

Kandidatnummer 5162 & 5172

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleieres påvirkning på smertelindring av den sykehusinnlagte kreftpasienten



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 04.05.2022]

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: I 2020 fikk 35 515 personer i Norge en kreftdiagnose. Tidligere studier har vist at kreftpasienter som legges inn i sykehus ikke smertelindres adekvat, men peker ikke på grunner for dette. Det kan tenkes at faktorer hos sykepleiere, som er tett på den innlagte pasienten, kan påvirke den smertelindringen som kreftpasienten mottar.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan faktorer relatert til sykepleiere kan påvirke smertelindringen den kreftsyke pasienten mottar i norske sykehus.

Metode: Metoden som ble benyttet i denne oppgaven er integrativ litteraturstudie, og oppgaven tar utgangspunkt i fem vitenskapelige forskningsartikler.

Resultater: Resultatene viser at sykepleiere har begrenset kunnskap i forhold analgetika og pasientbarrierer. De angav å ha gode holdninger i forhold til smerter og smertelindring, men handlet ofte ikke i tråd med sine angitte holdninger. Videre så man at frykt for bivirkninger og avhengighet hos sykepleieren representerer barriere mot adekvat smertelindring. I tillegg så man at bruken av standardiserte smertescoringsverktøy er lite utbredt. Avslutningsvis så man at grad av utdanning påvirker sykepleieres kunnskapsnivå i forhold til smerter og smertelindring.

Diskusjon: I diskusjonen kom det blant annet frem at begrenset farmakologisk kunnskap blant sykepleierne kunne føre til at smertelindringen de gav, ikke baserte seg på kunnskap, men heller på andre faktorer. Manglende kunnskap om pasientrelaterte barrierer kunne dessuten føre til at sykepleierne ikke fikk gitt kreftpasientene adekvat smertelindring. Videre kunne videreutdanning blant sykepleiere påvirke smertelindringen, fordi sykepleiere med høyere utdanning hadde mer kunnskap, og dermed bedre forutsetninger for å smertelindre kreftpasienter. Man så også at holdninger hos sykepleiere påvirket smertelindringen. Blant annet så man at "smertetoleranse" hos sykepleiere kunne øke terskelen for når de ville gi analgetika. Til slutt så man også at sykepleierne som brukte kartleggingsverktøy var bedre til å vurdere pasientenes smerter, noe som gjorde at de hadde bedre forutsetninger for å gi adekvat smertelindring.

Nøkkelord: Kreft, Smertelindring, Smertevurdering, smerteintensitet, sykepleie, sykepleierrelaterte faktorer, holdning, kunnskap, sykehus, smertescoringsverktøy, analgetika

Innhold

1 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Avgrensninger	7
1.4 Hensikt.....	7
2 TEORI	8
2.1 Etikk.....	8
2.1.1 Yrkesetiske retningslinjer	8
2.1.2 Etske grunnprinsipper	8
2.2 Prinsipper for smertelindring av kreftpasienter	8
2.3 Sykepleierens funksjon og ansvarsområde i smertelindring	9
2.3.1 Sykepleierens observerende, administrerende og evaluerende funksjon.....	9
2.3.2 Sykepleierens undervisende funksjon.....	10
2.3.3 Sykepleierens lindrende funksjon	11
2.4 Pleielidelse.....	11
3 METODE	12
3.1 Hva er metode?.....	12
3.2 Valg av metode	12
3.3 Søkeprosess	12
3.3.1 Valg av søkestrategi	12
3.3.2 Valg av databaser	13
3.3.3 Valg av søkeord	13
3.3.4 valg av artikler	14
3.4 Analyse	15

4 RESULTATER	16
4.1 Vurdering av smerteintensitet.....	16
4.2 Holdninger	16
4.2.1 Sykepleieres syn på kreftsmarter og smertelindring	16
4.2.2 Frykt.....	17
4.3 Kunnskap	18
4.3.1 Farmakologisk kunnskap	18
4.3.2 Utdanning og erfaring	18
4.3.3 Kunnskap om pasientrelaterte barrierer	19
5 METODEDEDISKUSJON	20
5.1 Kildekritikk.....	20
5.1.1 Arena for forskning.....	20
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	20
5.1.3 Etske hensyn	21
5.1.4 Studienes metode	21
5.1.5 Artiklenes relevans.....	22
5.2 Styrker og svakheter ved oppgaven.....	23
6 RESULTATDISKUSJON.....	25
6.1 Vurdering av smerteintensitet.....	25
6.2 Holdninger	25
6.2.1 Sykepleieres syn på smerter og smertelindring.....	25
6.2.2 Frykt.....	28
6.3 Kunnskap	29
6.3.1 Farmakologisk kunnskap	29
6.3.2 Utdanning og erfaring	30
6.3.3 Kunnskap om pasientrelaterte barrierer	30
7 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	32

8 LITTERATUR	33
Vedlegg 1: Søkelogg	39
Vedlegg 2: Artikkelmatrise	45

Antall ord: 7944

1 INNLEDNING

I 2020 fikk 35 515 personer i Norge en kreftdiagnose, og tallet forventes å øke de neste årene (Kreftregisteret, 2021; Lorentsen & Grov, 2016). Til tross for dagens behandling er smerter fortsatt en utfordring i kreftomsorgen og representerer et fryktet symptom blant kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2015; Lorentsen & Grov, 2016). Rundt 50 % av kreftpasienter angir å oppleve smerter, og cirka 70% av de med langtkommen kreftsykdom opplever det samme (Helsedirektoratet, 2015). I takt med økende kunnskap og kompetanse innenfor helsevesenet vil pasienter kunne leve lenger med sin kreftdiagnose, og følgelig ha økt behov for å håndtere plager relatert til sykdom og behandling (Helsedirektoratet 2015). Dette stiller blant annet krav til sykepleiernes kompetanse i møte med smerteproblematikken i kreftomsorgen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Når pasienter er innlagt i sykehus, er det oftest sykepleieren som er tettest på pasienten. Sykepleieren har i denne forbindelsen en viktig funksjon i å bidra til adekvat smertelindring hos blant annet kreftpasienter (Danielsen et al., 2016). Likevel har vi i praksis sett at den smertelindringen kreftpasienter mottar, varierer avhengig av hvilken sykepleier som har hatt ansvaret for pasienten. Dette er til tross for at pasienten har oppgitt å ha samme smerteintensitet som foregående dager. Studier utført i ulike land i Europa har også vist at kreftpasienter innlagt i sykehus ikke smertelindres godt nok (Kurita et al., 2013; Reis-Pina et al., 2017; Holtan 2005). I studien til Kurita et al. (2013) så man at så mange som 88 av de 134 kreftpasientene som deltok i studien hadde hatt sterke smerter de siste 24 timene, samtidig som bare 37,5% av disse hadde mottatt medikamentell smertelindring. På bakgrunn av studienes funn, og våre opplevelser i praksis, ønsker vi derfor å undersøke mulige faktorer relatert til sykepleiere som kan være av betydning for smertelindringen kreftpasienter får.

1.2 Problemformulering

Som nevnt, viser studiene til Kurita et al. (2013), Reis-Pina et al. (2017) og Holtan et al. (2005) at kreftpasienter som er innlagt i sykehus ikke smertelindres godt nok, men studiene peker ikke på grunner for det. Vi vet likevel at det som regel er sykepleierne som er tettest på den innlagte pasienten, og det kan tenkes at svakheter i dette leddet kan ha betydning for smertelindringen som gis. I dette litteraturstudiet ønsker vi derfor å identifisere og undersøke

betydningen av faktorer relatert til sykepleiere som kan ha betydning for den smertelindringen som gis til kreftpasienter innlagt i sykehus. Vi har en oppfatning om at blant annet redsel for bivirkninger, manglende kunnskap og smertetoleranse blant sykepleiere, kan være mulige medvirkende faktorer.

Kunnskap om disse faktorene kan bidra til å øke innsikten rundt innvirkningen sykepleierne har på smertelindringen til kreftpasienter. Videre vil dette kunne føre til en økt bevissthet blant sykepleiere, der de i større grad får innsikt i de forholdene som påvirker deres smertelindrende praksis. Dessuten er det også slik at når man avdekker årsakene til at pasienter ikke smertelindres adekvat, så åpner man også døren til å finne ut hvordan situasjonen kan forbedres. Gjennom å avdekke faktorer hos sykepleiere som påvirker smertelindringen de gir, kan man danne grunnlaget for forbedringsarbeid. På denne måten er det håp om at sykehusinnlagte kreftpasienter kan smertelindres bedre i fremtiden.

1.3 Avgrensninger

Vi har valgt å fokusere på sykepleierens rolle i smertelindringen av den sykehusinnlagte kreftpasienten. Smertelindring via stråling, cytostatika og ikke-medikamentelle metoder tas ikke stilling til på grunn av oppgavens omfang. I denne oppgaven skilles det dessuten ikke mellom smertelindring for kreftpasienter i palliativt eller kurativt behandlingsforløp. Videre tar oppgaven utgangspunkt i sykepleie til kreftpasienter som er klare og orienterte.

1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan faktorer relatert til sykepleiere kan påvirke smertelindringen den kreftsyke pasienten mottar i norske sykehus.

2 TEORI

2.1 Etikk

2.1.1 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleie er utarbeidet av Norsk sykepleierforbund (NSF) og danner grunnlaget for utøvelse av sykepleie. Retningslinjene baserer seg på menneskets iboende verdighet og beskriver at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2019).

