.*, 2014; Phillips *et al.*, 2015; Utne, Småstuen og Nyblin, 2019). I tillegg hadde flere sykepleiere i studiene et ønske om retningslinjer som handler om vurdering og behandling av smerter (Wengström *et al.*, 2014; Phillips *et al.*, 2015). Canal-Sotelo *et al.* (2018) fant mange ulike typer gjennombruddssmerter. Sykepleiere i studien til Wengström *et al.* (2014) ønsket mer informasjon om gjennombruddssmerter for å øke kunnskapen rundt denne type smerte, både for seg selv og pasientene.

Høyere utdanning assosieres med økt kompetanse (Wengström *et al.*, 2014; Utne, Småstuen og Nyblin, 2019). Sykepleiers erfaring med kreftpasienter gav økt selvtillit som igjen resulterte i bedre smertebehandling (Wengström *et al.*, 2014).

4.2.3 utfordringer for smertebehandling

Artiklene tar opp flere utfordringer hos sykepleier rundt smertebehandlingen av palliative kreftpasienter. En utfordring som tas opp i flere artikler er mangelen på kunnskaper rundt medikamenter (Phillips *et al.*, 2015; Utne, Småstuen og Nyblin, 2019; Wengström *et al.*, 2014). Forskningsresultatene i artikkelen til Utne, Småstuen og Nyblin (2019) viste at spørsmål som omhandlet medikamenters virkning og bivirkning oftest ble besvart feil.

Resultatene i artiklene gjorde flere funn på utfordringer rundt bruken av opioider, både hos pasient, sykepleier og lege. Phillips *et al.* (2015) tar opp at pasienter ofte må forklares og overtales om verdien og bruken av opioider som smertebehandling. Dette gjelder ikke bare for pasienter, men også for sykepleiere og leger. Utne, Småstuen og Nyblin (2019) sin studie viser at sykepleiere overestimerer hvorvidt pasienten kan få en respirasjonsdepresjon ved bruk av opioider. Wengström *et al.* (2014) viste at litt under halvparten av sykepleierne ikke visste at det fantes medikamenter til behandling av gjennombruddssmerter, noe som er en utfordring for behandlingen av smerter.

Flere studier viste et forbedringspotensiale når det gjaldt kunnskap om smerte hos kreftpasienter. Phillips *et al.* (2015) påpeker mangelfull kunnskap rundt smertebehandling. Artikkelen trekker frem at informasjon, trening, tilgang til retningslinjer og samarbeid med andre instanser som viktig for å få til en god smertebehandling i kommunen.

4.2.4 Smertebehandling av palliative kreftpasienter

Flere artikler viser at det er manglende kunnskap rundt opioider, noe som er en viktig del av den palliative smertebehandlingen. Både resultatene i Utne, Småstuen og Nyblin (2019), Wengström *et al.* (2014) og Phillips *et al.* (2015) tar opp mangelen på kunnskaper om medikamenter. Samtidig viste Wengström *et al.* (2014) at litt over halvparten av sykepleierne diskuterer smertebehandlingen med kreftpasienter, som indikerer at pasienter kan ha mulighet til å være mer delaktig i sin behandling. Artikkelen til Zylla *et al.* (2017) viste også at pasienters deltakelse i behandlingen var av betydning, med bruken av pasientens personlige smertemål (PPG). Tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre instanser viser seg å være av betydning for en optimal smertebehandling av kreftpasienter (Phillips *et al.*, 2015). Studien til Wengström *et al.* (2014) nevner at lav selvtillit har en sammenheng med sykepleiers erfaringer.

5.0 Drøfting

Drøftingen tar utgangspunkt i sammenfatningen basert på analysen, relevant teori, aktuell litteratur og egne erfaringer. Kapittelet inneholder en kritisk vurdering av de valgte artiklene og annen litteratur. Det gjøres også en etisk vurdering av valgte artikler.

5.1 Kartlegging av smerte for å bedre smertebehandlingen

Forskere påpeker at kartleggingsverktøy gir grunnlag for optimal smertebehandling hos palliative kreftpasienter (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018; Canal-Sotelo et al., 2018; Zylla et al., 2017). I følge studien til Canal-Sotelo *et al.* (2018) kan sykepleier ved hjelp av Davies algoritme og ECS-CP identifisere og kartlegge gjennombruddssmertene som pasienten opplever i sin hverdag. En høy skår på kartleggingsverktøyet ECS-CP ble forbundet med høy smerteintensitet. På en side viser det seg at ECS-CP fungerer godt i praksis ettersom det også avdekker hvilken sammenheng smerte har med de nevrologiske og psykiske aspektene. Dette kan gi en mer helhetlig vurdering av smerteopplevelsen. Videre trekker Canal-Sotelo, *et al.* (2018) og Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) frem viktigheten med kartlegging av de ulike gjennombruddssmertene da en lettere kan forutse smertene og gi mer målrettet behandling mot smerten. På en annen siden kan det tenkes at sykepleieren ikke alltid er tilgjengelig i hjemmet for å kunne fange opp gjennombruddssmerten, da denne type smerte er kortvarig. For å få til en god kartlegging av disse smertene kan det tenkes at en smertedagbok kan være aktuell for pasienten. Her kan smertens lokasjon, kvalitet, varighet og smerteintensitet føres opp gjennom endimensjonale skåringsverktøy som NRS eller VAS (Torvik og Bjørø, 2016; Winger og Leegaard, 2016). Smertedagbok kan derfor tenkes å gi sykepleier et bedre grunnlag for å kunne få en oversikt over smertene den hjemmeboende pasienten opplever i løpet av en periode.

