

# Bachelorgradsoppgave

## Smertelindring til kreftpasienter

## Pain management to cancer patients

Pasientenes behov i den palliative omsorgen for å oppnå adekvat smertelindring

Patients needs in palliative care to achieve adequate pain relieve

Marie Antonette Buttingsrud

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i

Sykepleie



Avdeling for helsefag

## Forord

*Søster, du va med  
Du holdt mæ levende  
Du – som med viljeblikk  
Aldri slapp det ansvaret du fikk  
Du har vært med å så  
Sunnhetsfrø og hjertehåp  
Nære spira, gjør den stor  
Trygge hender, trygge ord*

*Veien har krevd  
Dåkker ga, dåkker strevd  
No kan ingen glem  
Den hvite drakta gløde  
Kæm ga en gave  
Du kjenne svaret  
Kæm har no losa mæ gjennom å lev eller dø?*

*Du, du så at æ trængt å forstå  
En som va der og tok vare på mæ  
Som virkelig så mæ  
Du, ingen å ingen men du  
Gjennom skya og himmel og sola som snur  
Va du den som ga hjertet tru*

Utdrag fra "Hjertetru" av Esther Buchmann

## Abstrakt

**Bakgrunn:** Kreft er den nest vanligste årsaken til at mennesker dør, og antall tilfeller øker med 3% årlig. I 2010 ble det rapportert om 11 036 dødsfall forårsaket av kreft i Norge. Til tross for gode retningslinjer for smertelindring av kreftrelaterte smerter og økt kunnskap og økt bruk av analgetika har hver annen kreftpasient i norske sykehus smerter som følge av sin sykdom. Disse pasientene vil sykepleieren møte i alle nivåer av helsetjenesten. **Hensikt:** Hensikten er å belyse aspekter ved den palliative omsorgen pasientene anser som viktige for å oppnå god smertelindring. Videre vil studien avdekke årsaker til utilfredsstillende smertelindring som kan forklares i pasientenes holdninger til, og oppfattelse av smertelindring. **Metode:** Metoden som brukes er allment litteraturstudie. **Resultat:** Litteraturstudiet viser at god kommunikasjon med sykepleiere, god planlegging og regelmessig vurdering av smertene, muligheten til å påvirke og styre egen smertelindring og gjensidig tillit i relasjon mellom pasient og sykepleier er viktig for pasientenes opplevelse av smertelindringen. Pasientene oppgir forventninger til, og flere barrierer for smertelindring som påvirker kvaliteten på smertelindringen. **Konklusjon:** For å oppnå god smertelindring er det nødvendig at sykepleieren setter seg inn i hva pasientene anser som viktig for å oppnå god smertelindring, og møter behovene den enkelte pasienten har. Sykepleieren må være bevisst pasientenes forventninger og barrierer til smertelindring, og kunne gi nødvendig informasjon og veiledning, slik at pasienten får muligheten til å styre smertelindringen på en god måte.

### Nøkkelord:

Allment litteraturstudie – Smertelindring – Palliasjon – Kreftpasienter – Smertekartlegging – Kommunikasjon – Undervisning – Barrierer

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INTRODUKSJON</b>	<b>5</b>
1.1 PALLIASJON	5
1.2 SMERTE HOS KREFTPASIENTER	6
1.2.1 SMERTELINDRING	7
1.3 HENSIKTEN MED STUDIEN	8
<b>2.0 METODE</b>	<b>9</b>
2.1 LITTERATURSØK	9
2.2 UTVELGELSE AV ARTIKLER	11
2.3 ANALYSE	15
<b>3.0 RESULTAT</b>	<b>17</b>
3.1 PASIENTENES FORVENTNINGER TIL SMERTELINDRING	17
3.2 PASIENTENES BEHOV	17
3.3 VIKTIGE ASPEKTER VED SYKEPLEIEREN	18
3.4 PASIENTENES PÅVIRKNING PÅ SMERTELINDRING	19
3.4.1 BARRIERER FOR Å TA IMOT ANALGETIKA	19
3.4.2 BARRIERER FOR Å RAPPORTERE SMERTE	20
3.4.3 BARRIERENES INNVIRKNING PÅ SMERTEINTENSITET	20
<b>4.0 DISKUSJON</b>	<b>21</b>
4.1 PASIENTENES BEHOV FOR GOD KOMMUNIKASJON	23
4.2 PASIENTENES BEHOV FOR KONTINUITET I PLEIEN	23
4.3 PASIENTENES BEHOV FOR GJENSIDIG TILLIT I RELASJON MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT	26
4.4 PASIENTENS BEHOV FOR Å DELTA I KONTROLLEN AV SMERTELINDRINGEN	27
4.5 PASIENTENES BEHOV FOR UNDERVISNING OG VEILEDNING	28
<b>5.0 KONKLUSJON</b>	<b>32</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>34</b>

## 1.0 Introduksjon

Kreft er den vanligste årsaken til at mennesker dør etter hjerte – og karsykdommer. Mer enn 20 % av alle dødsfall skyldes kreft (Jacobsen mfl. 2010a). I 2010 ble det registrert 28 271 nye krefttilfeller i Norge. Stadig flere overlever kreft, og Kreftregisteret (2010) viser til en økning på 60 000 personer som har overlevd kreft fra år 2000 til 2010. Antallet krefttilfeller øker imidlertid med 3% årlig, som en følge av befolkningsøkning og endringer i alderssammensetning (Jacobsen mfl. 2010a), og i 2010 ble det rapportert om 11 036 dødsfall forårsaket av kreft i Norge (Kreftregisteret 2010).

### 1.1 Palliasjon

Palliasjon omfatter både behandling, pleie og omsorg til pasienter med kort forventet levetid, og det er mange praktiske utfordringer knyttet til dette. Hovedfokus skal være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig for pasienten og dens pårørende, dette i motsetning til behandling som har som mål å kurere sykdom (Kaasa 2008).

Sykepleierens rolle og funksjon i den palliative omsorgen belyses godt av Joyce Travelbees definisjon av hva sykepleie er.

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee 1999: 29).

WHO definerer palliasjon som:

*”an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.*

*Palliative care:*

- provides relief from pain and other distressing symptoms*
- affirms life and regards dying as a normal process*
- intends neither to hasten or postpone death;*
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care.”*

(World Health Organization 2012a, Kaasa 2008: 37).

Behandlingen pasientene mottar når det ikke lenger er mulighet for å kurere sykdom, kan være livsforlengende, symptomforebyggende eller symptomlindrende. Pasienter med langt kommet sykdom har ofte plager som må lindres. Noen kan være direkte forårsaket av sykdommen, eller de kan være bivirkninger av behandlingen pasienten mottar. Smerter er et viktig eksempel på slike plager. Fordi den palliative fasen kan være lang, kan det være hensiktsmessig å skille mellom betegnelsene en "døende pasient" eller "terminal pasient" og en "pasient med kort forventet levetid". En "døende-" eller "terminal pasient" forbindes ofte med en pasient som er sengeliggende, som ikke klarer å spise, drikke eller ta til seg medisiner peroralt og som kan være uklar og somnolent. Skille mellom de ulike begrepene er noe uklare, og det kan være store individuelle forskjeller i hvor lenge den palliative fasen varer (Kaasa 2008).

## 1.2 Smerte hos kreftpasienter

The International Association for the Study of Pain definerer smerte som:

*"en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette"* (Kaasa 2008:272).

Smerte er et sammensatt fenomen, og ulike faktorer kan påvirke pasientens smerteopplevelse samtidig (Kaasa 2008). Her spiller fysiologiske, sensoriske, følelsesmessige, kognitive, adferdsmessige og sosiokulturelle faktorer inn (Rustøen og Stubhaug 2010). Joyce Travelbee (1999) sier at smerte ikke kan kategoriseres som fysisk eller psykisk fordi smerten angår hele mennesket, og fordi et aspekt av mennesket aldri kan atskilles fra helheten. Smerte av en viss grad vil ha stor innvirkning i pasientens liv (Kaasa 2008), og i følge Travelbee (1999) bestemmes reaksjoner på smerte av smertens årsak, varighet og intensitet og i hvilken grad det gis lindring ved hjelp av ulike legemidler. God smertelindring kan raskt forbedre livskvaliteten (Kaasa 2008).

Ved langt kommet kreftsykdom angir 70-80% av pasientene behandlingkrevende smerter (Helsedirektoratet 2012) og livet til en kreftpasient med langt kommet sykdom vil være forbundet med korte eller lengre perioder med smerter. Den fysiske smerten skyldes nesten alltid progresjon av sykdommen, og for å lindre denne er det viktig at sykepleier har kunnskap om sykdommens natur, metastase- og vekstmønstret og hva slags smertetype som oppstår avhengig av hvor kreftsvulsten er lokalisert (Kaasa 2008). Noen eksempler på årsaker til ulike smertetyper er bl.a. kompresjon og infiltrasjon av nerverøtter, som er årsak til 25% av smerter hos kreftpasienter. Smerter av denne typen kan gi seg utslag i skarp stråling ut til det område den aktuelle nerven forsyner, brennende eller verkende smerte. Ved kreftsvulst i et organ vil organet utvides og hinner og kapsler rundt strekkes. Disse smertene kan oppfattes som dype, konstante og verkende. Skjelettsmerter er årsak til

50% av all smerte hos kreftpasienter, og forekommer når en kreftsvulst metastaserer og infiltrerer skjelett. Disse smertene oppfattes som dumpe, kronisk verkende og de forverres ofte ved bevegelse (Almås mfl. 2001). Kreftpasienter kan også oppleve smerter som en følge av behandlingen de mottar. Kirurgi, cytostatika eller strålebehandling kan gi skade på nerver, lymfe eller bindevev som igjen vil føre til ulike typer smerter (Kaasa 2008).