2.1.2 Etske grunnprinsipper

Innenfor medisinsk etikk finner man de fire etiske grunnprinsippene, som i likhet med de yrkesetiske retningslinjene, er ment å være handlingsledende for praksis blant helsepersonell. Prinsippene består av ikke-skade prinsippet, velgjørenhet, autonomi og rettferdighet. “Å ikke skade” handler om å unnlate å gjøre handlinger som kan være til skade for pasienten. Velgjørenhetsprinsippet omhandler forpliktelsen helsepersonell har til å fremme helse, gi god omsorg og behandle sykdom. Helsepersonell har også en moralsk plikt til å respektere pasientens rett til å bestemme over eget liv og helse gjennom autonomiprinsippet. Til slutt så skal praksisen til helsepersonell bygge på rettferdighet, som vil si at alle som søker helsehjelp skal behandles likt uavhengig av for eksempel kjønn, betalingsevne eller sosial status (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.2 Prinsipper for smertelindring av kreftpasienter

Smerteintensiteten hos kreftpasienter kan variere fra mild til uutholdelig. Det å lindre kreftsmarter effektivt kan derfor kreve multimodal smertelindring, med behov for ulike tilnæringsmetoder (Lorentsen & Grov, 2016). Som et minstemål, skal pasienten smertelindres slik at han subjektivt opplever å ha akseptabel livskvalitet. Målet for smertelindring er med andre ord ikke alltid å eliminere smertene fullstendig; den styres heller av pasientens opplevelser. Når sykepleiere skal smertelindre pasienter, er det videre av betydning at de tror på pasientens beskrivelser av sine opplevelser. Sykepleiere må være bevisst at alle opplever smerter subjektivt og at de til slutt må velge mellom å tro eller tvile på

pasientens beskrivelser (World Health Organization, 2019; Lorentzen & Grov, 2016; Nortvedt, 2016; Danielsen et al., 2016).

Medikamentell smertebehandling av kreftsmarter skal gis i forhold til smertens intensitet, karakter og lokalisasjon. Dosen av medisinene skal tilpasses effekten kreftpasienten har av medikamentet. Det er i utgangspunkt ikke noe "tak" på hvor høy en morfindose kan være; den skal tilpasses den enkelte pasient. Medisiner skal også helst gis profylaktisk, til fastsatte klokkeslett slik at neste dose kan overlape effekten av forrige dose. I tillegg brukes smertetrappen til World Health Organization (WHO) i arbeidet med å lindre kreftsmarter. Hvert trinn representerer forslag til medikamentelle smertelindrende tiltak ut ifra pasientens behov for, og respons på, analgetika (WHO, 2019; Lorentsen & Grov, 2016; Danielsen et al., 2016).

Kreftrelaterte smerter kan bestå av flere forskjellige former for smerter (Lorentsen & Grov, 2016). En av disse er gjennombruddssmerter, som karakteriseres av intense smertetopper som har en varighet på 5-10 minutter (Lorentsen & Grov, 2016). Den tradisjonelle behandlingen ved gjennombruddssmerter er å gi hurtigvirkende opioider peroralt i enkeltdoser tilsvarende en seksdel av total døgndose. Det har imidlertid også kommet ut nye formuleringer og administrasjonsmåter av opioider som har hurtigere innsettende effekt enn peroral morfin (Portenoy et al, 2011). Et eksempel på et slikt legemiddel er fentanyl nespray. Ettersom gjennombruddssmerter kan være intense og kortvarige, kan legemidler som fentanyl nespray kunne møte behovet for rask og effektiv smertelindring (Lorentsen & Grov, 2016; Portenoy et al., 2011).

2.3 Sykepleierens funksjon og ansvarsområde i smertelindring

2.3.1 Sykepleierens observerende, administrerende og evaluerende funksjon

Sykepleieren har en sentral rolle i smertelindring av kreftpasienter, som blant annet innebærer kartlegging og vurdering av pasientens smerter. For å kunne gi tilfredsstillende smertelindring, er det avgjørende at man først kartlegger smertens karakter og intensitet. Til dette anbefales det at sykepleieren bruker et kartleggingsverktøy. Når dette brukes, sikrer man at smertevurderingen kan sammenlignes og i mindre grad avhenger av sykepleierens skjønn.

Det vil også være viktig at sykepleieren har evne til å observere og vurdere tegn på smerte hos pasienten. Ved akutte smerter kan man for eksempel se både fysiologiske og atferdsmessige tegn hos pasienten. Videre har sykepleiere også et ansvar for å fatte tiltak og administrere smertestillende medikamenter, både ved faste klokkeslett men også ved behov. Sykepleieren har også en evaluerende rolle i smertelindringen, noe som innebærer å vurdere effekten av medikamentene, samt vurdere om pasienten har behov for ny dose med smertestillende. For at sykepleiere skal kunne ivareta disse ansvarsområdene trenger de blant annet kunnskap om medikamentenes farmakologiske egenskaper og administrasjonsformer (Danielsen et al., 2016).

2.3.2 Sykepleierens undervisende funksjon

Undervisning og veiledning handler om å møte pasientens behov for kunnskap, slik at han blir istand til å ivareta egen helse. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, ledd 1 (1999) står det at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsehjelpen som gis. Når sykdom rammer, kommer pasientene i en situasjon der de ofte ikke har kunnskap om verken sykdommens forløp eller behandling. Ofte mangler de også informasjon om sykdommens forløp, konsekvenser, og hvordan de kan leve med den. Det er derfor et mål at sykepleierne gir pasienten tilstrekkelig med informasjon og tilpasser denne til den enkelte (Kristoffersen et al., 2016).

Sykepleieren har på bakgrunn av sin kunnskap om sykdom og behandling, forutsetninger til å forstå pasientens behov for informasjon og veiledning. Imidlertid kan pasienten også ha behov for veiledning og undervisning som strekker seg utenfor det som kan knyttes til det medisinske forløpet. I fenomenologien brukes uttrykket livsverdenen som en beskrivelse for hvordan verdenen opptrer subjektivt for hver enkelt. Sykdom kan forandre pasientens livsverden drastisk og den syke kan måtte tilpasse seg til både ukjent medisinsk behandling og en ny hverdag. For pasienten kan dette oppleves så skremmende at han ikke ønsker å ta imot behandling. Dersom sykepleieren evner å sette seg inn i pasientens livsverden, vil hun ha større muligheter for å se situasjon fra pasientens perspektiv. Dermed vil hun kunne gi pasienten den informasjonen og veiledning som er viktig for akkurat ham (Nortvedt, 2016; Kristoffersen, 2016).

2.3.3 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleieren har i samarbeid med legen, en viktig funksjon i det smertelindrende arbeidet. Fokuset i sykepleierens lindrende rolle ligger i å fremme pasientens opplevelse av velvære. Innenfor dette ligger blant annet det å vurdere smertenes intensitet og karakter, og administrere passende type og mengde analgetika. Sykepleieren kan også iverksette tiltak som ikke er knyttet til medikamenter. Slike tiltak omfatter blant annet leieendring, ro og distraksjon i form av musikk eller samtale (Kristoffersen et al., 2016, Danielsen et al., 2016).

2.4 Pleielidelse

Pleielidelse kan ses i sammenheng med den behandlingen pasienten får av helsevesenet, og pleielidelse kan blant annet vise seg ved at pasienten ikke får dekket sine grunnleggende behov. Denne formen for pleielidelse betegnes av Katie Eriksson som "uteblitt pleie". En av grunnene til at uteblitt pleie oppstår er at pleieren ikke evner å se pasientens behov. Slik mangel på behandling som en ser ved uteblitt pleie kan føre til at pasienten opplever håpløshet og redusert livskvalitet (Kristoffersen & Breievne, 2016; Kristoffersen et al., 2011).

En av årsakene til at sykepleiere ikke lenger ser pasientens situasjon, er at de har tatt avstand til lidelsen de møter i sin arbeidshverdag. Det er kjent at sykepleiere som arbeider med mennesker med smerteproblematikk er utsatt for å bli mindre følsomme i møtet med disse pasientene (Danielsen et al., 2016). Sykepleiere arbeider nemlig i et yrke med høyere emosjonelle krav enn i mange andre yrker, og er derfor i risikogruppen for å bli psykisk utmattet (Borge et al., 2003; Hofstad, 2017). Det at sykepleieren tar avstand til pasientens opplevelser, kan ha uheldige konsekvenser, ved at de blant annet påfører pasienten pleielidelse (Danielsen et al., 2016).

3 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode kan forstås som et verktøy man bruker for å systematisk samle inn data på et felt man undersøker. Metoden er selve fremgangsmåten man tar i bruk når man skal finne frem til ny kunnskap, og kan bestå av ulike tilnæringsmåter. Felles for metodeformene er at man arbeider systematisk med å samle inn, sortere, analysere og systematisere data. Metoden skal videre dokumenteres på en slik måte at studien kan etterprøves. I forskningsprosessen stilles det også krav til ærlighet og transparens (Dalland, 2017).

