



Fordypningsoppgave

VAD750 Omsorg ved alvorlig sykdom og død

Smertelindring i palliativ fase av kreft - et sykepleieperspektiv

Silje Bjørnerem og Christina Ness Amundsgård

Totalt antall sider inkludert forsiden: 66

Molde, 12.05.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anita Nilsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 11.05.2016

Antall ord: 9985

Forord

DAGENE OG NETTENE

*av dagene og nettene lærte jeg
at ganske mye kan jeg tåle
men så ikke mer
siden slukkes lyset
siden er det mørke
siden har noe annet overtatt i meg*

Håkon Glommen Eriksen, kreftsyk

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter som er i en palliativ fase av sin kreftsykdom anslås å være rundt 15 000 – 20 000 til enhver tid. Dette er en kompleks og sammensatt pasientgruppe som stiller store krav til helsepersonellet rundt. Mellom 70 – 90 % av alle kreftpasienter vil oppleve smerter i sykdomsforløpet. Til tross for årelang oppmerksomhet fra klinikere og forskere er underbehandling av smerter fortsatt et kjent problem. En optimal smertelindring i palliativ fase har stor betydning for pasientens og pårørendes livskvalitet.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med smertelindring hos pasienter med kreft.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på seks kvalitative og seks kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Sykepleiere erfarer at kreftpasienter med smerter krever stor ressursbruk. Kunnskap, klinisk erfaring, holdninger, retningslinjer, kartleggingsverktøy, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid påvirker smertelindringen i stor grad.

Konklusjon: Det er en utfordring å lindre smerter optimalt i en hektisk sykepleiehverdag. Det viser seg at sykepleiere har for lite kunnskap om smertelindring, og at klinisk erfaring er av stor betydning. Kartleggingsverktøy innen smertelindring viser seg å være nyttig, men lite brukt. Sykepleiere etterlyser derimot retningslinjer innen smertelindring. Tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon blir trukket frem som viktig for smertelindringen.

Nøkkelord: sykepleier, erfaringer, smertelindring, kreft, palliativ fase

Abstract

Background: Patients in a palliative phase of cancer is estimated to be around 15 000 – 20 000 at any time. This is a complex patient group who place great demands to the health care professionals around. Between 70 – 90 % off all cancer patients will experience pain during their disease. Despite attention from clinicians and researchers for years, under treatment of pain is still a known problem. An optimal pain management in palliative care is of great importance to the patient's and family's quality of life.

Aim: The purpose of this study was to get knowledge about nurse's experiences on pain management in patients with cancer.

Method: A literature study based on six qualitative and six quantitative research articles.

Results: Nurses experience that cancer patients with pain requires many resources. Knowledge, clinical experience, attitudes, guidelines, mapping tools, communication and interdisciplinary cooperation affect the pain management greatly.

Conclusion: It's challenging to relieve pain optimally in a hectic workday. It turns out that nurses have too little knowledge about pain management, and the clinical experience is of great importance. Mapping tools in pain management proves to be useful, but little used. Nurses on the other hand express needs for guidelines in pain management. Interdisciplinary cooperation and good communication are highlighted as important for pain management.

Keywords: Nurse, experiences, pain management, cancer, palliative phase

1.0	Innledning	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema	8
1.1.1	Hensikt	8
1.1.2	Problemstilling	8
2.0	Teoribakgrunn	9
2.1	Kreft.....	9
2.2	Palliativ fase	9
2.3	Smerter	10
2.4	Smertelindring	11
3.0	Metodebeskrivelse	13
3.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	13
3.2	Datainnsamling og litteratursøk	13
3.2.1	PICO- skjema	14
3.2.2	Litteratursøk	14
3.3	Kvalitetsvurdering	16
3.4	Etiske hensyn.....	17
3.5	Analyse.....	18
4.0	Resultat	19
4.1	Smerter hos kreftpasienter oppleves som komplekse.....	19
4.1.1	Medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak.....	20
4.2	Kunnskap.....	22
4.3	Klinisk erfaring og holdninger	22
4.4	Retningslinjer og kartleggingsverktøy	23
4.5	Kommunikasjon	24
4.6	Tverrfaglig samarbeid	25
5.0	Diskusjon.....	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	26
5.1.2	Datainnsamling og litteratursøk	27
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	28
5.1.4	Analyse.....	29
5.2	Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1	En utfordring å lindre komplekse smerter i en hektisk sykepleiehverdag	30
5.2.2	Kunnskap og klinisk erfaring hever kompetansen	33
5.2.3	Manglende retningslinjer og lite bruk av kartleggingsverktøy	35
5.2.4	Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid fremmer en god smertelindring .	36
6.0	Konklusjon.....	39
6.1	Konsekvenser for praksis	39
6.2	Forslag til videre forskning	40
	Litteraturliste	41

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell

Vedlegg 4: Liste over hovedfunn

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsykdommer. Selv om flere overlever kreft er det likevel et betydelig antall hvert år som dør. I 2014 døde i underkant av 11 000 nordmenn av kreftsykdom (Kreftregisteret 2016).

Pasienter som er i en palliativ fase av sin kreftsykdom anslås å være rundt 15 000 – 20 000 til enhver tid (Nome 2010). Dette er en kompleks og sammensatt pasientgruppe som stiller store krav til helsepersonellet rundt. Smerter forekommer hyppig – og er et fryktet symptom blant pasientene (Kaasa 2013a). Mellom 70 – 90 % av alle kreftpasienter vil få smerter i sykdomsforløpet. Smertene kan være sammensatte og vanskelige å lindre. Optimal smertelindring i palliativ fase er av stor betydning for pasientens og pårørendes livskvalitet (Sæteren 2010). I flere studier kommer det frem at kun 50 % av kreftpasienter får tilfredsstillende smertelindring. Årsakene kan være både hos helsepersonellet, pasienten selv, systemet, ramme faktorene rundt eller sykdommens natur (Kaasa 2013a). Det er ingen forskjell i prevalensen for smerter når man sammenligner tidligere studier med senere undersøkelser. Underbehandling av kreft smerter er fortsatt et problem til tross for årelang oppmerksomhet fra klinikere og forskere (Valeberg, Bjordal og Rustøen 2010).

Temaet er en felles interesse hos begge. Vår sykepleier erfaring ligger i kommunehelsetjenesten, og vi har opplevd ved flere tilfeller at det er en utfordring å smertelindre mange av kreftpasientene godt nok, og fort nok. Vi ønsker å bidra til et økt fokus på smertelindring i palliativ fase. Vi vil gjennom en systematisk litteraturstudie se nærmere på sykepleiere sine erfaringer med smertelindring hos denne pasientgruppen, for å finne ut hva de opplever i praksis.

1.1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med smertelindring hos pasienter med kreft.

1.1.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å lindre smerter hos kreftpasienter i palliativ fase?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Kreft

Kreft er en gruppe sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling av unormale celler. Disse cellene har også evne til å invadere vev og organer omkring, og til å metastasere til andre steder i kroppen via blod- og lymfebaner. Et enkelt organ, et organsystem, eller hele organismen kan rammes og skades alvorlig av kreftsykdommen. Prognosen er varierende fordi kreftcellene opptrer forskjellig i de ulike krefttypene. Ved spredning av kreft vil det i de aller fleste tilfeller føre til at pasienten etter hvert dør av sin kreftsykdom (Kreftregisteret 2016).

Livssituasjonen til pasienten blir ofte totalt endret av kreftsykdom; de fysiske skadene gir ofte ringvirkninger på de psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle forholdene (Nome 2010).

2.2 Palliativ fase

Den palliative fasen er en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør. Den palliative fasen kjennetegnes ved komplekse symptombilder hvor det kan oppstå hyppige endringer, akutte tilstander og komplikasjoner som krever rask vurdering og behandling. I denne fasen skjer det ofte tap av fysisk funksjon, et økende hjelpe- og pleiebehov, sviktende organfunksjon og endret farmakokinetikk/dynamikk (Helsedirektoratet 2015a).

European Association for Palliative Care og Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon på følgende måte:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (sitert i Helsedirektoratet 2015a, 11).

2.3 Smerter

Smerte er et fenomen som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold. Begrepet «total pain» brukes ofte i palliasjon for å beskrive kompleksiteten av lidelsen (Helsedirektoratet 2015a).

Den Norske Legeforening (2014) definerer smerte slik: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv» (sitert i Helsedirektoratet 2015a, 63).

Fysisk smerte ved kreftsykdom kan komme av mange årsaker og blir ofte forbundet med progresjon av sykdommen. Smertene er i 70 % tumorrelaterte, og tumorbiologi er dermed viktig for smertens patofysiologi. Hos pasienter med langtkommen kreftsykdom får hele 40 % spredning til skjelettet med smerter som et dominerende symptom. Smertene kan også være behandlingsrelatert knyttet til kirurgi, strålebehandling eller kjemoterapi. Generell svekkelse som følge av alvorlig sykdom kan også gi smerter ved blant annet decubitus og muskelatrofi (Helsedirektoratet 2015a). Ubehandlet smerte kan føre til mange sekundærproblemer som kvalme, angst, depresjon, anoreksi og søvnproblemer (Lindring i Nord 2012).

Kreftpasienter kan både ha akutt og kronisk smerte samtidig. En kronisk smerte er en vedvarende smerte på mer enn 3 på Numerical Rating Scale (NRS), og vil ofte variere i intensitet og tid. Kronisk smerte kan lindres godt, men i en del tilfeller kan ikke fullstendig smertelindring oppnås. Ved de fleste metastaserende tilstander kan smerten betraktes som kronisk, med akutte episoder. Gjennombruddssmerter er sterke smerter som oppstår akutt, og som ligger mellom 6 – 10 på NRS. Smertene er forbigående og avtar etter kort varighet. Gjennombruddssmertene kan blant annet være forbundet med bevegelse og angst (Kaasa og Borchgrevink 2013).

Smerte kan klassifiseres etter patofysiologiske forhold i henholdsvis nociseptive (somatiske og viscerale) og nevropatiske smerter. Nociseptive smerter er forårsaket av en vevsskade og beskrives forskjellig avhengig av hvilken organstruktur smerten oppstår i. Nociseptiv smerte fra hud og skjelett beskrives ofte som en lokal verkende og skarp smerte. Nociseptiv visceral smerte føles på et større område og beskrives som dump og diffus. Fra tarmen kan smertene være kolikk lignende og komme takvis. Nevropatisk smerte skyldes en påvirkning av nervesystemet som overfører nerveimpulser til hjernen, hyppigst på grunn av tumorinnvekst i

perifere nerver eller sentralnervesystemet. Dersom perifere nevroner involveres er smerten ofte lokalisert til dermatomet den aktuelle nerven innerverer. Denne smerten beskrives som stikkende, brennende og utstrålende. Det er viktig med kunnskap om sykdommens natur, vekst- og metastasemønster og smertetyper som kan oppstå, siden smertebildet hos kreftpasienter kan være komplisert (Kaasa og Borchgrevink 2013).

I tillegg til sykdommen og manifestasjoner av denne, er eksistensielle og åndelige spørsmål, pasientens psykiske tilstand, og relasjoner til pårørende sentrale forhold når livet nærmer seg slutten. Ivaretagelse av alle dimensjonene påvirker den totale smerteopplevelsen hos pasienten. Kreftpasienter med smerter opplever relativt ofte psykisk stress og depresjon. De sosiale konsekvensene er ofte knyttet til endring av funksjon og rolle, og oppleves ofte som en belastning for status og selvbylde. Den eksistensielle smerten gjenspeiler den smertefulle virkelighet hos pasienten der hans friske livsforståelse leter etter ny mening. Det er naturlig å samle spørsmål knyttet til menneskelivets grunnvilkår og dreier seg ofte om mening, død, skyld og livsmot. Religiøs tro kan bidra til mestring hos enkelte (Helsedirektoratet 2015a).

2.4 Smertelindring

Systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging er en forutsetning for å stille en korrekt smertediagnose og grunnlaget for en god og helhetlig smertelindring. Kartleggingen inkluderer anamnese, klinisk undersøkelse, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, billeddiagnostikk og andre supplerende undersøkelser. Gjentatt kartlegging for å evaluere behandlingseffekt er avgjørende. Spesielt bør smerteintensitet, smertemønster, lokalisasjon og tidsaspekt kartlegges. Pasientens egenvurdering er å foretrekke fordi smerteterskelen og opplevelsen av smerten uttrykkes forskjellig (Helsedirektoratet 2015a).

Verdens helseorganisasjons smertetrapp er det grunnleggende prinsippet for behandling av smerter. Smerte forebygges ved adekvat medisineriing i form av kontinuerlig tilførsel av analgetika som holder grunnsmerten i sjakk, samtidig som man har et adekvat opplegg for gjennombruddssmerter (Helsedirektoratet 2015a). Prinsippet er at man begynner behandlingen med et perifertvirkende analgetikum på trinn en. Dersom smertene ikke lindres legger man til et svakt opioid, som er trinn to. Trinn tre består av sterke opioider. For en del

kreftpasienter med sterke smerter kan man vurdere å gå direkte fra trinn en til tre i smertetrappen, og begynne direkte med et såkalt sterkt opioid (Kaasa 2013b).

Årsaksrettet behandling som kirurgi, hormonbehandling, kjemoterapi, målrettet medikamentell behandling og/eller strålebehandling må alltid vurderes (Helsedirektoratet 2015a). Ikke-medikamentelle behandlingsformer er hovedsakelig aktuelle som et supplement til medikamentell behandling, men kan likevel være avgjørende for en god smertelindring (Bjørøgo 2010).

3.0 Metodebeskrivelse

I den avsluttende eksamen på videreutdanning i omsorg ved alvorlig sykdom og død skriver vi en fordypningsoppgave, hvor vi har valgt å gjennomføre en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som en svarer systematisk på ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013).