### 1.2.1 Smertelindring

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleiere har et ansvar for å lindre disse smertene (NSF 2011). De tilbringer mye tid sammen med pasienten, og spiller en viktig rolle i smertelindringen ved at de kan vurdere smerten og virkningen av smertebehandlingen fortløpende (McCaffery og Beebe 2001). Dette samsvarer med Joyce Travelbees (1999) sykepleieteori som sier at all interaksjon med pasienten gir sykepleieren mulighet til å opprette det hun omtaler som menneske-til-menneske-forholdet. Dette forholdet mener hun er nødvendig for å oppnå sykepleierens mål og hensikt, som blant annet er å hjelpe pasienten til å mestre lidelse.

World Health Organizations smertetrapp er grunnleggende for behandlingen av kreftrelaterte smerter (Helsedirektoratet 2012). Prinsippet med smertetrappen er å øke smertelindringen trinn for trinn ettersom sykdommen utvikler seg og smertene øker. Man starter behandlingen med et perifert virkende analgetikum (trinn 1). For de fleste vil dette gi tilstrekkelig smertelindring, men ettersom sykdommen utvikles vil mange få sterkere smerter, og det vil bli nødvendig å legge til et såkalt svakt opioid (trinn 2). For pasienter med spesielt sterke smerter kan det være aktuelt å gå rett fra trinn 1 til trinn 3 i smertetrappen. Dette vil si å legge til et såkalt sterkt opioid (Kaasa 2008).

4	• Invasive teknikker (spinal, epidural, transdermal).
3	• Trinn 1 + Sterke sentraltvirkende (Morfin).
2	• Trinn1 + Svake sentraltvirkende smertestillende (Paralgin Forte, Nobligan).
1	• Perifertvirkende analgetikum (Paracetamol, NSAIDs).

(World Health Organization 2012b)

Gjennombruddssmerter er smerter som kommer i tillegg til grunnsmertene som lindres ved bruk av analgetika eller andre tiltak. Skjelettmetastaser er hovedårsaken til denne typen smerte, og den er

ofte bevegelsesrelatert. Det er et viktig prinsipp ved smertelindring å ha en klar plan for hvordan disse smertene skal behandles (Kaasa 2008).

En må alltid vurdere andre tiltak for smertelindring, i tillegg til eller i stede for medikamenter. Strålebehandling kan i noen tilfeller være den beste smertelindrende behandlingen, spesielt ved skjelettmetastaser og infiltrasjon av nerver. Andre kan ha god effekt av hormonbehandling, cytostatika eller det som kalles "target therapy". Andre tiltak som fysioterapi, fysisk aktivitet, sosial og åndelig/eksistensiell støtte m.m. må også vurderes. Psykisk smerte er tett forbundet med den fysiske, og kan gi seg utslag i angst og depresjon. Dette må man også ta hensyn til i lindring av den totale smerteopplevelsen (Kaasa 2008).

I en studie gjort blant norske kreftpasienter viser det seg at 51% av pasientene innlagt i sykehus hadde smerter. Et av de viktigste funnene i studien er at til tross for økt kunnskap om smertebehandling og økt bruk av analgetika, har hver annen kreftpasient smerter som følge av sin sykdom. Det viser seg at smerteintensitet er uavhengig av kjønn, alder, diagnose og behandlingssted (Holtan mfl. 2005). På bakgrunn av dette er det av sykepleiefaglig interesse å avdekke årsaker til at smertelindring til kreftpasienter ikke er optimalisert.

### **1.3 Hensikten med studien**

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse kreftpasienters opplevelse av smertelindringen de mottar i palliativ fase av sykdomsforløpet i sykehus. Studien ønsker å ta rede på hva pasientene anser som viktige aspekter i den palliative omsorgen for å kunne oppnå god smertelindring. Videre vil studien forsøke å belyse årsaker til utilfredsstillende smertelindring som kan forklares i pasientenes holdninger til og oppfattelse av smertelindring.

Studien omfatter pasienter i palliativ behandling før de har kommet i den terminale fasen. Hva som her menes med den terminale fasen er beskrevet tidligere. Med smertelindring i dette litteraturstudiet menes hovedsakelig medikamentell smertelindring av kreftrelaterte smerter. Litteraturstudiet begrenses til å omhandle voksne kreftpasienter, og med dette menes pasienter over 18 år.



## 2.0 Metode

Metoden som brukes for å besvare problemstillingen er allment litteraturstudie. Formålet med en slik studie er å samle og beskrive kunnskapen som foreligger innenfor et bestemt område. De valgte studiene beskrives og analyseres, men sjeldent på en systematisk måte, som i en systematisk litteraturstudie (Forsberg og Wengstrøm 2003).

Etter å ha utformet en hensikt for litteraturstudiet, ble relevant forskning innen temaet samlet inn. Funnene av litteratursøket som ble vurdert som relevante for hensikten ble kritisk vurdert og analysert, og resultatene av dette ble sammenfattet til litteraturstudiets resultatdel.

### 2.1 Litteratursøk

Litteratursøket ble gjort gjennom søkebasen Medline ved hjelp av MeshTermer. Valg av søkeord ble basert på litteraturstudiets hensikt. HiNTs bibliotek sørget for tilgang til databasen. I Tabell 1 fremkommer fremgangsmåten for søkene.

Tabell 1: Oversikt over søkestrategi:

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Medline 02.04.2013	2000-2013	Palliative care AND Pain AND Aged AND Neoplasms AND Inpatients	11	6	5	3	1
Medline 02.04.13	2000-2013	Pain AND Neoplasms AND Palliative Care AND Pain Measurement AND Pain Management	44	34	10	5	1
Medline		Patient Satisfaction OR	66	54	12	5	2

04.04.13		Attitudes OR Health Knowledge AND Pain AND Oncologic Nursing					
Medline 04.04.13		Perceptions OR Patient Satisfaction AND Pain Management AND Neoplasms	72	57	15	7	1
Medline 03.04.13	Abstakt Engelsk språk	Palliative Care AND Pain Management OR Pain Measurement OR Pain Perceptions AND Patient Satisfaction	44	37	7	3	2
Medline 08.04.13		Communication Barriers AND Pain AND Neoplasms	24	14	10	6	2
Medline 09.05.2012		Fear AND Pain AND Patient AND Palliative Care AND Pain Management	1	0	1	1	1
Håndsök							2

To av de inkluderte artiklene ble hentet ved hjelp av håndøk. Artikkelen *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling* (Valeberg mfl. 2010) ble hentet i fulltekst fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) og deres søkebase ved hjelp av søkeordene *kreft* OG *smerte*. Artikkelen *Patients perception of the knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care* (Kvåle og Bondevik 2010) ble hentet fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) gjennom søkeordene *kreft* OG *sykepleie*. Her fantes en oppsummering av artikkelen, og fulltekst ble hentet gjennom et søk på tittel i Medline.

Som en ser av tabell 1 er det ikke gjort mange avgrensninger i forbindelse med søk. Dette fordi antall treff i de fleste tilfeller er lavt. Avgrensningene er da gjort i utvelgelsen av artikler.

## 2.2 Utvelgelse av artikler

Hovedkriteriet for inkluderingen av artikler var at studiene samsvarte med litteraturstudiets hensikt. Det vil si at studiene er gjort blant voksne kreftpasienter med langtkommet sykdom i sykehus, og belyser pasientenes opplevelse av smertelindring. Viktige kriterier var også at artiklene var originale studier, at abstrakt og fulltekst var tilgjengelig og at artikkelen var skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk språk.

I utvalget av artikler er studier gjennomført i Norge eller andre nordiske land prioritert. Studier gjennomført i andre vestlige land ble også vurdert som svært aktuelle. Dette for at resultatet skal være representativt for norske kreftpasienter.

Nyere forskning er prioritert i utvelgelsen av artikler. Med dette menes her forskning som ikke er eldre enn 5 år, og inkluderer halvparten av de tolv studiene. Fem av studiene er gjennomført senest i 2003, mens en studie er fra 1999.

Viktige eksklusjonskriterier var:

- Studier som ikke samsvarte med litteraturstudiets hensikt.
- Studier som omhandlet barn med kreft.
- Artikler som ikke var originale studier, det vil si review, fagartikler og lignende.