3.2 Valg av metode

I denne bacheloroppgaven ble Fribergs (2017) modell for litteraturstudie brukt som metode. En litteraturstudie for sykepleie, innebærer å: “skape en oversikt over kunnskapsnivået innenfor et bestemt sykepleierelaterte område, eller om en problemstilling innenfor sykepleierens virkeområde/kompetanseområde” (Friberg, 2017, s. 141; oversatt til norsk). Innenfor litteraturstudie som metode finnes det ulike typer framgangsmåter. Vi bruker i denne oppgaven integrativt litteraturstudie som metode, fordi denne metodeformen sammenfaller med rammene for oppgaven. En integrativ litteraturstudie innebærer at man innhenter data og foretar en datareduksjon slik at en får en strukturert oversikt over feltet. Videre sammenlignes og tolkes dataene og man forsøker å se etter underliggende temaer. Disse temaene utgjør til slutt resultater som man trekker egne konklusjoner ut ifra (Friberg, 2017, s.150). Etter retningslinjene for bacheloroppgaven vil også denne oppgaven ta utgangspunkt i empiriske studier.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

Litteraturstudie som metode innebærer at man har en systematisk tilnærming i alle trinnene av prosessen. På bakgrunn av dette, valgte vi derfor å utforme en strukturert og strategisk søkestrategi som ble tatt i bruk i søkeprosessen (Thidemann, 2020). På forhånd ble inklusjons- og eksklusjonskriterier fastsatt som grunnlag for søkene som ble utført.

I søket inkluderte vi vitenskapelige artikler i form av empirisk forskning som var publisert fra og med 2012. Dette var fordi det var ønskelig å benytte seg av den nyeste forskningen på feltet. Videre var det hensiktsmessig å inkludere studier som kunne tenkes å ha overføringsverdi til det norske helsevesenet. Det var hovedsakelig ønskelig å ta i bruk studier gjennomført i skandinaviske helsetjenester, ettersom de har størst overføringsverdi til det norske helsevesenet. Likevel ble også USA, Storbritannia, Canada, Australia og New Zealand inkludert. Disse landene er, i likhet med Norge, kjent for å ha et helsevesen av høy standard, og forskning fra disse landene kunne dermed også bidra med relevant informasjon og kunnskap om valgt tema (The Organization for Economic Cooperation and Development, 2019). Vi ønsket videre å inkludere artikler som tok for seg smertelindring av innlagte sykehuspasienter fra et sykepleieperspektiv. Dessuten var det ønskelig å innhente både objektive data om hvordan forholdene er i dag, samtidig som vi ønsket å se på problemstillingen fra praktiserende sykepleieres perspektiv. Derfor ble både kvantitative og kvalitative studier inkludert. På denne måten ønsket vi å få frem et nyansert bilde av hvordan praksisen blant sykepleiere er i dag.

Eksklusjonskriteriene våre var basert på å avgrense søkene til fagfellesvurderte artikler med full-text-tilgjengelighet. Videre ble studier som omhandlet personer under 18 år og rusmisbrukere ekskludert. Også artikler som var eldre enn 10 år ble ekskludert.

3.3.2 Valg av databaser

I litteraturstudier tar man i bruk forskningsbaserte artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Disse artiklene kan man finne samlet i ulike databaser (Friberg, 2017). For å finne fram til forskningsbasert informasjon ble derfor følgende databaser anvendt i søkene: Cochrane, CINAHL, Idun, Pubmed, Svemed+, Medline og Proquest. Det ble også gjort håndsøk i Tidsskrift for den norske legeforening, Oria, og Sykepleien forskning.

3.3.3 Valg av søkeord

I starten av søkeprosessen utførte vi innledende søk for å undersøke hvilken kunnskap som eksisterte på forskningsfeltet. Søkeordene som da ble tatt i bruk var generelle i forhold til

emnet smertelindring og kreft. Vi valgte å for det meste utføre søkene på engelsk, for å ha tilgang til et større mangfold av forskning. Søkord som pain, relief, cancer, pain relief, nurse og nursing ble tatt i bruk. Disse søkeordene førte ikke frem til relevante artikler som vi kunne ta i bruk.

Ved hjelp av funksjonen “avansert søk”, som var tilgjengelig i alle databasene, kunne man innspisse søket enda mer. Da kombinerte vi forskjellige søkeord med AND og OR. På den måten kunne vi sikre at flere søkeord kunne kombineres i søket, samtidig som vi kunne bruke synonymer for samme ord. Vi spisset dessuten inn søkeordene for å få riktig fokus i forhold til sykepleierperspektivet. Ut ifra de forskjellige databasene brukte vi dessuten ulike avgrensninger som var tilgjengelige. For eksempel kunne man inkludere emner som “cancer in adults” og “adult care”. I de databaser der det var tilgjengelig ble geografiske begrensninger også tatt i bruk. For oversikt over alle søk, se vedlegg 1.

3.3.4 valg av artikler

I søkeprosessen fikk vi flere treff i de ulike databasene, men artikler som ikke møtte våre inklusjonskriterier, eller inneholdt et eller flere eksklusjonskriterier, ble valgt bort. Dessuten var det hensiktsmessig å velge ut artikler som var relevante i forhold til vår hensikt. For å finne ut om de empiriske studiene var vitenskapelige artikler, undersøkte vi blant annet om de fulgte IMRaD-strukturen. Vi vurderte også studienes metode i forhold til om de fulgte retningslinjene for kvantitativ eller kvalitativ metode, og tok i betraktning hvordan analysearbeidet ble utført. Videre undersøkte vi utvalgene i de forskjellige studiene og tok stilling til hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som var tatt i bruk i valget av disse. Det ble også utført sekundærsøk av kilder oppgitt i de forskjellige artiklene, samtidig som forskernes bakgrunn ble undersøkt. Dette var for å bedømme validiteten av både forskerne og studiene. Til slutt så vi om forskningen ble utført i tråd med etiske retningslinjer. Vi endte opp med å inkludere fem artikler som kunne bidra til å gi svar på vår problemformulering. Se vedlegg 2 for artikkelmatrise.

3.4 Analyse

Analysearbeidet ble utført i henhold til Fribergs (2017) analysemodell. Arbeidet ble innledet ved å lese de utvalgte artiklene flere ganger for å danne en oversikt over forskningen. Likheter og ulikheter i forhold til metode, teoretiske utgangspunkt og formål ble identifisert og tatt stilling til i valg av artikler. Det ble deretter utført en datareduksjon av artiklens resultater, der de resultatene som støttet opp om vår hensikt, samt fremsto som gjennomgående, ble satt inn i en oversiktstabell som dannet grunnlaget for videre analysering. Videre i analysen ble resultatene sammenlignet, og vi så etter underliggende mønster og felles temaer i dataene. Til slutt ble resultatene kategorisert i hovedkategorier og underkategorier. For oversikt over hoved- og underkategorier, se tabell 1:

Tabell 1: Resultat av analyse

Hovedkategorier	Underkategorier
Vurdering av smerteintensitet	
Holdninger	Sykepleieres syn på kreftsmarter og smertelindring Frykt
Kunnskap	Farmakologisk kunnskap Utdanning og erfaring Kunnskap om pasientrelaterte barrierer

4 RESULTATER

4.1 Vurdering av smerteintensitet

Dequeker et al. (2018) studerte sykepleieres kartlegging av smerter blant sykehuspasienter. Sykepleierne valgte selv hvordan de ville vurdere smertene og angav sin metode for dette. For ca halvparten av pasienten valgte sykepleierne å bruke kartleggingsverktøy som NRS eller VAS. For ca 30% av pasientene brukte sykepleierne sitt kliniske blikk, mens for 20% av pasienten ble ikke smertescore vurdert. På gruppenivå var det det ikke en signifikant forskjell på smertescore som sykepleiere og pasienter angav, men på individuelt nivå så man bare moderat sammenheng. Sykepleierne som hadde brukt kartleggingsverktøy, hadde høyere sannsynlighet for å score likt med det pasienten hadde angitt (Dequeker et al., 2018).

4.2 Holdninger

4.2.1 Sykepleieres syn på kreftsmarter og smertelindring

I studiet utført av Garcia et al. (2015) kom det frem at sykepleierne la innsats i å forstå pasientens selvrapporterte smerter og forsto at smerteopplevelsen er individuell fra person til person. I denne studien angav de fleste sykepleierne at de ønsket å se sine pasienter med lite eller ingen smerter (Garcia et al., 2015). Likevel så man i studien til Rustøen et al. (2013) at sykepleiere ikke gav sterke smertestillende til 42% av sine pasienter fordi de mente at pasientene ikke hadde vondt nok. Dette var til tross for at sykepleierne mente at 75% av pasientene hadde alvorlige smerter (Rustøen et al., 2013).

Videre ble det utført et studie som undersøkte norske sykepleieres holdninger og kunnskap i forhold til smerte og smertelindring (Granheim et al., 2015). Studiet tok utgangspunktet i spørreskjemaet Nursing Knowledge and Attitude Survey regarding Pain (NKAS). I denne studien kom det frem at 96% av sykepleieren mente at pasientene var de beste til å bedømme sin smerteintensitet. De ble i den samme studien presentert for en pasientsituasjon som omhandlet postoperativ smertelindring. Den første pasienten hadde normale vitalia, smilte, pratet og lo, men angav smertescore på 8. Da var det kun 37% av sykepleierne som scoret pasienten til 8 på NRS-skala. 28% av sykepleierne ville i dette tilfelle gi riktig dose morfin (3mg). Den andre pasientsituasjonen var lik i forhold til NRS-score og vitalia, men denne

gangen viste pasienten med kroppsspråket at han hadde vondt. Da var det 52% av sykepleieren som scoret pasienten til 8 på NRS-skala, og 46% ville gitt riktig dose morfin (Granheim et al., 2015).

Senere har Utne et al. (2019) utført samme studie, som også tok utgangspunkt i NKAS, men denne gangen var 80% av utvalget kreftsykepleiere. Også her mente flesteparten at pasientene er de som er best til å bedømme egen smerteintensitet. I caseoppgavene scoret disse sykepleierne høyere. I første case (som beskrevet over) var det 73% av sykepleierne som scoret pasienten til 8 på NRS-skala. I dette tilfellet var det 48% som ville gitt pasienten riktig dose morfin. I den andre pasientsituasjonen (som beskrevet over) var det 87% av sykepleierne som scoret pasienten til 8 på NRS-skala. I dette tilfellet var det 60% av sykepleierne som ville gitt riktig dose morfin.