3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Litteraturstudiens inklusjonskriterier:

- Palliativ fase
- Sykepleieperspektiv
- Sykepleieres erfaringer innen smertelindring på voksne kreftpasienter over 18 år
- Artikler på norsk, engelsk, svensk eller dansk
- Artikler ikke eldre enn fra år 2010
- Fagfellevurderte originalartikler publisert i vitenskapelig tidsskrift
- Etisk vurdering av artiklene

Litteraturstudiens eksklusjonskriterier:

- Pasient- og pårørendeperspektiv, annet helsepersonell perspektiv
- Artikler som hverken er fagfellevurdert eller etisk vurdert
- Reviewartikler
- Sykepleieres erfaringer innen smertelindring på kreftpasienter under 18 år

3.2 Datainnsamling og litteratursøk

I utarbeidelsen av en god søkestrategi leste vi relevant bakgrunns litteratur for å tilegne oss mer kunnskap om temaet. Ut fra problemstillingen og bakgrunns litteraturen diskuterte vi hvilke søkeord som kunne være aktuelle for litteraturstudien, og satte disse videre inn i et PICO-skjema. Et systematisk litteratursøk dreier seg om å finne frem til relevante søkeord, og kombinere disse på en måte som gjør at en sitter igjen med håndterbare relevante referanser (Bjørk og Solhaug 2008).

3.2.1 PICO- skjema

Et PICO- skjema representerer en måte å dele opp problemstillingen på slik at søket kan struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2012).

De ulike bokstavene, P I C O, står for følgende elementer:

- «P» står for population/patient/problem. Her skrev vi inn de søkeordene som omhandler hvilke pasientsituasjoner vi var interessert i. Søkeordene vi brukte her var «cancer*», «cancer», «neoplasm*», «palliati*» «terminal», «end-of-li*», «die*», «dying*» og «death*».
 - «I» står for intervention. Her skrev vi inn de søkeordene som omhandlet hvilket tiltak/intervensjon vi ønsket å vurdere. Søkeordet vi brukte her var «nurs*».
 - «C» står for comparison. Her skal tiltak sammenlignes. Vi brukte ingen søkeord her.
 - «O» står for outcome. Her skrev vi inn de søkeordene som omhandlet hvilket utfall vi var interessert i å undersøke. Søkeordene vi brukte her var «pain*» og «experienc*».
- (Nortvedt et al. 2012).

PIO-skjemaet ligger som *vedlegg 1*.

3.2.2 Litteratursøk

Vi startet høsten 2015 med de første prøvesøkene og brukte en del tid på dette sammen med teoribakgrunnen for å finne hvilken vinkling vi ville ha på litteraturstudien. I starten på vårsemesteret hadde vi hensikt, problemstilling og PIO-skjema klart, og begynte deretter å søke mer målrettet. Til sammen ble det utført fem søk i fire ulike databaser, i tillegg til manuelle søk. Databasene som ble brukt var Cinahl, Ovid Medline, PsycInfo og ProQuest. Vi hadde også veiledningstimer med bibliotekar om databasebruk og valg av søkeord.

Vi søkte etter både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Vi ville ikke bruke forskningsartikler som var eldre enn fem år, og la derfor inn avgrensninger på årstall (2010-current), i tillegg til avgrensninger på språk (norsk, engelsk, svensk og dansk). For å få flest mulig treff på søkeordene brukte vi trunkeringstegnet «*» bak de søkeordene som var mulig å trunkere. Søket ble da bredere ved at vi inkluderte alle treff som inneholdt grunnstammen av ordet. Vi brukte også MeSH-termer (Medical Subject Headings) og sørget for at synonymer

for søkeordene ble tatt med, noe som resulterte i flere treff. For å kombinere søkeordene i PIO- skjemaet brukte vi ordene «AND» og «OR» i mellom søkeordene. Vi brukte «OR» mellom de synonyme ordene som vi hadde skrevet under samme bokstav i skjemaet, og «AND» mellom de ulike bokstavkategoriene fra skjemaet.

Det første søket ble gjennomført i Ovid Medline. Vi kombinerte søkeordene fra PIO-skjemaet samtidig som vi la inn avgrensningene. Siden dette var et søk tidlig i prosessen hadde vi inkludert flere søkeord i PIO-skjemaet vårt som «tool*», «map*», «assess*», «evaluate*», «pain measurement*» og «mapping tool*». Søket gav oss 106 treff hvor vi leste 33 abstrakt, og 7 artikler i fulltekst. Fire av artiklene ble foreløpig inkludert i litteraturstudien vår. Søkeordene som nevnt ovenfor ble vi rådet til å ta bort av bibliotekar på grunn av at problemstillingen ble justert underveis, og søkeordene ble overflødige. Vi fjernet disse søkeordene fra PIO-skjemaet vårt, og ble heller ikke brukt ved senere søk. Bibliotekaren tipset oss om at vi kunne legge til ordene «die*», «dying*» og «death*» i PIO-skjemaet slik at vi kunne innhente flere treff i søkene. Dette ble dermed gjennomført ved de neste søkene.

I søk nummer to i Ovid Medline hadde vi samme fremgangsmåte ved at vi kombinerte søkeordene fra PIO-skjemaet sammen med de bestemte avgrensningene. Dette resulterte i et treff på 54 artikler, hvor vi leste alle abstraktene. Vi synes dette var lite treff og gikk derfor gjennom søkehistorikken og bemerket at vi gikk fra å ha 153 til 54 treff når vi la til det siste søkeordet som var «experienc*». I fare for å gå glipp av relevante studier gikk vi et steg tilbake i søket, og så på de 153 treffene som kom opp uten ordet «experienc*». Av disse leste vi 34 abstrakt, og fem artikler i fulltekst. Disse fem artiklene ble foreløpig inkludert.

Vi søkte også i databasen ProQuest, med samme fremgangsmåte og avgrensninger. Søket gav oss kun 22 treff, hvor alle abstraktene ble lest. Vi gikk tilbake i søket også her uten søkeordet «experienc*», noe som gav oss 33 treff. Av disse leste vi 17 abstrakt og to artikler i fulltekst som ble foreløpig inkludert.

Det neste søket ble utført i Cinahl, og gav oss 75 treff. Vi leste alle abstraktene og fire artikler i fulltekst, som ble foreløpig inkludert i litteraturstudien. Ved å se gjennom søkehistorikken her også merket vi et stort hopp fra 195 til 75 treff når vi la til søkeordene «palliati*», «terminal*», «end-of-li*», «die*», «dying*» og «death*». Vi bestemte oss for å gå tilbake i søket og se på de 195 treffene. Av disse leste vi 87 abstrakt og 7 artikler i fulltekst utenom de

vi hadde gått gjennom tidligere. Disse sju ble også foreløpig inkludert i litteraturstudien. Etter søket i Cinahl satt vi dermed igjen med 11 aktuelle forskningsartikler.

Den siste databasen vi brukte for å søke i var PsycInfo. Her fikk vi 31 treff med søkeordene fra PIO-skjemaet og avgrensningene. Åtte abstrakter ble lest, og to artikler i fulltekst. Vi gikk tilbake i søket her også uten ordet «*experienc**» og fikk da 83 treff. 28 abstrakter ble lest, og 5 artikler i fulltekst. De fem artiklene ble foreløpig inkludert i litteraturstudien.

Etter databasesøkene ble det gjort manuelle søk. Vi gikk gjennom referanselisten til hver av de inkluderte artiklene, og så på titler på artikler som virket relevante. Dersom vi fant en interessant tittel søkte vi den opp, og leste artikkelen i fulltekst. Vi valgte å se nærmere på 7 artikler, men kun en ble foreløpig inkludert.

Søkene gav oss til sammen 27 artikler, hvorav 16 var kvantitative og 11 var kvalitative.

Søkehistorikken ligger som *vedlegg 2*.

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi leste de 27 artiklene hver for oss, men diskuterte forløpende hvilke artikler som svarte på problemstillingen, og hvilke vi måtte ekskludere. Foran oss hadde vi hele tiden hensikt, problemstilling, inklusjons- og eksklusjonskriterier. På bakgrunn av en ny og grundig gjennomlesing ble flere av artiklene ekskludert; tre artikler viste seg å være reviewartikler og seks svarte ikke tilstrekkelig på problemstillingen. Vi satt igjen med 18 artikler som ble vurderte som relevante for problemstillingen vår.

For å kvalitetsvurdere hver enkelt av de 18 artiklene benyttet vi sjekklister for kvalitetsvurdering av forskningsartikler av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Seks av artiklene ble ekskludert på grunn av lav kvalitet, og vi satt dermed igjen med 12 forskningsartikler.

Et av våre inklusjonskriterier var at artiklene skulle være fagfellevurderte. For å kontrollere artiklenes refereedømming søkte vi tidsskriftene opp i Database for statistikk om høgre

utdanning (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2013). De inkluderte artiklene var publisert i tidsskrift som var fagfelle-vurderte. Alle tidsskriftene var på nivå 1, som viser til ordinære vitenskapelige publiseringskanaler.

Elleve av artiklene var skrevet på engelsk, og en på norsk. Tre av artiklene var studier gjort på forskjellige land i Europa, en kom fra Norge, to fra England, to fra Japan, ellers fra USA, Australia, New Zealand og Iran. Alle artiklene ble publisert mellom 2010-2015.

Vi fylte inn det mest relevante fra artiklene inn i en oversiktstabell som er *vedlegg 3*.

3.4 Etiske hensyn

Et av inklusjonskriteriene våre var at artiklene skulle være etisk vurderte. Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er ikke bare en forutsetning for forskningen, men også for å ivareta et godt forhold til de som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten til forskningsresultatene.

Forskningens mål om å vinne ny kunnskap må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland 2012).

11 av de inkluderte artiklene hadde fått studiene godkjent av etiske komiteer. En artikkel har fulgt etiske retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen, og sier at deres artikkel ikke har noen konflikter med den. I tillegg beskrev syv av artiklene at de gav informasjon til deltakerne og at de hadde innhentet skriftlig eller verbalt samtykke til deltakelse i studien. Deltakerne ble også informert om at de kunne trekke seg når som helst uten å måtte grunngi det noe videre. Flere av studiene som brukte spørreundersøkelse som metode vurderte de ikke som nødvendig å innhente samtykke til deltakelse i studien, siden spørreundersøkelsen ble utfylt på frivillig basis. En av studiene opplyste at de hadde brukt pseudonyme navn for å ivareta konfidensialiteten til deltakerne.

For å se hvilken etisk vurdering som er gjort i hver enkelt artikkel se *vedlegg 3*.

3.5 Analyse

For å analysere datasamlingen vår benyttet vi Evans (2002) sin systematiske analysemetode av innsamlede data. Evans sin metode består av fire trinn.

På det første trinnet samler man inn datamaterialet som skal analyseres (Evans 2002). Gjennom vår søkeprosess, kvalitetsvurdering og gjennomgang av inklusjons- og eksklusjonskriterier ble 12 artikler inkludert i litteraturstudien.

I det andre trinnet tar Evans (2002) for seg det å identifisere hovedfunn fra hver enkelt studie. Vi leste gjennom alle artiklene grundig, og analyserte artiklene hver for oss. Vi startet med å trekke ut resultatene fra hver enkelt artikkel, og markerte funnene med ulike tema. Dette er i tråd med Evans (2002) anbefalinger om å redusere volumet i teksten for å få frem hovedeessensen i artiklene.

I det tredje trinnet av analysen skal temaene identifiseres og kategoriseres, samtidig som det skal gjøres en vurdering av gyldigheten av aktuelle funn (Evans 2002). Vi samlet alle funnene fra alle artiklene inn i ett dokument. Vi hadde på forhånd gitt artiklene våre tall fra 1 til 12, og funnene ble nummerert etter hvilken artikkel de tilhørte. Dette for å kunne finne tilbake til originalteksten i artiklene. Siden vi allerede hadde delt funnene fra hver enkelt artikkel inn i tema, la vi fort merke til hvilke tema som gikk igjen. De funnene som gikk igjen og som var relevante for hensikten og problemstillingen vår, samlet vi til egne hovedtema. Funnene som ikke ble omdannet til hovedtema vurderte vi om de gikk under noen av hovedtemaene, eller om det var funn som ikke svarte på problemstillingen.

I det fjerde trinnet skal fenomenet beskrives gjennom å formulere tema med referanser til datamaterialet (Evans 2002). Som resultat av arbeidet i de foregående trinnene kom vi frem til syv hovedfunn, derav ett funn som gikk under et annet hovedtema. Hovedtemaene beskriver hvilke funn vi mener er gjennomgående i artiklene. Vi samlet alle hovedfunnene til en sammenhengende tekst, og lagde passende overskrifter.

Liste over hovedfunnene ligger som *vedlegg 4*.

4.0 Resultat

Vi har valgt å lage en modell som viser litteraturstudiets syv hovedfunn i figur 1. Inndelingen er gjort i seks hovedtema, med ett undertema.



Figur 1

4.1 Smarter hos kreftpasienter oppleves som komplekse

Smarter hos kreftpasienter ble beskrevet som komplekse og vanskelige å lindre (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014 og Soden et al. 2010). Gjennombruddssmerter var spesielt et stort problem, fordi smertene var sterke og opptrådte flere ganger daglig (Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b og Wengström et al. 2013).

Smertelindringen var utfordrende fordi smertene varierte mellom pasientene og på tvers av kreftsykdommene. Pasientene reagerte også ulikt på smertelindringen. Individuell pleie og omsorg, med fokus på pasientens egenrapportering av smerte var av stor betydning (Garcia, Whitehead og Winter 2015 og Jablonski og Duke 2012).

En holistisk tilnærming ble fremhevet som viktig for smertelindringen. Sykepleierne var opptatt av, og hadde evne til å vurdere den totale smerten. Sykepleierne fremhevet at pasientene ofte led av en psykisk smerte og ikke bare av fysisk smerte. Ved å fokusere på å lindre alle dimensjonene av den totale smerten resulterte dette i økt livskvalitet hos pasientene (Nakano et al. 2011, Seyedfatemi et al. 2014 og Soden et al. 2010).