Studien til Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) fant ut at bruken av kartleggingsverktøyet ESAS gjorde det lettere å oppdage og iverksette tiltak rundt symptomer som munntørrhet, slapphet, nedsatt matlyst og dagsform. På den ene siden kan det være fint å bruke kartleggingsverktøy for å avdekke symptomene som ikke er like synlige utad. Samtidig vil tidlig iverksetting av tiltak bidra til en økt livskvalitet til pasientene (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). På den andre siden kan det tenkes at kartleggingsverktøy fort kan bli brukt som erstatning for de gode samtalene. Ved å bruke kartleggingsverktøy som en innledning til

de gode samtalene kan det tenkes at en vil skape en bedre trygghet og tillit til pasientene. I likhet med studien skriver NOU (2017:16) at ESAS er et fint kartleggingsverktøy da det ikke bare kartlegger selve smerten, men også de andre symptomer som palliative kreftpasienter ofte opplever.

For at pasienten skal oppleve mestring rundt sine smerter er det som Lode (2016) nevner viktig at brukermedvirkningen er tilstede. For at pasienten skal kunne medvirke er det viktig med god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Ved at sykepleier stiller konkrete spørsmål, er det økt sannsynlighet at de får svar på det de ønsker. Samtidig legges det til rette for at pasienten kan være kontret tilbake med tanke på sin smerte og vurdering av denne. Det er viktig at sykepleieren er tydelig på hva som er målet med smertebehandlingen (Herr *et al.*, 2011, som sitert i Danielsen, Berntzen, og Almås, 2017). Studien til Zylla *et al.* (2017) setter personlige smertemål (PPG) i fokus og hva som er akseptabel smerte i hverdagen for pasienten. I følge resultatene i deres forskning hadde et fåtall av pasientene oppnådd sitt smertemål. I løpet av det neste året økte bruken av PPG som følge av et økt fokus blant sykepleierne på personsentrert smertemål. Ifølge Zylla *et al.* (2017) viste det derimot ikke noen markant bedring i smertelindringen, men det kan likevel bidra til at pasienten blir mer inkludert i egen smertebehandling. Etter gjennomført kreftbehandling mener artikkelen at det er urealistisk at alle pasienter kan bli smertefri. Det å ha en skår på 4 av 10 i VAS kan for noen pasienter være tilfredsstillende nok, da smerter er individuelt og oppleves ulikt. Dette kan tenkes å være på bakgrunn av at pasientene heller ønsker å leve med noen smerter, enn å oppleve de bivirkningene som økte doser opioider kan gi. Det handler derfor ikke i like stor grad hvor på smerteskalaen de ligger, men om pasienten selv ligger på en smerteskala som de er tilfreds med (Zylla *et al.*, 2017).

Helsetilsynet (2011) påpeker blant annet at brukermedvirkning og individuell tilpasning ble lite vektlagt samtidig som at grunnleggende behov var mangelfullt ivaretatt. Mangelfull brukermedvirkning, individuell tilpasning og manglende ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov kan tenkes å være en konsekvens av dårlig tid i hjemmetjenesten og utilstrekkelig kompetanse hos sykepleier. Samtidig mener Utne, Småstuen og Nyblin (2019) og Wengström *et al.* (2014) at kreftpasientens selvrapporing er viktig å ta hensyn til, da det

er den mest pålitelige indikatoren på pasientens subjektive smerte. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom bruk av PPG (Zylla *et al.*, 2017).

Ved å bruke ESAS og ECS-CP kan sykepleier iverksette tiltak ut i fra symptomer som kartleggingsverktøyene avdekker. Samtidig kan bruken av flerdimensjonale kartleggingsverktøy som ESAS og ESC-CP være en inngangsport til gode samtaler. Særlig ESAS omhandler "Hvordan har du det alt i alt?" (Canal-Sotelo *et al.*, 2018; Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Det er imidlertid noen utfordringer ved bruk av de ulike kartleggingsverktøyene. I følge Fermann og Næss (2016) er hjemmetjenesten generelt dårlig på å ta i bruk og forstå de ulike smertekartleggingsverktøyene. Det kan handle om mangelfull forståelse når det gjelder bruken og dokumentasjonen av kartleggingsverktøy i hjemmetjenesten.

