



# Bacheloroppgave

**SY 300215 Bacheloroppgave i sykepleie**

**Hvordan opplever kreftpasienter ipalliativ fase sine smerter?**

**Kanndidatnummer:**

10039

**Totalt antall ord: 8730**

**Antall sider inkludert forsiden: 49**

**Hovedveileder: Janne Rita Skår**

Innlevert Ålesund,



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<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

## 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 med forfatter(ne)s godkjenning.

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

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund 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: 21.05.18

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Folkehelse rapporten i 2014 viser til at 260 000 mennesker lever med kreft eller har tidligere hatt kreft i Norge. Av alle de er det omkring 70% av de med langt kommet kreftsykdom som lever med smerte. Mennesker lever lengre som syke grunnet gode behandlingsmuligheter, men til tross for økende fokus på smertelindring siste årene er det fortsatt altfor mange som lever med smerter.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudiet er å undersøke hvordan kreftpasienter i palliativ fase opplever sine smerter.

**Metode:** Gjennom et systematisk litteratursøk med utgangspunkt i min problemstilling har jeg et litteraturstudium som bygger på 7 kvalitative og 1 kvantitativ forskningsartikkel.

**Resultat:** Funnene viser ulik opplevelse på bakgrunn av pasientenes kunnskap og oppfølging. Flertallet bekrefter for lite kunnskap og oppfølging fra helsevesenet. Dette gir pasientene liten kontroll over smertene og smertelindringen, endret rolle i hverdagen og psykisk påkjenning. De med oppfølging av palliativt team opplever mindre smerte, de gjenvinner kontroll og får mer tillit til helsevesenet.

**Konklusjon:** Litteraturstudien viser at pasientene stort sett får for dårlig oppfølging av deres smerter utenfor et palliativt team og at palliativt team kommer inn for sent i sykdomsforløpet. Lite kunnskap er et problem som bringer med seg mer smerte og negative opplevelser enn nødvendig. Opplevelsen av smerte gir redusert kontroll, brudd i sosiale relasjoner, usikkerhet og angst.

**Nøkkelord:** Kreft, pasient, smerte, opplevelse, palliasjon

## **Abstract**

**Background:** The public health report in 2014 shows that 260 000 people live with cancer or have previously had cancer in Norway. From that number, about 70% of those living with advanced cancer, experience pain. Due to increasing life expectancy, many more people are living out their lives with some form of sickness. Despite the increasing focus on pain relief in recent years, there are still too many who live with pain.

**Aim:** The aim of the literature study is to investigate how palliative cancer patients experience their pain.

**Method:** Through a systematic literature reserach study based of my aim, I have included seven qualitative and one quantitative reserach article.

**Result:** The findings show that the level of knowledge and follow-up from the health service affects the experience of pain. The majority confirm the lack of knowledge and information gives them little control over their pain and pain control. Patients therefore experience a changed role in everyday life and hightened mental strain. With the follow-up of a palliative care team they experience less pain, regain control and gain more confidence in the healthcare system.

**Conclusion:** The literature study shows that patients generally suffer from poor follow-up of their pain outside a palliative care team and that the palliative care teams often become involved too late in the course of the desease. Little knowledge is a problem that causes more pain and negative experiences than necassary. The experience of pain results in reduced control, breach in social relationships, uncertainty and anxiety.

**Keywords:** cancer, patient, pain, experience, palliation

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2	HENSIKT MED STUDIEN .....	2
1.3	PROBLEMSTILLING .....	2
1.4	AVGRENSNING/ BEGRENSNING.....	2
1.5	VIKTIGE BEGREP .....	2
1.6	OPPBYGNING AV OPPGAVEN .....	3
<b>2.0</b>	<b>TEORIBAKGRUNN.....</b>	<b>4</b>
2.1	KREFT.....	4
2.1.1	<i>Konsekvenser av å leve med kreft.....</i>	<i>4</i>
2.2	KREFTSMERTER .....	5
2.2.1	<i>Konsekvenser av kreftsmerte .....</i>	<i>5</i>
2.3	SMERTEBEHANDLING (PALLIATIV SMERTELINDRING) .....	6
2.3.1	<i>Barrierer ved smertelindring .....</i>	<i>7</i>
2.3.2	<i>Kommunikasjon som verktøy.....</i>	<i>7</i>
2.3.3	<i>Sykepleieteoretiker.....</i>	<i>7</i>
2.4	PALLIATIVT TILBUD .....	8
<b>3.0</b>	<b>METODEBESKRIVELSE.....</b>	<b>9</b>
3.1	DATASAMLING OG SØKESTRATEGI .....	9
3.1.1	<i>Inklusjonskriterier.....</i>	<i>10</i>
3.1.2	<i>Kvalitetsvurdering .....</i>	<i>11</i>
3.1.3	<i>Etisk vurdering.....</i>	<i>11</i>
3.2	ANALYSEPROSESSEN .....	12
3.2.1	<i>Samle utvalg av studier.....</i>	<i>12</i>
3.2.2	<i>Identifisere viktige funn.....</i>	<i>12</i>
3.2.3	<i>Vurdere studiene i forhold til hverandre .....</i>	<i>13</i>
3.2.4	<i>Beskrivelse av fenomenet.....</i>	<i>13</i>
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>14</b>