Det var utfordrende at pasienter med sterke smerter krevde en større ressursbruk enn andre pasienter. Flere av sykepleierne følte på et moralsk dilemma når manglende ressurser i form av personell, krevende arbeidsmiljø og tidspress stod i veien for å gjøre smertelindringen best mulig. Smertevurdering var en av de største barrierene. På grunn av tidspress fikk ikke sykepleierne observert pasientene over tid og dermed ikke kartlagt smertene godt nok. Lav sykepleierbemanning førte også til at arbeidsoppgaver ble utsatt. Krevende arbeidsmiljø førte til at psykologisk smertelindring ble nedprioritert, sammen med kommunikasjon og undervisning til pasienten og pårørende om smertene (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012 og Molnes 2014).

Mange sykepleiere opplevde også en moralsk konflikt rundt smertelindringen hvor egne forventninger ikke samsvarte med realiteten. Sykepleierne ville at pasientene skulle ha lite eller ingen smerte, og hadde høye forventninger til seg selv angående smertelindringen. Dette førte til negative følelser som frustrasjon, hjelpeløshet og stress, fordi de følte de ikke fikk lindret godt nok (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012 og Soden et al. 2010). En sykepleier sa:

«... you can't get on top of someone's pain, you almost feel that you've failed them I guess, and these days, particularly, when you've got sophisticated technology, and we've got quite improved procedures and methods, but we still can't always get on top of someone's pain, I don't think...and it doesn't, as a nurse, at the end of an eight hour shift, I don't think you go away, you don't go home feeling fulfilled, someone's kind of in just as much pain, or worse pain, when you leave, than when you came» (Garcia, Whitehead og Winter 2015, 29).

4.1.1 Medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak

Sykepleiere i flere studier mente at medikamenter ville lindre den fysiske smerten godt (Molnes 2014, Jablonski og Duke 2012, Rustøen et al. 2013b, Seyedfatemi et al. 2014, Soden et al. 2010 og Phillips et al. 2013). En sykepleier fortalte:

«For palliative care, when a cancer patient feels pain, opioids are injected. When a patient calls us, we immediately go to him because these patients suffer from severe

pain, and their pain requires relieving ...Through injection of opioids, they feel comfortable» (Seyedfatemi et al. 2014, 71).

Sykepleierne sa de brukte orale opioider mot smerter, hvor de mest vanligste var morfin, oxynorm og fentanyl. Gradvis gikk de over til injeksjoner eller smertepumpe (Molnes 2014 og Rustøen et al. 2013b). Likevel vegret mange sykepleiere seg for å bruke morfin, som førte til at de var tilbakeholdne med smertelindringen. Flere var redde for å gi for mye, og sette den siste injeksjonen i frykt for at pasienten døde (Molnes 2014, Jablonski og Duke 2012 og Phillips et al. 2013). God kunnskap om medikamentene og ulike administrasjonsmåter var viktig for smertelindringen. Sykepleierne uttrykte en viss bekymring og skepsis rundt nye medikamenter (Molnes 2014, Rustøen et al. 2013b og Soden et al. 2010). Flere var usikre på når de skulle gi smertestillende, og passe mengde. Dette var en utfordring som skapte uenighet blant sykepleierne (Molnes 2014).

Bruken av ikke-medikamentelle tiltak i tillegg til medisiner i smertelindringen ble fremhevet som viktig, men ofte glemt eller nedprioritert (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Phillips et al. 2013, Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b og Soden et al. 2010). Bruken av ikke-medikamentelle tiltak varierte mellom landene i Europa i følge studien til Rustøen et al. (2013b). Bare 19 % av sykepleierne brukte ikke-medikamentelle tiltak jevnlig. En sykepleier sa:

«I think yea, I think sometimes nurses maybe, kind of forget the non-pharmaceutical things that may be helpful even as simple as changing someone's position or, um, maybe changing something in their environment, maybe something they can reach more easily, those kind of measures in terms of patients pain relief as well» (Garcia, Whitehead og Winter 2015, 30).

Ikke- medikamentelle tiltak som ble brukt var musikk, åndelig veiledning, visuelle bilder, varme/kuldeomslag, stillingsendringer, akupunktur, avslappingsteknikker, aromaterapi, massasje og bruk av lys (Jablonski og Duke 2012, Phillips et al. 2013, Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b og Soden et al. 2010).

4.2 Kunnskap

I ni av studiene poengterer sykepleierne at de mangler kunnskap innen smertelindring (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Hirooka et al. 2014, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Phillips et al. 2013, Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b, Soden et al. 2010 og Wengström et al. 2013).

Sykepleierne hadde etterlyst faglig oppdatering over lengre tid i form av; utdanning, opplæring, studiedager, kurs eller hospitering for å øke kunnskapen på smertelindring. Det var ikke kultur for å sette av tid til faglig oppdatering, samtidig som en hektisk hverdag påvirket muligheten til det (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Phillips et al. 2013 og Molnes 2014). Det var knappe ressurser til eksterne kurs, og sjeldent interne kurs på grunn av lav kompetanse. Det opplevdes som en ekstra belastning å lese på jobb, fordi det gikk ut over de andre ansatte (Molnes 2014).

Manglende kunnskap og faglig usikkerhet førte til flere sykehusinnleggelses (Jablonski og Duke 2012). En annen studie viser at kun 5 % av 2160 sykepleiere i sykehus føler de har adekvat kunnskap og gode evner i smertelindringen til kreftpasienter (Hirookia et al. 2013).

4.3 Klinisk erfaring og holdninger

Den kliniske erfaringen var av stor betydning for hvordan sykepleierne kunne identifisere, vurdere og lindre smertene til kreftpasientene (Hirooka et al. 2014, Molnes 2014, Rustøen et al. 2013a, Soden et al. 2010, Soden et al. 2013 og Wengström et al. 2013).

Mange synes det var vanskelig å skille mellom gjennombruddssmerter og dårlig kontrollert bakgrunnssmerte. Til mindre erfaring sykepleierne hadde, til vanskeligere synes de det var (Soden et al. 2010, Soden et al. 2013 og Rustøen et al. 2013a). Av de sykepleierne som hadde mindre enn ett års erfaring synes 42 % at dette var svært utfordrende (Rustøen et al. 2013a).

Sykepleierne mente kompetansen kom med årene, og at de med mest klinisk erfaring var bedre rustet til å smertelindre enn de med mindre erfaring. Ved å dele erfaringen med andre ble flere tryggere, samtidig som kompetansen på arbeidsplassen høynet (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014 og Wengström et al. 2013).

Holdninger blant sykepleierne var også av stor betydning for smertelindringen (Jablonski og Duke 2012 og Molnes 2014). Flere sykepleiere måtte jobbe med seg selv for å ikke ha en dømmende holdning til enkelte pasienter. Sykepleiere tvilte i tilfeller på om pasientene trengte ekstra smertestillende, og hvor sterke smertene egentlig var (Jablonski og Duke 2012).

Noen sykepleiere hadde sterke meninger når smertelindring skulle blitt gitt, mens andre avventet situasjonen. I noen tilfeller var hvem som var på jobb avgjørende for smertelindringen til pasientene (Molnes 2014). Flere sykepleiere i studien til Phillips et al. (2013) brukte mye tid på å overbevise andre kollegaer om verdien av opioider ved kreftrelatert smerte. Flere sykepleiere var bekymret for å gi pasienten for lite eller for mye smertelindring, eller gjøre pasienten avhengig. Smertestillende ble i noen tilfeller holdt tilbake på grunn av dette (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014 og Soden et al. 2010).

4.4 Retningslinjer og kartleggingsverktøy

Syv av studiene argumenterer for at det bør foreligge retningslinjer i forhold til smertelindring hos palliative kreftpasienter. Det etterlyses noe konkret å forholde seg til, for å unngå å bli styrt av ønsker og erfaringer (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Phillips et al. 2013, Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b, Seyedfatemi et al. 2014 og Soden et al. 2010).

Flere av sykepleierne som hadde retningslinjer synes dette var et nyttig verktøy og mente det hadde en positiv innvirkning på smertelindringen (Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b og Seyedfatemi et al. 2014).

Bruken av kartleggingsverktøy var tidkrevende, og brukt i varierende grad. De mest brukte verktøyene var VAS (visuell analog skala), etterfulgt av NRS og ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) (Molnes 2014, Rustøen et al. 2013a og Soden et al. 2010). I studien til Molnes (2014) brukte sykepleierne sjeldent kartleggingsverktøy fordi de manglet opplæring og fordi de mente det ville utløse en ekstra belastning for pasientene. Flere mente det var nok å spørre pasienten om smertene. Bare 3 av 10 sykepleiere hadde benyttet ESAS som kartleggingsverktøy. En av sykepleierne sa:

«We've actually only just really started a pain sheet, only just in the last couple of weeks in fact. What we actually ask them – 8 out of 10, 10 out of 10? Some patients they look at you as if to say, well how do you put a number down on pain! And sometimes I do feel a bit silly asking that because how do you know? Everyone is different» (Soden et al. 2010, 296).

4.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon var en viktig del av en god smertelindring (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Seyedfatemi et al. 2014, Soden et al. 2010 og Wengström et al. 2013).

Gjennom kommunikasjon ble smerten avlastet, og stressnivået redusert ved at pasientene fikk uttrykt følelsene sine. Kommunikasjon bidro til en form for psykologisk lindring av smertene (Seyedfatemi et al. 2014). En sykepleier fra Iran forklarte det slik:

«We try to accept the patient as he is and with all his pains and to be a good listener when working with him. In my idea, an important point in palliative pain care for cancer patients is to be a good listener» (Seyedfatemi 2014, 72.)

Kommunikasjonen om selve smertelindringen mente flere var for dårlig (Wengström et al. 2013 og Jablonski og Duke 2012). Bare 58,5 % av sykepleiere kommuniserte med pasientene om smertene regelmessig i følge Wengström et al. (2013). Sykepleierne påpekte at de manglet kunnskap til å kunne undervise pasienten og pårørende innen smertelindring. Tidsbegrensning hos sykepleierne ble også trukket frem som en hindring. Sykepleierne mente legen burde ha en mer aktiv rolle i kommunikasjonen, og at pasienten da ble mer forberedt på det videre forløpet (Jablonski og Duke 2012).

Det fremheves derimot kommunikasjonsproblemer på flere plan (Jablonski og Duke 2012 og Molnes 2014). Mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten resulterte dette i et misforhold av forventinger fra flere parter. Pasienter og pårørende ble lovet høy grad av pleie etter utskrivelse fra sykehus, enn hva hjemmesykepleien faktisk kunne bidra med (Molnes 2014).

Kommunikasjonsproblemer oppstod også mellom sykepleiere, legen og pårørende. Legen tok ikke alltid sykepleiernes vurderinger og observasjoner på alvor. Det var en stor utfordring å overbevise legen i tilfeller om at pasientene hadde mye smerter (Jablonski og Duke 2012).

4.6 Tverrfaglig samarbeid

Samarbeid i tverrfaglige relasjoner ble trukket frem som viktig for smertelindringen. Det var viktig å vite hvor man kunne søke råd og veiledning om utfordringer hos pasientene. Palliativt team, smerteteam og hospicesenger i sykehus og sykehjem ble mye brukt (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Phillips et al. 2013 og Soden et al. 2010). En sykepleier sa:

«I mean you're not doing it all on your own ...you're bringing other members of the team as well...like if you've got somebody who is a very complex case you are not going to be dealing with that all on your own, you're going to get people like the palliative care team involved or, the doctors, the physio» (Garcia 2015, 30).

Avstanden i distriktene kunne være en barriere for å få tilgang til spesialiserte tjenester (Phillips et al. 2013). Av 10 sykepleiere i studien til Molnes (2014) hadde 4 benyttet seg av palliative team og så nytten av dette.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen diskuterer vi styrker og svakheter ved fremgangsmåten i litteraturstudien vår, og hva som kunne vært gjort annerledes.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Arbeidet med å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier hjalp oss i å inkludere artikler som direkte svarte på problemstillingen vår, og å ekskludere de som var utenfor vårt område.

Vi ønsket å få mer kunnskap om sykepleieres erfaringer rundt smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Problemstillingen vår var kvalitativt rettet, og vi ønsket å inkludere flest artikler med kvalitativt design i litteraturstudien. Vi fant ikke nok kvalitative studier, og måtte inkludere artikler med kvantitativt design i tillegg. Dette kan være en svakhet fordi de kvantitative studiene ikke svarer like godt på problemstillingen. På den andre siden kan det være en styrke fordi de kvantitative funnene bygger opp under de kvalitative funnene.

For å få et høyt nivå på de inkluderte artiklene satte vi inklusjonskriterier om at artiklene skulle være fagfelleurdert og etisk vurdert. Vi mener dette er en styrke for litteraturstudien fordi hensyn til deltakerne blir ivaretatt i studiene, samtidig som tidsskriftet artiklene er publisert i holder god kvalitet.

De inkluderte artiklene har sykepleieperspektiv, men én artikkel har også med legene sine erfaringer. I dette tilfellet inkluderte vi kun de funnene som omhandlet sykepleiernes erfaringer. Dette opplevde vi som en utfordring ved at vi måtte hele tiden forsikre oss om at vi inkluderte riktig funn fra riktig perspektiv. Likevel mener vi å komme styrket ut av dette inklusjonskriteret ved at vi kom frem til artikler som direkte hadde riktig perspektiv og svarte på problemstillingen.

Et annen inklusjonskriterie var at sykepleierne skulle ha erfaringer fra kreftpasienter i palliativ fase med smerter. Alle artiklene hadde sykepleiere som hadde erfaring med palliative kreftpasienter, men noen hadde også erfaringer på kreftpasienter og smerter utenfor den palliative fasen. Selv om det er en utbredt smerteproblematikk i palliativ fase er det også kreftpasienter utenfor denne fasen som er plaget med smerter (Sæteren 2010). Flere artikler

presenterer i tillegg funn om kreftpasienter som ikke var i palliativ fase, noe som gjorde det utfordrende å skille mellom funnene. Dette kan være en svakhet for litteraturstudien.