I den kommunale praksisen i hjemmetjenesten ble det erfart at smertekartlegging var en utfordring for sykepleiere. Eksempelvis følte sykepleierne på mye ansvar, tidspress og en usikkerhet rundt ulike måter å kartlegge smerte på. Dette kan potensielt resultere i utilstrekkelig smertelindring. Derfor kan kartlegging, vurdering og observasjon være grunnleggende for å gi best mulig smertelindring. Det kan tyde på at hjemmetjenesten i større grad vurderer ut i fra skjønn, hvor godt de kjenner pasienten og fra egne erfaringer, fremfor å systematisk bruke smertekartleggingsverktøy (Fermann og Næss, 2016). En annen utfordring kan være at sykepleieren tenker at kartlegging tar for mye tid, eller at de er bekymret for at den vil skape en større avstand mellom sykepleier og pasient (Ene *et al.*, 2008 som sitert i Danielsen, Berntzen og Almås, 2017). Det kan tenkes at endimensjonale kartleggingsverktøy som VAS og NRS blir hyppigere brukt enn flerdimensjonale verktøy da disse krever mindre kunnskap og tar kortere tid. Til tross for dette har sykepleier likevel en plikt til å dokumentere den sykepleien som gis etter §39 i helsepersonelloven (1999). Skal kartleggingsverktøyene være til nytte burde sykepleieren bruke de aktivt i arbeidet sitt.

5.2 Betydningen av sykepleiers faglige kompetanse

Ulike forskningsresultater indikerer at sykepleiers kunnskap om smerter og smertebehandling bør forbedres (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019; Wengström *et al.*, 2014; Phillips *et al.*, 2015). Det er et økende behov for helsepersonell med høyere og bredere kunnskap i den kommunal helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Utne, Småstuen og Nyblin (2019) undersøkte norske sykepleiers holdninger og kunnskaper om smerte og smertebehandling i kreftomsorgen. Resultatene viser på den ene siden en relativt høy kunnskap og gode holdninger rundt smerter og smertebehandling hos kreftpasienter. På den andre siden var kunnskapsnivået hos sykepleierne mangelfulle når det gjaldt medikamenter. Studien indikerer derfor at det er et forbedringspotensiale når det gjaldt kunnskapsnivået innen smertebehandling. Samtidig viser studien at sykepleiere som jobbet i primærhelsetjenesten hadde en dårligere skår på spørreundersøkelsen, i motsetning til sykepleierne som jobbet i spesialisthelsetjenesten. Av den grunn kan det derfor tenkes at sykepleiere i hjemmetjenesten bør øke den faglige kompetansen innenfor smertebehandling, spesielt på bakgrunn av at stadig flere kreftpasienter skal få behandling hjemme. Utne, Småstuen og Nyblin (2019) mener videre at tilstrekkelig med kunnskap om smertebehandling hos sykepleiere i kommunen er essensielt, på bakgrunn av de spesialiserte og selvstendige sykepleieoppgaver som vil kreve både god kompetanse og avanserte kliniske ferdigheter.

Tiltaket “Kompetanseløftet 2025” sikter på å imøtekomme mangelen på kunnskap og kompetanse, og har som hensikt å bidra til en faglig god helsetjeneste med tilstrekkelig kompetent bemanning. Det tar utgangspunkt i de fremtidige utfordringene helse- og omsorgstjenesten står overfor, som mangel på helsepersonell, kompetanse- og kunnskap, samt for lite brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Hjemmetjenesten har ansvar for ulike pasientgrupper i forskjellige aldre og ulike livssituasjoner, noe som resulterer i utfordrende og komplekse oppgaver for sykepleier (Birkeland og Flovik, 2018). Likevel kan det tenkes at det er utfordrende å tilegne seg kunnskap og ferdigheter rundt sykdomsbildet til de ulike pasientene. I tillegg er sykepleieren som regel alene med mye ansvar hjemme hos pasientene. Hvor det ikke alltid mulig å rådføre seg om avgjørelser med andre kolleger sammenlignet med sykepleiere på en sengepost eller sykehjem. Utne,

Småstuen og Nyblin (2019) mener det imidlertid er positivt at kunnskapsnivået blant sykepleierne er jevnt over høyt i Norge.

Hos kreftpasienter med smerter viser funnene til Canal-Sotelo *et al.* (2018) at omkring en tredjedel har gjennombruddssmerter, og at en kreftpasient kan ha flere typer gjennombruddssmerter samtidig. Wengström *et al.* (2014) fant at flere av sykepleierne hadde vanskeligheter med å skille mellom bakgrunnsmerter og gjennombruddssmerter. I tillegg ønsket de mer generell informasjon om bakgrunnsmerter. Videre viste resultatene at økt erfaring og selvsikkerhet hos sykepleierne, ga en økt forståelse av forskjellen mellom gjennombruddssmerter og bakgrunnsmerter. Selvsikkerheten ble assosiert med antall år, trening og erfaring med kreftsmerte.

Resultatene til Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) fokuserte på det sammensatte symptom bildet til de palliative kreftpasientene. De fant en sammenheng med at smerte ble forsterket ved økte symptomer. Det er derfor sentralt for sykepleier å tilegne seg kunnskap rundt symptomer som palliative kreftpasienter har. Ofte blir plagsomme symptomer som utmattelse og obstipasjon oversett. Forskningsresultatene til Canal-Sotelo *et al.* (2018) viste at kreftpasientene med flere typer gjennombruddssmerter hadde en tendens til å utvikle blant annet vanedannende oppførsel og oppleve psykisk ubehag. Altså kan det tenkes at smerte hos kreftpasienter i stor grad er komplekst og sammensatt, da det er flere faktorer enn kun smerten som må tas til betraktning. Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) mener det er viktig å tidlig danne seg et helhetlig bilde av kreftpasienten og kontinuerlig tilpasse smertebehandlingen, ettersom helsetilstanden til kreftpasienten hele tiden endrer seg.

