

BSYBAC – 5 V21 - Selvstendighet og ansvar i sykepleie

Bacheloroppgave

Sykepleie og helhetlig smertelindring



Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger/10.05.21

6117 og 6303

Sammendrag

Bakgrunn

Antall personer som er i kontakt med helsevesenet på grunn av sine kroniske ikke-maligne smerter, har globalt sett økt gradvis gjennom årene. Sykepleier er en nøkkelperson i smertelindringsarbeidet da de har utbredt kontakt med pasientgruppa. De innehar kunnskap om, samt erkjenner viktigheten en av helhetlig sykepleietilnærming for å lindre slike smerter og de forstår begrensningen med biomedisinske tiltak. Likevel benytter sykepleier seg hovedsakelig av en biomedisinsk tilnærming. Det ses altså en klar dissonans mellom teori og praksis.

Hensikt

Oppgavens hensikt er å beskrive sykepleierens erfaringer med helhetlig smertelindring av pasienter som har kroniske ikke-maligne smerter for å kunne se de utfordringene og mulighetene sykepleiere møter på i det helhetlige smertelindringsarbeidet. Økt kunnskap er ønskelig for å optimalisere sykepleiers handlingskompetanse i smertelindringen av pasienter med kroniske ikke-maligne smerter.

Metode

Oppgaven baseres på integrativ litteraturoversikt av fire kvalitative forskningsartikler. Funnene i disse artiklene, samt aktuell sykepleierfaglig teori og egne erfaringer og refleksjoner er benyttet for å belyse problemstillingen, samt svare på hensikten.

Resultater

Det kommer tydelig frem en dissonans mellom sykepleiers teoretiske grunnlag og praktisk utøvelse i smertelindringsprosessen av kroniske ikke-maligne smerte pasienter. Hovedfunnet er at sykepleier opplever relasjonen med pasienten som grunnfjellet i helhetlig smertelindring. Denne relasjonen påvirkes av ulike pasientrelaterte og systemrelaterte faktorer. God helhetlig smertelindring av kronisk ikke-maligne smertepasienter bunner derfor i relasjonens kvalitet.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt.....	5
1.4 Begrepsavklaring.....	5
1.4.1 Kronisk ikke-malign smerte.....	5
1.4.2 Sykepleiers ansvars-og funksjonsområde relatert til smertelindring.....	6
2.0 TEORI	7
2.1 Det komplekse fenomenet – smerte.....	7
2.2 Relasjonens betydning i sykepleien.....	8
3.0 METODE	10
3.1 Metodevalg.....	10
3.2 Søkeprosess.....	10
3.2.1 Valg av database.....	10
3.2.2 Valg av søkeord.....	10
3.2.3 Valg av forskningsartikler.....	11
3.3 Analyse.....	13
4.0 RESULTATER	14
4.1 Relasjonsbygging.....	15
4.1.1 Tid med pasienten.....	15
4.1.2 Sykepleiers kompetanse og pågangsmot.....	16

4.2 Pasientens livsverden.....	17
4.2.1 Kroniske smerter er et komplekst og subjektivt fenomen.....	17
4.2.2 Pasientens psykososiale bakgrunn.....	18
4.3 System og struktur.....	19
4.3.1 Ressurser og føringer.....	19
4.3.2 Samhandling med annet helsepersonell.....	21
5.0 DISKUSJON.....	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.1.1 Artiklenes validitet og reliabilitet.....	22
5.1.2 Artiklenes hensikt.....	23
5.1.3 Artiklenes metode.....	23
5.1.4 Variasjon i begrepsbruk og diagnose.....	24
5.1.5 Studienes geografiske beliggenhet.....	24
5.2 Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1 Dissonans mellom teori og praksis.....	26
5.2.2 Kompetanse og retningslinjer.....	27
5.2.3 Samhandling.....	28
5.2.4 Tid.....	29
5.2.5 Pasientens og hans nærmeste.....	31
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	34
7.0 LITTERATURLISTE.....	36
VEDLEGG	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smerter er trolig den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker helsetjenesten. Dette ses som paradoksalt når man samtidig har klart å utvikle effektive enkeltbehandlinger for ulike langvarige smertetilstander (Folkehelseinstituttet, 2018). I denne sammenhengen ser man en økning i antall pasienter som får opioider på blå resept, samt økt lengde i bruken av disse (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette til tross for at medikamenter sjelden er løsningen på langvarige smerter, og at langvarige smerter forutsetter en helhetlig tilnærming i form av kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak (Lein, 2020). Man står altså ovenfor en tydelig uoverensstemmelse mellom teoretisk kunnskap og praksisutøvelsen. Med denne bakgrunnsforståelsen er det interessant å belyse mulige årsaksforklaringer til at helsepersonell opplever utfordringer med en helhetlig tilnærming i smertelindringen for pasienter som har kroniske ikke-maligne smerter.

I løpet av studiet har vi hatt undervisning i smerter og hvor inngripende fenomenet er på det fysiske, psykiske, emosjonelle og sosiale livsaspektet til pasienten. Da spesielt ved kroniske smerter. God innføring i smerters kompleksitet og ulike kartleggingsverktøy, til ulike målgrupper, har vært fremtredende. Erfaringer vi har gjort oss i praksisfeltet er at sykepleiere også innehar god teoretisk og praktisk kunnskap rundt akutte eller postoperative smerter, samt tilstreber god behandling av disse smertene i form av medikamentell smertelindring. Dette er ofte førstevalget ved smertelindring. Sykepleiers bruk av ikke-medikamentelle tiltak har vi derimot observert som nedprioritert, eller lite tilstedeværende. Likevel har vi erfart at kombinasjonen av de to smertelindringsmetodene gir pasienter helhetlig og optimalisert lindring av smertene. Med dette ønsket vi å øke vår teoretiske kunnskap rundt sykepleiers erfaringer i forhold til muligheter og utfordringer med helhetlig smertelindring til pasienter med kroniske ikke-maligne smerter. Videre vil vi da kunne stille sterkere i møte med pasientgruppa i praksis. Dette anser vi som svært viktig og aktuelt da denne gruppa har økt noe gjennom årene (Folkehelseinstituttet, 2018). Økningen har betydning for sykepleier i form av hyppigere kontakt med pasientgruppa på alle omsorgsnivåer i helsevesenet.

1.2 Problemformulering

Kroniske smerter er et gradvis økende problem som, i noen sammenhenger, er blitt omtalt som en stille global epidemi. Bare i Norge angis det at rundt 30% av befolkningen sliter med kroniske ikke-maligne smerter (Folkehelseinstituttet, 2018). Forskning foretatt på området har i stor grad fokusert på pasientperspektivet. Konklusjonen er at pasienter i hovedsak tilskrives medikamentell behandling og den helhetlige tilnærmingen, i form av biopsykososiale sykepleieintervensjoner, er manglende. Fokus på sykepleieperspektivet vil spille en sentral rolle i optimalisering av smertelindringen for pasienter med kroniske ikke-maligne smerter. Dette fordi sykepleier er en viktig nøkkelperson for pasienten, da denne helseprofesjonen ofte har mest utbredt kontakt med pasienten (Gjesdal et al., 2018). Ved å ta for oss sykepleiers erfaring innen området, tydeliggjøres de utfordringer og muligheter sykepleier møter på i forhold til helhetlig smertelindring av kroniske ikke-maligne smertepasienter. Økt kunnskap og bevissthet rundt tema vil kunne optimalisere sykepleiers handlingskompetanse, og dermed møte pasientgruppas behov for individualisert, helhetlig smertelindring på en bedre måte.

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er å i første omgang å beskrive sykepleierens erfaringer med helhetlig smertelindring av pasienter som har kroniske ikke-maligne smerter. Dette for å belyse utfordringene og mulighetene sykepleiere møter på ved helhetlig smertelindring av pasientgruppa. Med dette kan disse pasientene få den hjelpe med smertelindring som de har behov for.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 *Kronisk ikke-malign smerte*

Smerte rommer et stort antall ulike tilstander og opplevelser. Denne oppgaven fokuserer på kroniske ikke-maligne smerter, heretter kalt KIMS. Dette kalles også kroniske ikke-ondartede smerter, eller *chronic non-malignant pain* (CNMP) og *chronic non-cancer pain* (CNCP) på engelsk. KIMS kan defineres som smerter som varer over tid, og ikke er relatert til kreft, eller kreftbehandling. Noen eksempler på smerter som faller i denne kategorien KIMS er ryggsmarter, nervesmerter, pankreatitt, slitasjegikt, fibromyalgi, revmatisk artritt og migrene (Almås, 2017, s. 416). Det er ingen standardisert definisjon på hvor lenge smertene må vare, men ofte brukes tre

måneder for å skille dette fra akutte og sub-akutte smerter (Gaskell, Derry & Moore, 2014, s. 35).

1.4.2 Sykepleiers ansvars og funksjonsområde relatert til smertelindring

Mangelen på standardisert terminologi gjør en viss begrepsavklaring nødvendig. I noe litteratur benyttes lignende begreper som også anvendes i denne oppgaven. Mange benytter en vid definisjon av helhetlig tilnærming som både innebefatter spesialistoppgaver, som kognitiv atferdsterapi (Becker et al., 2017), og alternative behandlinger, som tai chi (Kim et al., 2021). Vi avgrenser oss fra å berøre komplementær og alternativ medisin (KAM). Dette vil si behandling som ikke er en del av vanlig medisinsk praksis, og hvor det finnes svært begrenset, eller ingen vitenskapelig dokumentasjon av effekt (Johannesen, 2008, s. 13-14). Vi opererer med begrepet helhetlig smertelindring, med en definisjon av at dette inkluderer teknikker og intervensjoner som kan inngå i normal sykepleiepraksis i Norge og utføres der hvor sykepleier møter pasienten.

Det finnes mye forskning og litteratur som vurderer effekten av spesifikke intervensjoner innenfor smertelindring. Det er derimot mindre som viser til sykepleiers erfaringer med smertelindringens kompliserte helhet. Sykepleiers rolle i dette arbeidet er mangefasettert og består, foruten administrering av ordinert medikamentell behandling, av klinisk observasjon, vurdering, evaluering, ikke-medikamentelle tiltak, relasjonelt arbeid, samt koordinering med kolleger. Kompleksiteten i dette arbeidet kan gjøre smertebehandling moralsk utfordrende (Almås, 2017, s. 382).