Tabell 2: Oversikt over inkluderte artikler:

<b>Forfattere Årstall Tidsskrift Land</b>	<b>Studiens hensikt</b>	<b>Design/ Intervensjon/ Instrument</b>	<b>Deltakere</b>	<b>Hovedresultat</b>	<b>Kommentar ifht kvalitet</b>
Beck mfl. (2010)  Journal of Pain and Symptom Management  USA	Å beskrive pasientenes forventninger til smertelindring, årsaker til utilfredshet og tilfredshet ved smertelindringen og å utforske avvik mellom høy tilfredshet med smertelindring og høy smerteintensivitet.	Kvalitativ studie.  Data er hentet fra pasientintervju som er basert på kvantitative data fra spørreskjema	33 pasienter deltok i studien.	Fire nøkkelementer var avgjørende for hvordan pasientene vurderte kvaliteten på smertelindringen; å motta riktig behandling, å ha et godt nettverk, å ha et godt samarbeid med helsehjelperne og å motta effektiv smertelindring.	
Boström mfl. (2004)  Journal of Advanced Nursing  Sverige	Å beskrive hva pasienter med kreftrelaterte smerter i palliativ fase ser som avgjørende for god smertelindring.	Kvalitativ studie.  Data er hentet fra intervju.	30 pasienter deltok i studien.	Pasientene beskrev tre aspekter ved smertelindring de så på som viktige: kommunikasjon, planlegging og tillit i relasjon med helsepersonell.	Studien er godkjent av etisk komité.
Boström mfl. (2004)  European Journal of Cancer Care  Sverige	Å kartlegge kreftpasienters opplevelse av palliativ smertelindring, før og etter henvisning til palliativ team.	Kvantitativ studie.  Data er hentet fra spørreskjema.	75 pasienter deltok i studien.	Pasientene var bedre smertelindret etter henvisning til palliativ team. Kontinuitet i behandlingen og muligheten for samtale var avgjørende for at pasientene følte seg trygge.	Studien er godkjent av etisk komité.
Chung, French og Chan (1999)  Cancer Nursing  Kina	Å evaluere pasientrelaterte barrierer ifht lindring av kreftrelaterte smerter.	Kvantitativ studie.  Data er hentet fra spørreskjema.	39 pasienter deltok i studien.	Ni faktorer ifht barrierer ble avdekket. Viktigheten av informasjon ifht smertelindring til kreftpasienter fremheves.	Studien er gjennomført blant kreftpasienter i Kina.  Studien er 14 år gammel.

Cohen mfl (2008) Cancer Nursing Australia	Å utforske kreftpasienters opplevelse av smerte under innleggelse i somatisk sykehus.	Kvantitativ studie.  Data er hentet fra spørreskjema.	126 pasienter deltok i studien.	Pasientenes oppfattelse av smerte og smertelindring kan påvirke hvordan pasientene rapporterer smerte og hvor villige de er til å ta imot smertestillende medikamenter.	Studien er godkjent av etisk komité.
Kvåle og Bondevik (2010) Oncology Nursing Forum Norge	Å få innsikt i hvordan og hvorfor pasienters oppfattelse av sykepleieres kunnskaper om kreft og dens behandling kan relateres til kvalitet i sykepleie.	Kvalitativ studie.  Data er hentet fra intervju.	20 pasienter deltok i studien.	Pasientene verdsatte og fant trygghet i erfarne sykepleiere som kunne kombinere praktisk og teoretisk kunnskap med det god håndlag.	Studien er godkjent av etisk komité.
Naveh mfl. (2011) Oncology Nursing Forum Israel	Å undersøke smerteforekomst, tilfredshet med smertelindring og pasientrelaterte barrierer ifht smertelindring blant kreftpasienter.	Kvantitativ studie.  Data er hentet fra spørreskjema.	144 pasienter deltok i studien.	Forholdet mellom pasientenes grad av smerte og forventninger til smertebehandlingen indikerer at pasientenes forventninger til- og deres barrierer for smertelindring kan hemme muligheten for optimal smertelindring.	Studien er gjennomført blant kreftpasienter i Israel.
Potter mfl. (2003) Psycho – Oncology Australia	Å utforske australske kreftpasienters barrierer for smertelindring, og undersøke om disse har sammenheng med utilfredsstillende smertelindring.	Kvantitativ studie.  Data er hentet fra spørreskjema.	93 pasienter deltok i studien.	Studien viser at det er en sammenheng mellom utilfredsstillende smertelindring og pasientenes barrierer.	Studien er godkjent av etisk komité.

<p>Sun mfl. (2007)</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management</p> <p>USA</p>	<p>Å avdekke barrierer for smertelindring hos kreftpasienter.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Data er hentet fra spørreskjema.</p>	<p>38 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Studien viser at kreftpasienter har en del barrierer til smertelindring, som kan påvirke kvaliteten på smertelindringen de mottar.</p>	
<p>Valeberg, Bjordal og Rustøen (2010)</p> <p>Sykepleien Forskning</p> <p>Norge</p>	<p>Å beskrive pasientrelaterte barrierer ifht smerte og smertebehandling, og undersøke om barrierene påvirker smerteintensitet og smertenes påvirkning på funksjon.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Data er hentet fra pasientjournal og spørreskjema.</p>	<p>217 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Kreftpasienter rapporterer en del barrierer for smertebehandling. Barrierene ble grunnet i frykt for avhengighet, toleranse, det å monitorere symptomer ifht egen helsetilstand og nye smerter og frykt for enkelte bivirkninger.</p>	<p>Studien er godkjent av etisk komité.</p>
<p>Volker, Kahn og Penticuff (2004)</p> <p>Oncology Nursing Forum</p> <p>USA</p>	<p>Å undersøke pasienters ønsker for personlig kontroll i palliativ behandling.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Data er hentet fra intervju.</p>	<p>7 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Pasientene beskrev ulike aspekter ved den palliative behandlingen de ønsket kontroll over. Ønskene var reflektert av pasientenes egne verdier og ønsker for livets slutfase.</p>	<p>En liten studie med kun 7 pasienter.</p>
<p>Wijk og Grimby (2008)</p> <p>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</p> <p>Sverige</p>	<p>Å beskrive behov og rangering av disse hos eldre pasienter under palliativ behandling i palliativ enhet. Deltagerne er i hovedsak kreftpasienter.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Data er hentet delvis fra pasientjournal og -intervju.</p>	<p>30 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Pasientene rangerte smerter som det behovet som var viktigst å få dekket. Smerter kan hindre anerkjennelse av andre psykiske, sosiale og åndelige behov.</p>	<p>Studien er godkjent av etisk komité.</p> <p>Begrenset til eldre med gjennomsnittalder på 79 år.</p>

Som en ser av tabell 2 er fordelingen mellom kvantitativ (7stk.) og kvalitativ (5stk.) forskning forholdsvis jevn. For å kunne belyse pasientenes opplevelse av smertelindring, og hva de anser som viktig i den palliative omsorgen, var det nødvendig å inkludere kvalitativ forskning. For å vise i hvilken grad pasientenes syn på smertelindring kan påvirke kvaliteten på smertelindringen, var det nødvendig å samle kvantitative data. Fordi litteraturstudiets hensikt er todelt, var det hensiktsmessig med en slik jevn fordeling.

Som en ser av tabell 2 er det at studiene er godkjent av etisk komité, i henhold til Forskningsetisk sjekklister (1992), vektlagt i den kvalitetsmessige vurderingen av artiklene. De forskningsetiske komiteene har et ansvar for å overvåke interessene til pasientene som deltar i studiene, blant annet ved å sørge for at kriteriene for det frie informerte samtykke er godt ivaretatt. I tillegg skal de etiske komiteene kontrollere at studiene holder vitenskapelig god kvalitet. Dette i henhold til Helsinkideklarasjonen (1964).

### 2.3 Analyse

Det er blitt gjort en tekstanalyse av artiklene, som er inspirert av en innholdsanalyse, i henhold til Graneheim og Lundman (2004). Analysen har som formål å få en oversikt over hovedbudskapene, de ulike setningsleddene, i den innsamlede litteraturen, og samle dette i felles kategorier (Dalland 2007). De fire hovedkategoriene analysen resulterte i relateres til hensikten, og er brukt som overskrifter i resultatdelen av oppgaven. Dette for å kunne presentere resultatet av litteratursøket på en oversiktlig måte. I tabell 3 ligger et eksempel på hvordan ulike meningsenheter fra den valgte litteraturen har blitt analysert og samlet til en av de fire kategoriene.

Tabell 3: Eksempel på analyse:

Meningsenheter	Subkategorier	Kategorier
”Barrierer for å ta imot analgetika var frykt for bivirkninger, avhengighet, sprøyter og toleranse for medikamenter”.	Pasientene oppgav ulike årsaker til ikke å ta imot smertestillende medikamenter.	Pasientenes påvirkning på smertelindring.
”Barrierer for å rapportere smerte var å kunne vurdere sykdommens progresjon, frykt for å distrahere legen og ønske om å være en ”flink pasient””.		
”Pasienter som tror smertestillende fører til avhengighet har høyere smerteintensitet enn andre”.	Pasientene	

<p>”Barrierer for smertelindring var frykt for avhengighet, toleranse, ønske om å kunne vurdere sykdommens progresjon og frykt for enkelte bivirkninger.”</p> <p>”Pasienter med høy barrierescore opplever at smertene i større grad påvirker funksjon.”</p> <p>”Barrierer for smertelindring var avhengighet, spare medisin til smerten ble verre, og følge sykdomsutvikling ut i fra smerteintensitet.”</p> <p>”Pasientene har stor tro på at smertestillende er avhengighetsskapende og at man kan utvikle toleranse.”</p> <p>”Pasientene er redde for at smertelindring vil maskere sykdommens utvikling”.</p> <p>”Pasientene har tro på at det å rapportere smerte kan distrahere legen fra å kurere sykdom.”</p> <p>”Pasientene er klar over at deres holdninger kunne påvirke smertelindringen.”</p> <p>”50% av pasientene rapporterte at de av ulike årsaker unnlot å rapportere smerte.”</p> <p>”30% rapporterte å ha unnlatt å ta imot smertestillende.”</p> <p>”Pasientenes misoppfattelse av kreftrelatert smerte og smertestillende medikamenter kunne hindre dem i å rapportere smerte.”</p>	<p>oppgav ulike årsaker til å ikke rapportere smerte til lege og sykepleier.</p> <p>Studiene viser at pasientenes holdninger til og oppfattelse av smertelindring kunne påvirke kvaliteten på smertelindringen.</p>	
--	---	--



## 3.0 Resultat

### 3.1 Pasientenes forventninger til smertelindring

Pasientenes forventninger kunne påvirke smertelindringen ved at de forventet at sykdommen var forbundet med visse smerter, eller at de ikke trodde det ikke var mulig å oppnå total smertelindring. Disse forventningene ble av mange av pasientene begrunnet i tidligere erfaringer med familie og venner som hadde gjennomgått palliativ behandling (Beck mfl. 2010).