Phillips *et al.* (2015) mener at sykepleier i hjemmetjenesten har en viktig oppgave i å innlede til samtaler angående smertebehandlingen med pasienten. Dette er viktig for at pasientene skal kunne håndtere egen smerte og redusere hvordan smerten påvirker eget liv. På den ene siden kan hjemmebesøket gjøre det lettere og mer komfortabelt for pasienten å diskutere med sykepleier da de er i trygge omgivelser. Dette krever imidlertid kunnskap og forståelse av den individuelle smertebehandlingen til pasienten (Phillips *et al.*, 2015). På den andre siden kan muntlig informasjon, undervisning og veiledning være forbundet med en risiko for at pasienten ikke oppfatter alt som blir sagt. I slike tilfeller kan skriftlig informasjon, slik som brosjyrer, være til hjelp for å øke pasientenes forståelse for riktig bruk av opioider, mulige

bivirkninger og andre faktorer som går på smertebehandling (Zylla *et al.*, 2017). Samtidig kan det tenkes at en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon vil være det beste for å sikre at pasienten forstår informasjonen som blir gitt rundt deres smertebehandling.

Wengström *et al.* (2014) sin studie viste at under halvparten av deltakerne hadde gjennomgått trening på behandling av gjennombruddssmerte. Utfordringene med å skille mellom gjennombruddssmerter og bakgrunnssmerte kunne ha sammenheng med treningsmengde hos sykepleierne. Wengström *et al.* (2014) mener det er bekymringsverdig lav andel som har trening i smertebehandling, med tanke på at mange kreftpasienter opplever gjennombruddssmerter. Både trening og kurs ga sykepleierne økt kunnskap og selvsikkerhet rundt smerte og smertebehandling (Wengström *et al.*, 2014; Utne, Småstuen og Nyblin, 2019). Uavhengig av utdanningsnivå hos deltakerne, fant Utne, Småstuen og Nyblin (2019) at et kurs i smertelindring resulterte i økte ferdigheter og økt kompetanse hos sykepleierne. På bakgrunn av dette kan det være gunstig at sykepleiere som jobber med palliative kreftpasienter gjennomfører kurs innen smertebehandling. Likevel kan dette være utfordrende å gjennomføre i praksis da det blant annet er et kjent problem med mangel på sykepleiere i kommunen, som videre kan skape et tidspress. Tidspresset kan påvirke sykepleiers vurdering av smerte, ved å ikke ha tilstrekkelig med tid til å gjennomføre viktige observasjoner og kartlegginger. Samtidig fant Wengström *et al.* (2014) at sykepleiere med mer enn 9 års arbeidserfaring med kreftpasienter i større grad trente på behandling av gjennombruddssmerter.

Kontinuerlig utdanning i sykepleie er velkjent for å bedre behandlingen (Wengström *et al.*, 2014). Utne, Småstuen og Nyblin (2019) belyser viktigheten av utdanning, der sykepleiere uten høyere utdanning har et lavere kompetansenivå innenfor smerte og smertebehandling enn sykepleiere med høyere utdanning. Forskningen deres viste at kunnskaper og holdninger i Norge er høyere sammenlignet med andre ulike land, noe som delvis kan forklares med forskjeller i utdanningsnivå (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019). Til tross for at sykepleiere i Norge har god utdanning er det likevel en stor andel sykepleiere i Phillips *et al.* (2015) som mente de aller fleste kreftpasientene kunne ha godt utbytte av en henvisning til spesialiserte palliative tjenester. En slik tjeneste kan tenkes å være lignende et palliativt team i Norge.

Flere sykepleiere rapporterte et behov for retningslinjer (Phillips, *et al.*, 2015; Wengström, *et al.*, 2014). Sykepleierne mente retningslinjer til spesifikke tilfeller slik som gjennombruddssmerte kan være av verdi. På den ene siden vil fordelene med å ha retningslinjer være at det vil øke kompetansen rundt smertevurdering og lindring samt bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Likevel kan aktiv bruk av retningslinjer tenkes å være et nyttig hjelpemiddel for smertevurdering basert på kunnskap. På den andre siden har sykepleierne i hjemmetjenesten begrenset med tid med kreftpasientene. Samtidig peker Phillips *et al.* (2015) på at det er viktig å utvikle retningslinjer som har god anvendelighet. Likevel ligger noe av ansvaret hos arbeidsplassen, med tanke på å sikre tilgang og oppdatere de ansatte på retningslinjer. I tillegg er det sykepleiers eget ansvar å tilegne seg denne kunnskapen og anvende retningslinjene i praksis (Helsedirektoratet, 2017).

5.3 Sykepleiers utfordringer for optimal smertebehandling

Smarter er individuelt, og blir uttrykt på ulike måter, og det er ikke alltid det fremkommer hvor mye smerte pasienten har. På den ene siden står sykepleieren; den erfarne på sykdom og behandling, mens på andre siden står pasienten; spesialist på egen kropp og på opplevelsen av smerten. Ikke alle pasienter har tydelige symptomene på smerter, og spesielt de med kroniske smerter har lite symptomer. Tydelige symptomer er eksempelvis høy puls, svette og de visuelle tegnene som en oppblåst mage eller et hovent ben (Danielsen, Berntzen og Almås, 2017). Smertekartleggingsverktøy kan være til hjelp for å vurdere og behandle smerten, samt se om behandlingen har effekt (Lorentsen og Grov, 2017). En utfordring kan være at det ikke er tilstrekkelig med kunnskaper om kartleggingsverktøy og behandling, som kan tenkes å føre til at det ikke blir iverksatt noen tiltak, og at de plagsomme symptomene ikke blir fulgt opp. Flere av de valgte artiklene tar for seg utfordringer hos sykepleier og pasienter som hindrer en optimal smertebehandling.