2.0 TEORI

2.1 Det komplekse fenomenet - smerte

Smerte er sammensatt og det er ikke nødvendigvis et enkelt forhold mellom pasientens opplevelse av smerte og de medisinske årsakene. Kompleksiteten av smerter relateres til dens subjektive dimensjon. International Association for the Study of Pain (2017) påpeker at smerter alltid er en subjektiv erfaring som påvirker, og påvirkes av, den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen. Kulturelle faktorer og tidlige erfaringer farger også den enkeltes subjektive smerteopplevelse. Smerter subjektivitet vanskeliggjør sykepleiers kartleggings- og vurderingsoppgave ettersom disse prøver å beskrive smerten objektivt. Med andre ord kan smertens fenomenologi, altså forståelsen av den andres smerteerfaringen, være utfordrende for sykepleier. Uten å inneha forståelse over den subjektive erfaringen vil det vanskeliggjøre optimal smertelindring fordi forståelsen innvirker på grunnleggende kartleggingsarbeidet, dermed også smertelindringstiltakene (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 44-45).

Noen årsaker til smerter er lett observerbare, som for eksempel en hevelse i et ledd. Da er det enkelt for omgivelsene å forstå at personen er i smerter (Heggen & Danielsen, 2020). Andre fysiske observerbare symptomer, som høy puls og svette, kan også forekomme. Ved mange smertetilstander er det derimot få, eller ingen observerbare symptomer. Dette gjelder særlig for kroniske smerter, og da er pasienten avhengig av at hans subjektive beretning blir trodd. (Almås, 2017, s. 383-384).

Smerte er ikke kun en sensorisk opplevelse, den har også en emosjonell dimensjon. Smerte kan medføre frykt og angst, og kroniske smerter er knyttet til depresjon (Bech et al., 2013, s. 283-287). Å være godt smertelindret er også en forutsetning for å få tilfredsstillende grunnleggende behov og oppleve velvære. Pasientens helhetstilstand og lidelse kan lindres ved å sørge for at grunnleggende behov ivaretas, selv om disse ikke er direkte knyttet til smertene. Eksempelvis kan det å sørge for at pasienten føler seg velstelt, eller opplever en behagelig hvilestilling, redusere smerteopplevelsen. Å ivareta slike grunnleggende behov er fundamentale sykepleieoppgaver. I tillegg til å lindre mye av lidelsen som følger smertene har slike handlinger en symbolsk betydning. Ved å vise omsorg og innlevelse i pasientens situasjon understøttes pasientens egenverd. God smertelindring fordrer altså at pasienten opplever tilfredshet og

velvære i de ulike dimensjonen (Almås, 2017, s. 384). Alt dette er en del av sykepleiers helhetlige tilnærming til smertelindring.

2.3 Relasjonens betydning i sykepleien

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, med hennes omsorgsteori om «menneske-til-menneske-relasjon», anses som høyest relevant i denne oppgaven. Dette fordi hun påpeker den subjektive erfaringen av lidelse og legger vekt på hvordan sykepleier kan møte pasienten slik at lidelsen lindres. Hennes teori tar utgangspunkt i mellommenneskelige relasjoner som grunnmuren for at sykepleiers hensikt, og ansvars- og funksjonsområde oppnås. Sykepleie, slik Travelbee forklarer det, er «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge, eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Sykepleier skal altså forebygge, hjelpe med å mestre erfaringer, og finne mening i sykdom og/eller lidelse. Hun forklarer at lidelse er en felles livserfaring hvert menneske vil oppleve på sin unike måte. Denne erfaringen er fysisk, psykisk, emosjonell og åndelig (Travelbee, 1999, s. 98). Sykepleier har som ansvar å lindre lidelsen og frembringe håp til den lidende gjennom å finne mening i den smertefulle situasjonen.

Begrepet mellommenneskelig prosess brukes bevisst fordi sykepleie alltid innebærer en menneskelig kontakt. Det være seg direkte, eller indirekte med pasient, pårørende, eller samhandling med andre yrkesgrupper. Grunnlaget for all sykepleie er den mellommenneskelige prosessen som omhandler en gjensidig og fortløpende påvirkning mellom partene. En betingelse for at denne stadige utvekslingen skal foregå, er fremvekst av en menneske-til-menneske-relasjon. Sykepleier har som oppgave å målrettet bygge opp og vedlikeholde dette, men det må presiseres at den andre parten også må delta for at en slik relasjon skal opprettes (Travelbee, 1999, s.177). Dette gjøres for så vidt gjennom all sykepleier-pasient-samhandling, samtidig fordrer det at sykepleier vet hva hun gjør, tenker, føler og erfarer (Travelbee, 1999, s. 173-174). Kun på denne måten kan hun bevisst utnytte seg av den tilgjengelige kunnskapen og innsikten hun innehar for å sette i gang nødvendige sykepleietiltak. Dermed ivareta pasientens behov. Med andre ord bruker sykepleier seg selv terapeutisk gjennom bevisst bruk av personlighet, målrettet etablering av relasjon og strukturere sykepleieintervensjoner. Evnen til å benytte

aktuelle og relevante intervensjoner krever selvinnsikt, selvforståelse, samt å se og forstå den andres og sin egen atferd (Travelbee, 1999, s. 45). Dette må kombineres med det Travelbee omtaler som «disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer». Noe som innebærer:

(1) en logisk metode for tilnærming av problemer, (2) innholdet i eller det teoretiske aspektet ved sykepleies praksis, det vil si kunnskap og innsikt i begreper og prinsipper fra fysikk, biologi, atferdsvitenskap, sykepleievitenskap, medisin, og (3) den tilhørende evnen til å ta i bruk disse begrepene og prinsippene i omsorgen for andre. (Travelbee, 1999, s. 42)

Gjennom den gjensidige relasjonen får pasient, så vel som sykepleier, ivaretatt grunnleggende behov. Travelbee påpeker at sykepleier også får behov ivaretatt i møte med pasient. Dette er et essensielt kjennetegn ved menneske-til-menneske-relasjonen som er uunngåelig da sykepleier også er et menneske. Dersom sykepleier ikke får tilfredsstill sine behov, vil det vanskeliggjøre ivaretagelsen av pasientens behov (Travelbee, 1999, s.178). Man snakker om en sammenheng mellom avhengighet og tillitt til den andre som en essensiell faktor i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet.

3.0 METODE

3.1 Metodevalg

I denne bacheloroppgaven blir det gjort en integrativ litteraturoversikt etter Fribergs modell (Friberg, 2017). Datasettet vil basere seg på fagfelleverderte kvalitative studier. Dette fordi kvalitativ data er best egnet til å svare på oppgavens hensikt ettersom metoden gir dybdeinnsikt om erfaringer fra sykepleieperspektivet. Relevante funn fra studiene gjennomgår en datareduksjon for å skape en oversikt over materialet. Fellestrekk og ulikheter i datasettet vil bli systematisk gjennomgått før resultatene sammenstilles til en ny helhet. Denne nye helheten blir deretter gjenstand for diskusjon. Dette er verifiseringsarbeid som er vesentlig for å vurdere holdbarheten til resultatene som presenteres.

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Valg av database

I søkeprosessen benyttet vi relevante databaser for helsefag som inneholdt forskning innenfor sykepleiefaget. Disse var tilgjengelige via universitetsbibliotekets nettside og omfattet databaser som SveMed+, British Nursing Index og CINAHL. De to førstnevnte ble fort forkastet som aktuelle søkebaser. SveMed+ var ikke aktuell da den inneholdt få og urelevante fagfelleverderte forskningsartikler angående tema. British Nursing Index og CINAHL hadde derimot flere aktuelle artikler, men til slutt endte vi opp med kun å benytte CINAHL. Årsaken til dette databasevalget var databasens oversiktlige avanserte søkemotor som muliggjorde en mer effektiv søkeprosess, som ga flere relevante resultater, enn det British Nursing Index gjorde.

3.2.2 Valg av søkeord

Innledende litteratursøk viste at helhetlige tiltak for smertelindring rommer et bredt spekter. I denne oppgaven opereres det med en smalere definisjon hvor tiltakene begrenses til klinisk sykepleie. Det vil si tiltak som sykepleier kan gjøre ved sengen, som en del av den daglige sykepleieutøvelsen. På grunn av at det benyttes et bredt spekter av begreper rundt dette temaet, ble det valgt å søke etter relativt generelle termer for siden å gjøre en manuell eksklusjon av forskningsartikler som falt utenfor oppgavens hensikt. Dette ble gjort for å unngå at relevante artikler ble oversett grunnet annen begrepsbruk.

Alle søk ble gjort med følgende begrensninger: artiklene skulle være fra sykepleieperspektivet, fagfelleverderte og publisert i 2015, eller senere. Grunnen for å sette akkurat denne årsavgrensningen var for å redusere antall resultater da vi fikk uoverkommelige mengder treff, med mange uaktuelle artikler, dersom vi satt årsavgrensningen til eksempelvis 2011. Første søk i CINAHL ble gjort med søkeordene *nurs* perspective* og *pain management* og *chronic pain*. Dette ga kun ett resultat. En tabell som viser søkehistorikk, følger som vedlegg 1. Det endelige søket ble gjort i CINAHL med søkeordene *nurs* experience* eller *perspective* eller *view* eller *attitude* og *chronic pain* og *pain management*. Vi begrenset videre resultatene med å søke etter artikler som ikke inneholdt *cancer* og *survey*. Vi satt også inklusjonskriteriene for artiklene til kun å omfatte engelskspråklige og fagfelleverderte forskningsartikler.

3.2.3 Valg av forskningsartikler

Av 173 artikler funnet ble 167 forkastet ved hjelp av eksklusjonskriterier som: *omhandlet en spesifikk intervensjon* (44 artikler), og *inneholdt kun kvantitativ data* (16 artikler). En full liste over eksklusjonskriterier følger i vedlegg (vedlegg nr. 2). Mange av artiklene falt inn under flere av eksklusjonskriteriene, men for oversiktligheits skyld er hver forkastet artikkel registrert på ett av kriteriene. Eksklusjonsarbeidet ble gjort på grunnlag av artiklenes sammendrag. De seks artiklene som gjenstod, ble lest i sin helhet for videre vurdering. Én ble forkastet på grunn av at den var fra et lege- og fysioterapeutperspektiv, og én ble forkastet på grunnlag av fokus på alternative terapier utenfor normal sykepleiepraksis. De resterende fire danner datasettet for denne oppgaven da disse møtte inklusjonskriterier; fagfelleverderte artikler, utarbeidet innenfor år 2015-2021, innehadde sykepleieperspektiv og var engelskspråklige. En helhetlig og detaljert oversikt over de valgte artiklene presenteres i figur 1.

Figur 1. Oversikt over analyserte forskningsartikler.