4.2.2 Frykt

I studien til Rustøen et al. (2013) ble det avdekket at sykepleierne var redde for bivirkninger og avhengighet hos pasientene. Studien viste at den tredje vanligste grunnen til at sykepleierne valget å ikke anbefale pasienter å ta opioider var frykt for avhengighet. I tillegg så en også 34 % av sykepleierne var redde for at medikamentene skulle gi bivirkninger (Rustøen et al., 2013). I studien til Granheim et al. (2015), framkom det også at sykepleierne oftest svarte feil på spørsmål der de ble testet på muligheten for opioidavhengighet og risikoen for respirasjonsdepresjon. Blant annet så en at bare 23 % av sykepleierne svarte riktig på at sjansen for respirasjonsdepresjon hos en pasient, som har mottatt opioider daglig i to måneder, var mindre enn en prosent når dosen ble økt fra 200 mg/t til 250 mg/t intravenøst. Sykepleierne trodde at sjansen for respirasjonsdepresjon var høyere enn 1 prosent (Granheim et al., 2015).

4.3 Kunnskap

4.3.1 Farmakologisk kunnskap

I studien til Granheim et al. (2015) fremkom det at sykepleiere hadde god kunnskap om grunnleggende smertelindrende prinsipper. Man så blant annet at majoriteten av sykepleierne var klar over at man må titrere seg frem til optimal dose med opioider (Granheim, et al., 2015). 92% var også klar over at kombinasjonsbehandling med forskjellige typer analgetika kan gi bedre smertekontroll og færre bivirkninger (Granheim et al., 2015). Sykepleierne hadde derimot begrensede kunnskaper om opioidenes farmakologiske egenskaper. Blant annet visste kun 16 % at sjansen for respirasjonsdepresjon var under en prosent ved økning av morfindose fra 200 mg/t til 250 mg/ t hos en pasient som hadde fått opioider daglig i to måneder. Videre viste studien at kun en fjerdedel visste at en tablett paralgin forte (400/30) hadde omtrent samme smertestillende effekt som en 5 mg morfin tablett (Granheim et al, 2015). Man ser også i studien til Utne et al. (2019) at sykepleiere svarte dårligst på spørsmål knyttet til virkning og bivirkninger av medikamenter. Under 50 % av sykepleierne i denne studien var klar over at morfin gitt peroralt hadde maksimal effekt etter 1,5-2 timer (Utne et al., 2019).

Man så videre at en andel av sykepleierne i studien til Rustøen et al. (2013) manglet kunnskap om medikamenter som har effekt på kreftrelaterte gjennombruddssmerter. I studien fremkom det at 38,4 % av sykepleierne ikke visste at det fantes egne medikamenter som var rettet mot å behandle slike smerter. Videre ble sykepleierne spurt om hvilke medisiner som oftest ble administrert når pasientene hadde gjennombruddssmerter. Da svarte sykepleierne at oral morfin og oxycodone var de to legemidlene som oftest ble gitt (Rustøen et al., 2013).

4.3.2 Utdanning og erfaring

Sykepleierne i studien til Utne et al. (2019) scoret høyere på NKAS-skjemaet, enn sykepleierne i studiet til Grandheim et al. (2015). De scoret henholdsvis 75% og 71,1%, noe som tilsvarer en forskjell på litt over 3 oppgaver i NKAS-skjemaet. Man så at det var demografiske forskjeller mellom de to utvalgene i studiene. Utvalget i studiet til Utne et al. (2019) bestod av 80% kreftsykepleiere med gjennomsnittlig sykepleierfaglig yrkeserfaring på 19 år. Studien til Granheim et al. (2015) bestod av et tilfeldig utvalg av sykepleiere som arbeidet på kirurgisk eller onkologisk sengepost med gjennomsnittlig 7,2 års erfaring. Videre

så man også at sykepleiere med smertelindringskurs tilsvarende ti studiepoeng scoret betydelig høyere i forhold til kunnskap relatert til smerter og smertelindring. I snitt var deres NKAS-score 2 poeng høyere enn hos sykepleierne uten et slikt kurs (Utne et al., 2019).

4.3.3 Kunnskap om pasientrelaterte barrierer

Sykepleierne i studien til Garcia et al. (2015) anerkjente at pasientens frykt for avhengighet og bivirkninger påvirket smertelindringen. Sykepleierne forklarte at pasientene ikke alltid gav beskjed når de hadde vondt eller benektet for smerter, selv om de med kroppsspråket uttrykte å ha smerter (Garcia et al., 2015).

Dequeker et al.(2018), undersøkte sykepleieres oppfatning av pasient-relaterte barrierer i smertelindring. Studien tok i bruk et kartleggingsverktøy hvor sykepleierne skulle anslå forekomsten av de forskjellige barrierene som ble presentert i skjemaet. Pasientene skulle også fylle ut dette skjemaet, og resultatene ble deretter sammenlignet. Utsagnene er hentet og oversatt fra studien til Dequeker et al. (2018, s. 167). På utsagnet “ pasienten er nølende til å ta opioider” var 51% av pasientene enige, men sykepleierne mente dette omhandlet kun 16,6% av pasienten. På utsagnet “pasienten er nølende til å ta smertestillende medisiner på grunn av redsel for avhengighet” krysset 37% av pasienten av for at de var enige.

Sykepleierne trodde dette gjaldt 5,3% av pasientene. På utsagnet “pasienten er nølende til å ta medisiner på grunn av frykt for bivirkninger”, krysset 47% av pasientene av for at de var enige, mens sykepleierne trodde dette kun gjaldt 7,7 %. På utsagnet “pasienten opplever vanskeligheter med å vurdere egen smerteintensitet” var 40,7 % av pasienten enige, men sykepleierne trodde dette kun gjaldt 12,6% (Dequeker et al., 2018). Resultatene av studiet viste altså at sykepleierne i stor grad undervurderte forekomsten av pasientrelaterte barrierer i forhold til smertelindring (Dequeker et al., 2018).

5 METODEDISKUSJON

5.1 Kildekritikk

5.1.1 Arena for forskning

Det var av betydning at studienes forutsetninger, problemstillinger, og resultater kunne overføres til forhold i det norske helsevesenet. De valgte artiklene ble derfor vurdert i forhold til hvor studiene ble utført. To av studiene ble gjennomført i Norge (Granheim et al., 2015; Utne et al., 2019), mens et av studiene tok for seg flere land i Europa (Rustøen et al., 2013). Videre brukte vi to studier utført i henholdsvis Nederland og New Zealand (Dequeker et al., 2018; Garcia et al., 2015). Rapporten Health at a Glance (OECD, 2019) ble tatt i bruk for å vurdere helsevesenet i de forskjellige landene. Ved å sammenlikne kvalitet av helsehjelp og ressurser brukt på helsevesen, kom vi frem til at de forskjellige landenes helsevesen kan være sammenlignbare med det norske helsevesenet (OECD, 2019).

I vårt litteraturstudie ønsket vi dessuten å ta utgangspunkt i sykepleiere som arbeidet på sykehusinstitusjoner. Det var av denne grunn hensiktsmessig å ta i bruk forskning som fant sted på sykehus. Vi valgte å ikke avgrense til sengeposter som spesialiserte seg i onkologi, da kreft og kreftsmertner er noe sykepleiere møter i de fleste sengeposter på sykehuset. De anvendte studiene ble utført på forskjellig medisinske og kirurgiske sykehusavdelinger. (Dequeker et al., 2018; Garcia et al., 2015; Granheim et al., 2015; Rustøen et al., 2013) Et unntak var studiet utført av Utne et al. (2019) som tok for seg sykepleiere som arbeidet med kreftpasienter uavhengig av arbeidssted. Likevel anså vi dette studiet som relevant for vår oppgave, fordi det kunne belyse den betydningen videreutdanning har for sykepleieres kunnskap og holdninger relatert til smerter og smertelindring.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Samtlige av forskerne hadde formell kompetanse innenfor forskning. Majoriteten av forskerne hadde Ph.d og noen av forskerne hadde master. I hovedsak var forskerne i studiene utdannet som sykepleiere eller leger, og noen var også utdannet innen andre helsefaglige yrker. Hensikten med oppgaven er å belyse et sykepleiefaglig tema, og det er da en styrke ved

oppgaven at majoriteten av forskerne er utdannede sykepleiere i bunn, eller utdannet innenfor andre helsefaglige felt som jobber tett med sykepleiere.

5.1.3 Etiske hensyn

Fire av de fem studiene brukt i oppgaven har fått godkjenning for prosjektet av etiske komiteer, og følger også de etiske retningslinjene som er stipulert i Helsinkideklarasjonen, gjengitt av de Nasjonale etiske komiteene (2019). Deltakerne i studien var anonyme, de deltok på frivillig basis, og det ble innhentet enten muntlig eller skriftlig samtykke fra samtlige av deltakerne. En av studiene har ikke tatt med etiske overveielser i sin forskning (Rustøen et al, 2013), men etter nøye gjennomgang og sammenligning av forskningen med Helsinkideklarasjonen så vi at studien fulgte disse etiske retningslinjene.