4.1 ULIK OPPLEVELSE – AVHENGIG AV KUNNSKAP .....	14
4.2 OPPLEVELSEN AV ENDRET ROLLE I HVERDAGEN.....	16
4.3 OPPLEVELSEN AV PSYKISKE HELSE .....	17
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>19</b>
5.1 METODEDISKUSJON .....	19
5.2 RESULTATDISKUSJON .....	20
5.2.1 <i>Opplevelsen av kunnskap</i> .....	20
5.2.2 <i>Endret rolle i hverdagen</i> .....	23
5.2.3 <i>Opplevelsen av psykisk helse</i> .....	25
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>29</b>

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Vedlegg 2 – Litteraturmatriser

## **1.0 Innledning**

Kreft er en fryktet sykdom av mange, og som fortsatt er forbundet med smerte og død. (Lorentsen & Grov, 2016:398-399).

Kreftregisteret (2016) registrerte 32827 nye krefttilfeller i Norge, i 2016.

Folkehelse rapporten om kreft i Norge (2018) belyser at 260 000 mennesker lever med kreft eller tidligere har hatt kreft og at dette tallet kommer til å fortsette å stige grunnet økt levealder og en befolkning som stadig vokser. Mennesker med kreft lever lengre på grunn av gode behandlingsmuligheter, men de lever også lengre som syke. Levetiden har økt med 20 år de siste 100 årene. 60% av kreftpasienter er fra 65år og eldre og med den økende alderen for de som lever med kreftsykdom øker også forekomsten av en rekke andre sykdommer som hjerte- og karsykdom, kols, demens og muskel- og skjelettsykdommer (Saltvedt & Wyller, 2016:262).

Til tross for økende fokus på smertelindring de siste årene, er det fortsatt mange kreftpasienter som ikke har den optimale smertebehandlingen, særlig de med metastase og kort forventet levetid. Det er ca. 50% av kreftpasienter generelt, og omkring 70% av de med langtkommet kreftsykdom som lever med smerter (Aass mfl., 2015). I litteraturen står det skrevet at forskning basert på pasientens perspektiv av smerte er minst like viktig for forståelsen av smerte, som forskning fra et sykepleierperspektiv (Danielsen mfl. 2016:382).

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Når jeg hadde min praksis i hjemmesykepleien pågikk det et pilotprosjekt i kommunen med palliativ plan. En palliativ plan er et verktøy som skal kvalitetssikre palliative tiltak for pasienter med uhelbredelig sykdom, hvor målet er å være i forkant og sikre best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende (Innføring av palliativ plan, 2016-2018). Dette gav meg et innsyn i hvor mye som er uavklart, ikke snakket om og hvor lite kunnskap pasienten og pårørende har. Jeg observerte at palliativ plan ga de pårørende mer trygghet og støtte, og at pasienten følte seg bedre ivaretatt og fulgt opp.

Tross en palliativ plan, er det ikke en selvfølge at pasientene er tilstrekkelig smertelindret. Det er mye som skal være i orden og følges opp for å klare å oppnå optimal smertelindring



Dette gjorde meg nysgjerrig på hvordan pasientene opplevde situasjonen, og hvordan jeg som framtidig sykepleier kan sikre optimal smertelindring til palliative kreftpasienter.

## ***1.2 Hensikt med studien***

Hensikten med studiet er å undersøke hvordan kreftpasienter opplever sine smerter. Ved å undersøke dette håper jeg også å få innblikk i hvordan smertene påvirker livene deres. Flere enn vi tror lever med kreftsmarter, og jeg synes dette er noe vi må øke fokuset på. Jeg er nysgjerrig på om forskningen samsvarer med det som står i pensumbøkene, og eventuelt hva pasientene ønsker og trenger. Med å svare på problemstillingen kan én ta lettere hensyn og få et bedre innblikk i hva disse menneskene ønsker i møte med helsevesenet.

## ***1.3 Problemstilling***

Hvordan opplever kreftpasienter i palliativ fase sine smerter?