Kartleggingsverktøy kan være tidkrevende (Helsedirektoratet, 2019), noe som kan være utfordrende i en hverdag med stort tidspress i hjemmetjenesten. Samtidig peker Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) på at sykepleier bør bistå pasienten med å fylle ut kartleggingsskjemaet slik at det på den ene siden minsker risikoen for feiltolkninger. På den andre siden skriver de at sykepleiere kan være med å påvirke svarene om de fylles ut sammen

med pasienten. Begge disse sidene kan tenkes å bidra til et feilaktig resultat i forskningen. Ved å gi sykepleier opplæring og kunnskaper om bruk av kartleggingsverktøy kan muligens disse påvirkningene forhindres eller minskes gjennom korrekt bruk. Fordi skår 0 betyr god matlyst og 10 indikerer ingen matlyst kan dette punktet i ESAS lett mistolkes (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Denne misforståelsen kan lett forhindres ved at sykepleier har fått god opplæring i bruk og er med pasienten på utfyllingen av ESAS. Helsedirektoratet (2019) sitt handlingsprogram for palliative kreftpasienter påpeker at de standardiserte kartleggingsverktøyene er tidkrevende og ikke alltid tilpasset til palliative kreftpasienter. Det er derfor et pågående arbeid rundt forbedring av disse. Flerdimensjonale verktøy, som ofte er tidkrevende, kan tenkes å bli byttet ut med endimensjonale verktøy da disse kan være raskere å gjennomføre og lette å anvende. Dette kan imidlertid føre til en utilstrekkelig vurdering og behandling av palliative pasienters smerte.

En utfordring sett fra et pasientperspektiv er frykten for å bli avhengig av opioider. Sykepleiere må derfor ha tilstrekkelig kunnskap og gode holdninger som bidrar til bedre smertebehandling (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019). Flere kommunale sykepleiere i studien til Phillips *et al.* (2015) oppgir at de ofte bruker tid på å overbevise pasienter til bruk av opioider. Dette samsvarer også med erfaringer fra praksis, hvor sykepleier til palliative kreftpasienter må bruke god tid på å forklare og ufarliggjøre bruken av opioider. For det første er det viktig med kunnskaper om medikamenter for å ufarliggjøre bruken av opioider, og å trygge pasienten rundt redsler for avhengighet. For det andre er det lover som omhandler pasienters krav på informasjon om medikamenter. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) jf. §3-2 har pasienten rett til informasjon om behandling og mulige bivirkninger, samt jf. §3-5 har helsepersonell ansvar for å tilpasse informasjonen slik at pasienten forstår hvordan behandlingen foregår, og mulige bivirkninger. Det vil derfor være viktig som sykepleier å ha kunnskaper om virkning og bivirkninger av medikamentene som skal gis til pasientene, og å forklare det på en måte som ikke skremmer pasienten. Flere artikler har resultater som viser mangel på kompetanse og kunnskaper rundt medikamenter, både virkning og bivirkning (Phillips *et al.*, 2015; Utne, Småstuen og Nyblin, 2019). Dette vil kunne være problematisk da en som sykepleier ikke klarer å gi informasjon som pasienten ifølge loven har krav på. Det kan også bidra til en usikkerhet for pasientene dersom sykepleier ikke kan svare på eventuelle spørsmål og bekymringer pasienten skulle ha.

En annen utfordring for optimal smertebehandling kan sees fra helsepersonell sin side, der det viste seg å være en redsel rundt bruken av opioider. Av ulike årsaker er helsepersonell redd for å gi for mye smertestillende, eksempelvis grunnet respirasjonsdepresjon eller fordi de er redd for å risikere å ta livet av pasienten (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019; Phillips *et al.*, 2015). For det første kan sykepleiers redsel påvirke pasienter ved at de har ubehandlede smerter, som kan føre til nedsatt livskvalitet. For det andre kan pasienten oppleve å ikke bli hørt for den smerten de opplever. Sykepleiere viser seg å ha en ulik oppfatning av pasientens smerteintensitet sammenliknet med hva pasienten selv uttrykker (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019). Dette kan føre til en ensomhetsfølelse hos pasienten rundt smerten, dersom sykepleier som skal behandle smerten ikke tror på pasienten (Danielsen, Berntzen og Almås, 2017). Det kan derfor tenkes at et kartleggingsverktøy kan gjøre det lettere å forklare smerteopplevelsen for pasienten.