Artikkel informasjon	Hensikt	Perspektiv	Metode	Resultat
<p>Polacek, C., Christopher, R., Mann, M., Udall, M., Craig, T., Deminski, M., & Sathe, N. A. (2020).</p> <p>Healthcare Professionals' Perceptions of Challenges to Chronic Pain Management., USA</p>	<p>Utforske helsepersonell perspektiv på utfordringer i forbindelse med smertelindring av pasienter med kronisk smerter.</p>	<p>Sykepleier, kvalitetsforbedrende personell, farmasøyter og leger.</p> <p>Ulike avdelinger på små og store sykehus.</p>	<p>Kvalitative intervju.</p> <p>16 stykk.</p>	<p>Utfordringer relatert til smertelindring av kroniske smerter kan deles inn i nivåer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasientutfordringer 2. Helsepersonell-utfordringer 3. Systemutfordringer
<p>Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020).</p> <p>Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study., Afrika</p>	<p>Utforske sykepleiers erfaring og perspektiv i forhold til ikke-farmakologisk smertelindring ved kroniske smerter i palpasjons-omsorgen.</p>	<p>Sykepleier.</p> <p>Ulike avdelinger på sykehus og primærhelsetjenesten, hjemmesykepleie.</p>	<p>Kvalitativ analyse av narrative intervju.</p> <p>15 stykk.</p>	<p>Utfordringer og muligheter for optimal ikke-farmakologisk smertelindring ligger i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bygging og vedlikehold av en gunstig terapeutisk relasjon - Gjenkjenne pasientens individualisme - Pårørende som deltakende part - Gjenkjenne eksisterende barrierer (som ressursmangel, manglende kunnskap/erfaring, pasientens samarbeidsvilje eller tro og forventninger).
<p>Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R. (2015).</p> <p>Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective., Australia</p>	<p>Å utarbeide en teori som forklarer sykepleier, i sykehus, sin erfaring med omsorg for pasienter i sterke smerter.</p>	<p>Sykepleier og pasientperspektiv.</p> <p>Sykehus, akuttmottak.</p>	<p>Kvalitativ analyse av intervjuer og observasjoner.</p> <p>33 sykepleiere. 11 pasienter.</p>	<p>Sykepleier opplever disempowerment når de opplever mangel på mestring relatert til smertelindring av pasienter i sterke smerter. De benytter seg av en grunnleggende psykososial prosess for å søke empowerment i smertelindringen. Prosessen deles inn i tre faser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bygge forbindelser (med pasient og kollegaer). 2. Finne alternativer (prøve ikke-medikamentelle tiltak). 3. Tilbaketrekning hos sykepleier som en mestringsstrategi for å takle emosjonelt ubehag.
<p>Parker, H. R., Park, E & Parker, J. W (2016).</p> <p>Barriers to chronic pain management in community-dwelling low-income older adults: Home-visiting nurses' perspectives., Korea.</p>	<p>Identifisere barriere sykepleier i hjemmesykepleien møter på, i forhold til effektiv smertelindring hos eldre hjemmeboende, lav-inntekts pasienter med kroniske smerter.</p>	<p>Sykepleier.</p> <p>Primærhelsetjenesten, hjemmesykepleie.</p>	<p>Kvalitativ metode med fokusgruppe diskusjon og observasjoner.</p> <p>23 stykk.</p>	<p>Barriere i optimal smertelindring ligger på tre nivåer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasient 2. Sykepleier 3. Organisatoriske

3.3 Analyse

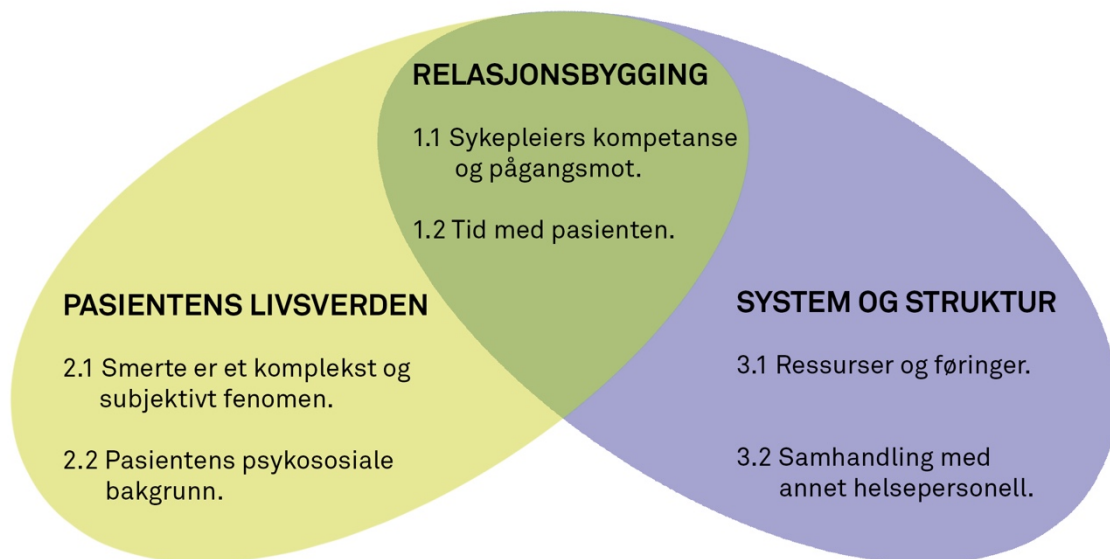
Analysearbeidet i denne oppgaven baseres på Fribergs (2017, s. 135-137) analyseprosess som sammenfattes i fem steg. I korte trekk omhandler denne analysemetoden å bryte ned artiklens helhet til mindre deler. Disse mindre delene skaper da grunnlag for å danne en ny helhet gjennom å dele likheter og inneha forskjeller. Denne analysemetoden er benyttet da det «är ett vanligt tankesätt vid kvalitativa analyser» (Friberg, 2017, s. 135). For å unngå at vi ble for enssporet eller farget av egne, individuelle tolkninger, analyserte vi de fire utvalgte artiklene individuelt. Dette med utgangspunkt i Dalland sin (2017, s.187) presisering av risikoen for å bli «nærsynt» ovenfor datamaterialet, og derav nyttiggjorde vi oss av muligheten for å diskutere analysen med hverandre.

I praksis innebar analyseprosessen først og fremst en kvalitetsvurdering av artiklene ved å se på forfatterens bakgrunn og publiseringsstedets pålitelighet. Etter dette fulgte nøye lesing av artiklens resultatkapittel og påfølgende resymédannelse av de hovedfunnene hver av artiklene presenterte. Dette ga grunnlag for å se gjennomgående likheter som dannet utgangspunkt for datareduksjon, dermed ny forståelse av tema. Til slutt la vi frem analysen av datamaterialet til hverandre, og til tross for individuell analyse, inneholdt de påfallende likheter. Det ble syntetisert nye koder på bakgrunn av individuell datareduksjon. Disse ble produsert fra bunnen av, med bakgrunn i temaer som kom fram i artiklene. De nye meningskodene ble satt sammen til en modell for hva som påvirker sykepleiers evne til effektiv, helhetlig smertelindring.

4.0 RESULTATER

Resultatet av analysen er sammenfattet og presentert i en modell i form av tre hovedkategorier; *relasjonsbygging*, *pasientens livsverden* og *system og struktur* (figur 2). Funnene viser til hva sykepleiere erfarer som de viktigste mulighetene og utfordringene når de skal yte helhetlig smertelindring. Vi viser til at sykepleier på den ene siden påvirkes av pasientens subjektive smerteopplevelse og unike erfaringer, og på den andre siden styres av systemet og organiseringen av helsevesenet. Modellen for våre funn blir framstilt som et venndiagram, hvor de to hovedkategoriene *pasientens livsverden* og *system og struktur* har to individuelle, enkeltstående underkategorier, samt to underkategorier som overlapper og danner den tredje hovedkategorien, *relasjonsbygging*. Denne kategorien er en brobygger mellom de to førstnevnte hovedkategoriene. Relasjonsbygging står dermed i sentrum. Sykepleiers evne til å møte og bli kjent med pasienten, og systemets mulighet til å rom for denne relasjonen, blir forutsetningen for helhetlig smertelindring. Vi vil derfor starte med å presentere hovedkategorien *relasjonsbygging*, som en grunnleggende forutsetning.

FIGUR 2: HELHETLIG SMERTELINDRING



4.1 Relasjonsbygging

To av fire artikler (Park et al., 2016 og Polacek et al., 2020) skilte tydelig mellom organisatoriske og relasjonelle utfordringer relatert til helhetlig smertelindring. Gjennom analysen kom vi fram til at dette kan bli et uekte skille og at nyanser kan gå tapt dersom de to ikke settes i sammenheng. I våre resultater presenteres derfor følgende to underkategorier som en del av både pasientens livsverden og system og struktur. Disse to underkategoriene er dermed med på å danne hovedkategorien relasjonsbygging. Relasjonsbygging kan ses på som hovedfunnet i denne oppgaven, og danner grunnlaget for både positive og negative innvirkninger fra det resterende datasettet. De aktuelle underkategoriene er tid med pasienten og sykepleiers kompetanse og pågangsmot.

4.1.1 *Tid med pasienten*

Et vesentlig element som berører sykepleiers relasjon med pasienten, men som i stor grad er påvirket av systemet, er hvor mye tid sykepleier har med pasienten. Begrensninger på hvor mye tid sykepleier kunne bruke med hver enkelt pasient hadde stor betydning for sykepleiers evne til å tilby individualisert sykepleie (Park et al., 2016, s. 261-262). I Polaceks et al. (2020, s. 137) artikkel påpekes det at effektiv behandling av kroniske smerter går ut over å behandle smerte som et symptom i seg selv. Det vil være nødvendig med en detaljert oversikt over pasientens medisinske historie, sosiale og økonomiske påvirkninger, samt andre aspekter som kan påvirke pasientens livskvalitet. Dette kan være vanskelig å få til når tid er en begrenset ressurs.

Den gode relasjonen med pasienten er avhengig av at sykepleier tar seg tid til å bli kjent med pasienten (Munkombwe et al., 2020). Å kunne tilbringe tid med pasienten kan styrke sykepleiers følelse av empowerment (Slatyer et al., 2015, s. 235). Det kan være vanskelig for sykepleiere å oppleve at iverksatte tiltak ikke har god nok effekt, og pasienten fortsatt opplever sterke smerter. Å tilby omsorg i form av å bruke tid med pasienten kan lette noe av byrden sykepleier føler. Som en sykepleier uttaler: “When you have a patient ... who is in pain and crying ... you ... want to sit down and have a chat or maybe not have a chat just sit ... sit there for a while” (Slatyer et al., 2015, s. 235).

4.1.2 Sykepleiers kompetanse og pågangsmot

Sykepleiers kunnskapsnivå påvirker også i hvor stor grad de evner å tilby helhetlig og individualisert pleie. På grunn av opplevde kunnskapshull og manglende retningslinjer, tilbydde sykepleierne i Park et al. (2016, s. 261) sin studie gjerne en forsiktig standardintervensjon med anbefalinger om moderat trening og metoder for å håndtere stress. Dette var, sammen med medisiner, en stereotyp intervensjon, uavhengig av pasientens individuelle ønsker og behov.