5.1.4 Studienes metode

Antall deltakere i studiene varierte fra 5 til 1241. I studien til Garcia et al. (2015), som kun hadde 5 deltakere, fikk man dypere innsikt og forståelse for hvordan den enkelte sykepleier oppfattet det å arbeide med smerteproblematikk hos kreftpasienter. I de kvantitative studiene var utvalgene større, noe som bidro til å avdekke funn om dagens situasjon på en objektiv og systematisk måte (Dalland, 2017). Vi anså altså utvalgene som hensiktsmessig i forhold til studienes hensikt.

Samtlige av studiene utviste transparens i forhold til hvordan studiene var utført. Det gav oss god innsikt i forskernes tankegang og hensikt under forskningsarbeidet, samtidig som vi fikk muligheten til å vurdere hvilke forhold som kunne tenkes å ha påvirket resultatene i studiene. Transparens i forskningen gjør også at det er mulig å etterprøve studiene på et senere tidspunkt. Dette er et krav for empirisk forskning, og vi anser det som et godt holdepunkt for resultatenes validitet at dette kravet er fulgt (Thidemann, 2019).

I analysen brukte samtlige kvalitative studier forskjellige versjoner av analyseprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) med angitt p-verdi $\leq 0,05$. Bokstaven "p"

står for probability, som på norsk betyr sannsynlighet. Jo lavere p-verdien er, jo større er sannsynligheten for at resultatet ikke er en tilfeldighet. At p-verdien skal være mindre, eller lik 0,05, betyr at forskerne ikke kunne si at resultatet var av signifikant verdi om sannsynligheten for å få samme svar ved en tilfeldighet var over 5% (Dragset & Ellingsen, 2009). Nordisk tidsskrift for helseforskning anerkjenner dette kravet som valid i analyse av forskning (Dragset & Ellingsen, 2009). Av den grunn anser vi at resultatene kan ses på som troverdige med hensyn til analysearbeidet.

I analysen av studien til Garcia et al. (2015) ble det fulgt en anerkjente modell for analyse av kvalitative studier. Denne analysemodellen heter "Framework Analysis", og Garcia et al. (2015) fulgte denne metoden ved å kode materialet slik at det var mulig å finne underliggende mønstre og temaer i intervjuene. For å sørge for at analysen av datamaterialet baserte seg på korrekt informasjon, ble det i datasamlingsfasen gjennomført lydopptak av intervjuene og det ble benyttet verbatim transkripsjon. Garcia et al. (2015) beskriver altså analysen grundig og fremstår systematisk og transparente i sin prosess. Vi mener derfor at også resultatene fra denne studien fremstår like troverdige som resultatene fra de kvalitative studiene.

5.1.5 Artiklenes relevans

Samtlige studier tok for seg smerteproblematikk blant sykehuspasienter. Et av studiene tok ikke spesifikt for seg kreftpasienter, men understreket at resultatene også kan brukes i behandling av kreftpasienter (Granheim et al., 2015). Denne studien anses dessuten som relevant fordi den kartlegger holdninger og kunnskap relatert til smerter og smertelindring. Studiene vurderes også som relevante fordi de tok utgangspunktet i sykepleieres perspektiv. En av studiene (Dequeker et al., 2018) tok dessuten i tillegg for seg pasientens ståsted, noe som kan bidra til verdifull innsikt for sykepleierens praksis. Videre ble studienes hensikt og resultater vurdert som relevante med tanke på vår hensikt. Ved å undersøke artiklene fikk vi sett nærmere på forhold som omhandlet sykepleieres holdninger og kunnskap om smertelindring til kreftpasienter, samt vurdering av smerteintensitet. Videre fikk vi mer innsikt i sykepleieres oppfatning av kreftmerter og hvordan de arbeider i forhold til gjennombruddssmerter hos kreftpasienter. Alle disse temaene mener vi er av betydning for den smertelindringen sykepleiere velger å gi til pasienten.

5.2 Styrker og svakheter ved oppgaven

I starten av prosessen hadde vi lite erfaring med å søke etter forskning via databaser. Dette gjorde at de innledende søkene ble noe ustrukturert. Etter hvert ble vi mer strukturerte og strategiske i søkene. Lite forhåndserfaring kan likevel ha ført til at vi har utelatt forskning som bedre kunne belyst vår hensikt, og det kan dermed ses på som en svakhet ved oppgaven. I analysen var vi strukturerte og vi mener at analysen er en styrke ved oppgaven, fordi det vil være lett for andre å etterprøve den.

Fordelene med at vi gjennomførte en litteraturstudie var at metoden tilrettela for at vi kunne få større mengde data som omhandlet et bredt utvalg av både sykepleiere og pasienter fra ulike sykehus og avdelinger. Hensikten med oppgaven var å se på hvordan sykepleiere smertelindrer kreftpasienter i dag, og da var det en fordel å ha mange forskningsobjekter slik at man i størst mulig grad får et nyansert bilde av situasjonen. En av ulempene med å bruke litteraturstudie som metode er at forskningen kan ha blitt farget av vår forforståelse. Vi har selv valgt ut studiene som er tatt i bruk, og på forhånd hadde vi antagelser om hva vi kom til å finne. Vi kan ha ekskludert studier som ikke sammenfalt med våre antagelser, men som mulig kunne gitt et enda mer nyansert bilde.

I vårt analysearbeid, måtte vi oversette 4 av de 5 utvalgte studiene fra engelsk til norsk. Dette kan ha ført til at noe av studienes egentlige mening har gått tapt. Til tross for dette mener vi at vi har vært nøye i oversettelsesprosessen og har tolket studiene på best mulig måte med utgangspunkt i vår faglige kunnskap. Vi mener at vi i fortolkningsprosessen har vært tro mot det forfatterne har ment, og at vår oversettelse i stor grad sammenfaller med forskernes originale mening.

Selv om artiklene vi valgte var relevante for oppgaven, må det tas i betraktning at de alene ikke kan gi det fulle og hele svaret på vår hensikt. Det kan tenkes at det finnes flere andre faktorer som kan knyttes til den smertelindringen sykepleiere velger å gi pasienten. På grunn

av oppgavens begrensede omfang og tidsbegrensninger har vi ikke valgt å undersøke flere slike faktorer. Likevel mener vi at disse artiklene har bidratt med informasjon knyttet til vårt tema, ut ifra de forutsetningene vi hadde.

6 RESULTATDISKUSJON

6.1 Vurdering av smerteintensitet

Resultatene av studiet til Dequeker et al. (2018) viste at sykepleierne jevnt over var gode på å vurdere smerteintensitet. Hos 52% av pasientene brukte sykepleierne smertescoringsverktøy i sin vurdering. Det var i disse tilfellene større sammenheng mellom smertescore vurdert av henholdsvis pasient og sykepleier. Det var overraskende at sykepleierne gjorde en såpass god vurdering av smerteintensitet, til tross for at bare halvparten av vurderingene ble utført ved hjelp av smertescoringsverktøy. I praksis har vi opplevd at VAS og NRS sjeldent tas i bruk ved vurdering av smerteintensitet. I forhold til våre opplevelser var det dermed også interessant å se at smertescoringsverktøy ble anvendt mer enn det vi hadde forventet.

Når pasienten er innlagt på sykehus, er det flere forskjellige sykepleiere som har ansvaret for smertelindring under oppholdet. Dersom sykepleierne systematisk bruker samme kartleggingsverktøy i sitt arbeid, danner de grunnlaget for en felles forståelse som utgangspunkt for smertelindringen pasientene får. Da kan sykepleieren som overtar pasienten gjøre en evaluering av smertelindringen og se behov for tiltak, på bakgrunn av tidligere datasamling (Danielsen et al., 2016). Dermed kan bruken av slike verktøy, påvirke hvordan sykepleier smertelindrer sine pasienter.

6.2 Holdninger

6.2.1 Sykepleieres syn på smerter og smertelindring

6.2.1.1 Syn på hvem som bedømmer smertene

Det kommer frem i flere av studiene at sykepleierne mente at pasienten er den beste til å bedømme sin smerteintensitet (Garcia et al., 2015; Granheim et al., 2015; Utne et al., 2019). Samtlige av sykepleierne var dessuten interessert i å forstå hvordan pasientene opplevde sine smerter (Garcia et al., 2015). Det kan argumenteres for at dette er gode holdninger en sykepleier bør ha. Fordi smerter oppleves forskjellig fra person til person, er det av stor betydning at sykepleierne forsøker å forstå pasientens smerter og tar hans erfaringer på alvor (Nortvedt, 2016; Lorentsen & Grov, 2016). Man kan si at sykepleiere, til en viss grad, har muligheter for å sette seg inn i pasientens situasjon, fordi smerte er et allment fenomen

(Nordtvedt, 2016). Dessuten får sykepleiere gjennom sin utdanning opplæring i hvordan smerter skal vurderes og håndteres. McCaffery, som sitert av Nortvedt (2016), understreker at «Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does». Det kan dermed tenkes at det er bra et en sykepleier forsøker å forstå pasientens situasjon, samtidig som hun anerkjenner at hun ikke vil få full innsikt i den. Ved å ta stilling til pasientens opplevelser, kan sykepleieren ha et godt utgangspunkt for det smertelindrende arbeidet.