Litteratursøket ga et noe sprikende resultat når det gjelder pasientenes forventninger til mulig smertelindring. Sun mfl. (2007) og Volker mfl. (2004) viser til at pasientene ikke trodde fullstendig smertelindring var mulig, mens Cohen mfl (2008) og Beck mfl. (2010) sier at pasientene hadde høye forventninger til at smertestillende de hadde tilgjengelig ville gi god lindring. Dette kan kanskje forklares i funn som sier at pasientenes forventninger til smertelindring har en sammenheng med pasientens smerteintensitet (Naveh mfl. 2011).

### 3.2 Pasientenes behov

Litteratursøket viste at av fysiske behov pasientene ønsket å få dekket, var lindring av smerter det viktigste, mens lindring av angst, usikkerhet og utrygghet var de viktigste psykiske behovene. Fordi frykt for smerte kunne være like ille som smerteopplevelse i seg selv, er disse to dimensjonene tett knyttet til hverandre (Wijk og Grimby 2008).

Boström mfl. (2004a) viser til at det å føle seg trygge var viktig for pasientenes opplevelse av smertelindringen. Faktorer pasientene anså som viktige for å oppnå trygghet var god kommunikasjon med helsepersonell og kontinuitet i pleien.

Pasientene i en annen studie uttrykte også behov for en åpen og ærlig dialog med sykepleierne, angående alle aspekter ved problemer relatert til smerte, som de mente ville gi dem en bedre forståelse av smerter og problemer relatert til smertelindring (Boström mfl. 2004b). Pasientenes oppfattelse av dårlig kommunikasjon inkluderte at de ikke fikk god nok informasjon om sykdommen, ikke fikk gode nok svar på spørsmål og at de ikke fikk god nok informasjon om medikamenter og egen helsetilstand (Beck mfl. 2010). Pasientene ønsket forbedring i sykepleiernes evne til verbal kommunikasjon, samt sykepleiernes evne til å tolke pasientenes nonverbale kommunikasjon (Boström mfl 2004b).

Boström mfl. (2004b) sier at god planlegging rundt alle aspekter ved behandlingen, og regelmessig vurdering av smertene var viktig for pasientenes opplevelse av kontinuitet i pleien. Pasientene uttrykte behovet for god planlegging av den smertelindrende behandlingen tidligere i sykdomsforløpet, og Beck mfl (2010) viser at det at pasientene fikk en individuell plan for smertelindringen som inkluderte effektive og tilgjengelige medikamenter for smertelindring var viktig for pasientenes trygghet. Boström mfl. (2004b) viser at pasientene ble mer positive til smertelindringen når planleggingen og informasjonen rundt behandlingen ble bedret. God smertekartlegging ble av pasientene oppfattet som bruk av kartleggingsverktøy, samtidig som pasientenes egne uttrykk for smerten ble lagt til grunn. Mangel på kommunikasjon bidro til pasientenes følelse av å ikke bli trodd når de satte ord på smertene, og dersom pasientene følte at de ikke ble trodd, og at smertene da ikke ble vurdert virket forsterkende på smertene.

Pasientene uttrykte et ønske og behov om å delta i kontrollen av sykdommen og dens symptomer så lenge som mulig (Volker mfl. 2004). I følge Beck mfl. (2010) hadde pasientene behov for at en plan for smertelindring forelå og var under pasientens kontroll. Pasientene oppga ulike preferanser ifht smertelindring. Noen ønsket å ta smertelindrende medikamenter kun ved sterke smerter, mens andre ville unngå smerte fullstendig. Ønsket om å kontrollere egen smertelindring ble av noen pasienter begrunnet i egne barrierer for smertelindring, som frykt for avhengighet og bivirkninger. Pasientene fremhevet ønske om at dette ble respektert og at de fikk styre egen smertelindring, og hvor avgjørende dette var for deres følelse av trygghet og tillit til sykepleier. Boström mfl (2004b) viser imidlertid til at på tross av at pasientene ønsket stor grad av medbestemmelse og autonomi, var de redde for å bli tvunget til å ta for mye ansvar.

### 3.3 Viktige aspekter ved sykepleieren

For å kunne dekke disse behovene viser studiene til aspekter og kvaliteter ved sykepleiere pasientene ser som avgjørende.

Kvåle og Bondevik (2010) viser til at pasientene hadde mer tillit til erfarne sykepleiere ifht uerfarne, fordi de da visste at de fikk riktig behandling og korrekt informasjon. De sier også at gode tekniske ferdigheter, og god kunnskap om kreft og dens behandling var viktige faktorer som bidro til lindring og trygghet for pasientene. Pasientene i studien anså dette som grunnleggende kunnskaper og evner, og forventet at alle sykepleiere hadde denne kompetansen. Beck mfl. (2010) viser også til betydningen av sykepleieres kunnskapsnivå ifht pasientenes følelse av trygghet. Kvåle og Bondevik (2010) sier i tillegg at pasientene ikke forventet at sykepleierne skulle fungere som leger, og at de satte pris på at sykepleier kontaktet legen ved spørsmål de ikke selv kunne svare på.

En annen studie trekker i tillegg frem viktigheten av at sykepleiere viser at de bryr seg og uttrykker et genuint ønske om å hjelpe, gir god oppfølging og er tilstedeværende, tilrettelegger for individualisert pleie og at de gir rask respons på spørsmål og ønsker angående smertelindring. En av faktorene som var viktig for pasientenes følelse av individualisert pleie var at sykepleierens oppmerksomhet ble rettet mot det pasienten selv mente var mest hjelpsomt og virkningsfullt (Beck mfl 2010). En av pasienten beskrev dette på følgende måte:

*"They considered my questions seriously and responded in a like manner. That's always a very good feeling, they don't brush the questions aside, but did the opposite. I felt that they were actually listening to my questions. The good ones don't make you feel like you're putting them out. They offer you all the things. That's just the difference"* (Beck mfl. 2010: 107).

Litteratursøket viser til viktigheten av gjensidig tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Beck mfl. 2010 og Boström mfl 2004b). Tillit til helsepersonell gav pasientene en følelse av trygghet, og de ble da mer villig til å delta i smertelindringen (Boström mfl 2004b)

Pasientene setter kommunikasjon og det at sykepleier bruker tid på å bli kjent med pasienten (Beck mfl. 2010), samt det å bli behandlet vennlig, motta riktig og ærlig informasjon og å bli møtt av en ærlig og engasjert sykepleier som viktig i denne relasjonen. Kontinuerlig kontakt og å få nødvendig, rask hjelp førte til økt tillit (Boström mfl. 2004b).

### **3.4 Pasientenes påvirkning på smertelindring**

#### **3.4.1 Barrierer for å ta imot analgetika**

30.8% av pasientene i en kinesisk studie og rapporterte å ha unnlatt å ta imot smertestillende medikamenter, på tross av smerter (Chung mfl. 1999), og 66% av pasientene i en annen studie oppgav at de ikke ba om mer eller annen type smertelindring. Dette på tross av at det de fikk ikke fungerte godt nok (Naveh mfl. 2011). Cohen mfl. 2008 viser til at pasientene som rapporterte å ha hatt moderate til sterke smerter kun hadde mottatt 51% av de smertestillende medikamentene de hadde tilgjengelig.

Flere studier viser at pasientene så smerteintensitet som en viktig faktor for å kunne vurdere sykdommens progresjon, og av den grunn unnlott å ta smertestillende som maskerte smerten. Andre viktige årsaker til at pasientene unnlott å ta smertestillende medikamenter var frykt for avhengighet (Potter mfl. 2003, Sun mfl. 2007, Chung mfl. 1999, Valeberg mfl. 2010, Naveh mfl.2011 og Cohen mfl. 2008), og frykt for bivirkninger av medikamentene (Potter mfl. 2003, Chung mfl. 1999, Cohen mfl.

2008 og Valeberg mfl. 2010). Dette spesielt i sammenheng med bruk av opioider (Boström mfl. 2004b).

En pasient uttrykte årsaker til ikke å ta i mot smertestillende medikamenter på denne måten:

*"I don't want to become dependent, or I don't want to be mentally slow. That's why I'd rather have a little pain"* (Beck mfl. 2010: 110).

Troen på at man kunne utvikle toleranse for medikamenter, var også en faktor som påvirket pasientenes vilje til å ta smertestillende (Potter mfl. 2003, Sun mfl. 2007 og Valeberg mfl. 2010). Dette kan ses i sammenheng med en studie gjort i Israel som trekker fram pasientenes ønske om å spare medisinen til smerten ble verre, som en viktig faktor som hindret dem i å ta den forskrevne medisinen (Naveh mfl. 2011).

En studie blant australske pasienter trekker i tillegg fram pasientenes frykt for smertefulle injeksjoner som en viktig barriere for smertelindring (Potter mfl. 2003).

### **3.4.2 Barrierer for å rapportere smerte**

46.2% av pasientene i en kinesisk studie oppgav at de av ulike årsaker unnlot å rapportere om smerte. Dette ble forklart i pasientenes misoppfattelse av kreftrelatert smerte og smertestillende medikamenter (Chung mfl. 1999).