Regardless of individual characteristics, I always provide medicated patches and a standardized education about exercise ... For overweight patients with persistent pain, I educate them with one-size-fits-all approaches, such as weight control, nutrition, and stress management ... (Park et al., 2016, s. 261)

Resultatene beskriver en praksis hvor sykepleiere med spesialkompetanse på smertelindring er verdsatt, men underrepresentert (Munkombwe et al., 2020, s. 1648-1649 og Slatyer et al., 2015, s. 237-238). Dette gjelder ikke bare spesialister på smertelindring, men også spesialister på andre felt, som kan hjelpe pasienter fra sårbare grupper til å få god behandling. Det trekkes fram pедиатriske og psykiatriske sykepleiere som nødvendige ressurspersoner for å tilby god behandling til pasienter med kroniske smerter i disse gruppene (Munkombwe et al., 2019, s. 1648-1649).

Opplæring presenteres som førstevalget for en bedring av smertelindrende behandling, både hos pasient, pleier og på systemnivå (Polacek et al., 2020, s. 138). Endringer som presenteres som ønskelige er en mer helhetlig forståelse av etiologien til kroniske smertetilstander, mer pasientundervisning og kunnskaper om relasjonsbygging med smertepasienten. På systemnivå beskrives et behov for å endre tankemåten fra smerte som symptom til smerte som en lidelse i seg selv.

Sykepleiers pågangsmot er et viktig element som påvirkes av både systemet sykepleieren er en del av, og relasjonen til pasienten. Sykepleiere opplever usikkerhet på grunn av mange ulike elementer. Mangel på kunnskap, retningslinjer, evne til god kartlegging og feiloppfatninger om forventet resultat kan gjøre at sykepleier har vansker med å møte pasienten på en trygg måte (Slatyer et al., 2015). Denne usikkerheten hos sykepleier kan igjen føre til en passiv behandling av disse pasientene (Park et al., 2016, s. 261).

Dersom pasientens sterke smerter vedvarer og sykepleiers rådløshet øker kan denne påkjenningen i ytterste konsekvens føre til at sykepleier trekker seg bort fra pasienten. Dette beskrives som en forsvarsmekanisme sykepleiere bruker for å dempe sitt eget emosjonelle ubehag (Slatyer et al., 2015, s. 236). Ved å gjøre dette kan sykepleier avlede seg selv fra følelsen av nederlag knyttet til pasientens smertelindring.

It was horrible . . . you don't know how to tackle the problem . . . look them in the eye and say "I don't know what to do. I don't have any solution to this" . . . [I said] "oh well just hold on, hold on an hour" and they held on and the consultant came up and . . . [I said] "they will change the pump. Just wait, wait an hour until it start working" and they did and . . . in the end, there was nothing . . . and I just . . . got very busy with the other patients. (Sykepleier, Slatyer et al., 2015, s 263)

4.2 Pasientens livsverden

Det er enighet om at pasientens smerteopplevelse er individuell og at god helhetlig smertelindring må anerkjenne pasientens perspektiv og betydning. Denne hovedkategorien tar for seg elementer ved helhetlig smertelindring som er relatert til pasientens livsverden.

4.2.1 *Kroniske smerter er et komplekst og subjektivt fenomen*

Ett av de mest gjennomgående resultatene, som alle 4 artiklene presenterte, var kompleksiteten tilknyttet kroniske smerter. I Polacek et. al (2020, s. 136) beskrives den komplekse erfaringen og smertebehandlingen som en pasient-relatert utfordring. Det begrunnes med fenomenets kompleksitet i form av subjektivitet og unikhhet for hver enkelt person. Pasientens individuelle smerteerfaring, forståelse og uttrykkelse hadde igjen innvirkning på sykepleier. «They had difficulty understanding the patients' pain objectively and professionally...» (Park, 2016, s. 261). Dette er bekymringsfullt da Munkombwe et al. (2020, s. 1647-48) nevner at sykepleier anser rollen sin som en nøkkelrolle i smertelindringsprosessen. Deres forståelse og identifiseringsevne, relatert til individuelle smertelindringsbehov, påvirker valget av ikke-medikamentelle smertelindringstiltak (Polacek et al., 2020, s. 137, Munkombwe et al., 2020, s. 1648, Park et al., 2016, s. 261 & Slatyer et al., 2015, s. 235).

Dersom de innledende tiltakene, ofte medikamentelle, ikke lindret slik sykepleier antok, benyttet sykepleier seg av en grunnleggende psykososial prosess i møte med de vedvarende smertene. Prosessen bestod av tre steg; 1) Bygge relasjoner 2) Finne alternativer 3) Demping av sykepleiers

indre emosjonelle uro. Dersom sykepleiere ikke klarte å lindre pasientens smerter gjennom relasjonsbygging, sammen med medikamentell smertelindring, prøvde de ulike ikke-medikamentelle tiltak. Utprøving av ulike smertelindringstiltak ble benyttet i håp om å lindre pasientens smerter og for at sykepleier selv skulle oppleve empowerment i situasjonen. Hvis dette heller ikke virket smertelindrende, kunne sykepleier oppleve emosjonelt ubehag.

Pasientens smerte hadde altså påvirkningskraft på sykepleiers oppfattelse av seg selv, sin identitet og selvfølelse. Sykepleiere i Slatyer et al. (2015, s. 233-234) anga spesifikke livsfenomenologiske begrep som håpløshet, hjelpeløshet og tretthet/utmattelse da de ikke klarte å lindre pasientens smerter. Dette kommer som en motsetning til å beskrive håp, mot og glede, dersom de klarte å smertelindre pasienten. To av de andre artiklene (Munkombwe et al., 2020, 1650, og Park et al., 2016, s. 261) fant også at pasientens smerter påvirket sykepleier, og dette er med på å understreke kompleksiteten av KIMS. Selv om alle studiene fant utfordringer relatert til smerters kompleksitet, hadde de også felles syn på relasjonsbygging som en sentral faktor som ga innblikk i pasientens individualitet. Noe som igjen bidro til å redusere sykepleiers opplevelse av smerter som et komplekst fenomen.

4.2.2 *Pasientens psykososiale bakgrunn*

Sykepleiere fra de ulike omsorgsnivåene erfarte at kunnskap, forståelse og holdninger hos pasienten hadde noe å si for hvor godt de nyttiggjorde seg av den helhetlige tilnærmingen som sykepleier igangsatte. «The nurses said that if the patient is not willing to cooperate, it limits the nurse's opportunities to provide nonpharmacological therapies; as a result, the benefits of the nonpharmacological therapies are limited or even negligible for such a patient» (Munkombwe, 2020, s. 1649). Manglende samarbeidsvilje fra pasienten viste seg på ulike måter, men hadde sin opprinnelse i pasientens kunnskap og forståelse.

I Munkombwe et al. (2020, s. 1649) og Park et al. (2016, s. 260) fant de for eksempel at sykepleier erfarte at pasientens tro og kulturelle tradisjoner hadde stor innflytelse på ikke-medikamentelle tiltak. Det ble spesifikt nevnt pasienter som hadde overnaturlige årsaksforklaringer for sykdom (Munkombwe, 2020, s. 1649), samt pasienter som benyttet seg av tradisjonelle behandlingsformer som kopping, til tross for at mange utførte behandlingsmetoden feil. Dette medførte skader som brennmerker, og bidro i grunn ikke til smertelindring (Park et al.,

2016, s. 260). Selv om sykepleier informerte, ga råd og underviste pasient i andre ikke-medikamentelle tiltak, observerte de at pasienter fortsatte med gamle vaner. Følgende sykepleiersitat fra Park et al. (2016, s. 260) illustrerer hvordan sykepleier erfarer pasientens mangel på forståelse av smertelindrende helseråd og undervisning;

One of the cases where most people lack knowledge is oedema. Even when I tell them to rest, they keep exercising. When I ask them to take a coldpack, they just think, 'Anything warm will do', or even 'I should walk around even if it hurts'. When they are exercising while sick and feel pain growing, they should get some rest and relax. But they think 'I should be exercising' regardless of how much pain they are feeling. (Park et al. 2016, s. 260)

Pasients kunnskap og forståelse av egen sykdom og bruk av relevante ikke-medikamentelle tiltak, i kombinasjon med medikamentelle, er altså essensiell for optimal smertelindring (Munkombwe et al, 2020, s. 1648). Polacek et al. (2020) understreker også dette. Denne artikkelen nevner derimot at pasientens persepsjon og terapeutiske forventninger også må være realistiske. For å oppnå dette må pasient ikke bare informeres om de tilgjengelige behandlingsmetodene, men også om hvilke metoder som er effektive og egnet for akkurat deres KIMS.

Sykepleiere erfarte også hvordan pasientens sosiale miljø (Munkombwe, 2020, s. 1648) og økonomiske rammer (Park et al. 2016, s. 260, Polacek, 2015, s. 136 og Munkombwe, 2020, s. 1649) var medvirkende i smertelindringen. Munkombwe et al. (2020) beskriver spesielt pårørende som en samarbeidspartner til sykepleier i ikke-medikamentelle smertelindring. To mulige utfall skisseres; pårørende som et hinder, eller pårørende som en muliggjørere.

4.3 System og struktur

Utøvelsen av sykepleie forgår som en del av et system. Dette systemet har innvirkning på hvor godt rustet sykepleiere er til å tilby helhetlig smertelindring til sin pasient. Også her presenteres to underkategorier som sykepleier må forholde seg til. Sykepleier må tilpasse tiltak etter tilgjengelige ressurser og følge gjeldene retningslinjer, samt samhandle med annet personell.

4.3.1 Resurser og føringer

Hvor god helhetlig smertelindring som kan tilbys er avhengig av tilgjengelige ressurser (Polacek et al., 2020, s. 136). Dette kan gi utslag på flere måter. Helt konkret kan ting som TV og radio,

eller andre musikkavspillingsmetoder være gode hjelpemidler til å avlede pasienten, men de er ikke alltid tilgjengelige (Munkombwe et al., 2020, s. 1649).

Utfordringer i forhold til ressurser strekker seg også utenfor selve institusjonen. Spesielt den eldre pasienten kan ha begrensede muligheter til transport. Det kan derfor være vanskelig for dem å følge opp aktiviteter som de selv gjerne ønsker, til tross for at det kanskje finnes gratis aktivitets- og treningstilbud for eldre (Park et al., 2016, s. 262).

Sett litt større vil tilgjengelige ressurser også bestemme hvor god bemanningen er. Tilstrekkelig bemanning sikrer tid til god vurdering av pasienten og iverksetting av tilpassede, individualiserte tiltak (Slatyer et al, 2015, s.235, Munkombwe et al., 2020, s. 1641, Park et al., 2016, s. 261).