Studien til Utne, Småstuen og Nyblin (2019) viser at sykepleiere har lettere for å gi smertestillende til en pasient som uttrykker smerte gjennom ansiktsuttrykk enn til en pasient som smiler. Det kan tenkes at pasienten ikke blir trodd med mindre de har de synlige og målbare symptomene på smerte. Dette kan også dreie seg om sykepleiers holdninger, noe som kan være vanskelig å gjøre noe med. Utne, Småstuen og Nyblin (2019) diskuterer også funn fra en annen norsk studie som viste at det ikke er sammenheng mellom hva sykepleier sier, og hva de faktisk utfører i praksis. Studien viste at sykepleiere sier de har kartlagt smerte, men ikke gjennomført i praksis. Sykepleiers mangel på kunnskap og holdninger kan være grunn til disse funnene.

Studien til Utne, Småstuen og Nyblin (2019) tar for seg at holdninger kan være en utfordring for smertebehandlingen. Det viste seg gjennom studien at sykepleierne hadde gode holdninger, men det faktum at sykepleierne frivillig deltok i studien kan være en svakhet. En mulig konsekvens av dette kan være at sykepleierne var spesielt engasjerte i temaet og hadde mye kunnskaper rundt smertebehandlingen av kreftpasienter. Dårlige holdninger kan for det første være en utfordring fordi det kan tenkes å være ødeleggende for relasjonen mellom pasient og sykepleier. For det andre kan det tenkes at en sykepleier med dårlige holdninger rundt smertebehandlingen ikke ser pasientens egentlige behov.

5.4 Den helhetlige smertebehandlingen til palliative kreftpasienter

Som nevnt i kapittel 5.2 viste sykepleierne et relativt høyt kunnskapsnivå. Ifølge Utne, Småstuen og Nyblin (2019) er kunnskap viktig for å kunne utføre god smertebehandling hos kreftpasienter. Det faktumet at flertallet av sykepleierne i forskningen hadde videreutdanning innenfor kreftomsorgen gjør at en kan tenke seg at disse sykepleierne spesielt burde hatt kunnskaper om smertebehandling, sammenlignet med sykepleiere med grunnutdanning (Utne, Småstuen og Nyblin, 2019).

Det er ikke til å unngå at kreftpasienter opplever en økende legemiddeltoleranse, avhengighet og fare for abstinenser når de har behov for opioider for å lindre smerter (Kongsgaard et al., 2005; Rygnestad og Krook, 2006; Swenson et al., 2005, som sitert i Danielsen, Berntzen og Almås, 2017). Kreftpasienter tolererer opioider ulikt, og smertebehandlingen bør derfor være individuell med kontinuerlig vurdering av dosen (Borchgrevink, 2013, som sitert i Danielsen, Berntzen og Almås, 2017). Faktorer som blant annet avhengighet, toleranseutvikling og høye doser med opioider kan tenkes å gi en kompleksitet i smertebehandlingen, som utfordrer sykepleiers kunnskap. På den ene siden trenger palliative kreftpasienter ofte flere ulike medikamenter som øker sannsynligheten for bivirkninger eller overfølsomhet (Helsedirektoratet, 2019). På den andre siden kan det være vanskelig for sykepleiere i hjemmetjenesten å oppdage bivirkninger grunnet den fysiske avstanden til pasienten. Sammenlagt kan det tenkes å gjøre det vanskelig for sykepleiere å kontinuerlig vurdere det helhetlige bildet.

Litt over halvparten i studien til Wengström *et al.* (2014) diskuterte medikamenter for smertebehandling med alle sine kreftpasienter. Sykepleierne diskuterte primært selve smertelindringen og bivirkninger, noe som er naturlig ettersom kreftpasienter ofte opplever bivirkninger. Samtidig viste studien at under halvparten av sykepleierne kun diskuterte smerte med noen av sine pasienter. På den ene siden kan variasjonen være et resultat av at sykepleierne kun diskuterte smertestillende med pasientene hvis de ga uttrykk for smerter. På den andre siden kan det være et resultat av sykepleiers relativt lave selvtillit relatert til gjennombruddssmerter, noe som kan assosieres med manglende kunnskap (Wengström, *et al.*, 2014). Ved ikke å diskutere smertebehandlingen med pasientene, kan det gå utover brukermedvirkningen. I denne sammenheng kan det tenkes at PPG kan brukes som et verktøy

for bedre brukermedvirkning (Zylla *et al.*, 2017), og bidra til at sykepleiere vil kunne sette sine kreftpasienters mål og ønsker i sentrum ved å diskutere smertebehandlingen. I tillegg kan det tenkes at sykepleiers hensyn til målet kan gi en økt tilfredshet hos kreftpasienten.

For å gi optimal smertelindring er det hensiktsmessig å jobbe tverrfaglig ved å inkludere andre helseprofesjoner, og ikke minst pasienten selv. Samarbeidet kan eksempelvis være mellom pasient, pårørende, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Winger og Leegaard, 2016; Phillips *et al.*, 2015). Phillips *et al.* (2015) sin studie påpeker at samarbeid med andre, og spesielt samarbeid med palliativt team, er grunnleggende for en optimal smertebehandling. Det kan tenkes at palliativt team, som skal være spesialister på palliativ behandling, vil kunne hjelpe hjemmetjenesten i smertebehandlingen. Samarbeidet vil kunne utfylle hverandre. Om sykepleiere i hjemmetjenesten gjør gode observasjoner og kartlegger smerte hos pasientene, kan palliativt team kunne bistå med tiltak innenfor smertebehandlingen for at pasienten skal ha det best mulig.