6.2.1.2 Smertetoleranse blant sykepleiere

I studien til Rustøen et al. (2013) angav 42 % av sykepleierne at de ikke administrerte opioider i enkelte situasjoner fordi de mente pasientene ikke hadde vondt nok. Dette var til tross for at sykepleierne anslo at $\frac{3}{4}$ av pasientene hadde sterke smerter (Rustøen et al., 2013). Det kan stilles spørsmål om smertetoleranse blant sykepleiere kan være en mulig årsak til disse funnene. Når man i hverdagen arbeider med alvorlig smerteproblematikk, kan det tenkes at det er naturlig at man forsøker å danne en viss distanse for å beskytte seg selv (Danielsen et al., 2016). Studier viser at 55% av sykepleiere oppgir høye emosjonelle krav i sitt arbeid, og at de har 50% høyere risiko for psykisk utmattelse (Borge et al., 2003; Hofstad, 2017). Med bakgrunn i disse funnene kan det være nødvendig for sykepleiere å holde en viss avstand til det de møter i arbeidshverdagen. Likevel er det ikke alltid slik at dette er hensiktsmessig. Sykepleiere som jobber mye med smerteproblematikk og lidelse, kan etter hvert distansere seg for mye fra pasientenes situasjon (Danielsen et al., 2016). Dette kan føre til at det utvikles en “smertetoleranse” hos sykepleierne, der de ikke lenger evner å se når pasienten har behov for smertelindring. Dette kan videre føre til at terskelen for å gi analgetika til pasienter med smerter, blir høyere. Dette kan ha negative konsekvenser for pasienten. En mulig konsekvens av en slik smertetoleranse er at sykepleierne påfører pasientene pleielidelse i form av uteblitt pleie. Katie Eriksson mener at uteblitt pleie kommer som et resultat av blant annet manglende evne til å oppfatte hva pasienten har behov for (Kristoffersen et al., 2016). Dermed kan det være hensiktsmessig at sykepleiere reflekterer over sin egen følsomhet overfor pasientens situasjon, slik at de unngår å utvikle smertetoleranse som fører til inadekvat smertelindring og pleielidelse.

6.2.1.3 Sykepleiers tillit til pasienten

I pasientcasen der pasienten tilsynelatende hadde det bra, men oppgav høy smertescore, var det et fåtall av sykepleierne som angav samme smertescore (Granheim et al., 2015). Dessuten var det enda færre som ville gitt pasienten riktig dose smertestillende (3mg), selv om de anerkjente at smertescoren var høy. I studiet til Utne et al. (2019), var det høyere sammenheng mellom det pasienten angav og hvordan sykepleierne ville vurdert og behandlet smertene. Studiene viste at selv om de fleste sykepleierne angav å ha det man kan kalle for gode holdninger til smertelindring (som beskrevet over), var det relativt sjeldent at sykepleierne handlet i tråd med sine angitte holdninger når det kom til caseoppgaver (Granheim et al., 2015; Utne et al., 2019). Det kan tenkes at det finnes flere mulige forklaringer på dette, og en av disse kan knyttes til sykepleieres tillit til pasienten.

Når casepasienten tydelig demonstrerte at han hadde smerter, steg andelen signifikant i hvor mange av sykepleierne som rapporterte samme smertescore (Grandheim et al., 2015; Utne et al., 2019). Sykepleierne sier selv at det er pasienten som er best til å bedømme sin smerteintensitet, men likevel er det en betydelig andel som ikke registrerer like høy score når pasienten tilsynelatende har det bra. Det er beskrevet i pensumlitteraturen for sykepleie at pasientens egne opplevelser skal være ledende for den smertelindringen man gir (Lorentsen & Grov, 2016; Nortvedt, 2016). Vi opplever likevel at det i større grad legges vekt på hvordan sykepleiere kan vurdere smerteintensitet ved å observere fysiologiske tegn og atferdsmessige reaksjoner. Det kan tenkes at sykepleiere ubevisst vurderer smerte ut i fra objektive og fysiologiske smerteindikatorer, også når de skal smertevurdere pasienter som er klare og orienterte. Dermed kan sykepleieren ende opp med å ha mer tillit til sine egne vurderinger, når disse ikke samsvarer med pasientens. I praksis har vi i enkelte tilfeller, opplevd at sykepleieren ikke har tiltro til pasienten. Dette belyses med et eksempel:

En kreftpasient på sengepost fikk Morfin mot smerter. Da sykepleieren var inne hos pasienten hadde hun gitt ham 5 mg morfin mot sterke smerter. Pasienten hadde ikke begrensninger i form av døgndose, og kunne få Morfin ved behov. To timer senere forklarte pasienten at han fortsatt hadde sterke smerter og ønsket mer analgetika. Under rapporten forklarte sykepleierne at hun ikke gav ham mer, fordi hun ikke kunne tro at han virkelig hadde så vondt etter å ha

fått “så mye” morfin. Dessuten så han ut til å ha det fint- uttalte hun (Egen opplevelse fra praksis).

I eksempelet over virker det som at sykepleieren ikke anerkjenner pasientens opplevelser, og satte ham dermed i en situasjon hvor han ble nødt til å utholde smertene. Danielsen et al. (2016), beskriver at sykepleieren har to valg når de skal smertelindre pasientene: Å ha tro på, eller tvile på det pasienten sier. Mistillit kan altså utgjøre en betydelig barriere mot adekvat smertelindring. Tillit mellom sykepleier og pasient, kan på sin side, være en tilrettelegger for god smertelindring.

6.2.2 Frykt

I Rustøen et al. (2013) sin studie fremkom det at frykt for avhengighet av opioider var fremtredende blant sykepleierne, og på grunn av dette ville ikke sykepleierne anbefale pasientene å ta opioider. De var ikke bare redde for avhengighet blant pasientene, men også alvorlige bivirkninger (Rustøen et al, 2013). Det samme så man i studien til Granheim et al., (2015), hvor majoriteten av sykepleierne overvurderte faren for respirasjonsdepresjon ved doseøkning etter langvarig bruk av Morfin. Respirasjonsdepresjon er en bivirkning av opioider som i verste fall kan være dødelig (Danielsen et al., 2016), og det kan derfor tenkes at sykepleierne fryktet å påføre pasientene denne bivirkningen. Et viktig etisk prinsipp innenfor medisinsk etikk er «ikke skade-prinsippet». Dette prinsippet innebærer å ikke utføre handlinger som kan være til skade for pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016). Frykten for nettopp å påføre pasienten skade kan i praksis gjøre at sykepleiere velger å ikke gi opioider eller gir lavere doser enn nødvendig. Det kan stilles spørsmål ved hvor denne frykten for bivirkninger og avhengighet kommer fra. Det er mulig at en slik frykt blant sykepleierne er et resultat av manglende kunnskap om effekten av opioider og lite kunnskap om sannsynligheten for avhengighet.

6.3 Kunnskap

6.3.1 Farmakologisk kunnskap

Studiene til Granheim et al. (2015) & Utne et al. (2019) viser at sykepleiernes kunnskaper om smertelindrende prinsipper var gode. Man så blant annet at sykepleierne i studiene hadde kontroll på at man må titrere seg frem til riktige dose opiatet (Granheim et al, 2015; Utne et al., 2019; Lorentsen & Grov, 2016). Over 90 % av sykepleierne var også klar over at kombinasjonsbehandling med ulike analgetika kan gi færre bivirkninger og bedre smertekontroll (Granheim et al., 2015; Lorentsen og Grov, 2016).

Samtidig så man også at sykepleierne manglet kunnskap om spesifikke virkninger og bivirkninger av ulike analgetika, samt at de manglet kunnskap om ekvianalgesi (doser av ulike typer analgetiske legemidler som har tilsvarende effekt) (Granheim et. al, 2015; Utne et al. 2019). Når pasienten er innlagt på sykehus er det som regel sykepleieren som er tettest på pasienten og har et ansvar for å administrere smertelindrende medikamenter. Sykepleieren har også et ansvar for å observere og dokumentere eventuelle virkninger og bivirkninger av behandlingen (Danielsen et al., 2016). Det kan dermed være bekymringsfullt at sykepleierne i studien til Utne et al. (2019) og Granheim et al. (2015) manglet kunnskap om virkning og bivirkning av medikamenter. Uten denne kunnskapen vil ikke smertelindringen som sykepleieren gir være basert på kunnskap, men kanskje i større grad basere seg på andre faktorer. For eksempel kan sykepleieren velge å administrere det som er “vanlig” i henhold til avdelingens kultur, eller at sykepleieren gir det hun eller han er mest komfortabel med å gi.

Et av funksjonsområdene til sykepleieren er den lindrende funksjonen, og innenfor dette området ligger blant annet det å lindre smerte raskt og effektivt slik at pasientens lidelse minimeres (Kristoffersen et al., 2016). Kreftpasienter kan oppleve flere ulike former for smerte, og gjennombruddssmerter er en av disse formene. Etersom episoder med gjennombruddssmerter kjennetegnes av kort varighet og høy intensitet, kan kreftpasienter ha behov for legemidler som har rask innsettende effekt (Lorentsen og Grov, 2016). Man så imidlertid i studien til Rustøen et al. (2013) at 38,4 % av sykepleierne ikke kjente til smertelindrende medikamenter som var rettet mot å behandle gjennombruddssmerter raskt. Det finnes legemidler på markedet som har noe raskere innsettende effekt enn tradisjonell behandling med oral Morfin eller Oxycodone (Portenoy et al, 2011). Til tross for dette, svarte

sykepleierne at oral Morfin og Oxycodone var de legemidlene som oftest ble administrert ved gjennombruddssmerter (Rustøen et al., 2013). Uvitenhet om ulike analgetiske preparater blant sykepleierne kan altså tenkes å være en faktor som påvirker smertelindringen kreftpasientene får. Når sykepleieren mangler kunnskap om hvilke legemidler som er mest effektivt mot spesifikke former for smerte, kan det føre til at pasienten ikke smertelindres adekvat.