En studie utført blant norske pasienter viste til liten enighet i at det å rapportere smerte til lege eller sykepleier kan få uheldige konsekvenser for behandlingen ellers (Valeberg mfl. 2010). Andre studier viste imidlertid at pasientene var redde for at smerteproblematikk kunne distrahere legen fra andre aspekter ved behandlingen, og unnlot av den grunn å rapportere om smerter (Chung mfl. 1999, Potter mfl. 2003, Naveh mfl. 2011 og Sun mfl. 2007).

### **3.4.3 Barrierenes innvirkning på smerteintensitet**

En svensk studie viser at pasientene er klar over at deres holdninger til smertelindring kan påvirke kvaliteten på smertelindringen (Boström mfl. 2004b). En studie gjort blant norske kreftpasienter viser en sammenheng mellom høy barrierescore og smertenens innvirkning på funksjon, da spesielt søvn og livsglede (Valeberg mfl. 2010). En annen studie viser at pasienter som tror at smertestillende medikamenter fører til avhengighet, rapporterer en høyere smerteintensitet enn andre. Disse pasientene mottok ikke mer eller mindre smertestillende medikamenter enn andre (Cohen mfl. 2008).

## 4.0 Diskusjon

En styrke for litteraturstudiet er at samtlige av artiklene inkludert svarer til hensikten ved at de omhandler kreftpasienter og deres opplevelse av- og holdninger til smertelindringen de mottar. Alle studiene omhandler kreftpasienter med langtkommet, uhelbredelig sykdom, selv om noen studier også inkluderer kreftpasienter som gjennomgår kurativ behandling.

Funnene i litteraturstudiet vurderes til å være svært relevante for allmenn sykepleieutøvelse, fordi de viser aspekter pasientene ser som viktig i den palliative behandlingen og avdekker faktorer ved pasientene som kan forårsake utilfredsstillende smertelindring. Dette er viktig kunnskap sykepleieren må ta med i yrkesutøvelsen for å kunne sikre god smertelindring. Funnene i litteraturstudiet vurderes til å ikke bare gjelde kreftpasienter i palliativ fase og deres opplevelse av smertelindring, men at funnene også kan relateres til andre pasientgrupper med kroniske eller langvarige smerter. Valget om å skrive om smertelindring til kreftpasienter i pasientperspektiv ble tatt på bakgrunn av egen praksiserfaring, hvor pasienter med tydelige smerter har avslått tilbud om smertelindrende medikamenter. Det kunne også vært interessant å skrive denne studien i sykepleieperspektiv, da det viser seg at også sykepleiere har misoppfattelser knyttet til behandling med opioider.

Forfatterens kunnskaper på området før datainnsamlingen startet og tiden til rådighet er viktige begrensninger for dette litteraturstudiet. Bedre kunnskap og tid kunne gitt en annen søkeprofil, og dermed også andre og bedre resultater i henhold til hensikten. En annen begrensning er valg av søkebase ved at kun Medline er brukt i søket etter forskning. Dette sett bort i fra 2 artikler som ble hentet ved hjelp av håndsøk. Fordi Medline er en stor database, og fordi HINTs bibliotek anbefaler å søke etter fulltekst der, for eksempel i forhold til i PubMed, ble søket startet her. Det ble utført noen få søk i andre databaser, uten at disse ga gode treff. Da søkene i Medline resulterte i 12 artikler som svarte til hensikten, ble det på grunn av tidsbegrensninger valgt å ikke søke videre i andre databaser.

For å relatere resultatet opp mot sykepleierens funksjon og ansvar ble resultatene fra litteratursøket diskutert opp mot retningslinjer, lovverk, annen forskning, relevant litteratur og Joyce Travelbees sykepleieteori. Travelbees teori ble valgt fordi denne teorien ses som svært relevant, og kan knyttes opp til alle aspekter ved sykepleie som pasientene i studien vektlegger. I arbeidet med litteraturstudiet ble det i hovedsak tilstrebet å bruke primærkilder. Dette for å unngå at innholdet er misoppfattet av andre gjennom sekundærtolkning. Fagbøker er imidlertid brukt for å belyse tema i introduksjon til tema og i diskusjon. Spesielt Kaasa, S. (2008) *Palliasjon – Nordisk lærebok og*

McCaffery, M. og Beebe, A. (2001) *Smerter – Lærebok for helsepersonell* er mye brukt. Denne litteraturen baseres på tidligere utgivelser og eldre forskning, men vurderes som pålitelige kilder.

Som nevnt i metodekapittelet ble studier som kan relateres til norske forhold prioritert. To av studiene inkludert er imidlertid gjennomført blant kreftpasienter i land som kan forventes å ha en annen kultur og meningsbakgrunn enn norske pasienter. Når resultatene fra disse studiene sammenlignes med de øvrige, ser man imidlertid at resultatene samsvarer med hverandre og kan overføres til norske forhold. Nyere forskning ble som tidligere nevnt prioritert. En studie er imidlertid utført i 1999. Resultatet av denne artikkelen vurderes som fortsatt aktuelt, og viser seg å samsvare godt med andre funn.

Litteratursøket har resultert i flere artikler som omhandler pasientrelaterte barrierer for smertelindring. Disse studiene har i all hovedsak brukt spørreskjemaet Barriers Questionnaire. Dette spørreskjemaet inneholder 27 kategorier, og har som hensikt å avdekke pasienters holdninger og oppfattelse av smerte og smertelindring som kan påvirke den totale smertelindringen (Jacobsen mfl. 2010b). Fordi dette spørreskjema inneholder mange aspekter, ble det vurdert som hensiktsmessig å inkludere flere studier med sammen hensikt. Hovedfunnene, de punktene som forfatterne av artiklene trakk fram som mest relevant, er presentert i litteraturstudiet.

Det fremgår ikke tydelig i 5 av artiklene at studiene er godkjent av etisk komité. Dette gjelder studier utført i USA, Israel og Kina. Disse studiene er imidlertid godkjent av Institutional review board. Det ses som sannsynlig at dette avhenger av forskningstradisjonen i de ulike landene, og at etiske aspekter er vurdert også i denne sammenhengen.

Funnene i de valgte studiene er presentert uavhengig av om de støtter forutinntatte antagelser og hypoteser før innhenting av data startet. Informantene i litteraturstudiet er dokumentert kunnskap, og dette litteraturstudiet er tro mot sine informanter ved brukt av korrekt kildehenvisning.

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase fra et pasientperspektiv. Studien ville belyse hva pasientene ser som viktige aspekter for å kunne oppnå god smertelindring. Studien ville også finne årsaker til at smertelindringen ikke er god nok som kan forklares i pasientenes egne holdninger til, og oppfattelse av smertelindring.

Litteraturstudiet avdekket behov pasientene ønsket å få dekket. Lindring av fysiske smerter var viktig, men de fremhevet også et stort behov for trygghet og muligheten til å kunne kontrollere egen smertelindring. For å kunne dekke disse behovene viser studien til aspekter og kvaliteter ved sykepleiere pasientene ser som avgjørende. God kommunikasjon med sykepleiere, kontinuitet i

pleien og gjensidig tillit i relasjon mellom pasient og sykepleier var viktig for pasientenes følelse av trygghet. Studien avdekket også årsaker til utilfredsstillende smertelindring som kan forklares i pasientenes forventninger til smertelindring og barrierer, spesielt for smertestillende medikamenter.

#### **4.1 Pasientenes behov for god kommunikasjon**

Litteraturstudiet viser at en åpen og ærlig dialog med sykepleiere ville gi pasientene bedre forståelse av smerter og problemer relatert til smertelindring.

Eide og Eide (2010) sier at fordi målet med kommunikasjon i sykepleie er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse, bør kommunikasjon i helsefag alltid være ment til å hjelpe og støtte pasienten. Om kommunikasjon sier Travelbee (1999) at det er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og dermed oppfylle sykepleierens hensikt. Sykepleieren må derfor utvikle de nødvendige kommunikasjonsferdigheter og –evner. Litteraturstudiet viser at pasientene ønsket forbedring i sykepleiernes evne til verbal kommunikasjon, samt sykepleierens evne til å tolke pasientenes nonverbale kommunikasjon. Dette stemmer overens med Eide og Eide (2010) som sier at viktige kommunikasjonsferdigheter er å kunne lytte aktivt, bekrefte den andre verbalt og nonverbalt, stille spørsmål av ulike typer, formidle informasjon, utfordre den andre til å reflektere, strukturere samtaler og fortelle dårlige nyheter. Disse kommunikasjonsferdighetene er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, til å gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger sammen med pasienten og til å stimulere pasientens utvikling på en best mulig måte.

Travelbee (1999) peker, i tillegg til de generelle kommunikasjonsevnene, på spesifikke kommunikasjonsevner hun ser som viktige hos sykepleieren. Sykepleieren skal kunne observere og tolke disse observasjonene, tilrettelegge og styre interaksjonen for å nå visse mål og finne ut om kommunikasjonen blir forstått. Sykepleieren skal også ha evnen til å forstå når en bør snakke og når en bør tie, ha evnen til å vente og evnen til å evaluere sin egen deltakelse i interaksjonen.

Pasientens ønske om en åpen og ærlig dialog ses også i sammenheng med behovet for en regelmessig vurdering av smertene, behovet for gjensidig tillit i relasjon med sykepleier og behovet for informasjon og veiledning. Dette diskuteres senere i kapitlet.