Manglende bemanning pekes spesielt på som en utfordring i primærhelsetjenesten (Park et al., 2016, s. 263).

Gjeldende retningslinjer er også et felt som må navigeres av sykepleier i møte med pasienten med kroniske ikke-maligne smerter. I hovedsak nevnes mangelen på slike retningslinjer som en erfart utfordring (Park et al., 2016, s. 261-262 og Polacek et al., 2020, s. 136). Sykepleiere møter gjerne pasienter med smerteproblematikk uten at dette er hovedårsaken til at de møter denne pasienten.

Since I have been continuously educated about the hypertension and diabetes guidelines, certainly I can provide information and evidence on those situations with much confidence. But chronic pain's too comprehensive. Like a manual, intervention guidelines would be helpful to be more familiar with actions to take care of chronic pain. If so, I may feel confident to act upon it when faced with the situation.
(Sykepleier, Park et al, 2016, s. 262)

Tilgjengelige retningslinjene for behandling av pasienter med kroniske smerter har i hovedsak vært fokusert på en reduksjon av opioider (Polacek et al., 2020, s. 136). Det påpekes at dette kun tar for seg en liten del av hele bildet og at retningslinjer som inkluderer flere elementer i stor grad mangler. Selv om det framkommer et uttalt ønske om flere retningslinjer presiseres det også at disse retningslinjene ikke må være for begrensede. Det blir ytret bekymring for "kokebok"-tilnærminger, og at retningslinjene måtte ta hensyn til pleiers autonomi, klinisk vurdering og pasientens egne verdier (Polacek et al., 2020, s. 137).

4.3.2 *Samhandling med annet helsepersonell*

Samhandling med kolleger, både andre sykepleiere og tilstøtende helsefaglige yrkesgrupper trekkes gjennomgående fram av Slatyer et al. (2015) som en viktig del av prosessen til sykepleier i smertelindrende arbeid. Sykepleiere jobber i team og støtter seg til hverandres ekspertise. Spesielt mindre erfarne sykepleiere fant hjelp i å forhøre seg med sine mer erfarne kolleger (Slatyer et al., 2015, s. 235).

Videre beskriver studien at sykepleiers rolle i samhandlingen forutsatte koordinerings- og forhandlingsferdigheter. Dette var gjeldene både innad i profesjonsgruppa, samt i møte med andre helsefaglige yrkesgrupper. Uenigheter rundt behandlingstiltak kunne medføre at sykepleier ble usikker. Følgende sitat fra en sykepleier i Slatyers et al. (2015, s. 235) studie illustrerer dette: “I had one doctor telling me “turn the oxygen down” and one doctor telling me “turn the oxygen up” . . . I was voicing at both doctors “you talk to each other and come to some consensus” . . . in the end we got the Acute Pain [Service] consultants . . . whole team there”.

Viktigheten av god samhandling strekker seg også utover én sykehusavdeling, eller én institusjon. Langsiktig tankegang, med god kommunikasjon mellom behandlingsnivåer kan framheve kontinuitet og en bedre behandling av pasienten (Polacek et al., 2020, s. 138).

Usikkerhet rundt oppfølging av pasienter kan føre til at sykepleiere i primærhelsetjenesten gjerne søker sykehusinnleggelse for sine pasienter (Park et al., 2016, s. 261).

5. DISKUSJON

Følgende kapittel tar, i første omgang, for seg et kritisk perspektiv på de 4 artiklene som er benyttet. Kildekritikken fokuserer på artiklenes validitet og reliabilitet, hensikt, metode, variasjon i begrepsbruk og diagnose, samt geografisk beliggenhet for studiene. I den andre delen av kapittelet vil resultater og funn diskuteres opp mot og satt i sammenheng med teori og annen aktuell forskning innenfor smertelindringsfeltet.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Artiklenes validitet og reliabilitet

To av artiklene belyser temaet utelukkende fra et sykepleieperspektiv (Munkombwe et al., 2020 & Park et al., 2016). Én artikkel benytter i hovedsak data hentet fra sykepleiere, men supplerer også med data fra en mindre gruppe pasienter (Slatyer et al., 2015). Disse tre er publisert i sykepleiefaglige tidsskrift. Én artikkel (Polacek et al., 2020) avviker noe fra de andre ved å innhente data fra både sykepleiere, leger, farmasøyter og personell som arbeidet med kvalitetsforbedring. Det presiseres ikke hvilke bakgrunner kvalitetsforbedringsarbeiderne har. Artikkelen er også publisert i et medisinsk tidsskrift. Artikkelen argumenterer for bred helsepersonellrepresentasjon som grunnlag for generalisering av helhetlig smertelindringsproblematikk. Gjennom ett vedlegg tilknyttet artikkelen, anser vi data som gyldig for sykepleiepraksisen. Årsaken til dette er at det, i vedlegget, foreligger transkriberte sitater som viser deltakernes yrker. Samtlige sykepleiere er representert i vedlegget, og dette har vi tatt i betraktning, samt sett i forhold til de andre artiklenes funn. Utover dette er alle artiklene skrevet av forskere som har adekvat forskerkompetanse gjennom å ha avlagt doktoravhandlinger. Som helhet forankrer altså alle artiklene tydelig resultatene i sykepleieperspektivet og er dermed gyldige for å besvare oppgavens hensikt.

Utvalgsstørrelsene i artiklene varierer fra relativt små (n=15) til noe større (n=44), men antall deltakere samsvarer likevel med hva som har vist seg å gi tilstrekkelig datametning i utforskende kvalitativ forskning (Guest, Bunce & Johnson, 2006, s. 74-76). Dette gir holdbarhet i funnene, men et større antall representanter vil vært ønskelig da det øker valideringsgraden, dermed også generaliseringsgraden. Sykepleierne i de ulike studiene representerte også ulike omsorgsnivå, avdelinger og erfaringsgrunnlag som sykepleiepraktiserende. Spennet mellom sykepleiere i

primær-og spesialisthelsetjenesten, samt deres varierende erfaringsgrunnlag, anså vi som styrkende i forhold til generaliseringen av resultatene. Dette fordi funnene i større grad er uavhengig av omsorgsnivåenes overordnede systemorganisering og reell erfaringskunnskap og kompetanse. Funnene vil altså være nyttig og relevant for sykepleiere uavhengig av arbeidserfaring og arbeidssted.

I artikkelutvalget har vi med en artikkel som omhandler ikke-farmalogisk smertelindring til palliasjonspasienter (Munkombwe et al., 2020). Selv om denne oppgavens fokus er KIMS, som er en pasientgruppe som i utgangspunktet ikke er palliative, fant vi at resultatene til studien var høyst relevante da de satte ord på viktigheten av helhetlig tilnærming i form av kombinasjonsbehandling av medikamentelle og ikke-medikamentelle sykepleietiltak. Artikkelenes kapittel om metodebetraktning argumenter også for overførbarheten av resultatene gjennom funnenes universalitet innen sykepleiefaget med dens tilhørende sykepleiepraksis; “Considering the universal character of the categories in this study, the results of this research are transferable to more or less any nursing context in chronic and palliative care that involves pain management and nonpharmacological therapies” (Munkombwe et al., 2020, s. 1650).

5.1.2 Artiklenes hensikt

Tre artikler (Polacek et al., 2020, Park et al., 2016 & Munkombwe et al., 2020) har som hensikt å beskrive sykepleieres (og annet helsepersonells) erfaringer, herunder utfordringer og muligheter, relatert til smertelindring av kronisk smerte. Artikkelen til Slatyer et al. (2015) har derimot til hensikt å utvikle en teori som forklarer sykepleieres prosess i arbeidet med sterke, vedvarende smerter. Dette skillet i hensikt har liten betydning for de faktiske datapunktene, men betyr at resultatene presenteres på en annen måte. Den praktiske implikasjonen av dette er at resultatene måtte kategoriseres fra bunnen av, uten å bryte ned allerede eksisterende kategorier.

5.1.3 Artiklenes metode

Munkombwe et al. (2020), Slatyer et al. (2015), og Polacek et al. (2020) innehar metodelikhet ved at de foretok analyse av kvalitative, individuelle intervjuer, mens Park et al. (2016) skilte seg ut ved å benytte kvalitativ analyse av fokusgruppediskusjoner. I sistnevnte studie, samt i studien til Slatyer et al. (2015) ble intervju kombinert med observasjoner av sykepleiers reaksjoner, eller

handlingsvalg. Observasjon som en metode har mulige svakheter ved at det innebærer en rekke feilkilder som vanskelig lar seg unngå, selv ved bevissthet rundt tema. Slike uunngåelig feilkilder er tilknyttet individuelle, menneskelige tolkninger og innstillinger hos observatøren og kan påvirke dataresultatene (Dalland, 2018, s.115-119).

5.1.4 Variasjon i begrepsbruk og diagnoser

Stor variasjon i begrepsbruk fører til vanskeligheter med generalisering og overførbarhet. Hva som ligger i de ulike definisjonene, vil variere noe. Av denne grunnen har vi måttet studere innhold og resultater nøye, allerede i utvelgelsesprosess. Ved å forkaste artikler som tok for seg spesifikke, gjerne alternative og komplementære, sykepleierintervensjoner, har vi åpnet opp for å enklere kunne generalisere funnene. Slik kan også funn fra forskjellige verdensdeler være gjeldene for norske sykepleiere. Det skal påpekes at såpass stor variasjon i begrepsbruken medfører vanskeligheter med å studere temaet da vi mangler et felles språk.

Som nevnt innledningsvis forekommer KIMS ved et bredt spekter av tilstander. Dette representeres også i datamaterialet til de 4 forskningsartiklene. Resultatene som presenteres og diskuteres i denne oppgaven skiller ikke på diagnose. Styrken i dette er at resultatene i større grad vil være generaliserbare på tvers av pasientgrupper. Dette gjenspeiles i kategoriene som benyttes. Kronisk smerte vil være subjektiv og kompleks uavhengig av årsak, relasjon trekkes fram som betydningsfull uavhengig av diagnose, og systemutfordringer vil finnes mange steder. Svakheten viser seg ved at resultatene tilbyr lite spesifikk kunnskap om hva som hjelper eller hindrer god smertelindring ved spesifikke avdelinger eller diagnoser. Eksempelvis finnes det god støtte for at sykepleiere ser på kompetanseheving som vesentlig (Munkombwe et al., 2020, s. 1644, Slatyer et al., 2015, s. 238, Park et al., 2016, s. 259 & Polacek et al., 2020, s. 136), men hvilken kompetanse som kreves på den enkelte institusjon eller avdeling, sier resultatene lite om.