Vi satte også et inklusjonskriterie om at sykepleierne skulle ha erfaringer på pasienter over 18 år. Vi mener dette er et viktig skille fordi det kan være store variasjoner på hvilke erfaringer sykepleiere har med voksne kreftpasienter med smerter, og kreftsyke barn med smerter.

For å få nyest mulig forskning satte vi en grense på fem år (2010). Dette ser vi som en styrke for litteraturstudien. I etterkant tenkte vi at vi kanskje hadde fått flere kvalitative artikler dersom vi hadde gått lengre tilbake i tid. Vi vurderte likevel de kvantitative artiklene som allerede var inkludert til så aktuelle at vi bestemte oss for å ikke ta flere søk med en eldre tidsramme.

Mange av de inkluderte artiklene er gjort i Europa, i tillegg til andre verdensdeler. Det kan være store kulturforskjeller, noe som er en svakhet for litteraturstudien. Samtidig synes vi det var interessant å inkludere artikler fra ulike land og verdensdeler – når funnene likevel var relativt like. Tre av forskningsartiklene var skrevet basert på samme studie som var gjort på 12 forskjellige europeiske land (Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b og Wengström 2013). Selv om vi tidlig var oppmerksom på at funnene opprinnelig kom fra samme studie, valgte vi likevel å inkludere de tre artiklene fordi de presenterte ulike funn.

Ved å ekskludere artikler som ikke var skrevet på de språkene vi ønsket gjorde vi det lettere for oss selv i det videre arbeidet med artiklene. Gjennom litteratursøket kom det også opp enkelte reviewartikler. Reviewartiklene gav oss tips til interessante studier og litteratur, men ble ikke direkte inkludert i litteraturstudien.

5.1.2 Datainnsamling og litteratursøk

Et grundig forarbeid med bakgrunns litteratur viste seg å være et godt utgangspunkt for den videre datainnsamlingen. Vi gjorde mange prøvesøk tidlig i prosessen og fikk bekreftet at det fantes en del forskning på området. Å ha veiledningstimer med bibliotekar var til stor nytte for søkeprosessen vår.

Helt fra starten hadde vi utarbeidet et PIO-skjema som vi brukte i databasesøkene våre. Vi la ned mye arbeid i skjemaet og for å få til gode søkeord. Siden vi gjorde mange databasesøk for å finne tilstrekkelige med artikler, samtidig som vi endret problemstillingen underveis førte dette til mange endringer i PIO-skjemaet. Dette tenker vi kan ha påvirket søkene i de ulike databasene i negativ retning. Vi brukte flere søkeord i starten, men etter veiledning ble vi rådet til å ta bort noen ord for å åpne søkene mer opp.

Vi følte det ble mye rot i søkene våre fordi de var ustruktureerte, men opplevde det positivt å få veiledningstime med bibliotekar som hjalp oss inn på riktig retning av problemstilling og bruk av søkeord. Vi brukte fem hovedsøk for å finne frem til de inkluderte artiklene. Det kan være positivt at vi undersøkte mange databaser opp mot relevante artikler for problemstillingen vår. Vi fant mindre kvalitativ forskning enn vi hadde forutsett, og det var også derfor vi søkte i så mange forskjellige databaser for å se om vi kunne finne flere kvalitative artikler. Vi endte til slutt opp med seks kvalitative og seks kvantitative. Vi er likevel tilfreds med artikkelsamlingen, fordi de kvantitative artiklene bygger opp under de kvalitative, og gjør funnene mer troverdige.

I flere av søkene måtte vi gå tilbake i søkehistorikken for å finne relevante artikler. Selv om dette kan virke rotete ser vi på det som en fordel fordi vi fikk inkludert relevante artikler som «falt bort» ved bruk av flere søkeord. Vi opplevde det i tilfeller utfordrende med søkeordene rundt palliativ fase fordi mange av artiklene ikke direkte brukte disse som søkeord, men som likevel omhandlet sykepleiererfaringer på kreftpasienter i palliativ fase. Bruk av søkeordet «*experienc**» førte også til et betydelig antall mindre artikler, som gjorde at vi gikk et steg tilbake i søket for å se etter flere relevante artikler. Det kan være en svakhet for litteraturstudien at vi gikk så mye frem og tilbake i søkene, og kan ha mistet relevante artikler, samtidig som vi kanskje har inkludert flere relevante artikler.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

At begge gikk gjennom alle artiklene har vært en styrke i arbeidet med å kvalitetsvurdere de inkluderte artiklene. Arbeidet ble grundigere ved at vi begge vurderte artiklene til å være relevante eller ikke. Ved å bruke standardiserte sjekklistene i kvalitetsvurderingen, styrket det troverdigheten av vurderingen på artiklene. Vi diskuterte også kvaliteten på artiklene

underveis, siden vi kan ha tolket skjemaene og vurderingen forskjellig. Dette ser vi på som en styrke for litteraturstudien.

Elleve av tolv artikler var skrevet på engelsk, og det må tas høyde for feiltolkning i arbeidet med å oversette artiklene. Engelske ord kan ha flere betydninger på norsk, og kan dermed være en svakhet med litteraturstudien.

Det at alle inkluderte artikler på en eller annen måte er etisk vurdert, mener vi er en styrke for litteraturstudien fordi det hever kvaliteten på artiklene.

5.1.4 Analyse

Vi analyserte forskningsartiklene hver for oss og sammenlignet deretter hverandres analyse av funn. Vi synes det var noe vanskelig å samle alle funnene fra hver enkelt artikkel til hovedtemaer. Mange av funnene henger sammen og går inn i hverandre, og vi opplevde det innimellom utfordrende å skille dem. Dette kan være en svakhet fordi noen temaer går inn i hverandre, og som vi kanskje har valgt å skille.

I analyseprosessen ønsket vi ikke å ta funn og sitat ut av sammenhengen, og prøvde dermed å gjengi resultatene fullstendig. Dette for å unngå feiltolkning av data som blir presentert i en større kontekst. At vi er bevisst på dette mener vi kan være en styrke for litteraturstudien vår.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatene fra litteraturstudien diskuteres opp mot studiens hensikt og problemstilling, teori, forskning, og erfaringer fra praksis. Vi har laget en oversiktsmodell som illustrerer resultatdiskusjonen.



Figur 2

5.2.1 En utfordring å lindre komplekse smerter i en hektisk sykepleiehverdag

Smertene hos kreftpasienter ble beskrevet som komplekse og vanskelige å lindre (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014 og Soden et al. 2010). Kaasa (2013b) begrunner dette med at smerter ved kreftsykdom kan ha mange ulike årsaker, og av den grunn være vanskelig å lindre.

Litteraturstudien viser at sykepleiere har høye forventninger til seg selv når det kommer til smertelindring. Følelser som stress, frustrasjon og hjelpeløshet oppstod når smertene var vanskelige å lindre (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012 og Soden et al. 2010). Vi opplever i praksis at mange forventer at sykepleiere skal lindre pasienten til et nivå uten smerter. Når man ikke lykkes med dette skapes negative følelser hos både pasienten, pårørende og sykepleieren.

Det kommer også frem av litteraturstudien at individuell pleie og omsorg er viktig i smertelindringen, hvor en fokuserer på pasientens egenvurdering av smerte (Garcia, Whitehead og Winter 2015 og Jablonski og Duke 2012). Ut fra pasientens smerteanamnese må sykepleier i samråd med lege kartlegge smertens karakter, intensitet og årsak. Da vil man finne smertetype, og kan iverksette tiltak for smertelindringen (Kaasa 2013a).

Litteraturstudien viser at gjennombruddssmerter anses som et problem, og at pasienter lider av sterke gjennombruddssmerter flere ganger daglig (Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b og Wengström et al. 2013). Kaasa (2013a) beskriver også gjennombruddssmerter som en stor utfordring, og at pasientene ofte blir behandlet for sent med smertestillende siden gjennombruddssmertene ofte kommer brått og uventet.

Det viser seg at en holistisk tilnærming til smertelindringen er viktig (Nakano et al. 2011, Seyedfatemi et. al 2014 og Soden et. al 2010). Å lindre den psykiske, åndelige, eksistensielle eller sosiale smerten med andre midler enn medikamenter kan bety mye for smertelindringen. Vi opplever at fokuset er på fysisk smerte fordi den er tydeligst, og noe vi konkret kan forholde oss til å behandle. Likevel opplever også vi at å lindre den totale smerten er avgjørende for pasientens livskvalitet. Vi opplever at mange har angst før de skal dø, og har behov for å snakke om situasjonen sin. I følge Kaasa (2013a) er det en nær sammenheng mellom psykiske problemer og smerte. Rundt 25 - 30 % av pasientene med langtkommen kreft har depresjon og angst, og psykiske problemer øker ofte smerten. Ved å lindre den totale smerten ville dette føre til en økt livskvalitet hos pasientene (Nakano et al. 2011).

Funnene fra litteraturstudien viser at manglende ressurser i form av personell, krevende arbeidsmiljø og tidspress var faktorer som kunne påvirke smertelindringen i negativ retning (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2013 og Molnes 2014). Ofte har vi flere krevende pasienter samtidig som man må bruke store ressurser på. Av og til kan man være eneste sykepleier på jobb, og dette kan gjøre det vanskelig å gi pasienten smertelindring til riktig tid. Kompetanse er helt sentralt når man skal gi pasientene et forsvarlig tilbud, og bemanningen må være tilstrekkelig sier Kaasa (2013b). Litteraturstudien viser at dette er en utfordring hos sykepleiere i flere land (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2013 og Molnes 2014). I studien til Garcia, Whitehead og Winter (2015) ser man blant annet at krevende arbeidsmiljø forhindret sykepleierne i å bruke psykologiske intervensjoner mot smerter. Vi erfarer at arbeidsdagene er gjennomgående hektiske, og vi strekker ikke til for å

lindre den totale smerten hos pasienten. Ofte erfarer vi at fysisk smerte blir prioritert, mens psykisk, sosial, åndelig og eksistensiell smerte blir nedprioritert.

5.2.1.1 En kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak

Orale opioider lindrer den fysiske smerten godt og har størst fokus innen smertelindring til palliative kreftpasienter (Molnes 2014, Jablonski og Duke 2012, Rustøen et al. 2013b, Seyedfatemi et al. 2014, Soden et al. 2010 og Phillips et al. 2013). Målet med all medikamentell smertebehandling er å oppnå en optimal analgetisk effekt med så lite bivirkninger for pasienten som mulig (Kaasa 2013b).

Litteraturstudien viser at flere sykepleiere uttrykker bekymring og skepsis rundt nye medikamenter. Sykepleiere opplever det som tryggere å bruke tabletter og smertepaster, enn smertepumpe og injeksjoner. Mange vegret seg også for å bruke morfin, noe som førte til at de var tilbakeholdne med å gi smertestillende da de var redde for å gi for mye. Flere mente også at noen sykepleiere var redde for å gi sprøyter med morfin i frykt for at pasienten døde. Selve smertevurderingen viste seg å være en stor barriere, og dette førte til usikkerhet om hvor mye medisiner man skulle gi (Molnes 2014, Soden et al. 2010 og Phillips et al. 2013). Det kommer frem at sykepleiere trenger mer kunnskap om de ulike medikamentene som brukes i smertelindringen (Rustøen et al. 2013a og Rustøen et al. 2013b). Smerte er et sammensatt fenomen og ulike faktorer kan påvirke smerten til pasientene samtidig. Derfor er det krevende og utfordrende å behandle smerte, og krever god kunnskap om smertelindring og om medikamenter (Kaasa 2013b).

Det fremkommer av litteraturstudien at bruken av ikke-medikamentelle tiltak i tillegg til medisiner i smertelindringen var viktig, men ofte glemt eller nedprioritert (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Phillips et al. 2013, Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b og Soden et al. 2010). Vi opplever at ikke-medikamentelle tiltak brukes når man ikke kommer i mål med medikamentelle tiltak i smertelindringen. I følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) bør man kombinere medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak for økt effekt av smertelindringen. Ikke- medikamentelle tiltak som smertebehandling omfatter et utvalg av flere fysiske og psykologiske behandlingstiltak. Disse bør inngå i en helhetlig behandlingsplan når pasienten har langvarig smerte.

Tid og ressurser er en avgjørende faktor for at vi skal kunne bruke ikke- medikamentelle tiltak i hverdagen. Vi opplever at åndelig veiledning ofte blir ivaretatt ved at presten blir brukt regelmessig.

5.2.2 Kunnskap og klinisk erfaring hever kompetansen

I litteraturstudien kommer det frem at sykepleiere i hele ni av studiene føler de mangler kunnskap innen smertelindring (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Hirookia et al. 2014, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Phillips et al. 2013, Rustøen et al. 2013a, Rustøen et al. 2013b, Soden et al. 2010 og Wengström et al. 2013). Kun 5 % av 2160 sykepleiere i studien til Hirookia et al. (2013) føler de har gode kunnskaper og evner innen smertelindring. Dette er et betydelig antall sykepleiere som føler seg utrygge. Litteraturstudien viser at manglende kunnskap innen smertelindring er gjeldene for mange sykepleiere uavhengig av land eller verdensdel. Vi opplever å inneha en kunnskap som kun dekker det grunnleggende innen smertelindring, og ofte må vi søke hjelp hos andre med spesialkunnskap for å smertelindre pasientene på en optimal måte. Flere sykepleiere sier det burde være mer fokus på smertelindring i grunnutdanningen på sykepleien (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Jablonski og Duke 2012 og Molnes 2014). Mangelfull kunnskap forekommer om smertelindring både hos leger og sykepleiere. Fagområdet er stort og komplekst, og i noen tilfeller svært vanskelig (Gran, Gov og Landmark 2013).