5.5 Metodiske overveielser

I denne litteraturstudien ble det brukt ulike primær- og sekundærkilder. Primær- og sekundærkildene tar utgangspunkt i faglitteratur og pensum relevant for sykepleierstudiet, men også kilder funnet gjennom pålitelige nettsteder og databaser. Ved bruk av sekundærkilder har forfatterne kritisk vurdert kilden før den ble ansett som pålitelig.

Fem av seks inkluderte artikler var publisert på engelsk og én på norsk. I analyseprosessen ble tekstene systematisk oversatt, bearbeidet og tolket av forfatterne. Dette kan føre til feiltolkninger ettersom det opprinnelige utgangspunktet kan ha endret seg noe. Resultatene kan bære preg av en subjektiv oppfattelse grunnet ulik tolkning, noe som kan være en svakhet.

De inkluderte artiklene er publisert innen de siste åtte årene for å sikre ny og oppdatert forskning. De har sin opprinnelse fra Norge, Europa, Australia og USA. Forfatterne har ikke funnet kulturelle forskjeller av betydning for dette litteraturstudiet. Det ble gjort en vurdering av hver artikkel, og de er vurdert overførbare til det norske helsevesenet.

Flere av sykepleierne i artikkelen til Utne, Småstuen og Nyblin (2019) hadde videreutdanning innenfor palliasjon og kreft, som kan føre til at resultatene muligens viste økte kunnskaper om temaet. Dette kan være med å bidra til at resultatene viser et høyere kunnskapsnivå. Likevel vurderes resultatene som relevant for problemstillingen da de belyser kunnskapshull relatert til medikamenter og ulikt kunnskapsnivå.

Flere av studiene var frivillige å delta på, noe som kan føre til at sykepleiere med økt interesse og kunnskap innenfor palliasjon deltok fremfor andre sykepleiere, og videre en potensiell skjevhet i resultatet. Svakheter ved studien til Canal-Sotelo *et al.* (2018) kan være at den ble gjennomført i én poliklinikk, kombinert med at data ble analysert av én lege.

Alle forskningsartiklene er publisert i publiseringskanaler som er vurdert til vitenskapelig nivå 1 i NSD sitt register. Det stilles ulike krav til vitenskapelig nivå 1, som blant annet at tidsskriftet har rutiner for ekstern fagfelleevaluering (NSD, 2021b). Et unntak er artikkelen til Zylla, *et al.* (2017). Artikkelen ble inkludert da den er publisert i et anerkjent tidsskrift som publiserer fagfellevurdert forskning. Det ble undersøkt om publiseringskanalen hadde gyldig ISSN, noe Det Internasjonale ISSN-registeret (ISSN, 2021) kunne bekrefte.

5.6 Ethiske overveielser

Alle forskningsartiklene som ble inkludert i denne litteraturstudien har gjennomgått en etisk vurdering og blitt godkjent av De Nasjonale Forskningsetiske komiteene (FEK) før publikasjon. Unntaket er Zylla *et al.* (2017), der forskerne ikke benyttet personopplysninger og derfor fulgte de etiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen. Videre er alle sykepleiere som har deltatt i de ulike artiklene anonymisert for å ivareta personvern. Deltakerne var med frivillig og informasjon om studiene er gitt på forhånd. I artikler der pasientdata ble inkludert ble tillatelser for å skaffe nødvendig data fra journaler innhentet og personvern ivaretatt.

Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) sin forskning ble sendt inn til REK nord, men ble ikke fremleggspliktig da de konkluderte med at artikkelen ikke inneholdt sensitive opplysninger. I tillegg er studien godkjent i Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, 2021a). Studien til Canal-Sotelo *et al.* (2018) ble godkjent av etikkomiteen ved Hospital Universitari Arnau de Vilanova i Lleida.

6.0 Konklusjon

For at sykepleiere skal kunne gi best mulig smertebehandling til palliative kreftpasienter er det viktig med faglig kompetanse om smerte og smertebehandling. Sykepleiere i hjemmetjenesten er særlig preget av et selvstendig ansvar, tidspress og underbemanning. Disse faktorene kan sette sykepleiere under press som igjen kan føre til utilstrekkelig smertebehandling av palliative kreftpasienter. Smerte er kompleks og individuelt, noe som gjør at sykepleiere må ha tilstrekkelig med kunnskaper for å gi god smertebehandling.

Forskningsresultater tilsier at kunnskaper om symptomer, smertekartleggingsverktøy og medikamenter er essensielt for smertebehandlingen. At sykepleiere har mangelfulle kunnskaper om medikamenters virkning og bivirkning var et funn som utpekte seg. Kunnskaper er essensielt for at sykepleiere skal kunne gi god informasjon og veiledning for å minske redselen til kreftpasienten rundt smertebehandling, spesielt med opioider. Trening og kurs viste seg å ha en markant bedring på kunnskapen hos sykepleiere rundt smerte. Dette kan gjøre at sykepleiere blir mer kompetente og selvsikre ved en kompleks og individuell smertebehandling. Kartleggingsverktøy og retningslinjer rundt palliativ smertebehandling kan bidra til å utvikle et rammeverk slik at sykepleiere i kommunen lettere kan håndtere ulike situasjoner.