5.1.5 Studienes geografiske beliggenhet

De fire valgte artiklene var fra fire ulike verdensdeler Afrika, Asia, Oseania og Nord-Amerika. Hovedårsaken til dette var manglende fagfelleverderte artikler som tok for seg sykepleieperspektiv på helhetlig smertelindring av KIMS-pasienter. Det henvises til vedlagt tabelloversikt over forkastede artikler basert på eksklusjonskriterier, jfr. kapittel 3.2.3. *Valg av*

forskningsartikler. Studienes geografiske bredde ble også akseptert da alle artiklene hadde funn som var relevante i forhold til denne bachelorens hensikt.

En stor svakhet ved å ta med artikler fra ulike verdensdeler er kulturelle og tradisjonelle forskjeller. Disse to aspektene farger menneskets persepsjon, tanker, kommunikasjon, atferdsmønster, kunnskap, forståelse, tradisjon/vaner og holdninger og verdier. De tre artiklene Park et al. (2016), Munkombwe et al. (2020) og Polacek et al. (2020) illustrerer eksakt dette poenget. De drøfter rundt ulike kulturelle fokus som innvirker på sykepleieperspektivet på helhetlig smertelindring. Det være seg trossystem (Munkombwe et al., 2020), tradisjonell medisin/behandling (Park et al., 2016) og politisk, landsomfattende kriser som opioidavhengighet (Polacek et al., 2020). Kulturelle forskjeller er med på å vanskeliggjøre generalisering av funnene da det tar utgangspunkt i ulike grunnleggende forståelser, holdninger, kunnskaper, atferdsmønstre og kommunikasjonsmetoder.

Under analysearbeidet fant vi derimot at artiklene hadde gjennomgående like funn på tross av ulike kulturelle og tradisjonelle ståsteder. Når spennet i kultur er såpass vidt, samtidig som de innehar mange like hovedtrekk, øker det den eksterne validiteten. Med andre ord betyr det at generalisering av funnene, til dels, kan være overførbare til andre verdensdeler som eksempelvis Europa. Dermed kan også dette bli relevant for sykepleiere i Norge.

Det må derimot tas forbehold om andre faktorer som velferdsordning for at dette er mulig. De aktuelle studiene er foretatt i andre land som bygger på andre velferdsordninger enn Norge. Eksempelvis gir Polacek et al. (2020) innblikk i de utfordringene tilknyttet helseforsikring som den liberale velferdsordningen byr på, mens Munkombwe et al. (2020) og Park et al. (2016) problematiserer hvordan svært lav sosioøkonomisk status vanskeliggjør sykepleiers mulighet for å gi optimal, helhetlig smertelindring. Selv om helsesystemene sykepleiere arbeider i vil variere, støttes flere av fellestrekkene som er funnet her, av tidligere forskning. Mangel på bemanning og kompetanse går igjen flere steder og kan ses i sammenheng med den globale sykepleiermangelen (Oulton, 2006). At artiklene har et stort geografisk spenn vil likevel føre til at utvalget innad i én kultur vil være lite. Dette vil kunne ha betydning ved at resultatene mangler noe bredde lokalt.

5.2 Resultatdiskusjon

I det følgende diskuteres de mest betydningsfulle resultatene fra analysen av de utvalgte artiklene. Dette vil belyse utfordringer og muligheter relatert til helhetlig smertelindring, hentet fra et sykepleieperspektiv. Vi vil se på hva som kan grunngi at sykepleiere i stor grad lener seg mot en biomedisinsk tilnærming til smertelindring, når de med fordel kunne vektlagt en helhetlig tilnærming. Videre vil vi diskutere hvordan elementer som samhandling, kompetanse, retningslinjer, disponibel tid og pasientens egen forståelse påvirker dette arbeidet.

Det er konsensus blant artiklene om at sykepleier-pasient-relasjonen er grunnfjellet for helhetlig smertelindring. Dette er også konklusjonen i lignende forskning, fra både pasient- og sykepleieperspektivet (Gjesdal et al., 2018, 2019, & Heggen & Danielsen, 2020). Denne relasjonen bør være preget av gjensidig respekt, tillit og forståelse. Det er relasjonen som tilsier hvor godt pasientens smerter kan kartlegges og vurderes, spesielt ved KIMS, hvor smertene ofte er uten konkrete årsaker (Heggen & Danielsen, 2020). Relasjonen har også betydning for selve effekten av tiltak og behandling (Munkombwe et al., 2020, s. 1647).

5.2.1 Dissonans mellom teori og praksis

Sykepleiere ser ut til å ha en forståelse for smerters komplekse og subjektive karakter. “It’s not only the physical pain. It’s the . . . anxiety of the injury. Anxiety . . . [about] work and whether they can get better . . . and how can they function. So job-wise, financial-wise . . . all these add up together” (Slatyer et al., 2015, s. 233). For å kunne tilby god sykepleie til disse pasientene erkjennes også behovet for en helhetlig sykepleietilnærming. Ord som holistisk (Polacek et al., 2020, s. 135 & Slatyer et al., 2015, s. 233), psykologiske, sosiale og åndelige behov (Munkombwe et al., 2020, s. 1644), reflekterer dette. Denne kunnskapen er derimot avvikende fra funnene som stadfester at sykepleiere tydelig lener seg mot en biomedisinsk forståelse av KIMS (Munkombwe et al., 2020, s. 1644), og det framheves et generelt behov for en økning i bruken av ikke-medikamentelle, lindrende tiltak (Slatyer et al., 2015, s. 230). Dette støtter forforståelsen vi har om at helhetlig smertelindring er et mangelfullt felt innen sykepleiepraksisen relatert til KIMS-pasienter, og presiserer hullet mellom sykepleieteoretisk kunnskap og reell praksisutøvelse.

Resultatene, som gir en dypere forståelse om utfordringer og muligheter når det gjelder helhetlig smertelindring, er i denne oppgaven hentet fra sykepleieres perspektiv. Relasjonens betydning anerkjennes av samtlige artikler som en avgjørende faktor i smertelindringen (Park et al., 2016, Slatyer et al., 2015, Munkombwe, et al., 2020 & Polacek et al., 2020). Likevel viser forskning at KIMS pasienter ofte opplever å bli møtt med manglende forståelse og omsorg (Heggen & Danielsen, 2020). Ettersom sykepleiere ser på relasjonen som sentral, mens pasienter likevel opplever relasjonen som utilfredsstillende, vil en rimelig antagelse være at utfordringen ligger et annet sted enn hos sykepleiers ønske om å bygge en relasjon basert på forståelse og tillit. Et av svarene kan ligge i sykepleiers opplevde kunnskapsmangel. Dette poengteres særlig tydelig av Park et al. (2016, s. 261) og støttes av Heggen og Danielsen (2020). Akkurat dette kan også relateres til Travebees omsorgsteori. Det kan late til at sykepleiers ønske og evne til å bruke seg selv terapeutisk er til stede, men de mangler essensielle trekk i, det sykepleieteoretikeren omtaler som, disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer (jfr. Delkapittel 2.1 Relasjonens betydning i sykepleien). Besittelse og anvendelse av nettopp dette er en forutsetning for at pasienten får ivaretatt sine behov (Travelbee, 1999, s. 41).

5.2.2 Kompetanse og retningslinjer

Ønsket om kompetanseheving blant sykepleierne var et funn som var sammenfallende for alle studiene. Det kan ses på som en overraskelse at dette er et opplevd behov, til tross for at mange deltakere hadde lang erfaring med slik smerteproblematikk. Årsakene til dette kan være flere. Det er mulig at det er noe som mangler i grunnutdannelsen når det kommer til KIMS, eller så kan det være et behov for mer fokusert opplæring internt på avdelinger og institusjoner. Uavhengig av årsak vil kompetanseheving i første omgang innebære grundig opplæring og forståelse av vurderingen av slike tilsynelatende “usyngelige smerter” (Heggen & Danielsen 2020, Polacek et al., 2016, s.136, og Park et al., 2016, s. 261).

Et annet forslag som legges frem, av samtlige av artikler, er utarbeidelse av retningslinjer for smertelindring av den aktuelle pasientgruppa. En smertelindringshåndbok vil kunne gi konkrete eksempler på tiltak, men det vektlegges særlig at retningslinjene må anses som forslag og ikke konkrete føringer. Dette, som nevnt tidligere, fordi KIMS er en samlebetegnelse som omfavner en rekke ulike diagnoser. Denne løsningen vil derimot forutsette at sykepleier benytter situasjonelt skjønn. Andre mulige løsninger som presenteres er kommunikasjonsprotokoller for sykepleiere

(Slatyer et al., 2015, s. 237). Bakgrunnen for dette forslaget er å bedre kommunikasjonen fra de erfarne til de mindre erfarne sykepleierne. Slike protokoller var ønskelig for få til målrettet erfaringsmessig kunnskapsoverføring i smertelindringsarbeidet.

På den annen side kan det være at følelsen av kunnskapsmangel er en uunngåelig følge av prosessen som beskrives av Slatyer et al. (2015, s. 233). Det vil være særlig problematisk at sykepleier opplever emosjonelt og psykisk ubehag dersom de ikke klarer å smertelindre godt nok da det ikke alltid er mulig å fjerne smertene som faller inn under KIMS-begrepet. Sett slik kan sykepleiers idealistiske holdning føre til selvbekredning, selv om de har handlet etter best evne. Et grunnleggende skifte i sykepleiers holdninger, så vel som pasients, angående smertebehandlingens mål vil kunne være med på å optimalisere lindringen. Det er snakk om et paradigmeskifte fra oppfattelsen av KIMS som kurerbare til en tilstand som behøver kontinuerlig, langvarig omsorg (Gjesdal, 2018, s. 523). Spesielt legges det vekt på at realistiske mål ved lindringen ikke betyr totalt fravær av smerter. Paradoksalt nok kan det være at økt kunnskap og bevissthet rundt holdninger til KIMS ikke automatisk medfører at sykepleier erfarer mestring i smertelindringsarbeidet ettersom kontinuerlige smerter er karakteristiske for denne pasientgruppa.

5.2.3 *Samhandling*

Ved å hente data fra ulike omsorgsnivå kan vi vise til at samhandling mellom ulike instanser og nivåer ikke oppleves som optimalt. Hovedutfordringen her er kommunikasjonsflyt. Dersom en pasient får en plan for smertelindring i spesialisthelsetjenesten, kan dårlig kommunikasjon føre til at den ikke følges godt opp av pasientens fastlege og hjemmesykepleie (Polacek et al., 2020, s. 136). Videre viser Park et al. (2016, s. 261) til at dersom informasjonen er mangelfull vil hjemmesykepleiere gjerne oppfordre til reinnleggelse av pasienten. Dette fordi de følte seg usikre og ute av stand til å tilby god helhetlig pleie. At pasienter kan ende opp som kasterbatter mellom ulike instanser er vanskelig å forsvare, både etisk og økonomisk. Bedre kommunikasjon mellom omsorgsnivåer kan bidra til å sikre kontinuitet i pleien av KIMS-pasienter (Polacek et al., 2020, s. 138).