Funnene i litteraturstudien viser at sykepleiere vil ha mer faglig oppdatering. Dette var i flere tilfeller vanskelig å få til på grunn av knappe ressurser og dårlig tid (Garcia, Whitehead og Winter 2015, Molnes 2014 og Phillips et al. 2013). At det ikke er kultur for å sette av tid til faglig oppdatering på arbeidsplassen er uheldig, men dessverre noe vi opplever i det daglige arbeidet. Likevel opplever vi at det har skjedd en holdningsendring angående videreutdanninger de siste årene. På grunn av samhandlingsreformen har det vært en utvikling av palliativ behandling i kommunehelsetjenesten. De siste årene har også Kompetanseløftet 2015 bidratt til kompetanseheving både gjennom kurs og støtte for personer i kommunene som ønsker videreutdanning innen palliasjon (Helsedirektoratet 2015b).

Klinisk erfaring kommer frem i litteraturstudien som en stor betydning for hvordan en kan identifisere, vurdere og lindre smertene til pasientene (Hirooka et al. 2014, Molnes 2014,

Rustøen et al. 2013a, Soden et al. 2010, Soden et al. 2013 og Wengström et al. 2013). Mange uerfarne sykepleiere hadde problemer med å skille gjennombruddssmerter og dårlig kontrollert bakgrunnssmerte, mens de med erfaring var mer selvsikre (Soden et al. 2010, Soden et al. 2013, Rustøen et al. 2013a og Wengström et al. 2013). Vi erfarer at sykepleiere som har jobbet lengst, er de med best kompetanse på smertelindring. De er også mer erfarne i bruk av medikamenter og tryggere i administreringen. Noen sykepleiere mente at kompetansen kom med årene og at denne kompetansen måtte deles med andre (Molnes 2014). Dette erfarer vi som et godt kompetansehevende tiltak på våre arbeidsplasser. God kvalitet av smertelindring forutsetter både kunnskap og erfaring hos helsepersonell (Kongsgaard et al. 2005). Manglende kompetanse og faglig usikkerhet førte til flere sykehusinnleggelseser (Jablonski og Duke 2012). Dette er noe vi selv har erfart, men i mindre grad etter innføring av samhandlingsreformen. Mye av den palliative kompetansen er erfaringsbasert. En kompetanse man bare kan tilegne seg ved å arbeide med alvorlig syke, døende og deres pårørende i et miljø med rom for refleksjoner og veiledning (Helsedirektoratet 2015b).

5.2.2.1 Holdninger preger kvaliteten

Litteraturstudien viser at sykepleiere er redde for at pasientene skal ha smerter, samtidig som flere funn viser at sykepleiere er redde for å gi for mye smertestillende. Medikamenter ble av den grunn holdt tilbake (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014 og Soden et al. 2010). Dette har vi også følt på begge to, da enkelte pasienter krever store doser med opiat for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. Simen Steindal (2013) konkluderer i sin doktorgradsavhandling med at én av ti ikke får tilstrekkelig smertelindring. Helsepersonell gir for lave doser, av frykt for fatale bivirkninger og for å bli beskyldt for aktiv dødshjelp, mener Steindal.

Holdninger spiller en stor rolle i smertelindringen. Noen sykepleiere har sterke meninger om når det skal bli gitt, mens andre avventer situasjonen. I noen tilfeller er det hvem som er på jobb som er det avgjørende for smertelindringen til pasientene (Jablonski og Duke 2012 og Molnes 2014). Dessverre opplever også vi at smertelindringen i noen tilfeller er personavhengig. Flere sykepleiere i studien til Jablonski og Duke (2012) sa at de måtte jobbe med seg selv for å ikke dømme enkelte pasienter. Mange tvilte i tilfeller på om pasientene trengte ekstra smertestillende, og hvor sterke smertene egentlig var. Mange sykepleiere brukte

også mye tid til å overbevise andre kollegaer om verdien av opioider hos pasienter med sterke smerter (Phillips et al. 2013). I følge Kaasa (2013a) skal man alltid tro pasienten om han sier han har smerter. Noen sykepleiere fra studien til Soden et. al (2010) sa at de vegret seg for å spørre om pasienten hadde smerter, fordi de da minnet pasienten på sykdommen og situasjonen.

5.2.3 Manglende retningslinjer og lite bruk av kartleggingsverktøy

Litteraturstudien viser at sykepleiere ønsker retningslinjer innen smertelindring. Hos de som allerede hadde det, var det et godt hjelpemiddel (Soden et al. 2010, Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Seyedfatemi et al. 2014, Rustøen et. al 2013b, Rustøen et al. 2013a og Phillips et al. 2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet 2015a) er et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med denne pasientgruppen, men vår kliniske erfaring tilsier at den i liten grad blir brukt som en retningslinje innen smertelindring på arbeidsplassen. Palliativ plan har i følge vår erfaring fått et økt fokus de siste årene, og brukes mer som et nyttig verktøy. Mange sykehjem i Norge bruker også LCP (Liverpool Care Pathway) som en tiltaksplan i livets slutfase (Paulsen et al. 2014).

Kaasa (2013a) sier at helsepersonell lenge har stolt på egen observasjon av pasientens smerte, men at dette fører til en usystematisk registrering. Systematisk registrering av egenrapportert smerte er viktig for en god diagnostikk og videre oppfølging av smertelindringen. Målet med kartleggingen er en optimal symptomkontroll.

Bruk av kartleggingsverktøy rapporteres i litteraturstudien å være svært nyttig innen smertelindring (Phillips et al. 2013, Rustøen et al. 2013a, Soden et al. 2010 og Molnes 2014). Likevel kommer det frem at sykepleiere bruker verktøyene i varierende grad. Sykepleierne mangler opplæring på kartleggingsverktøyene, og de blir beskrevet som tidkrevende, vanskelige å forholde seg til og at det er enklere og mindre belastende å spørre pasienten uten bruk av skjema eller skalaer (Rustøen et al. 2013a, Soden et al. 2010 og Molnes 2014). Vår erfaring samsvarer med funnene i litteraturstudien; manglende opplæring i å bruke skjemaene fører til at man heller lar være å bruke dem. Når man står i situasjoner hvor bruk av kartleggingsverktøy er hensiktsmessig har man ikke tid til å lære seg selv å bruke dem. Vi mener det burde satses mer på opplæring og bruk av kartleggingsverktøy fremover, siden

smertelindringen påvirkes i positiv retning. Molde Kommune har nylig gjort en implementering av ESAS i pasientjournalen. Ved at kartleggingsverktøyet har blitt mer tilgjengelig, håper vi dette fører til at flere benytter seg av ESAS i arbeidshverdagen.

5.2.4 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid fremmer en god smertelindring

Kommunikasjon og samhandling med kreftpasienter og deres pårørende er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie. Kommunikasjon er et verktøy for informasjonsoverføring, men også et middel til å bli kjent med pasienten, forstå, møte hans behov, og hjelpe vedkommende til å mestre situasjonen (Reitan 2010). Det kommer frem av litteraturstudien at mange sykepleiere legger vekt på kommunikasjon som sentralt i smertelindringen (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Soden et al. 2010 og Seyedfatemi et al. 2014). Spesielt fremheves det at sykepleierne i studien til Seyedfatemi et al. (2014) oppnår en psykologisk form for smertelindring hos pasientene gjennom samtale.

Vi opplever dialogen mellom sykepleier, pasient og pårørende som viktig, og ser ofte at kommunikasjonen kan være avgjørende for en god palliativ omsorg. Likevel kan samtaler bli nedprioritert i en hektisk hverdag, selv om vi ser at det er behov for det. Tid er en utfordring rundt kommunikasjonen ved at tidspress fører til kortere og dårligere samtaler. Dette er uheldig, da det viser seg at smertene kan avlastes gjennom samtale. Nedprioritering av kommunikasjon er også uheldig i forhold til en holistisk tilnærming til smerteproblematikken hvor man ser på alle dimensjonene av smerter som pasienten kan oppleve (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Soden et al. 2010 og Seyedfatemi et al. 2014).

I litteraturstudien kommer det frem at kommunikasjonsproblemer gjorde smertelindringen mer utfordrende for sykepleierne (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014 og Wengström et al. 2013). Vi ser at misforhold angående forventninger og ønsker innen smertelindringen kan føre til konflikt mellom partene. Vår erfaring tilsier at kommunikasjonsproblemer ofte baserer seg på misforståelser eller mangel på kunnskap. Sykepleiere i studien til Jablonski og Duke (2012) mente pasientene fikk for lite informasjon, og dermed ikke kunne forberede seg på smertene som kom. I følge Schjødt et al. (2013) vil god informasjon redusere engstelse og gi et bedre utgangspunkt for samarbeid.

Litteraturstudien viser at sykepleiere har for lite kunnskap om smerter og smertelindring, noe som førte til at undervisningen til pasienten og pårørende ble begrenset. Flere mente legen burde ha en mer aktiv rolle i kommunikasjonen rundt dette (Jablonski og Duke 2012 og Wengström et al. 2013). Dette er noe vi selv erfarer ved komplekse sykdommer og smerter, vi henviser da pasient og pårørende til samtale med lege dersom noe er uklart.

Et annet kommunikasjonsproblem som fremkommer av litteraturstudien er at legen ikke alltid tok sykepleierens observasjoner og vurderinger på alvor. Dette skapte frustrasjon hos sykepleierne og førte til en dårligere smertelindring (Jablonski og Duke 2012). Vi opplever også at legene kan være usikre rundt den palliative behandlingen pasienten får, og må søke råd hos andre. Haugen, Jordhøy og Hjermsstad (2013) sier man må søke spesialkunnskap der hvor den grunnleggende kunnskapen ikke er god nok.

Tverrfaglig samarbeid ble trukket frem som viktig for smertelindringen i flere av forskningsartiklene. Sykepleierne mente det var viktig å vite hvor man kunne søke råd og veiledning (Jablonski og Duke 2012, Molnes 2014, Garcia, Whitehead og Winter 2015, Phillips et al. 2013 og Soden et al. 2010). Erfaringsmessig er vi flinke til å benytte oss av spesialiserte tjenester innen palliasjon og ser godt nytten av dette. Kreftpasientene i palliativ fase i våre kommuner er tilknyttet det palliative teamet. I tillegg brukes andre yrkesgrupper om nødvendig, deriblant fysioterapeuter, sosionomer og prester. I våre kommuner er det også ressurspersoner som er tilknyttet fylkesvise fagnettverk i palliativ behandling som vi jevnlig tar kontakt med.

I Australia kunne avstanden i distriktene være en utfordring for å få tilgang til spesialiserte tjenester (Phillips et al. 2013). Dette kan en oppleve i Norge også. Kommunene kan organisere virksomheten og tjenestene som de vil, og derfor mangler mange kommuner et særskilt organisert tilbud innen palliasjon (Helsedirektoratet 2015b). I følge Haugen, Jordhøy og Hjermsstad (2013) er spesialiserte tilbud en forutsetning for å kunne gi god nok hjelp til pasienter med komplekse plager og symptomer. Palliative sengeenheter fremmes, hvor hensikten er at pasienten hele tiden skal ha tilgang på den nødvendige kompetansen. Litteraturstudien viser det var en fordel for pasienten å få behandling ved en palliativ enhet (Jablonski og Duke 2012 og Phillips et al. 2013).

Haugen, Jordhøy og Hjerme (2013) fremhever at pasienter med langtkommen sykdom ofte må flytte mellom ulike omsorgstilbud, som fra sykehus til kommunehelsetjeneste. En god organisering må sikre at disse overgangene foregår så smertefritt som mulig. Molnes (2014) og Jablonski og Duke (2012) fremhever nettopp dette, at det er uheldig at pasientene flyttes på. Da oppstod det ofte kommunikasjonsproblemer og økt belastning for pasienten. Dessverre er dette noe vi opplever jevnlig.

6.0 Konklusjon

Litteraturstudien viser at sykepleieres erfaringer med smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase er gjennomgående like uavhengig av spesialist- eller kommunehelsetjeneste, land eller kultur. Sykepleierne erfarer at kreftpasienter har smerter som er komplekse og vanskelige å lindre. Mangel på kunnskap innen smertelindring var et stort problem hos mange. Noen var redde for undermedisinering, mens andre var redde for overmedisinering. Den enkelte sykepleiers holdninger og erfaringer var av stor betydning for smertelindringen. Mange vegret seg for å bruke opiater, og holdt tilbake medisineren på grunn av egen frykt. I tilfeller var hvem som var på jobb avgjørende for hvilken smertelindring pasienten fikk.

Sykepleierne påpekte at individuell pleie og omsorg var avgjørende, og at smertene kunne avlastes gjennom samtale. God kommunikasjon var viktig for en god smertelindring, mens kommunikasjonsproblemer virket hemmende. Tverrfaglig samarbeid ble trukket frem som viktig, og som en trygghet hvor sykepleierne kunne søke råd og veiledning.

Sykepleierne fremhevet en tilnærming til den «totale» smerten som viktig, og knyttet dette til en bedre smertelindring og en bedre livskvalitet hos pasientene. Likevel hadde mange utfordringer med å gjennomføre tiltak som ikke direkte var rettet mot fysisk smerte. Manglende ressurser i form av personell, krevende arbeidsmiljø og tidspress var faktorer som påvirket smertelindringen i negativ retning.

Kartleggingsverktøy innen smertelindring viste seg å være nyttig, men lite brukt. Sykepleiere etterlyste derimot retningslinjer innen smertelindring, slik at de hadde noe konkret å forholde seg til.

6.1 Konsekvenser for praksis

Det må satses mer på kompetanseheving blant sykepleiere innen smertelindring. Flere studier påpeker at dette burde fokuseres mer på allerede i grunnutdanningen til sykepleie. Sykepleiere savner faglige forum og mulighet til å oppdatere seg på kunnskap i arbeidstiden. Det bør

være rom for refleksjon og innhenting av ny kunnskap, selv i arbeidstiden. Dette er noe hver enkelt arbeidsplass bør frigi plass til, selv om det koster både tid og penger.