#### **4.2 Pasientenes behov for kontinuitet i pleien**

Litteraturstudiet viser at god planlegging av smertelindringen og regelmessig vurdering av smertene var viktig for pasientenes opplevelse av kontinuitet i pleien.

Pasientenes behov for god planlegging av smertelindringen ses i lys av andre funn som sier at frykten for smerter kunne være like ille som smerteopplevelsen i seg selv. Dette forstås som at pasientene ønsker en plan for smertelindring, slik at de er trygge på at smertene kan lindres når de oppstår og dermed unngår unødig frykt. I følge Nasjonale retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen skal smertelindringen ha en slik plan som sørger for adekvat smertelindring. Denne må inneha analgetika som gir tilstrekkelig smertelindring av grunnsmertene, og man skal ha analgetika tilgjengelig som sørger for lindring av gjennombruddssmerter (Helsedirektoratet 2012). En slik plan utformes etter vurdering og identifisering av smerteproblemet, og angir mål og tiltak som både sykepleier og pasient skal arbeide etter (McCaffery og Beebe 2001).

Litteraturstudiet viser at god smertekartlegging ble av pasientene oppfattet som bruk av kartleggingsverktøy, samtidig som pasientenes egne uttrykk for smerten ble lagt til grunn. Denne oppfattelsen stemmer overens med Reeves (2008) som sier at kartlegging bør være det første steget i behandling av kreftrelaterte smerter, og mangel på kartlegging vil føre til mangelfull smertelindring. En slik kartlegging bør inneholde en beskrivelse av smertens beliggenhet, kvalitet, intensitet, varighet, lindrende og skjerpene forhold og hvilken innvirkning smertene har på pasientens liv. Pasienten må involveres i vurderingen og planleggingen av smertebehandlingen. Selv om kartleggingsverktøyene ofte inneholder ord som beskriver pasientens smerte, er det viktig at sykepleier dokumenterer pasientens egne ord og beskrivelse av smerten.

I følge retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen er en individuell tilnærming til smertekartlegging nødvendig på grunn av ulike smertemekanismer og endringer i smertebildet gjennom sykdomsforløpet. Dette krever systematisk, nøyaktig og gjentatt vurdering ved hjelp av verktøy for smertediagnostikk (Helsedirektoratet 2012). En slik kontinuerlig vurdering vil kunne si noe om smertens intensitet, karakter og årsak. Basert på denne kunnskapen vil man kunne si noe om typen smerte, og dermed også hvilke typer behandlingstiltak som må iverksettes. Her er det avgjørende at man som sykepleier er klar over at smerteopplevelsen består av flere dimensjoner. Smerten kan være påvirket av psykiske, sosiale og/eller sosiale forhold, og påvirkning av disse faktorene kan være like viktige i behandlingen som å gi medikamenter (Kaasa 2008).

Litteraturstudiet viser at det å ikke bli trodd, og at smertene da ikke blir vurdert virket forsterkende på pasientens smerter. Om dette sier litteraturen at utgangspunktet for all smertekartlegging er at smerter er et subjektivt fenomen, det er noe som oppleves av pasienten (Kaasa 2008). Dette samsvarer med Travelbees (1999) syn på lidelse. Hun sier at lidelse er en erfaring som oppleves av individet, og at hvert enkelt individ opplever den på sin egen måte. Videre sier hun at den som rammes av smerte aldri kan formidle smerteerfaringen til andre på en slik måte at de fullt ut forstår



hva den består av. Derfor er det vanskelig for sykepleieren å vurdere graden eller intensiteten av pasientens smerter (Travelbee 1999). Dette stemmer imidlertid ikke overens med Kaasa (2008) som påstår at sykepleiere har for vane å stole på egen observasjon av pasientens smerter. Kaasa (2008) sier videre at pasientens egen vurdering og registrering av smertene må danne utgangspunktet for smertelindringen. Registreringen kan enten gjøres ved et anamneseopptak, eller ved at pasienten fyller ut et kartleggings skjema. Det er viktig at pasienten får muligheten til å sette egne ord på smerten, samtidig som man tar i bruk kartleggingsverktøy (Kaasa 2008).

Numerical Rating Scale (NRS) er en numerisk skala bestående av tallene 0-10, hvor 0 representerer "ingen smerte" og 10 representerer "verst tenkelige smerte". Denne metoden er en enkel måte å gjøre systematiske registreringer på, og viser seg å gi et godt bilde av pasientens smerteintensitet. Den gir imidlertid en begrenset beskrivelse av smerten som et multidimensjonalt fenomen. Fordi kreftpasienter ofte har flere symptomer samtidig er det hensiktsmessig å kartlegge intensiteten av de mest vanlige symptomene, i tillegg til smerte. En norsk versjon av Edmonton Symptom Assessment Schedule (ESAS) er derfor anbefalt. Her finnes nummererte skalaer som sier noe om intensitet av smerter i ro, smerter i bevegelse, slapphet, kvalme, tungpust, munntørrhet, angst/uro og trist/deprimert. Dette gir et mer helhetlig bilde av pasientens situasjon, og man kan kanskje se sammenhenger mellom ulike symptomer (Kaasa 2008), for eksempel sammenhengen mellom angst og smerter.

Et kroppskart er en enkel framstilling av kroppen, sett forfra og bakfra, og har som hensikt å kartlegge smertens lokalisasjon. Pasienten skraverer ved hjelp av kartet de områdene av kroppen hvor smertene sitter. Ved hjelp av fargekoder kan man også få svar på intensiteten av smertene ulike steder på kroppen, da kreftpasienter ofte har smerter flere steder (Almås mfl. 2001).

Ulike spørreskjemaer er utviklet for å evaluere den multidimensjonale smerten. Det mest brukte av disse er McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory og Memorial Pain Assessment Card. Disse spørreskjemaene er best egnet til den primære smertediagnostikken eller i kliniske studier. Dette fordi de er omfattende og krevende å fylle ut. Det finnes forenklede versjoner som kan brukes i den kontinuerlige oppfølgingen (Kaasa 2008).

I følge Kaasa (2008) er dokumentasjonen av data innhentet ved hjelp av smertekartlegging i pasientjournal mangelfull. Denne dokumentasjonen er imidlertid like viktig som å systematisk innhente data ved hjelp av smertekartlegging. I henhold til helsepersonelloven §39 har sykepleiere plikt til å føre journal. Loven sier videre at denne dokumentasjonen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Mangelfull dokumentering fører til mangelfull smertelindring (Kaasa 2008). Dermed kan man si at dokumentasjon av smertekartlegging

er viktig for å oppnå det Travelbee (1999) mener er sykepleiens hensikt, nemlig å blant annet hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre lidelse.

### 4.3 Pasientenes behov for gjensidig tillit i relasjon mellom sykepleier og pasient

Litteratursøket viser viktigheten av tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Når man oppnår gjensidig tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier, viser litteratursøket at pasientene ble tryggere og dermed mer villige til å delta i smertelindringen. En studie trekker frem viktigheten av at sykepleiere viser at de bryr seg og uttrykker et genuint ønske om å hjelpe, gir god oppfølging og er tilstedeværende, tilrettelegger for individualisert pleie og at de gir rask respons på spørsmål og ønsker i denne relasjonen. Dette kan ses i sammenheng med Travelbee (1999), som sier at for at en som sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og gjenvinne helse, er det helt nødvendig at sykepleier setter seg inn i hvordan pasienten selv oppfatter sin sykdom, og dens holdninger og følelser rundt denne. Dette er kun mulig ved å se pasienten som ett unikt individ og skape en relasjon som gir pasienten en visshet om at han blir forstått og at han ikke er alene. Travelbee (1999) sier videre at all interaksjon med pasienten gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med og opprette gjensidig forståelse og kontakt, åpenhet og tillit i relasjon til pasienten. Det er denne relasjonen Travelbee omtaler som menneske-til-menneske-forholdet, som hun mener er nødvendig for å oppnå sykepleierens mål og hensikt.

Litteratursøket viser at pasientene hadde mer tillit til erfarne sykepleiere enn de hadde til uerfarne sykepleiere, fordi de da var trygge på at de fikk riktig behandling og korrekt informasjon. Sykepleiere som utviste gode kunnskaper og gode tekniske ferdigheter bidro til økt tillit og trygghet hos pasientene, og pasientene så det som en selvfølge at alle sykepleiere hadde denne kompetansen. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleiere skal ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere, herunder også andre sykepleiere (NSF 2011). Dette forstås som at sykepleiere har et ansvar for å dele sin kunnskap og erfaring med andre sykepleiere. Denne veiledningen har i følge Tveiten (2008) som mål å styrke mestringskompetansen blant sykepleiere som mottar veiledning. Samtidig viser litteratursøket at det var viktig for pasientens følelse av trygghet at sykepleieren støttet seg til legen der det var nødvendig. Dette samsvarer med helsepersonelloven §4 som sier at sykepleieren skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet som kan forventes ut i fra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Dette inkluderer at sykepleieren skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand der dette er nødvendig og mulig. Om dette sier Travelbee (1999) at sykepleieren skal være i stand til å vurdere når det er behov for å innhente mer kunnskap og innsikt, og sykepleieren skal vite hvor og til hvem en skal henvende seg for å skaffe denne kunnskapen.

Dette antas å ikke bare gjelde samarbeid mellom sykepleier og lege som pasientene trekker frem, men også samarbeid mellom sykepleier og andre leger og sykepleiere med mer kompetanse på området. I studien til Ersland mfl. (2002) angir svært få sykepleiere og leger at de har formell kompetanse innen lindrende behandling. Dette kombinert med en svært travel hverdag på de ulike sengepostene i sykehus, viser viktigheten av å innhente kompetanse fra for eksempel smerteteam, onkologiske team eller palliative team i tilfeller hvor pasienten har komplekse symptomer, og man ikke oppnår tilfredsstillende smertelindring.