I Norge har nettopp denne erkjennelsen av økt fragmentering og manglende samhandling vært grunnlaget for samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)). Resultatene i denne oppgaven

kan ikke si noe om hvorvidt samhandlingsreformen har nådd målene sine. En evaluering av reformen (Forskningsrådet, 2016) sier likevel at antallet innleggelser har økt i etterkant, og at helhetlige pasientforløp på bakgrunn av diagnose benyttes lite i praksis av kommunene. Det trekkes også fram at pasientforløpene i enkelte sammenhenger har blitt mer oppstykket, med midlertidige opphold på ulike avdelinger og institusjoner. Resultatene i oppgaven støttes videre av nyere smerteforskning fra Norge som viser at både pasienter og sykepleiere ønsker bedre informasjonsflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Gjesdal, Dysvik & Furnes, 2019, s. 6). Oulton (2006, s. 35) viser til at mange av de samme endringene som gjøres med samhandlingsreformen i Norge, også er en global trend. Det vil si at Norge ikke er i en særstilling i forhold til den omstruktureringen som gjøres i helsevesenet. Alt dette peker i retning av at utfordringene som presenteres i oppgaven fortsatt er relevante, også i Norge.

Intern samhandling med andre yrkesgrupper på samme omsorgsnivå er et annet element sykepleier må forholde seg til. Sykepleiere beskrev at de så på seg selv som pasientens advokat (Slatyer et al., 2015, s. 234-235). Det kan være ulike grunner til at en pasient ikke selv ytrer et ønske om smertelindrende behandling. I de tilfellene tar sykepleier gjerne på seg oppgaven med å kontakte lege, eller smerteteam på pasientens vegne. Det kan også være at sykepleier, gjennom sin relasjon med pasienten, oppdager at pasientens lidelse forsterkes av andre forhold enn selve smerten. Som vi vil komme tilbake til kan åndelige og økonomiske forhold gi uro og ubehag hos pasienten. Da blir det viktig for sykepleier å være lydhør for dette og tilby samtale med sykehusprest, eller sosionom. Sykepleiers videre henvisning til andre aktuelle yrkesgrupper er både i tråd med lovverket (jfr. Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1e) og kan være en mulighet for at smertelindringen kan optimaliseres ved at pasient får dekket ulike behov som sykepleier ikke kan dekke fullstendig. Dette på grunn av annet kunnskapsgrunnlag, eller strukturelle forhold som tid.

5.2.4 Tid

Tid er noe sykepleiere gjerne føler seg presset for i arbeidet med KIMS-pasienter (Park et al., 2016, s. 261-262 & Polacek et al., 2020, s. 136). Sykepleier kan kompensere for dette gjennom å prioritere godt, samt inneha bevissthet rundt tidens betydning for pasient-pleier-relasjonen. Å ta utgangspunkt i at sykepleier burde ha ubegrenset tid til å følge opp hver enkelt pasient er

urealistisk. Hvis vi ser for oss at en sykepleier som skal tilby god helhetlig smertelindring har tilstrekkelig, men begrenset tid til å tilby faglig forsvarlig sykepleie, hvordan kan dette se ut?

Slatyer et al. (2015, s. 234) beskriver prioriteringsarbeid som det første leddet. Ved å anerkjenne enkelte pasienters behov for sykepleie som større enn andres kan sykepleier bruke mer tid til å kartlegge og vurdere disse pasientene. Gjennom å gjøre dette kan sykepleier videre være mer proaktiv og igangsette tiltak og/eller forhøre seg med lege om medikamentell behandling før pasientens smerte utviklet seg til et nivå som ville kreve enda mer tid og ressurser. Rent konkret kan vi se for oss at en sykepleier har fått rapport om at en pasient har behov for hjelp til morgenstell, men også er plaget med sterke ryggsmarter. Dersom sykepleier setter av litt tid, før andre gjøremål, til å kartlegge denne pasienten og kanskje tilbyr noe smertestillende i forkant av stell, kan tid spares senere. Kommer sykepleier med smertestillende som en del av den faste medisinerunden kan pasienten ha sterke smerter og måtte vente med å stille seg til medisinen har virket, og smertene har dempet seg. I tillegg til å lide unødige, vil både pasientens og sykepleiers gjøremål forskyves. I verste fall kan utsatt smertelindring føre til at denne pasienten må ha hjelp til stell i seng. Uten å gå videre inn på hvorfor dette sannsynligvis ikke er optimalt for pasienten selv, vil det også være mer tidkrevende for sykepleier enn å hjelpe en mer smertelindret pasient med forflytning og kanskje noe påkledning.

Begrenset tid kan derimot kompenseres for med hyppige, korte tilsyn (Slatyer et al., 2015, s. 235). Dette er en ufullstendig løsning, men kan bidra til at pasienten føler seg sett og gi pasient-pleier-relasjonen tid til å utvikle seg. En relasjon preget av tillit og gjensidig forståelse danner det beste grunnlaget for helhetlig smertelindring (Heggen & Danielsen, 2020), og for at pasienten skal åpne seg opp om egne ønsker og behov trengs det gjerne noe tid (Giske & Cone, 2019, s. 57-58). Sykepleier vil da også få flere instanser som kan danne grunnlag for pasientens baseline, og lette kartleggings- og vurderingsarbeidet i framtiden. Å kunne tilby disse kortere visittene hvor sykepleier for eksempel sørger for at pasienten ligger komfortabelt, kan også bidra til å styrke sykepleiers egen følelse av empowerment (Slatyer et al., 2015, s. 235-236). Dette kan være med på å holde pågangsmotet oppe og bedre den helhetlige smertelindringen.

5.2.5 *Pasienten og hans nærmeste*

Munkombwe et al. (2020, s. 1651) reiser spørsmålet om relasjonen mellom pasient og sykepleier gjør at sykepleiere burde lede smertelindringsarbeidet. Som resultatene viser, er relasjonen til pasienten det sykepleiere ser på som viktigst når det kommer til å kunne tilby helhetlig smertelindring til sin pasient. Gjennom denne relasjonen vil sykepleier kunne få dypere informasjon fra pasienten og ærlige tilbakemeldinger på hva som fungerer for den enkelte pasient. Dette blir viktig både for å finne gode intervensjoner og for at ikke-medikamentelle tiltak skal virke (Munkombwe et al., 2020, s. 1647 og Polacek et al., 2020, s. 136). Sagt på en annen måte er relasjon og tillit en nødvendighet for god kartlegging, og gjennomføringen av tiltak vil igjen kunne styrke relasjonen mellom pasient og sykepleier. Mulig kommer dette av at sykepleier opplever en gjensidig erfaringsutveksling (Travelbee, 1999, s. 30) som gir henne mestring ved å få positiv tilbakemelding på sitt arbeid. Slikt samspill mellom pasient og sykepleier gjør at sykepleiere ser på seg selv som nøkkelpillere i å forstå den individuelle pasientens behov (Munkombwe et al., 2020, s. 1648), samt opplever empowerment (Slatyer et al. 2015).

Følgelig må sykepleier også ha kunnskap om pasientens perspektiv da dette innvirker på hvor godt pasienten klarer nyttiggjøre seg de smertelindringsrådene sykepleier har (Munkombwe, 2020, s. 1649 & Park et al. 2016, s.260). Sentralt i dette sykepleierarbeidet presenterer behovet for å få pasienter til å delta mer aktivt i egen behandling. Pasienter bør ledes bort fra en søken etter en hurtigløsning og inn mot forebyggende arbeid, som eksempelvis vektreduksjon og konstruktive mestringsstrategier (Polacek et al., 2020, s. 138). Denne overgangen forutsetter derimot en kunnskapsutveksling fra sykepleiers side. Kunnskapsutveksling kan være problematisk når sykepleier selv ikke opplever å besitte tilstrekkelig kunnskap om fenomenet KIMS med tilhørende relevante smertelindringstiltak. Samtidig må sykepleier være bevisst at pasientens innstilling og samarbeidsvilje influerer denne prosessen. Dette er to aspekter som kan være vanskelige å endre ettersom de avhenger av pasientens psykiske tilstand og motivasjon (Kristoffersen, 2017, s. 77). Gjennom å skape gode relasjoner til pasient kan sykepleier kontinuerlig støtte opp om håpet om realistisk bedring i smertetilstand. Over tid kan håpsarbeid muliggjøre at pasienten er mottakelig for holdningsendring som kan understøtte samarbeidsevnen, dermed også gi bedre compliance (Gjesdal et al., 2018, s. 523).

Pasienten sine holdninger, persepsjoner og forventninger er ikke de eneste faktorene som innvirker på sykepleiers potensiale i smertelindringsarbeidet. Andre faktorer som vil være avgjørende for kvaliteten på smertelindringsarbeidet er eksempelvis økonomisk status, sosialt nettverk og spirituelle behov. Sykepleier har liten direkte innflytelseskraft på disse områdene. Dersom sykepleier ikke opplever at pasient har disse faktorene på plass, medfører det gjerne en biomedisinsk tilnærming ettersom det ble ansett som et enklere og raskere smertelindringsverktøy.

Sykepleier så spesielt på pasientens sosiale nettverk som essensiell i smertelindringen. I resultatkapittelet nevnes kort to mulige utfall i pårørendearbeidet. Deltakende pårørende kunne anses som en stor ressurs ved at pasienten fikk dekket emosjonelle og sosiale behov. Aksept, respekt og håp nevnes som viktige livs fenomener som pasient fikk tilfredsstilt gjennom sosialisering med bekjente fra kirka, venner og pårørende (Munkombwe, 2020, s. 1648). Slatyer et al. (2015, s. 235-236) fant at sykepleier erfarte menneskelig nærhet som et sterkt, effektivt ikke-medikamentelt tiltak. Den fysiske og emosjonelle tilstedeværelsen overgikk verbal kommunikasjon.

Fravær av pårørende presenterer også en fare i smertelindringen. Dette fordi sykepleier, i stor grad, opplevde at pasient-sykepleier relasjonen ikke var preget av et like god menneske-til-menneske-forhold, slik som pasient-pårørende relasjonen innehadde (Munkombwe et al., 2020, s. 1649). Viktigheten av å unngå et slikt syn på relasjonen skal understrekes, samtidig som det kan være vanskelig å unngå slike holdninger, gitt situasjonen og rolletilskrivningen. Dersom dette er tilfellet i pasient-sykepleier-interaksjonene, vil smertelindringsarbeidet særlig forandre god samhandling og relasjon med pårørende for å imøtekomme pasientens behov.