Alt tatt i betraktning er kunnskap og kompetanse essensielt for at sykepleier kan gjøre gode kartlegginger og observasjoner ved smertebehandlingen i hjemmet. Dette bidrar til trygghet og selvsikkerhet hos sykepleiere under smertebehandlingen. Noen praktiske implikasjoner av dette kan være at kommunen legger til rette for målrettede kurs eller undervisning som sikter på å øke kompetansen omkring medikamenter og smertekartleggingsverktøy brukt i smertebehandlingen. Forfatterne anbefaler et økt fokus på medikamenter og kartlegging av smerte i grunnutdanningen til sykepleiere.

7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 4. utg. London: Open University Press.

Birkeland, A. og Flovik A. M. (2018) *Sykepleie i hjemmet*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Canal-Sotelo, J. *et al.* (2018) Prevalence and characteristics of breakthrough cancer pain in an outpatient clinic in a Catalan teaching hospital: incorporation of the Edmonton Classification System for Cancer pain into the diagnostic algorithm. *BMC palliative Care*.17(1), s. 81-81. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0336-y>.

Cancer Registry of Norway (2019) *Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Tilgjengelig fra: https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2019/cin_report.pdf (Hentet: 06.04.21).

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2017) Sykepleie med smerter, i Stubberud, D., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 381-427.

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 18.05.21).

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2018) *Hva er forskningsetikk?* Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/hva-er-forskningsetikk/> (Hentet: 24.03.21).

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2019a) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/> (Hentet: 23.03.21).

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2019b) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra:

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> (Hentet: 25.03.21).

Eriksen, S. (2016) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E.K og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Sted: Oslo, s. 887-905.

Fermann, T., og Næss, G.(2016) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien, i Kirkevold, M., Brotkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2.utg. Sted: Oslo, s.238-261.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Prop. 1S. (2020-2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortinget)*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/49cdf0dd4b2e4f1981e09ea62b94f0d8/no/pdfs/prp202020210001hodddpdfs.pdf> (Hentet: 20.05.21).

Helsebiblioteket (2016a) *PICO*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Hentet: 24.03.21).

Helsebiblioteket (2016b) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 20.05.21).

Helsedirektoratet (2017) *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet fra: 20.05.21).

Helsedirektoratet (2018) *Lindrende behandling i livets slutfase*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutt-fase> (Hentet: 20.05.21).

Helsedirektoratet (2019) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.
Tilgjengelig fra:
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_/attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf (Hentet: 24.03.21).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 21.05.21).

Helsetilsynet (2011) *Krevende oppgaver med svak styring*. Tilgjengelig fra:
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter/2011/helsetilsynetrapport5_2011.pdf (Hentet 13.05.21)

ISSN (2021) *International Standard Serial Numbers*. Tilgjengelig fra:
<https://portal.issn.org> (Hentet: 20.05.21).

Lode, K. (2016) *Mestring*, i Heggestad, A.K og Knustad, U (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s.40-54.

Lorentsen, V.B. og Grov, E.K. (2017) *Generell sykepleie ved kreftsykdommer*, i Stubberud, D., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 397-436.

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 22.03.21).

Nortvedt, F. og Nortvedt, P (2018) *Smerte – fenomen og etikk*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NOU 2017:16 (2017) *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NSD (2021a) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=Springer+link&tv=true> (Hentet: 22.03.21).

NSD (2021b) *Kriterier for godkjenning av publiseringskanalen*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier> (Hentet: 20.05.21).

NTNU (u.å) *IMRaD - how to structure your text*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.edu/sekom/imrad> (Hentet: 24.03.21).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 10.05.21).

Phillips, J. L. *et al.* (2015) Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective, *Collegian*, 22(1), s. 33-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.11.002>

St. Meld. 24 (2019-2020) (2020) *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf> (Hentet: 26.03.21).

St. Meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted – til rett tid..* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 26.03.21).

- Svartdal, F. (2021) Fagfelle vurdering, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfelle vurdering> (Hentet: 22.03.21).
- Thidemann, I-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Thorvik, K., og Bjørø, K., (2016) Smerte, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2.utg. Sted: Oslo, s.390-405.
- Thronæs, M. *et al.* (2016) Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart. *Support Care in Cancer*, 24(6), s. 2565–2574 doi: 10.1007/s00520-015-3064-3.
- Utne, I., Småstuen, M. C., og Nyblin, U. (2019) Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of Cancer Education*, 34(4), s. 677-684. DOI: 10.1007/s13187-018-1355-3
- Vigstad, S., Clancy, A. og Broderstad, A. R. (2018) Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien forskning*, 13(74591) s. 1-20 . DOI: 10.4220/Sykepleienf.2018.74591
- Winger, A. og Leegaard, M. (2016) Smerter, i Heggstad, A.K. og Knutstad, U (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 172-194.
- Wengström, Y. *et al.* (2014) The management of breakthrough cancer pain - educational needs a European nursing survey. *European Journal of Cancer Care*, 23(1), s. 121-128. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12118>
- Zylla, D. *et al.* (2017) Establishment of Personalized Pain Goals in Oncology Patients to Improve Care and Decrease Costs. *Journal of Oncology Practice*. 13(3), s. e266-e272. DOI: <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.017616>