Sykepleiere er generelt flinke til å bruke det tverrfaglige teamet i komplekse pasientsituasjoner. En må også benytte seg av den kliniske erfaringen og kompetansen andre kollegaer har på arbeidsplassen. En må jobbe sammen, og rådføre seg der hvor man er usikker.

Fokuset på kartleggingsverktøy og retningslinjer for klinisk bruk må økes. Dette er gode hjelpemidler, men brukes i varierende grad. Bruk av kartleggingsverktøy og utvikling av retningslinjer er et overordnet ansvar som bør innføres rutinemessig på egen arbeidsplass.

Fokus på smertelindrende tiltak utenom medisinerings bør også økes, da det har stor betydning for pasientens livskvalitet. Sykepleiere må sørge for at annet helsepersonell også er oppmerksom på dette. Dette kan være tiltak som i utgangspunktet ikke krever mye tid og ressurser, dersom man gjør det som en naturlig del av tilnærmingen til pasienten.

6.2 Forslag til videre forskning

Det viser seg å være mye kvantitativ forskning på området. Selv om den kvantitative forskningen gav oss mange svar, følte vi at problemstilling hadde blitt bedre besvart om det fantes mer kvalitativ forskning.

I litteraturstudien kommer det frem at sykepleiere har mange utfordringer innen smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Det kunne for eksempel gjøres mer kvalitativ forskning på sykepleieres erfaringer om hva som fremmer og hemmer smertelindring til denne pasientgruppen.

Litteraturliste

Bjørger, Steinar. 2010. «Smerte og smertebehandling» I: *Kreftsykepleie: pasient-utfordring–handling*. Red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 194-213. Oslo: Akribe forlag.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematisk litteraturstudier: vädering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och bokförlaget Natur & kultur.

Garcia, Alicia, Dean Whitehead og Helen S. Winter. 2015. «Oncology nurse's perception of cancer pain: a qualitative exploratory study». *Nursing Praxis in New Zealand*. Vol. 31. No. 1: 27-33.

Gran, Siv Venke, Katrine Grov og Bjørg Th. Landmark. 2013. «Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem». *Sykepleien Forskning* 3 (8): 220-230.

Haugen, Dagny Faksvåg, Marit S. Jordhøy og Marianne Jensen Hjermsstad. 2013. «Organisering av palliative tilbud» I: *Palliasjon: Nordisk lærebok*, red. Stein Kaasa, 197-258. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Helsedirektoratet. 2015a. «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen». Nasjonale faglige retningslinjer. (Lest 17.02.16).

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>

Helsedirektoratet. 2015b «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt: Å skape liv til dagene». (Lest 16. 04. 2015).
https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

Hirooka, Kayo, Mitsunori Miyashita, Tatsuya Morita, Takeyuki Ichikawa, Saran Yoshida, Nobuya Akizuki, Miki Akiyama, Yutaka Shirahige og Kenji Eguchi. 2014. "Regional medical professionals' confidence in providing palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan". *Japanese Journal of Clinical Oncology* 44 (3): 249-256.

Jablonski, Kevin og Gloria Duke. 2012. "Pain management in person who are terminally ill in rural acute care". *Journal of Hospice and Palliative Nursing* Vol. 14, No 8: 533-540.

Kaasa, Stein. 2013a. «Smertediagnostikk» I: *Palliasjon: Nordisk lærebok*, red. Stein Kaasa, 285-310. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Kaasa, Stein. 2013b. «Smertebehandling» I: *Palliasjon: Nordisk lærebok*, red. Stein Kaasa, 261-269. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Kaasa, Stein og Petter Chr. Borchgrevink. 2013. «Hva er smerte?» Et klinisk perspektiv.» I: *Palliasjon: Nordisk lærebok*, red. Stein Kaasa, 271-283. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff. 2008. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kongsgaard, Ulf , Stein Kaasa , Ola Dale , Stig Ottesten , Tone Nordøy, Sten Erik Hessling, Sebastian von Hofacker, Øyvind Bruland og Anita Lyngstadaas. 2005. «Lindring av smerter hos kreftpasienter. nr. 09 – 2005. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten». (Lest: 17.04.16). <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/lindring-av-smerter-hos-kreftpasienter>

Kreftregisteret. 2016. «Fakta om kreft». (Lest 17.02.16).
<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Lindring i nord. 2012 «Håndbok i lindrende behandling». (Lest 17.02. 16).

http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flyttet_fra_intra.pdf

Molnes, Svein Inge. 2014. Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning* Vol. 4, No. 2: 142-156.

Nakano, Kimiko, Kazuki Sato, Harumi Katayama og Mitsunori Miyashita. 2013. «Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses». *Palliative and Supportive Care* 11: 405-413.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2016. *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. (Lest: 06.01.16) <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Nome, Ole. 2010 «Generell onkologi» I: *Kreftsykepleie: pasient-utfordring– handling*. Red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 367-398. Oslo: Akribe forlag.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. 2016. *Tema: Database for statistikk om høgre utdanning*, Publiseringsskanaler. (Lest: 06.01.16)
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! - En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Akribe forlag.

Paulsen, Sidsel Riisberg, Inger Lise Elvestduen, Trine Merete Edlerwoll, Astri M Andersson og Jorunn Abrahamsen. 2014. «Kvalitetssikrer omsorg til døende». *Sykepleien* 102 (6): 58-61.

Phillips, Jane L., Melanie Lovell, Tim Lockett, Meera Agar, Anna Green og Patricia Davidson. 2013. «Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective». *Collegian* 22: 33-41.

Reitan, Anne Marie. 2010. «Kommunikasjon». I *Kreftsykepleie: pasient- utfordring-handling*. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjøberg (red). 102- 120. Oslo: Akribeforlag.

Rustøen, Tone, Jenske I. Geerling, Theodora Pappa, Carina Rundström, Isolde Weisse, Sian C. Williams, Bostjan Zavratnik, Ulf E. Kongsgaard og Yvonne Wengström. 2013b. «A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices». *European Journal of Oncology Nursing* 17: 95-100.

Rustøen, Tone, Jenske I. Geerling, Theodora Pappa, Carina Rundström, Isolde Weisse, Sian C. Williams, Bostjan Zavratnik og Yvonne Wengström. 2013a. «How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey». *European Journal of Oncology Nursing* 17: 402-407.

Schjødt, Borrik, Dagny Faksvåg Haugen, Marianne Straume og Randi Værholm. 2013. «Familien» I: *Palliasjon: Nordisk lærebok*, red. Stein Kaasa, 89-114. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Seyedfatemi, Naimeh, Leili Borimnejad, Marjan Mardani Hamooleh, Mamak Tahmasebi. 2014. «Iranian nurse's perceptions of palliative care for patients with cancer pain». *International Journal of Palliative Nursing* Vol. 20, No 2: 69-74.

Soden, Katie, Simone Ali, Lara Alloway, David Barclay, Paul Perkins, Stephanie Barker. 2010. "How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study". *Palliative medicine* 24 (3):294-298.

Soden, Katie, Simone Ali, Lara Alloway, David Barclay, Stephanie Barker, Lydia Bird, Lesley Hall og Paul Perkins. 2013. "How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study". *International Journal of Palliative nursing* Vol.19, No 11.

Steindal, Simen Alexander. 2013. *Symptoms, clinical signs, and treatment of hospitalised patients in the last three days of life - healthcare workers' documentation*. Doktorgradavhandling. Universitetet i Oslo: 7 juni 2013.

Sæteren, Berit. 2010 «Omsorg for døende pasienter» I: *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 235-256. Oslo: Akribe forlag.

Valeberg, Berit Taraldsen, Kristin Bjordal og Tone Rustøen. 2010. «Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling». *Sykepleien Forskning* 5 (4):266-276.

Wengström, Yvonne, Carina Rundström, Jenske I. Geerling, Theodora Pappa, Isolde Weisse, Sian C. Williams, Bostjan Zavratnik og Tone Rustøen. 2014. "The management of breakthrough cancer pain educational needs in a European nursing survey". *European Journal of cancer care* 23: 121-128.

Vedlegg 1: PIO-skjema

P	I	C	O
Cancer* Cancer Neoplasm* Palliati* Terminal* End-of-li* Die* Dying* Death*	Nurs*		Pain* Experienc*

Vedlegg 2: Søkehistorikk

SØK 1							
#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Nurs*	27.11.15	Ovid Medline	570 359	0	0	0
2.	Cancer	27.11.15	Ovid Medline	1 276 460	0	0	0
3.	Neoplasms*	27.11.15	Ovid Medline	2 322 050	0	0	0
4.	2. AND 3.	27.11.15	Ovid Medline	1 100 947	0	0	0
5.	1. AND 4.	27.11.15	Ovid Medline	6632	0	0	0
6.	Pain*	27.11.15	Ovid Medline	538 438	0	0	0
7.	5. AND 6.	27.11.15	Ovid Medline	1841	0	0	0
8.	Palliati*	27.11.15	Ovid Medline	69 014	0	0	0
9.	Terminal	27.11.15	Ovid Medline	354 681	0	0	0
10.	End-of-life*	27.11.15	Ovid Medline	65 334	0	0	0
11.	8. OR 9. OR 10.	27.11.15	Ovid Medline	419 079	0	0	0
12.	7. AND 11	27.11.15	Ovid Medline	559	0	0	0
13.	Tool*	27.11.15	Ovid Medline	412 193	0	0	0
14.	Assess*	27.11.15	Ovid Medline	92 101 165	0	0	0
15.	Mapping tool*	27.11.15	Ovid Medline	284	0	0	0
16.	Pain measurement	27.11.15	Ovid Medline	163 944	0	0	0
17.	Map*	27.11.15	Ovid Medline	330 465	0	0	0
18.	Evaluate*	27.11.15	Ovid Medline	2 544 206	0	0	0
19.	13. OR 14. OR 15. OR 16. OR 17. OR 18.	27.11.15	Ovid Medline	2 305 828	0	0	0
20.	12. AND 19.	27.11.15	Ovid Medline	1356	0	0	0
21.	Experienc*	27.11.15	Ovid	7 100 07	0	0	0

			Medline				
22.	20. AND 21.	27.11.15	Ovid Medline	396	0	0	0
23.	2010- current	27.11.15	Ovid Medline	106	33	7	1
TOTALT INKLUDERTE ARTIKLER FRA DETTE SØKET:							1

SØK 2.							
#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Cancer*	21.01.16	Ovid Medline	127 6460	0	0	0
2.	Cancer	21.01.16	Ovid Medline	132 3196	0	0	0
3.	Neoplasm*	21.01.16	Ovid Medline	232 2050	0	0	0
4.	1. OR 2. OR 3.	21.01.16	Ovid Medline	251 3841	0	0	0
5.	2010 - current * AND Danish OR English OR Swedish OR Norwegian	21.01.16	Ovid Medline	574 037	0	0	0
6.	Palliat*	21.01.16	Ovid Medline	68 469	0	0	0
7.	Terminal*	21.01.16	Ovid Medline	354 433	0	0	0
8.	End-of-li*	21.01.16	Ovid Medline	20 493	0	0	0
9.	Die	21.01.16	Ovid Medline	200 237	0	0	0
10.	Dying	21.01.16	Ovid Medline	25 876	0	0	0
11.	Death	21.01.16	Ovid Medline	566 237	0	0	0
12.	6 or 7 or 8 or 9 or 10	21.01.16	Ovid Medline	119 4336	0	0	0
13.	5 and 12	21.01.16	Ovid Medline	20 556	0	0	0
14.	Nurs*	21.01.16	Ovid Medline	570 359	0	0	0
15.	13 and 14	21.01.16	Ovid Medline	939	0	0	0
16.	Pain*	21.01.16	Ovid Medline	538 438	0	0	0
17.	15 and 16	21.01.16	Ovid Medline	153	34	5	2

18.	Experienc*	21.01.16	Ovid Medline	734 520	0	0	0
19.	17 and 18	21.01.16	Ovid Medline	54	54	0	0
TOTALT INKLUDERTE ARTIKLER FRA DETTE SØKET:							2

SØK 3.							
#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Cancer* OR Neoplasm*	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
2.	Palliati* OR terminal OR end-of-li* OR Die OR Dying OR Death	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
3.	1. AND 2.	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
4.	Nurs*	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
5.	Pain*	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
6.	3. AND 4. AND 5.	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
7.	Scholarly Journals	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
8.	Exact article	21.01.16	ProQuest		0	0	0
9.	English OR Swedish OR Norwegian OR Dansih	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
10.	After 2009	21.01.16	ProQuest	33	17	2	1
11.	Experienc*	21.01.16	ProQuest	0	0	0	0
12.	10 AND 11	21.01.16	ProQuest	22	22	0	0
TOTALT INKLUDERTE ARTIKLER FRA DETTE SØKET:							1

SØK 4.							
#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Cancer	23.01.16	Cinahl	149 216	0	0	0
2.	Cancer*	23.01.16	Cinahl	149 546	0	0	0
3.	Neoplasm*	23.01.16	Cinahl	172 613	0	0	0
4.	1. OR 2. OR 3.	23.01.16	Cinahl	218 915	0	0	0
5.	Pain*	23.01.16	Cinahl	142 293	0	0	0
6.	4. AND 5.	23.01.16	Cinahl	14 507	0	0	0

7.	nurs*	23.01.16	Cinahl	621 180	0	0	0
8.	6. AND 7.	23.01.16	Cinahl	2621	0	0	0
9.	Limit date 2010- 2016	23.01.16	Cinahl	643	0	0	0
10.	Experienc*	23.01.16	Cinahl	73 180	0	0	0
11.	8. AND 9. AND 10.	23.01.16	Cinahl	195	87	7	5
12.	Palliati*	23.01.16	Cinahl	28 584	0	0	0
13.	Terminal*	23.01.16	Cinahl	24 256	0	0	0
14.	end-of-li*	23.01.16	Cinahl	10748	0	0	0
15.	Die*	23.01.16	Cinahl	124 039	0	0	0
16.	dying*	23.01.16	Cinahl	8924	0	0	0
17.	Death*	23.01.16	Cinahl	85 265	0	0	0
18.	12. OR 13. OR 14. OR 15. OR. 16 OR 17.	23.01.16	Cinahl	238 424		4	0
19.	11. AND 18	23.01.16	Cinahl	75	75	4	2
TOTALT INKLUDERTE ARTIKLER FRA DETTE SØKET:							7