Pasientenes samtidige behov for god kommunikasjon og tillit i relasjon til sykepleiere forstås som at gode kunnskaper alene ikke er tilstrekkelig for at sykepleieren skal kunne oppnå sin hensikt. Om dette sier Travelbee (1999) at sykepleieren må besitte og anvende en intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Med dette mener hun at sykepleieren må ha de nødvendige kunnskaper og evnen til å ta i bruk denne kunnskapen, samtidig som en har evnen til å etablere et forhold til pasienten.

#### **4.4 Pasientens behov for å delta i kontrollen av smertelindringen**

Litteratursøket viser at pasientene har et behov for å kunne delta i kontrollen av sykdommen og dens symptomer, og at det at de fikk styre egen smertelindring hadde stor betydning for pasientenes følelse av trygghet og tillit til sykepleiere. I følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 har pasientene rett til denne medvirkningen, og pasientenes rett til å bli informert og kunne velge selv er et viktig etisk prinsipp (Brinchman 2008). Pasientene hadde et behov for at planen for smertelindringen var underlagt deres kontroll. Dette ses også i lys av retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen som sier at det skal foreligge en plan for smertelindringen (Helsedirektoratet 2012), og at pasientene, jf pasient- og brukerrettighetsloven, har rett til å medvirke i utformingen og administrasjonen av denne.

Fordi pasientene kunne begrunne ønsket om å kontrollere egen smertelindring i barrierene de hadde for smertelindrende behandling, viser litteraturstudiet at god informasjon om smertestillende medikamenter er viktig for at pasientene skal kunne kontrollere smertelindringen på en god måte. Dette må ses i lys av pasient- og brukerrettighetsloven som sier at medvirkningen må tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon.

Selv om pasientene ønsket stor grad av medbestemmelse, viser litteraturstudiet at de var redde for å bli påtvunget for stort ansvar. Om sykepleiers ansvar i forhold til dette sier Travelbee (1999) at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. Dette forstås som at det er sykepleieres ansvar å sørge for at pasienten ikke blir pålagt mer ansvar for egen smertelindring enn

den kan håndtere. I forhold til dette ses det som nødvendig at sykepleier må vurdere hvor mye fokus en skal legge på undervisning og informasjon om smertestillende medikamenter. Dette bør vurderes ut i fra den totale belastningen pasienten opplever, og hvor i den palliative fasen pasienten befinner seg.

#### 4.5 Pasientenes behov for undervisning og veiledning

Litteraturstudiet viser at pasientenes forventninger kunne påvirke smertelindringen ved at de forventet at sykdommen medfører visse smerter eller at de trodde fullstendig smertelindring ikke var mulig. Det er derfor avgjørende for å oppnå god smertelindring at sykepleier danner seg et bilde av pasientens oppfatninger av tilstanden og forventninger til behandlingen (Kaasa 2008). Dette samsvarer med Travelbee (1999) som sier at en som sykepleier ikke kan vite hvordan pasienten oppfatter sin sykdom før sykepleieren går nærmere inn på dette.

Flere studier viser at pasientenes barrierer kunne påvirke deres vilje til å ta rapportere smerte eller til å ta i mot smertestillende medikamenter de hadde tilgjengelig. Dette spesielt i forhold til bruk av opioider. Dette ble grunnet i et ønske om å vurdere sykdommens progresjon ut i fra smerter, frykt for avhengighet, frykt for bivirkninger, frykt for å utvikle toleranse og frykt for smertefulle injeksjoner. Litteraturstudiet viser at disse barrierene for smertelindring påvirket pasientenes smerteintensitet. Dette ses ved at pasienter som rapporterte en høy barrierescore rapporterte høyere smerteintensitet enn de pasientene som ikke rapporterte om barrierer.

I følge Kaasa (2008) er dette velkjente barrierer mot effektiv smertelindring, og kan være grunnet i pasientens personlighet og sykdomsadferd, tidligere erfaringer, endringer i smertemønster og myter rundt behandling med opioider. Pasienten klarer kanskje ikke å sette ord på bekymringene sine, og det blir da viktig at sykepleier tar initiativ til en diskusjon rundt mulige årsaker til at de benekter smerter eller unnlater å ta smertelindrende medikamenter (McCaffery og Beebe 2001).

Litteraturstudiet viser at pasientene hadde ulike preferanser i forhold til smertelindring. Noen ville ha smertestillende kun ved sterke smerter, mens andre ville unngå smerter fullstendig. Noen ønsket å følge sykdommens progresjon ut i fra smertene. Dette kan være velbegrunnet da Kaasa (2008) sier at de fysiske smertene nesten alltid følger sykdommens progresjon. Andre begrunnet ønske om å avstå fra å ta smertestillende med andre barrierer de hadde for smertelindring, for eksempel frykt for å utvikle avhengighet, eller å bli utsatt for uønskede bivirkninger. Pasienten har rett til å velge å kjenne på smerten og til å unnlate å ta smertestillende medikamenter, jf pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 om pasientens rett til medvirkning, men det er da viktig at sykepleier forsikrer seg om at denne avgjørelsen er basert på riktig informasjon og kunnskap, og ikke på ubegrunnet frykt eller

misforståelser (McCaffery og Beebe 2001). Dette samsvarer med Travelbees (1999) syn på helsefremmende undervisning som en del av sykepleierens funksjon. Hun sier at kjernen i all helsefremmende undervisning skal være å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må iverksettes for å bevare helsen og kontrollere symptomene. Dette ses i sammenheng med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og forsikre seg om at denne informasjonen er forstått (NSF 2011).

Som tidligere beskrevet er god kommunikasjon mellom pasient og sykepleiere viktig for pasientenes opplevelse av smertelindring, og resultatet viser at det å ikke få god nok informasjon om sykdommen, ikke få gode nok svar på spørsmål og ikke få god nok informasjon om smertestillende medikamenter ble av pasientene oppfattet som dårlig kommunikasjon. I følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 er dette informasjon pasienten har krav på, da loven sier at pasienten har krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsetjenesten. Dette inkluderer informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Pasient- og brukerrettighetsloven sier videre at denne informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og at sykepleieren, så langt det er mulig, skal sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Fordi det er mange fordommer og misoppfattelser knyttet til behandling med opioider, er grundig veiledning og informasjon om opioider fra sykepleieren til pasientene en viktig del av behandlingen. Sykepleier må for eksempel informere pasienten om virkningsmekanismer, mulige bivirkninger og hvordan disse kan håndteres. Sykepleieren kan da informere om at en ikke vil bli avhengig eller beruset, og at en ikke vil bruke opp virkningen av opioidet. Videre er det viktig å informere om at pasienten kan forvente å bli trett og kvalm, men at dette ofte er forbigående, og at obstipasjon er vanlig, men skal forebygges (Kaasa 2008).

I følge Tveiten (2008) er veiledning er en læreprosess som foregår mellom to personer, i denne sammenhengen mellom sykepleier og pasient. Prosessen har som hensikt å skape mening, ny forståelse og mulige handlingsalternativer. Pasientens holdninger og tanker rundt smertelindringen må fokuseres i veiledning, og "svaret" på problemstillingen ligger hos pasienten. Denne veiledningen bidrar til økt mestringsevne hos pasientene (Tveiten 2008), og det antas at dette vil gjøre pasientene bedre rustet til å ta selvstendige avgjørelser rundt egen smertelindring. Resultatet av undervisning og veiledning til kreftpasienter kommer til syne i en engelsk studie som viser at undervisning om kreft og dens behandling bedret pasientenes kunnskaper om smertelindring. Bedre kunnskap førte til en endring i pasientenes holdninger til smertelindring, og pasientene rapporterte om lavere

smerteintensitet etter å ha mottatt undervisning (Bennett mfl. 2009). Dette forstås som at pasienten må inneha tilstrekkelige kunnskaper om smertelindringen som basis for en god veiledning, og at veiledning og undervisning er nødvendig for at pasienten skal kunne bidra til god smertelindring.

I følge Reeves (2008) har også sykepleiere fordommer og misoppfattelser knyttet til opioider. Spesielt når det gjelder frykten for avhengighet. Dette er en barriere sykepleieren har for å administrere opioider til pasientene. Dette viser at også sykepleiere sitter med for lav kunnskap om opioider, og at også de trenger å tilegne seg mer informasjon og kunnskap på området. Fordi frykten for avhengighet er en viktig barriere for smertelindring også hos sykepleiere er det viktig at sykepleiere kan definere begrepet, og skille psykisk avhengighet fra begrepene toleranse og fysisk avhengighet. Dette er ulike tilstander, og kan opptre alene eller samtidig, men de blir ofte feilaktig samlet under begrepet vanedanning, eller avhengighet.

Psykisk avhengighet kan defineres som:

*"adferd som viser stort engasjement for å skaffe og bruke et medikament på grunn av den psykiske effekten, ikke av godkjente medisinske grunner"* (McCaffery og Beebe 2001: 81).