På den andre siden kan deltakende pårørende vær en utfordring for sykepleier. En av deltakerne i studien til Munkombwe (2020, s. 1648) uttalte «At times, the family may exercise authority over the patient and force him to do contrary to what the nurse has recommended». Sykepleiere beskrev da viktigheten av å bringe inn en meglepart som kunne bistå sykepleier i håndteringen av slike situasjoner. Hensikten med dette var å øke pårørendes kunnskap og forståelse for å oppnå bedre compliance. Lignende sammenhenger ble funnet i Park et al. (2016). Studien nevner blant annet hvordan den eldre pasientgruppa stolte på og fulgte bekjentes råd, fremfor de helserådene sykepleier ga. Med andre ord er pårørende en sentral faktor i smertelindrings-

prosessen. Sykepleiers pårønderarbeid fordrer relasjonelle og kommunikative ferdigheter hos sykepleier.

6. ANVENDELSE I PRAKSIS

Gjennom oppgaven har vi sett på sentrale funn relatert til sykepleiers erfaring med smertelindring av pasienter med KIMS. Smertelindringsarbeidet av denne typen er komplekst og krevende i den form at sykepleier må hanskkes med særlig subjektive og inngripende smerter. Dette fordrer at sykepleier utviser skjønn i hvert pasientmøte. Resultatene viser at sykepleiere er bevisste og oppmerksomme på dette. Likevel oppleves smertelindringsarbeidet som moralsk og etisk utfordrende. Denne dissonansen mellom teoretisk kunnskap og praksis kan ikke bedres uten av vi får et skifte, slik at sykepleier aktivt benytter seg av den teoretiske kunnskapen i praksisfeltet. Slik kan sykepleier oppleve økt empowerment i møte med pasienten, noe som påvirker hennes pågangsmot og dermed smertelindringen til pasienten.

Forbedring i helhetlig smertelindring til pasientgruppa vil altså kreve endringer på system-og individnivå. På systemnivå er det tre faktorer som kan være avgjørende for kvaliteten på smertelindringen. For det første er økt og bedret samarbeid innad i helsevesenet etterspurt. En vesentlig bedring av kommunikasjonsflyt mellom vaktskift, avdelinger og omsorgsnivåer, er ønskelig. Resultatet av god informasjonsflyt er kontinuitet i pasientbehandlingen, samt at pasient opplever verdig behandling ved å bli sett.

Sekundært ses kunnskapsøkning som ettertraktet innenfor dette fagfeltet. Utarbeidelse av retningslinjer, eller føringer, tilgjengelige spesialsykepleiere innenfor smertelindring som kan kontaktes på tvers av avdelinger og kommunikasjonsprotokoller er nevnt som muligheter. Selv om slike kompetanseskilder er nyttige, gode og relevante, fordrer kvalitetsforbedring i helhetlig smertelindring økt kompetanse i kartleggings-og vurderingsfasen. Omdannelse av pasientens subjektive opplevelse til objektiv data, er tydeligvis utfordrende for sykepleier. Derfor ses heller et behov om økt kunnskap om spesifikke kartleggings-og vurderingsverktøy, som er tilpasset KIMS-pasienter, som sentralt for bedring av sykepleiers handlingskompetanse.

For det tredje har smerte lenge blitt sett på kun som et symptom. Hos KIMS-pasienter er dette sjelden grunnlag for fullgod behandling. Smertene er selve lidelsen for disse pasientene, og det er smertene som fører til at de opplever utfordringer på andre arenaer. En overgang til å se på smertetilstander som sykdommer i seg selv, er i gang. ICD-11 inneholder et bredt spekter av smertediagnoser og er en anerkjennelse av behovet for en mer differensiert holdning til

smertelidelser (Treede et al., 2019, s. 19-27). Hvorvidt disse endringene i diagnoseverktøy vil ha stor betydning for behandlingen av KIMS-pasienter er det for tidlig å si mye om. Det vil likevel være et interessant felt for videre forskning å se på hvordan diagnoseendringer påvirker hvordan disse pasientene møtes og behandles.

De viktigste faktorene som er verdt å nevne på individnivået er sykepleiers kunnskap og forståelse for pasientens livsverden og hvordan den innvirker på smertelindringsprosessen. Sykepleier må altså ta i betraktning pasientens holdninger, forventinger og forståelse av smertens årsaksforklaring. Sentrale aspekter som tro, kultur og sosioøkonomisk status er med på å farge disse. I tillegg må sykepleier ha forståelse for hvordan pasientens subjektive smerte også kan innvirke på hennes egne holdninger og engasjement. Videre kan pasientens nærmeste relasjoner, altså pårørende, presentere en fordel, eller et hinder i smertelindringsarbeidet. For å optimalisere effekten av smertelindringen må sykepleier derfor påse at begge partene innehar adekvat forståelse om smertens kompleksitet og smertelindringstiltakene som igangsettes. De tre må altså jobbe sammen mot en felles visjon som tar utgangspunkt i en felles forståelse av den enkeltes KIMS.

Avslutningsvis skal det presiseres at forbedring av smertelindring for KIMS-pasienter starter med relasjonen. Relasjonen sykepleier har til sine samarbeidspartnere er grunnfjellet i god smertelindring. I sentrum står relasjonen til pasienten, men også relasjonen til pårørende, kollegaer og andre yrkesgrupper er av betydning. Sykepleiers smertelindringsarbeid innebærer alltid en direkte eller indirekte menneskelig kontakt. Sykepleier må derfor være bevisst hvordan relasjonen påvirkes av de systemer som er i helsevesenet og pasientens psykososiale bakgrunn. Prioriteringer og bevissthet i tidsbruk fra sykepleier side er essensielle faktorer som må håndteres i møte med pasientens livsverden og helsevesenets systemer og strukturer.

Alt i alt finnes det mye forskning på spesifikke intervensjoner knyttet til smertelindring av KIMS-pasienter, mens våre resultater peker på at det er et behov for mer forskning på et mer grunnleggende nivå. Sykepleiere i vårt datasett opplever det som utfordrende å kartlegge og vurdere KIMS. Det er også mye som tyder på at selve oppfatningen av KIMS, og hva som er realistiske mål for behandling, ikke er godt nok forstått, hverken av sykepleiere eller pasienter. Større fokus på KIMS i grunnutdannelsen vil kunne ryste fremtidige sykepleiere, og mulig bidra til bedre smertelindring for pasientgruppa.

7.0 LITTERATURLISTE

- Almås, H. (Red.). (2017). *Klinisk sykepleie – bind 1* (5. utg.). Gyldendal.
- Bech, P., Olsen, L. R. & Gormsen, L. (2013). Smerter, angst og deprepesjon. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nilsen (Red.). *Smerter. Baggrund, evidens og behandling* (3.utg). FADL's forlag.
- Becker, W.C., Dorflinger, L., Edmond, S.N., Islam, L., Heapy, A.A. & Fraenkel, L. (2017). Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. *BMC Fam Pract*, 18(41). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0608-2>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet (2018, 16. April). *Langvarig smerte*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Folkehelseinstituttet (2020, 24. Oktober). *Økt bruk av sterke smertestillende medisiner med opioider*. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/okt-bruk-av-sterke-smertestillende-medisiner-med-opioider/>
- Forskningsrådet (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen - Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*
<http://hdl.handle.net/11250/2500381>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Gaskell, H., Derry, S. & Moore, R. A. (2014). Treating chronic non-cancer pain I older people – More questions than answers? *Maturitas* 71(1), 34-40.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.06.013>
- Giske, T. & Cone, P. H. (2019) *Å ta vare på heile mennesket – handbok I åndeleg omsorg*. Samlaget.

- Gjesdal, K., Dysvik, E. & Furnes, B. (2018) Living with chronic pain: Patients' experiences with healthcare service in Norway. *Nursing Open*, 5(4), 517-526.
<https://doi.org/10.1002/nop2.160>
- Gjesdal, K., Dysvik, E. & Furnes, B. (2019) Mind the Gaps: A Qualitative Study Combining Patients' and Nurses' Reflections on Pain Care. *SAGE Open Nursing Journals*, 5, 1-10.
<https://doi.org/10.1177/2377960819868865>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82.
<https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Heggen, C. & Danielsen, A. (2020). Pasienters kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere. *Sykepleien forskning*, 81840, e–81840.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81840>
- Internasjonal Association for the Study of Pain. (2017, 14. Desember) *IASP Terminology*.
<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Johannesen, B. (2008). *Komplementær og alternativ behandling: en grunnbok for sykepleiere*. Gyldendal.
- Kim, K., Rendon, I. & Starkweather, A. (2021). Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management. *Pain management nursing*.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.003>
- Kristoffersen, J. A. (2017) Helse og sykdom – utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleier: Sykepleier – fag og funksjon* (3. utg., s. 29-79). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lein, M. (2020, 19. November). *Opioider mot langvarige smerter: - Det finnes alternative*. Norsk helseinformatikk.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

- Munkombwe, W. M., Petersson, K., & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(9/10), 1643–1652.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15232>
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte: fenomen og etikk*. Gyldendal.
- Oulton, J. A. (2006). The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3_suppl), 34S-39S.
<https://doi.org/10.1177/1527154406293968>
- Park, H-R., Park, E. & Park, J-W. (2016). Barriers to chronic pain management in community-dwelling low-income older adults: Home-visiting nurses' perspectives. *Collegian*, 23(3), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.05.002>
- Polacek, C., Christopher, R., Mann, M., Udall, M., Craig, T., Deminski, M., & Sathe, N. A. (2020). Healthcare Professionals' Perceptions of Challenges to Chronic Pain Management. *American Journal of Managed Care*, 26(4), e135–e139.
<https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42841>
- Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R. (2015). Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of

Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*, 160 (1).
doi:10.1097/j.pain.0000000000001384

VEDLEGG

Vedlegg 1. Oversikt over søkehistorikk

S4	(nurs* experience or perspective or view or attitude) AND "chronic pain" AND "pain management" NOT cancer NOT survey	Limiters - Published Date: 20150101-; English Language; Peer Reviewed; Research Article Search modes - Boolean/Phrase	173
S3	(nurs* experience or perspective or view or attitude) AND "chronic pain" AND "pain management" AND adult	Limiters - Published Date: 20150101-; English Language; Peer Reviewed; Research Article Search modes - Boolean/Phrase	88
S2	nurs* AND "pain management" AND "chronic pain"	Limiters - Published Date: 20150101-; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	262
S1	"nurs* perspective" AND "pain management" AND "chronic pain"	Limiters - Published Date: 20150101-; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	1

Vedlegg 2. Oversikt over eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriterie	Antall (av 173)
Feil pasientgruppe (f.eks pediatri)	5
Fra pasientens perspektiv	55
Feil yrke (f.eks legeperspektiv)	18
Omhandlet en spesifikk intervensjon	44
Inneholdt kun kvantitativ data	16
Fokuserte på en spesifikk medikamentgruppe	19
Utenfor normal sykepleiepraksis (f.eks akupunktur)	5
Litteraturstudier	5