SØK 5.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Cancer*	25.01.16	PsycInfo	37 132	0	0	0
2.	Cancer	25.01.16	PsycInfo	41 705	0	0	0
3.	Neoplasma*	25.01.16	PsycInfo	29 628	0	0	0
4.	1. OR 2. OR 3.	25.01.16	PsycInfo	42 451	0	0	0
5.	2010- current	25.01.16	PsycInfo	24 689	0	0	0
6.	Danish, English, Norwegian, Swedish	25.01.16	PsycInfo	23 319	0	0	0
7.	Palliati*	25.01.16	PsycInfo	9782	0	0	0
8.	Terminal*	25.01.16	PsycInfo	14 330	0	0	0
9.	End-of-li*	25.01.16	PsycInfo	6568	0	0	0
10.	Die og dying	25.01.16	PsycInfo	27 943	0	0	0
11.	Death	25.01.16	PsycInfo	51 163	0	0	0
12.	7 or 8 or 9 or 10 or 11	25.01.16	PsycInfo	77 172	0	0	0
13.	6 and 12	25.01.16	PsycInfo	3872	0	0	0
14.	Nurs*	25.01.16	PsycInfo	53 692	0	0	0

15.	13 and 14	25.01.16	PsycInfo	406	0	0	0
16.	Pain*	25.01.16	PsycInfo	60 785	0	0	0
17.	15 and 16	25.01.16	PsycInfo	83	28	5	0
18.	Experienc*	25.01.16	PsycInfo	343 231	0	0	0
19.	17 and 18	25.01.16	PsycInfo	31	8	2	0
TOTALT INKLUDERTE ARTIKLER FRA DETTE SØKET:							0

Manuelle søk	
Inkludert artikkel	Manuelt søk gjort i artikkel:
How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicenter study (Soden et al. 2010).	How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study (Soden et al. 2013).

Vedlegg 3: Oversiktstabell

Artikkel nummer	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
1	Garcia, Alicia, Dean Whitehead og Helen S. Winter 2015 New Zealand Nursing Praxis in New Zealand. Vol 31. No 1.	Oncology nurse's perception of cancer pain: a qualitative exploratory study	Å undersøke hvordan kreftsykepleiere oppfatter, opplever og vurderer kreftsmarter hos sine pasienter. I tillegg til å fremheve faktorer som påvirker bruken av effektive strategier innen smertelindring.	Kvalitativ metode. Beskrivende og undersøkende design gjennomført ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervju som bestod av åpne spørsmål. Et målrettet utvalg ble gjort for å inkludere erfarne sykepleiere som hadde kunnskap om fenomenet.	Fem sykepleiere fra en kreftavdeling i New Zealand ble utvalgt. Alderen på sykepleierne varierte fra 32 til 55 år, med en gjennomsnittlig erfaring på ti år med kreftpasienter. Alle deltakerne var kvinner. Ingen dokumenterte frafall.	Sykepleierne erfarte at kreftsmarter var komplekse, vanskelig å behandle, og at det var stor variasjon på tvers av kreftsykdommene. De prøvde likevel så godt de kunne forstå pasientens selvrapporing av smerte. Sykepleiernes kunnskaper om tolkning og observasjon av smerter var en klar fordel da de kunne se at pasienten hadde det vondt. Sykepleierne hadde høye forventninger til seg selv og følte seg forpliktet til å lindre smerte slik at pasienten hadde lite eller ingen smerter. Sykepleierne uttrykte ofte frustrasjon og hjelpeløshet, og en av de vanligste faktorene var tidspress. Samarbeid mellom ulike profesjoner ble trukket frem som viktig for å få til en god smertelindring. Psykologiske tiltak i forhold til smertelindring ble nevnt som et krevende	Studien ble etisk godkjent av Multi- regional Health and Disability Ethics Committee. Deltakerne ble informert om formålet med studien, og informert samtykke ble innhentet. Pseudonyme navn ble brukt for å opprettholde anonymitet.	Tidsskrift: Nivå 1

						<p>arbeid som de ikke hadde tid til eller prioriterte nok i arbeidet sitt.</p> <p>Tung arbeidsmengde, mangel på personell og ressurser ble fremhevet som barrierer for god smertelindring sammen med personlige barrierer som bekymring, frustrasjon og hjelpeløshet spesielt knyttet til underbehandling av smerter.</p> <p>Studien identifiserte manglende erfaring og utdanning hos sykepleiere. Mangel på helhetlig vurdering av smerte og underskudd av kunnskap om farmakologi og ikke - farmakologisk behandling av smerte.</p>		
2	<p>Soden, Katie, Simone Ali, Lara Alloway, David Barclay, Paul Perkins og Stephanie Barker.</p> <p>2010 England</p> <p>Palliative Medicine 24(3) 294–298</p>	<p>How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study.</p>	<p>Å få en bedre forståelse for hvordan sykepleiere ved palliative enheter vurderer og håndterer gjennombrudds-smerter.</p>	<p>Kvalitativ studie. Tematisk analyse av semistrukturerte intervju.</p> <p>Utvalget ble gjort ut fra et randomiseringsprogram.</p>	<p>15 sykepleiere fra fem forskjellige spesialiserte palliative enheter i England ble inkludert i studien.</p> <p>Sykepleierne hadde jobbet innen palliativ omsorg i gjennomsnitt på 8 år.</p>	<p>Funnene ble kategorisert i fire temaer: identifisering av gjennombruddssmerter, vurdere gjennombruddssmerter, lindre gjennombruddssmerter og holdninger/teamarbeid.</p> <p>Sykepleierne hadde store problemer med å identifisere gjennombruddssmerter som en undertype av smerter og hadde vansker med å skille det fra dårlig kontrollert bakgrunnsmerter.</p>	<p>Studien ble etisk godkjent av North West Multi-centre Research Ethics Committee.</p> <p>Deltakerne ble informert om formålet med studien, og informert samtykke ble</p>	<p>Tidsskrift: Nivå 1</p>

					<p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>Sykepleierne var tydelige på at de måtte gjøre helhetsvurderinger av smerte som omfattet både det psykiske, åndelige og sosiale, så vel som det fysiske.</p> <p>Gjennombruddssmerter var ofte sett på som knyttet til angst, og sett på som en komponent i den «totale» smerten.</p> <p>Det var lite struktur på når man skulle gi medisiner, selv om de visste hva som fantes av smertelindring. Det manglet systematiske vurderinger av gjennombruddssmerter. Bruk av skalaer og spørreskjemaer varierte, og ble opplevd som tidkrevende og av tvilsom relevans. Sykepleierne påpekte at erfaring hadde mye å si for hvordan de kunne indentifisere og vurdere smertene til pasientene.</p> <p>Sykepleierne sa at smerter i tilfeller var vanskelige å kontrollere. De var spesielt bekymret for underbehandling av smerter. Det var en utbredt bruk av ikke-medikamentell smertelindring, og sykepleierne var kreative i situasjoner hvor</p>	innhentet.	
--	--	--	--	--	------------------------------------	---	------------	--

						smertelindring var vanskelig. Samarbeid var tydelig viktig, og god kommunikasjon og dokumentasjon ble fremhevet.		
3	<p>Molnes, Sven Inge</p> <p>2014 Norge</p> <p>Nordic Nursing Research Nr.2 2014. Vol. 4. 142–156</p>	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.	Å belyse hvordan sykepleiere opplever kompetansen i smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.	Kvalitativ studie. Halvstruktureerte, individuelle intervju.	<p>10 sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleie i tre forskjellige omsorgsdistrikt ble innhentet til undersøkelsen. Distriktslederne var behjelpelige med å identifisere aktuelle respondenter innen lindrende smertebehandling, som videre gikk gjennom ulike inklusjonskriterier .</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>Sykepleierne var stort sett fornøyd med egen innsats til hjemmeboende kreftpasienter, men å tilby den beste smertelindringen var en stor utfordring.</p> <p>Sykepleierne hadde et sterkt ønske om faglig oppdatering. Noen av sykepleiere mente kompetansen kom med årene, og at man måtte dele denne kompetansen med andre for å heve kompetansen på arbeidsplassen. Flere mente at det burde være mer fokus på smertelindring i grunnutdanningen på sykepleien.</p> <p>Sykepleierne opplevde at bemanningen var lav og at det gikk ut over pasientene fordi de ikke ble fulgt opp på best mulig måte. Ressursmangel førte til dårlig smertelindring til kreftpasienter fordi de ikke fikk observert pasienten over tid, og dermed ikke kartlagt smertene. Sykepleierne sa at de ansatte spilte en vesentlig rolle i det å gi smertelindring. Sykepleierne</p>	Studien ble etisk godkjent av Norsk samfunnsviten skapelig datatjeneste AS. Deltakerne ble informert om formålet med studien, og informert samtykke ble innhentet.	Tidsskrift: Nivå 1.

					<p>gav uttrykk for at det var vanskelig å bestemme seg for når man skal gi og ikke gi smertelindring. Noen sykepleiere har sterke meninger når det skal gis, mens andre avventer situasjonen. I noen tilfeller er hvem som er på jobb avgjørende for smertelindringen til pasientene. Personlige meninger var også med på å påvirke smertebehandlingen. Det var også litt uenighet angående administrasjonsform av medikamentene. Flere av sykepleierne vegret seg for å bruke morfin, noe som førte til at de var tilbakeholdne med å gi smertestillende da de var redd for å gi for mye. Å gi akkurat passe mengde smertelindring var en utfordring og skapte ofte uenighet blant sykepleierne.</p> <p>Sykepleierne benyttet sjeldent kartleggingsverktøy for å vurdere smerteopplevelsen til pasientene, på grunn av manglende opplæring i kartleggingsverktøy, at det var tidkrevende, og noen mente det var nok å spørre pasientene. Manglende kompetanse og faglig usikkerhet førte til sykehusinnleggelser. Palliative</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						team, hospitering og smerteteam var til god hjelp i smertelindringen.		
4	<p>Seyedfatemi, Naimeh, Leili Borimnejad, Marjan Mardani Hamooleh og Mamak Tahmasebi.</p> <p>2014 Iran</p> <p>International Journal of Palliative Nursing. Vol 20. No 2.</p>	Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain.	Å identifisere iranske sykepleieres oppfatninger av palliativ omsorg for pasienter med kreftsmarter.	Kvalitativ studie. Semi- strukturerte individuelle intervjuer som bestod av åpne spørsmål.	<p>Studien ble gjennomført i kreftavdelinger på tre ulike undervisnings-sykehus i Teheran. Avdelingene hadde 15-32 senger og tilbydde palliativ omsorg til kreftpasienter.</p> <p>15 sykepleiere fra de tre ulike sykehusene ble utvalgt til studien, 11 kvinner og 4 menn. Sykepleierne ble rekruttert fra avdelingene gjennom målbevisst variasjon i utprøvingen.</p> <p>Sykepleierne var mellom 26-49 år og erfaringen deres varierte fra fire til 18 år.</p>	<p>Funnene ble inndelt i to hovedkategorier: behandling av fysisk smerte, og psykisk smerte.</p> <p>Behandling av fysisk smerte hadde to underkategorier: mental forberedelse som innebar støtte og stressreduksjon, og medikamentell smertelindring. Sykepleierne mente at medikamenter ville lindre den fysiske smerten godt. De hadde rutine på når og hvordan de gav smertelindring til pasientene. Sykepleierne mente også at kommunikasjon og handling var viktig i lindring av de fysiske symptomene. Ved å snakke med pasientene og få dem til å uttrykke sine indre følelser bidrog det til å avlaste den fysiske smerten.</p> <p>Sykepleierne mente at å lindre psykisk smerte var et viktig aspekt ved kreftsmarter. Psykologisk lindring ble oppnådd når sykepleierne var støttende og reduserte stressnivået til pasientene. Sykepleierne sa at kreftsykdommen påvirket</p>	<p>Studien ble etisk godkjent av Teheran University of Medical Sciences.</p> <p>Deltakerne ble informert om formålet med studien, og informert samtykke ble innhentet.</p>	Tidsskrift: Nivå 1.