Ved psykisk avhengighet vil man tilstrebe å få nok opioider til å oppnå en rus. Hos pasienter som bruker opioider vil man tilstrebe det motsatte, nemlig å gi medikamentet på en slik måte at rus unngås. Dersom pasienten oppnår en rus, vil dette for de fleste oppleves som en uønsket bivirkning, og ikke en effekt (Kaasa 2008). Muligheten for at en hensiktsmessig bruk av opioider vil føre til psykisk avhengighet er i følge Kaasa (2008) og McCaffery og Beebe (2001) svært liten. Fysisk avhengighet av opioider viser seg som kroppslige abstinenssymptomer dersom medikamentet seponeres brått. Dette er en fysiologisk reaksjon, og innebærer ikke psykisk avhengighet. Fysisk avhengighet etterfulgt av abstinenssymptomer er uproblematisk dersom opioidet trappes ned gradvis (McCaffery og Beebe 2001). For å unngå abstinenssymptomer er det også viktig å gå over til et subkutant, intravenøst eller transdermalt opioid for pasienter som ikke lenger greier å ta opioider peroralt (Kaasa 2008). Toleranse kan inntre etter gjentatt administrering av opioidet, ved at en bestemt dose begynner å miste sin effekt. Det første tegnet på toleranse er at virkningen varer kortere enn før, deretter reduseres effekten av smertelindringen. Dette fører til et behov for større doser for å lindre smertene, og må ikke forveksles med psykisk avhengighet. Både pasienter og sykepleiere kan være redde for toleranse, og dermed måtte øke dosen med tanke på livstruende bivirkninger som respirasjonssvikt. Dette er også ubegrunnet, da toleranse for medikamentets virkning, også innebærer økt toleranse for bivirkningene og at det derfor ikke finnes noen øvre grense for dosering av morfin (McCaffery og Beebe 2001).

Et viktig poeng er at smertelindring er en legal, medisinsk grunn til å forskrive og ta narkotiske stoffer, og det er viktig for både pasienter og sykepleiere å vite at uansett hvor mye narkotiske stoffer pasienten tar for å oppnå tilstrekkelig smertelindring, er det ikke riktig at pasienten misbruker medikamentet (McCaffery og Beebe 2001).

## 5.0 Konklusjon

Litteraturstudiet viser til flere aspekter ved omsorgen, og kvaliteter ved sykepleiere pasientene ser som nødvendige for å oppnå god smertelindring i den palliative omsorgen.

- Pasientene uttrykte et behov for god kommunikasjon, og en åpen og ærlig dialog med sykepleiere. Dette var viktig for pasientenes følelse av trygghet, og ville gi pasientene en bedre forståelse av smerter og problemer relatert til smertelindring.
- Pasientene uttrykte behovet for en plan for den medikamentelle smertelindringen, og ønsket stor medvirkning i utformingen og administrasjonen av denne.
- Pasientene uttrykte et behov for regelmessig vurdering av smertene. Pasientene oppfattet god smertekartlegging som bruk av kartleggingsverktøy, samtidig som pasientenes egne uttrykk for smerte ble lagt til grunn.
- Pasientene uttrykte et behov for gjensidig tillit i relasjon med sykepleiere, og at sykepleiers erfaring og kunnskap var viktig for å oppnå dette. Tillit til sykepleiere førte til økt følelse av trygghet hos pasientene, og de ble mer villig til å delta i smertelindringen.
- Pasientene uttrykte et behov for informasjon, undervisning og veiledning om smertestillende medikamenter, spesielt opioider. Litteraturstudiet viser at dette er viktig for å overvinne barrierene slik at pasientene kan bidra til tilfredsstillende smertelindring.

Litteraturstudiet viser til flere årsaker til utilfredsstillende smertelindring som kan forklares i pasientenes holdninger til og oppfattelse av smertelindring:

- Pasientenes forventinger til kreftrelaterte smerter og smertelindring kunne påvirke kvaliteten på smertelindringen. Dette ved at de for eksempel ikke trodde fullstendig smertelindring var mulig.
- Pasientene oppgav misoppfattelser og fordommer mot smertestillende medikamenter, spesielt opioider. Disse kom til syne gjennom pasientenes barrierer for smertelindring.
- Pasientenes ulike barrierer for smertelindring kunne hindre dem fra å ta eller be om smertestillende medikamenter, eller rapportere om smerter.

Dette litteraturstudiet viser at det er viktig at sykepleieren setter seg inn i hva pasienten anser som viktige for å oppnå god smertelindring, og at sykepleieren møter behovene den enkelte pasienten har.



Litteraturstudiet viser at pasientens forventninger og holdninger til, og oppfattelse av smertelindring kan være en del av årsaken til utilfredsstillende smertelindring blant kreftpasienter. Det er derfor viktig at sykepleieren avklarer disse forholdene hos pasientene, og gir undervisning og veiledning slik at pasienten får muligheten til å kontrollere og påvirke egen smertelindring på en god måte.

## Litteraturliste

Almås, H. mfl. (2001) Sykepleie til pasienter med smerter, i; Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie – bind 1*, 3.utg., s. 65-114, Gyldendal Akademisk, Oslo.

Beck, S.L. mfl. (2010) Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients perspectives, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol 39, s. 100-115.

Bennet, M.I, Bagnall, A-M og Closs, S.J. (2009) How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis, *International Association for the Study of Pain*, vol. 143, s. 192-199.

Boström, B. mfl. (2004a) Cancer patients experiences of care related to pain management before and after palliative care referral, *European Journal of Cancer Care*, vol. 13, s. 238-245.

Boström, B. mfl. (2004b) Cancer-related pain in palliative care: patients perceptions of pain management, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 45, s. 410-419.

Brinchmann, B.S. (2008) *Etikk i sykepleien*, 2.utg., Gyldendal Akademisk, Oslo.

Chung, T.K., French, P. og Chan, S. (1999) Patient-related barriers to cancer pain management in a palliative care setting in Hong Kong, *Cancer Nursing*, vol. 22, s. 196-203.

Cohen, E. mfl. (2008) Pain beliefs and pain management of oncology patients, *Cancer Nursing*, vol. 31, s. 1-8.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4.utg., Gyldendal Akademisk, Oslo.

Eide, H. og Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utg., Gyldendal Akademisk, Oslo.

Ersland, A.L. mfl. (2002) Bedre lindring med tverrfaglighet, *Sykepleien*, vol. 90, s. 32-35.

Forord, utdrag fra Hjertetru av Esther Buchmann. URL:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/766370/Sangtekst%20Hjertetru.pdf>,

lokaliseringsdato 11.04.2013.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*, Natur och Kultur, Stockholm.

Forskningsetisk sjekkliste (1992) Publisert i *Forskningsetisk veileder*, utgitt av Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (NENT). URL: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/>, lokaliseringsdato 06.05.13.

Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, vol. 24, s. 105-112.

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/3.symptomer-og-tilstander/smerter-revidert-2009>, lokaliseringsdato 01.05.13.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* av 2.juli 1999, nr 64 URL: [http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell\\*&&](http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*&&), lokaliseringsdato 04.05.13.

Helsinkideklarasjonen (1964) Utformet av *Verdens legeforening* URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>, lokaliseringsdato 08.05.13.

Holtan, A., Kongsgaard U.E. og Ohnstad H.O (2005) Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus, *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, vol.4.

Jacobsen, D. mfl. (2010a) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2.utg., Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Jacobsen, R. mfl. (2010b) Barriers to pain management among lithuanian cancer patients, *Pain Practice*, vol. 10, s. 145-157.

Kaasa, S. (2008) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2.utg., Gyldendal Akademisk, Oslo.

Kreftregisteret (2010) *Cancer in Norway*, URL: <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Cancer-in-Norway-2010/>, lokaliseringsdato 09.04.13.

Kvåle, K. og Bondevik, M. (2010) Patients perception of the importance of nurses knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care, *Oncology Nursing Forum*, vol. 37, s. 436-442.

McCaffery, M. og Beebe, A. (2001) *Smerter – Lærebok for helsepersonell*, 1.utg., 5.opl., Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Naveh, P. mfl. (2011) Pain severity, satisfaction with pain management and patient-related barriers to pain management in patients with cancer in Israel, *Oncology Nursing Forum*, vol. 38, s. 305-313.

NSF (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, URL:

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf),

lokaliseringsdato 04.05.13

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2.juli 1999, nr 63.

URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>, lokaliseringsdato 04.05.13.

Potter, V.T. mfl. (2003) Patient barriers to optimal cancer pain control, *Psycho-Oncology*, vol. 12, s. 153-160.

Reeves K. (2008) A cancer pain primer, *MEDSURG Nursing*. Vol. 17, s. 413-419.

Rustøen R. og Stubhaug A. (2010) Smerter i; Knutstad U (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*, 3.utg., s. 137-181, Akribe, Oslo.

Sun, V.C-Y. mfl. (2007) Overcomming barriers to cancer pain management: an institutional change model, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 34, s. 359-369.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 1.utg., Gyldendal Akademisk, Oslo.

Tveiten, S. (2008) *Veiledning – mer enn ord*, 3utg., Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke, Bergen.

Valeberg, B.T., Bjordal, K. og Rustøen, T. (2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling, *Sykepleien Forskning*, vol. 5, s. 266-276.

Volker, D.L., Kahn, D. og Penticuff, J.H. (2004) Patient control and end-of-life care part II: The patient perspective, *Oncology Nursing Forum*, vol. 31, s. 954-960.

Wijk, H. og Grimby, A. (2008) Needs of elderly patients in palliative care, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, vol. 25, s. 106-111.

World Health Organization (2012a) *WHO's Definition of Palliativ Care*. URL:

[www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/), lokaliseringsdato 16.10.12.

World Health Organization (2012b) *WHO's Pain Relief Ladder*. URL:

<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>, lokaliseringsdato; 14.10.12.