6.3.2 Utdanning og erfaring

Sykepleierne i studiet til Utne et al. (2019) gjorde det jevnt over bedre på NKAS-skjemaet (verktøy for måling av kunnskap og holdninger relatert til smerter) enn sykepleiere i studiet til Granheim et al. (2015). Disse sykepleierne hadde både flere års erfaring i yrket samtidig som at majoriteten hadde høyere utdanning enn bachelorgrad. Man så dessuten at sykepleiere med smertekurs, scoret høyere på NKAS, enn sykepleiere uten et slikt kurs (Utne et al., 2019). Det kan dermed tenkes at sykepleiere med høyere utdanning har mer kunnskap, og dermed bedre forutsetninger for å møte pasientens behov for smertelindring. NSF støtter også opp under ideen om at høyere utdanning kan gi bedre forutsetninger for sykepleierne. NSF (u.å) beskriver at sykepleiere med master, har avansert vurderingsevne og gir mer presis helsehjelp (NSF, u.å). Likevel kan det også tenkes at mange års erfaring også kan ha hatt en innvirkning på hva sykepleierne svarte i studiet til Utne et al. (2019).

6.3.3 Kunnskap om pasientrelaterte barrierer

I studien utført av Garcia et al. (2015) anerkjente sykepleierne at pasientrelaterte barrierer utgjorde en utfordring for å gi adekvat smertelindring. De var bevisst på at barrierene kunne føre til at pasientene ikke ønsket å oppgi når de hadde smerter eller å ta imot smertestillende. Studien til Dequeker et al. (2018) viste derimot at sykepleierne undervurderte pasientenes frykt for avhengighet og bivirkninger som følge av opioidbruk. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 ledd 1 står det at pasienter skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsehjelpen som gis. I de etiske retningslinjene for sykepleiere står det også at sykepleiere skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon (NSF, 2019). Det er altså et fokusområde innenfor helsevesenet at pasienter skal motta adekvat informasjon. Dette forutsetter imidlertid at sykepleieren kjenner til pasientens informasjonsbehov. Det at sykepleierne i studien til

Dequeker et al. (2018) i så stor grad undervurderte pasientenes frykt for avhengighet og bivirkninger, tyder på at de ikke visste at frykt var en så stor barriere i smertebehandlingen. Det kan tenkes at sykepleierne heller ikke var klar over hvilken informasjon pasientene hadde behov for i relasjon til smertelindringen de mottok.

Slik manglende brukerkunnskap kan påvirke den smertelindringen sykepleieren gir. I studien til Dequeker et al. (2018) så man at 51 % av pasientene var nølende til å ta opioider. Dette kan henge sammen med nettopp frykt, og skaper dermed en barriere i smertebehandlingen. Frykt hos pasientene kan føre til at de på feil premisser ikke ønsker å ta imot opioider. I noen tilfeller er det slik at pasienter velger å avstå fra å ta imot smertestillende på bakgrunn av andre faktorer enn frykt. Men det vil uansett være helsepersonellens ansvar å sørge for at pasientene har nødvendig informasjon om medikamentene slik at de kan ta informerte valg (Nortvedt, 2016). Å kunne forstå hvilken informasjon og veiledning pasienten har behov for, handler om å sette seg inn i hvordan den enkelte opplever sin situasjon. I fenomenologien brukes uttrykket livsverden for hvordan verden subjektivt opptrer for hver enkelt, og å forstå livsverdenen handler om å forstå hvordan sykdommen og behandlingen påvirker den enkelte (Kristoffersen, 2016). Manglende kunnskap og evne til å sette seg inn i pasientens situasjon kan altså føre til at sykepleierne går glipp av forhold hos pasienten som gjør at de ikke ønsker å ta i mot smertelindring. Dette kan igjen føre til at sykepleieren ikke får gitt pasientene adekvat smertelindring.

7 ANVENDELSE I PRAKSIS

Gjennom denne bacheloroppgaven har vi hatt ambisjoner om å øke bevisstheten blant sykepleiere som arbeider med kreftpasienter. Økt bevissthet rundt forhold som kan påvirke sykepleieres praksis i forhold til smertelindring, kan tenkes å ha påvirkningskraft på deres forhold til egen yrkesutøvelse. Som Kristoffersen og Nortvedt (2016, s.105) skrev: “Å være klar over noe er ofte det første skritt på vei til en forandring”. Vi har gjennom denne bacheloren avdekket faktorer som kan ha påvirkning på sykepleieres smertelindrende praksis. Vi tror at økt bevissthet blant sykepleiere kan føre til at den enkelte sykepleier ser forbedringspotensial hos seg selv og på sin arbeidsplass. Dette kan til slutt danne grunnlaget for utarbeidelse av forbedringsprosjekter i fremtiden.

Vi har selv utarbeidet noen forslag til tiltak som kan tenkes å kunne endre sykepleiernes smertelindrende praksis til det bedre. Vi tror at ukentlige fagutviklingsmøte på avdelingen der personalet kan diskutere, og komme med forslag til tema for forbedringsprosjekt, med bakgrunn i hendelser på avdelingen, kan være et realistiske tiltak. Videre kan avdelingene forsøke å ha “månedens fokus” på avdelingen. For eksempel kan månedens fokus være å bruke smertescoringsverktøy aktivt. Et annet tiltak som kan iverksettes er internundervisning en gang i måneden. I denne undervisningen kan man fokusere på temaer tilknyttet smertelindring. Dette kan for eksempel være undervisning om ulike administrasjonsmåter av medikamenter, farmakologisk kunnskap om analgetika eller vurdering av smerter.

Vi ønsker til slutt å påpeke noen interessante funn fra studiene til Granheim et al. (2015) og Utne et al. (2019). Disse to studiene avdekket at det var forskjell mellom sykepleiernes angitte holdninger og handlinger. Når sykepleierne skulle svare på spørsmål knyttet til fiktive caseoppgaver, så man at de til for å ha angitt å ha “gode holdninger”, ofte ikke handlet i samsvar med disse. Vi lyktes ikke i å finne forskning som har sett på hva som kan være årsakene til et slikt gap mellom holdninger og handlinger. Det kunne derfor vært interessant om årsakene til dette ble undersøkt i fremtidige studier.

8 LITTERATUR

Borge, L., Martinsen, E. W., Hoffart, R.- A. & Larsen, S. (2003). Livskvalitet og psykisk helse hos sykepleiere – kurs for å forebygge utbrenthet. *Den norske legeforening*, 123(13-14), 1847-1448. <https://tidsskriftet.no/2003/06/aktuelt/livskvalitet-og-psykisk-helse-hos-sykepleiere-kurs-forebygge-utbrenthet>

Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (utg. 6). Gyldendal.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie til ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg. s. 381-427). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De etiske komiteene (2019). Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst).

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>

Dequeker, S., Lancker, A. L. & Hecke, A. V. (2018). Hospitalized patients` vs. nurses` assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 160-171. <https://doi.org/10.1111/jan.13395>

Dragset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning- en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100-113.

<https://doi.org/10.7557/14.244>

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 129- 139). Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141- 152). Studentlitteratur AB.

Garcia, A., Whitehead, D. & Winter, H. S. (2015). Oncology Nurses` Perception of Cancer Pain: A Qualitative Exploratory Study. *Nursing praxis in New Zealand*, 31(1), 27-33.

Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2015.55983>

Helsedirektoratet. (2015). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. (ISBN: 9788280815439). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram#apiUrl>

Hofstad, E. (2017). Å holde maska kan tære på helse. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/2017/11/holde-mask-a-kan-taere-pa-helse>

Holtan, A., Kongsgaard, U. E. & Ohnstad. (2005). Smerter hos pasienter innlagt i sykehus. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 125(4), 416-418.
<https://tidsskriftet.no/2005/02/originalartikkel/smerter-hos-kreftpasienter-innlagt-i-sykehus?fbclid=IwAR3hm6KjSLyvRdVPgYB1ogJ3opsuV5f5dBd4MX4GUS09dwIE0D9pgBdetL0#literature>

Kreftregisteret. (2021). Cancer in Norway 2020- Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. (ISSN: 0806-3621).

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2020/>

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom: utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 29-87). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 188- 235). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., s. 245-293). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie- fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 16-27). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 89- 138). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kurita, G. P., Tange, U. B., Farholt, H., Sonne, N. M., Strömngren, A. S., Ankersen, L., Kristensen, L., Bendixen, L., Grøndvold, M., Petersen, M. A., Nordly, M., Christrup, L., Niemann, C. & Sjøgren, P. (2013). Pain Characteristics and Management of Inpatients Admitted to a Comprehensive Cancer Centre: a Cross-Sectional Study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 57(4), 518-525
<https://doi.org/10.1111/aas.12068>

Lorentsen, B. V. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer sykepleiere. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleierforbund. (u.å). Hvorfor skal fremtidens sykepleiere ha masterutdanning? <https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-09/hefte-hvorfor-skal-fremtidens-spesialsykepleier-ha-mastergrad.pdf>

Nortvedt, F. (2016). Smerte- en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 169- 185). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie: funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg. s. 381-427). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Portenoy, R. K. (2011). Treatment of Cancer Pain. *The Lancet*, 377(9784), 2236-2247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60236-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60236-5)

Reis-Pina, P., Lawlor, P. G., Barbosa, A. (2017). Adequacy of Cancer-related Pain Management. *Journal of Pain Research*, 10, 2097–2107 <https://doi.org/10.2147/JPR.S139715>

Rustøen, T., Geerling, J. I., Pappa, T., Rundestöm, C., Weisse, I., Williams, A. C., Zavrtnik, B., Kongsgaard, U. E. & Wengström, Y. (2013). A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.05.005>

The Organization for Economic Cooperation and Development. (2019). *Health at a Glance*. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: *Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Utne, I., Småstuen, M. C. & Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of Cancer Education*, 34(4), 677-684. <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>

World Health Organization (2019). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. (ISBN: 978 92 4 155039 0).