					<p>Intervjuene foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>mange dimensjoner i livet, og de hadde ofte en dyp psykisk smerte, som sykepleierne måtte hjelpe dem med å lindre.</p>		
5	<p>Jablonski, Kevin, og Gloria Duke.</p> <p>2012 USA</p> <p>Journal of Hospice and Palliative Nursing Vol. 14, No 8: 533-540.</p>	<p>Pain Management in Persons Who Are Terminally Ill in Rural Acute Care</p>	<p>Å undersøke sykepleieres oppfatninger av barrierer og hva som tilrettelegger for en effektiv smertebehandling hos terminalt syke pasienter.</p>	<p>Beskrivende kvalitativ studie. Spørsmålene ble sendt på e-post etterfulgt av individuelle intervju.</p>	<p>Sykepleiere som til vanlig jobbet med akutt og terminalt syke pasienter ble rekruttert. 40 sykepleiere ble forespurt om å delta, kun 11 var villig. En av dem trakk seg etterhvert. Så deltakere var til slutt 10 sykepleiere. Deltakerne hadde mellom 1 og 33 års erfaring. 2 av sykepleierne hadde erfaringer fra å jobbe på hospice.</p>	<p>En av de største barrierene ved smertelindring var dårlig smertevurdering. Det ble uttrykt at sykepleiere trenger mer utdanning for å jobbe med terminalt syke. Sykepleiernes personlige forhold hadde stor betydning for beslutningsprosesser rundt dette. Smertestillende ble i noen tilfeller holdt tilbake grunnet bekymring for overdosering, og at pasienten ville dø. Det var også en frykt for hjelpeløshet og maktesløshet når en så pasienter med smerter, og var ute av stand til å hjelpe. Uerfarne sykepleiere ble fremhevet som at de ikke var i stand til å møte smertebehovene effektivt.</p> <p>Flere sykepleiere måtte jobbe med seg selv for å ikke ha en dømmende holdning. Mange tvilte i tilfeller på om pasientene</p>	<p>Studien ble etisk godkjent av University of Teas at Tyler's Institutional Review Board.</p> <p>Deltakerne ble informert om formålet med studien, og informert samtykke ble innhentet.</p>	<p>Tidsskrift: Nivå 1.</p>

					<p>trengte ekstra smertestillende, og hvor sterk smertene egentlig var.</p> <p>Konflikter oppstod både hos pårørende, pasienten, legen og sykepleierne. De hadde mange meninger om når smertestillende skulle gis. Sykepleiere kom ofte bort i situasjoner som skapte moralske konflikter fordi de mente at pasienten ikke fikk den optimale pleien.</p> <p>Sykepleierne mente at pasientene ble for lite informert om tilstanden, og dermed ikke kunne forberede seg på de smertene som kom til å komme.</p> <p>Noen mente at både leger og sykepleiere i tilfeller manglet ferdigheter i å undervise pasienter og pårørende i smertelindring.</p> <p>I mange tilfeller var det kommunikasjonsproblemer mellom sykepleier og legen, og legen virket ikke å forstå eller ta på alvor det sykepleierne observerte og vurderte.</p> <p>Det var også tidsbegrensninger i å gjennomføre skikkelige smertevurderinger og å undervise pasienten og pårørende om smerter/smertelindring.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						Sykepleierne mente at utdanning for alle som er involvert med omsorg for døende pasienter var avgjørende for en optimal smertebehandling. Sykepleierne mente også at individuell pleie og omsorg var viktig. Det ble også fremhevet alternative behandlingsformer som musikk, åndelig veiledning og bruk av visuelle bilder i tillegg til medisiner. Kommunikasjon var veldig viktig mellom alle partene.		
6 (a)	Rustøen, Tone, Jenske I. Geerling, Theodora Pappa, Carnia Rundström, Isolde Weisse, Sian C. Williams, Bostjan Zavratnik, Ulf E. Kongsgaard og Yvonne Wengström. 2013 Europa. European Journal of	A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices	Å vise sykepleieres erfaringer med gjennombruddssmerter, hvordan gjennombruddssmertene ble behandlet og hvilken betydning ulike behandlingsfaktorer hadde.	Kvantitativ studie. Sykepleiere fra 12 europeiske land som var engasjert i pasienter med kreft, deltok i en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble laget på engelsk og så oversatt til språkene i de ulike landene, og så tilbake igjen til engelsk.	Totalt 1618 sykepleiere ble rekruttert og 1 241 fullførte spørreundersøkelsen. 90 % av sykepleierne var kvinner og 50, 4 % hadde over ni års erfaring innen kreftsykepleie.	Gjennombruddssmerter ble ansett som et stort problem. 47 % av sykepleierne sa at pasientene deres led av gjennombruddssmerter 2-3 ganger i løpet av dagen, hvor disse smertene var veldig sterke. Likevel sa 38, 4 % at de var uvitende til at det fantes medisiner spesielt egnet til slike typer smerter. 57 % sa at de brukte orale opioider mot slike smerter. De mest vanlige smertestillende var morfin, oxynorm og fentanyl. 38, 3 % av sykepleierne oppgav at de brukte ikke-medikamentelle tiltak for å lindre smertene. Den vanligste	REK Helse Sør-Øst har godkjent studien.	Tidsskrift: Nivå 1.

	oncology Nursing 17 (2013) 95-100					<p>tilnærmingen var stillingsendringer og akupunktur. Bruken av ikke-medikamentelle tiltak varierte mellom landene.</p> <p>Det kom også frem at mange sykepleiere gav pasientene råd om å ikke ta sterke smertestillende, fordi smerten ikke alltid var like intens. Dette var fordi sykepleierne var bekymret for bivirkninger og avhengighet.</p>		
7 (a)	<p>Rustøen, Tone, Jenske I. Geerling, Theodora Pappa, Carnia Rundström, Isolde Weisse, Sian C. Williams, Bostjan Zavratnik, og Yvonne Wengström.</p> <p>2013 Europa</p> <p>European Journal of oncology Nursing 17</p>	How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives - Results of a European survey	<p>Å øke kunnskapen om hvordan sykepleiere vurderer gjennombruddssmerter, bruk av vurderingsverktøy, og om de synes det er vanskelig å skille gjennombruddssmerter fra bakgrunnssmerter. Studien så også på hvilken effekt sykepleierne mente dette hadde på pasientens daglige liv.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Sykepleiere fra 12 europeiske land som var engasjert i pasienter med kreft, deltok i en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble laget på engelsk og så oversatt til språkene i de ulike landene, og så tilbake igjen til engelsk.</p>	<p>Totalt 1618 sykepleiere ble rekruttert og 1 241 fullførte spørreundersøkelsen. 90 % av sykepleierne var kvinner og 50, 4 % hadde over ni års erfaring innen kreftsykepleie.</p>	<p>54 % av sykepleierne brukte vurderingsverktøy for å hjelpe dem med å skille smertetyper fra hverandre. Av de som brukte det fant 95 % av dem det nyttig. Bruken av vurderingsverktøy varierte mellom de ulike europeiske landene, og hvor mange års erfaring sykepleierne hadde. 56 % av sykepleierne sa at de brukte verktøyene jevnlig.</p> <p>Videre rapporterte 37 % at de hadde problemer med å skille bakgrunnssmerter fra gjennombruddssmerter. Dette varierte stort mellom landene. Hele 76 % av tyske sykepleiere synes ikke dette var så vanskelig, mens 56 % av de tjekkiske sykepleierne synes</p>	REK Helse Sør-Øst har godkjent studien.	Tidsskrift: Nivå 1.

	(2013) 402-407					<p>dette var et problem. Dette var mye avhengig av sykepleiernes erfaring.</p> <p>Sykepleierne sa at smertene i stor grad påvirket pasientens daglige liv, og det gikk ut over livskvaliteten. Bevegelse utgjorde hele 80 % av en faktor som forverret eller trigget gjennombruddssmerter, og dette var likt over alle landene.</p> <p>Sykepleierne trenger mer kunnskap om smerter, og smertebehandling, og det bør utvikles retningslinjer for klinisk bruk.</p>		
8	<p>Nakano, Kimiko; Sato, Kazuki; Katayama, Harumi; Miyashita, Mitsunori</p> <p>2011 Japan</p> <p>Palliative and supportive care 11: 405-413.</p>	<p>Living with pleasure in daily life at the end of life: Recommended care strategy for cancer patients from the perspective of physicians and nurses.</p>	<p>Identifisere perspektivene fra leger og sykepleiere som sørger for at pasientene med kreft i palliativ fase skal oppleve en god død.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Bruk av semistrukturerte intervju.</p>	<p>45 deltagere. 22 leger og 23 sykepleiere.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>80 % av deltagerne mener at kreftpasientene må være smerte lindret for å kunne oppnå glede i dagliglivet i en palliativ fase.</p> <p>69 % av deltakerne mente at det kunne hjelpe å redusere fysisk smerte, 20 % mente det var nødvendig å vurdere den fysiske og psykiske tilstanden hos pasienten og 9% mente det var viktig å redusere den psykiske smerten.</p> <p>Flere av sykepleierne mente lindring av av alle dimensjoner av den totale smerten resulterte i</p>	<p>Etisk godkjent av "the department of Medicine Ethics Committee, The University of Tokyo.</p>	<p>Tidsskrift Nivå 1</p>

						økt livskvalitet.		
9	Hirooka K; Miyashita M; Morita T; Ichikawa T; Yoshida S; Akizuki N; Akiyama M; Shirahige Y; Eguchi K. 2013 Japan Japanese Journal of Clinical Oncology 44 (3): 249- 256.	Regional medical professionals' confidence in providing palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan	Utforske legers og sykepleieres trygghet til å utøve palliativ pleie og ulike vanskeligheter som oppstår.	Kvantitativ studie. Spørre- undersøkelse.	Spørsmålene ble sendt ut til 7905 stk. 2919 besvarte spørsmålene.	Lav trygghet i smertelindring hos cancer pasienter hos både sykepleiere og leger. 55 – 80 % opplevde at de hadde problemer med smertelindringen til kreftpasienter. Sykepleierne opplevde at de manglet kunnskap om smertelindring. Kun 5 % av sykepleierne opplevde at de hadde adekvat kunnskap og gode evner for å smertelindre kreftpasienter	Godkjent av etisk komite The ethical validity was confirmed by the institutional review board and the OPTIM study review board.	Tidsskrift: Nivå 1.
10	Phillips, Jane L., Melanie Lovell, Tim Lockett, Meera Agar, Anna Green og Patricia Davidson. 2013 Australia Collegian	Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse	Å se på hvordan australsk helsepersonell i kommunesammen heng vurderer og behandler kreftsmarter. I tillegg til å identifisere barrierer, og se på hvordan tilretteleggingen for voksne	Kvantitativ studie. Tverrsnittstudie. Studien ble gjort gjennom internett der invitasjoner ble sendt på mail ut til sykepleierorganis asjoner og kliniske ledere som hadde omsorg for voksne pasienter	62 sykepleiere fra kommunene svarte på undersøkelsen, noe som representerer 29 % av utfallet som ble spurt om å delta.	74 % av deltagerne indikerte at evidens basert praksis ble brukt til kreftsmarter «nesten hele tiden». 71 % oppga at de brukte Palliative Care Therapeutic Guideline V.3 til bruk av kreftrelatert smerte. Det kommer også frem ulike barrierer som hindrer god kreftsmarterbehandling. Dette var: vanskeligheter med å gjennomføre ikke- medikamentelle tiltak (89 %),	Studien ble etisk godkjent av Ethics Committee at University of Notre Dame, Australia	Tidsskrift: Nivå 1.

	(2015) 22, 33—41	perspective	kreftpasienter med smerter er.	med kreftmerter.		<p>mangel på samarbeid mellom helsepersonell (89 %) og tilgang til smerte relaterte tjenester for pasienter med kreft langt ut i distriktet (86 %)</p> <p>63 % indikerte at doser med opiater ikke ble gitt kontinuerlig til kreftmertepasientene og at dette var en bekymring. I tillegg var flere av ”de eldre” sykepleierne redd for å gi opiater, selv om de hadde retningslinjene å forholde seg til. Grunnen til dette var at de var redd for at deres injeksjon kunne drepe pasienten. Også allmennlegene kunne være en hindring for at det ikke ble gitt nok smertestillende tidlig nok selv om sykepleierne mente at det var et behov. 61 % mente at opplæring var et behov for å styrke smertelindring hos kreftpasienter på arbeidsplassen. 54 % mente at utdanning måtte til for å styrke dette.</p>		
11	Soden, Katie, Simone Ali, Lara Alloway, David Barclay, Stephanie Barker, Lydia Bird, Lesley Hall og Paul Perkins.	How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study.	Hensikten med studien var å få en større forståelse for hvordan sykepleiere som jobber innen palliative enheter vurderer og håndterer	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse per post.	104 deltagere. 75 % frafall.	<p>Sykepleiere bruker minst et kartleggingsverktøy for å vurdere gjennombruddssmerter.</p> <p>For å lindre smerte mente 98 % av sykepleierne at pasientens perspektiv var den viktigste faktoren når man skulle smertelindre</p>	Etisk godkjent av ”National Research Ethics Service Comitee East of England – Norfolk	Tidsskrift: Nivå 1.

	2013 England International Journal of Palliative Nursing. Vol.19, No 11.		gjennombrudds- smerter.			gjennombruddssmerter. Studien viser at mange av sykepleierne sliter med å definere de ulike smertetyperne, blant annet gjennombruddssmerter.		
12	Wengstrøm, Y, C Rundström, J Geerling, T Pappa, I Weisse, S.C. Williams, B Zavratnik og T. Rustøen. 2013 Europa European Journal of cancer care 23: 121-128.	The management of breakthrough cancer pain – educational need a European nursing survey	Hensikten med studien var å utforske hvordan sykepleiere vurderer gjennombrudds- smerter, bruken av standardiserte verktøy, trygghet i å støtte pasientene og bevisstgjøring av medisiner.	Kvantitativ studie. Spørre- undersøkelse.	1618 sykepleiere startet med å svare på undersøkelsen. 62 sykepleiere ble ekskludert siden de ikke jobbet med kreft. 1241 deltakere fra 12 Europeiske land besvarte mer enn 50 % undersøkelsen.	Gjennombruddssmerter ble definert av sykepleierne på ulike måter. 42 % av sykepleierne mente de hadde trening i gjennombruddssmerter og 52 % mente de ikke hadde noe som helst trening. 76,7 % av sykepleierne mente de hadde et behov for mer trening innen gjennombruddssmerter. 58,5 % av sykepleierne snakket med pasientene om smertelindring.	Ingen konflikter i følge Helsinki deklarasjonen.	Tidsskrift: Nivå 1.

Vedlegg 4: Liste over hovedfunn

Hovedtema er markert med fet skrift, undertema markert med understreking. Tallene er artiklenes nummer. Tallene i parantes viser totalt hvor mange artikler av de 12 som sier noe om dette funnet.

Smerter hos kreftpasienter oppleves som komplekse: 1, 2, 3, 4 5 6,7, 8, 12 (9/12)

Medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 (8/12)

Kunnskap:1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12 (9/12)

Klinisk erfaring og holdninger: 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12 (8/12).

Retningslinjer og kartleggingsverktøy: 2, 3, 4,5,6,7,10 (7/12).

Kommunikasjon: 2, 3, 4, 5, 12 (5/12)

Tverrfaglig samarbeid: 1,2, 3 5,10 (5/12).