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390?fbclid=IwAR3uhm2EArS4OWOY5tmN4F5RSQAbwFp1yANjLu2Utsgj2yKHCxAI0Mp2IA>

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Valgte artikler
14/3-22	Pubmed	Cancer Pain Nurse	Avgrenset til clinical trials og randomized controlled trial Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	97	15	9	0
14/3-22	Cochrane	Nurse knowledge Pain cancer	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	1	0	0	0
14/3-22	Cochrane	Nursing pain cancer	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	16	0	0	0
14/3-22	Cochrane	Cancer pain treatment nurse	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	15	0	0	0
14/3-22	Pubmed	Opioids nurses Cancer Pain	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	144	2	1	1
14/3-22	Pubmed	Pain management cancer nursing	Avgrenset til clinical trials og randomized clinical trials Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	146	6	3	0

Kandidatnummer: 5162 & 5172

14/3-22	Pubmed	Pain relief assessment nurse	Avgrenset til clinical trial og free full text Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022,	213	0	0	0
14/3-22	Pubmed	Nurse pain management palliation	Avgrenset til clinical trial og free full text Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	10	1	0	0
14/3-22	Pubmed	Nurse assessment of pain cancer	Avgrenset til clinical trial og free full text Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	51	0	0	0
15/3-22	Sykepleien forskning	Smerte og kreft	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	22	2	2	0
15/3-22	Oria.no	Pain relief AND cancer AND nurse AND information system AND evaluation	Avgrenset til engelsk språk, fagfelleurdert, open access og fulltekst Publiseringstidspunkt mellom 2013-2022	4620	1	1	0
15/3-22	Oria.no	Pain relief AND cancer AND nurse AND information system AND evaluation	Avgrenset til engelsk språk, fagfelleurdert, fulltekst, og open access Publiseringstidspunkt mellom 2013-2022 Ekskluderte emner: Science and biomedicine	1689	1	1	0

Kandidatnummer: 5162 & 5172

15/3-22	Oria.no	Cancer pain assessment AND opioid AND nurse AND evaluation AND information AND cancer pain management	Avgrenset til fagfelleverdert, fulltekst, open access, engelsk språk, analgesics, palliative care, cancer, adult, pain management, Patients, care and treatment, humans, life science and biomedicine og pain Publiseringstidspunkt mellom 2013-2022 Ekskluderte emner: general and internal medicine	1403	2	2	0
15/3-22	CINAHL	“Oncology nurse” AND “Cancer pain”	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	68	1	1	1
16/3-22	CINAHL	«Cancer pain» AND nurse	Avgrenset til engelsk språk, oncologic nursing, nursing knowledge og cancer pain Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022,	12	4	2	0

Kandidatnummer: 5162 & 5172

16/3-22	CINAHL	«Cancer pain» and management	Avgrenset til full text, Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	628	11	4	0
16/3-22	Cochrane	Cancer pain nurse	Avgrenset til kreft Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	18	1	0	0
16/3-22	Sykepleien forskning	Smerter sykepleier	Avgrenset til forskning og norsk språk	106	1	1	1
22/3-22	CINAHL	Pain management and cancer and nurse	Avgrenset til artikler fra akademisk tidsskrift, engelsk språk, voksne over 18 år, USA og Europa Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	100	3	2	0
23/3-22	MEDLINE	«Cancer pain» and (nurse or nursing or nurses)	Avgrenset til Fagfellesvurderte tidsskrifter, USA, Europa og Australia Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	60	5	3	0

23/3-22	MEDLINE	«Cancer pain» and nurs* and (reduce or minimize or decrease)	Avgrenset til peer reviewed Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	88	3	2	0
22/3-22	Oria.no	Numeric rating scale AND patients self reported pain AND Evaluation AND NRS AND VAS AND cancer AND patient reported outcome	Avgrenset til clinical trial, care and treatment, humans, science and technology, norsk språk, engelsk språk, artikler, open access, og fagfellevurdert tidsskrift, Publiseringstidspunkt mellom 2013-2022	189	1	1	0
22/3-22	Proquest	Nurse pain knowledge attitude management cancer	Avgrenset til Fagfellesvurdert, fulltext, artikkel, scholarly journals, Engelsk språk og Norge Publiseringstidspunkt i løpet av de siste 10 årene	40	1	1	1

Kandidatnummer: 5162 & 5172

22/3-22	Proquest	Opioid cancer pain nurs	Avgrenset til Fagfellesvurderte, fulltext, artikkel, sholary journal, engelsk språk og USA eller Storbritannia eller Europa eller Sverige eller England Eller Norge eller Danmark Publiseringstidspunkt mellom 2012-222	428	0	0	0
22/3-22	CINAHL	«Pain assessment» AND (nurse or nurses or nursing) AND hospital	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	219	4	1	0
23/3-22	CINAHL	«Pain intensity» AND (nurse or nursing or nurses) AND hospital	Publiseringstidspunkt mellom 2012-2022	99	4	2	1

Vedlegg 2: Artikkelmatrise

Forfatter,årstall, artikkel tittel	Metode	Hensikt	Perspektiv	Resultater
Dequeker, S., Lancker, A. V & Hecke, A. V (2018) Hospitalized patients' vs. Nurses' Assessments of Pain Intensity and Barriers to Pain Management	Kvantitativ metode der 351 pasienter og 247 sykepleiere deltok i studien. Det ble brukt NRS-skala og spørreskjema som verktøy i studien.	Å utforske om sykepleierne og pasientene vurderte pasientenes smerteintensitet til å være på samme nivå. Samt å utforske sykepleierens kunnskap om pasientrelaterte barrierer som kan påvirke smertelindringen av pasienter innlagt i sykehus.	Sykepleier	Sykepleierne var jevnt over gode på å vurdere pasientenes smerter. Sykepleierne som brukte NRS eller VAS var noe nærmere å score det pasienten selv angav enn dem som kun brukte sitt kliniske blikk. Man så også i denne studien at sykepleierne undervurderte forekomsten av pasientrelaterte barrierer.
Garcia, A., Whitehead, D. & Winter, H. S. (2015) Oncology Nurses Perception of Cancer Pain: a Qualitative study Exploratory Study	Kvalitativ metode der fem kreftsykepleiere deltok i studien. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer som verktøy.	Å utforske sykepleierens forståelse av kreftsmarter hos pasienter som de tar hånd om.	Sykepleier	Resultatene viste at det sykepleierne opplevde at det både var forhold som la til rette for god smertelindring, og faktorer som hindret god smertelindring hos kreftpasienter.
Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne	Kvantitativ metode der 114 sykepleiere ved fem kirurgiske sengeposter svarte på et spørreskjema med 39 spørsmål.	Å kartlegge sykepleierens holdninger og kunnskap om smerter og smertelindring.	Sykepleier	I snitt svarte sykepleierne 71% riktig på skjemaet Nursing Knowledge and Attitude Survey regarding Pain (NKAS). Sykepleierne gjorde det best på spørsmål som omhandlet holdninger rundt smerter og kunnskap om multimodal smertelindring. Sykepleierne utviste spesielt manglende kunnskap på spørsmål som omhandlet fare for bivirkninger, ekvianalgesi og

				medikamenters farmakologiske egenskaper. Videre viste studien at det også var et gap mellom holdninger og handlinger.
Rustøen, T., Geerling, J. I, Pappa, T., Rundström, C., Weisse, I., Williams, S.C, Zavrtnik, B., Kongsgaard, U. E, Wengström, Y. (2013) European Survey of Oncology Nurse Breakthrough Cancer Pain Practices	Kvantitativ metode der 1241 sykepleiere fra 12 land i Europa deltok i studien. Det ble brukt spørreskjema med 36 spørsmål.	Å utforske sykepleiernes erfaring med gjennombruddssmerter hos kreftpasienter, utforske sykepleiernes kunnskap om behandlingen som gis ved gjennombruddssmerter, samt å utforske om det finnes grunner til at sykepleiere ikke vil gi opioider ved smerte.	Sykepleier	Resultatene viste at sykepleierne manglet kunnskap om ulike former for behandling ved gjennombruddssmerter, og at sykepleierne i noen situasjoner ville fraråde pasientene å ta opioider ved smerter. Samt så man at sykepleierne mente at 75 % av pasientene hadde høy smerteintensitet ved episoder av gjennombruddssmerter.
Utne, I., Småstuen, M. C. & Nyblin, U. (2019) Pain Knowledge and Attitudes Among nurses in Cancer Care in Norway	Kvantitativ studie der 312 sykepleiere deltok. Elektronisk spørreskjema ble brukt som verktøy.	Å undersøke kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring blant norske sykepleiere i kreftomsorgen. Samt var det ønskelig å se på om det var en sammenheng mellom de demografiske variablene og kunnskapsnivået.	Sykepleier	I snitt svarte sykepleierne 75 % riktig på NKAS-skjemaet. Sykepleiere gjorde det best på spørsmål som omhandlet holdninger rundt smerte og smertelindring og spørsmål knyttet til grunnleggende prinsipper for medikamentell smertebehandling. Resultatene viste også at sykepleierne oftest svarte feil på spørsmål knyttet til smertestillende legemidlers farmakologiske egenskaper og ekvianalgesi. Videre viste studien at det var et gap mellom sykepleiernes holdninger og handlinger.