## ***1.4 Avgrensning/ Begrensning***

Kreftpasienters opplevelse utelukker sykepleierens og pårørendes perspektiv. Alle pasientene har en langtkommet eller uhelbredelig kreftsykdom men jeg har ikke skilt mellom ulike typer kreftsykdommer. Noen er kommet under oppfølging av palliativt team, andre ikke. Jeg har definert deltakerne som palliativ fordi de må leve med sykdommen resten av sitt liv, men de er på ulike stadier av sykdommen. Med kreftpasienters opplevelse menes fysisk og psykisk opplevelse av kreftsmerte.

## ***1.5 Viktige begrep***

**Kreft** er forårsaket av en ukontrollert celledeling eller at cellen ikke utfører oppgavene som den ellers friske cellen ville gjort. Når kreftcellene fortsetter å dele seg vil det etterhvert danne en opphopning av kreftceller som defineres som kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2016:398-399).

**Smerte** er en subjektiv personlig erfaring som oppleves sensorisk og emosjonelt ubehagelig som følge av potensiell eller faktisk vevsødeleggelse (Danielsen m.fl, 2016:383).

**Palliativ fase** er når alt håp om helbredelse av kreftsykdommen er ute. I den palliative behandlingen er det særlig fokus på god livskvalitet, lindre symptomer eller å utsette forventede symptomer (Utne, 2010:250).

**Opplevelse** er menneskets subjektive erfaring som henger sammen med følelser, tankeprosesser, motivasjon og sansepåvirkning (Teigen, 2016).

## ***1.6 Oppbygning av oppgaven***

Videre i oppgaven skal jeg belyse aktuell teori for temaet hvor jeg blant annet har inkludert litt av Joyce Travelbee sine holdepunkter i møte med mennesker. Metodedelen vil skildre fremgangsmåten benyttet for å finne forskning, samt analyseprosessen. Funnene fra analysen blir presenter under resultatdelen, som senere diskuteres i kapitel 5 i lys av teorigrunnet. Hele oppgaven avrundes med en konklusjon ut i fra problemstillingen.

## **2.0 Teoribakgrunn**

### **2.1 Kreft**

Å få en kreftdiagnose blir for mange oppfattet som noe som knuser fremtidsplaner, lidelse, smerte og død, det oppleves som en krise i manges liv. Det rammer ikke bare pasienten, men hele familien, deres sosiale nettverk og de fleste uttrykker en angst for å miste kontrollen over seg selv og for at sykdommen kommer ut av deres kontroll (Schjølberg, 2008:84).

Vi skiller mellom kurativ- og palliativ kreftbehandling hvor kurativ behandling har som mål å helbrede pasienten fra sykdommen. Når pasienten ikke lenger har nytte av den helbredende behandlingen, er det fokus på palliativ, også kalt lindrende, behandling. Målet er symptomlindring- og forebygging, forlenget opplevelse med fokus på best mulig livskvalitet tross en alvorlig og livstruende sykdom (Schjølberg, 2008:93).

#### **2.1.1 Konsekvenser av å leve med kreft**

Kreftsykdommen fører ofte med seg emosjonelle, sosiale og åndelige endringer for den det gjelder og deres familie. Pasientene opplever plager i ulik grad, som følge av kreftsykdommen eller behandlingen. Kreftpasienter med metastase har flere plager (Utne, 2010:256). De vanligste symptomene og konsekvensene er kvalme, smerte og kreftrelatert tretthet. Som følge av sykdommen kan pasienter få endret kroppsbylde grunnet kroppslige forandringer eller funksjonsendring. Eksempel på dette er hårtap, å miste en kroppsdel eller organ og ekstrem avmagring (Schjølberg, 2008:124).

Psykososiale konsekvenser er ikke unormalt en eller annen gang gjennom sykdomsforløpet, og ofte flere ganger. Angst og depresjon er vanlige reaksjoner hvor angst ofte brukes som forsvarsmekanisme og depresjon ofte kan knyttes mot opplevelser av tap (Lorentsen & Grov, 2016:405). Ved en kreftsykdom kan pasientene av naturlige årsaker få en endret rolle. Mange går fra å være familien omsorgsyrer til å måtte gå inn i en mottakerrolle, og dette er en stor omstilling for den det gjelder. Som følge av endret kroppsbylde og rolle lever mange med kreft isolert, her spiller også utmattelse og smerte en rolle. Istedenfor å møte sitt sosiale nettverk og risikere å få sårede utsagt, bruker de

isolasjon som en mestringsstrategi for å kontrollere sine følelser (Lorentzen & Grov, 2016:406).

Å leve med en inkurabel kreftsykdom har fokus på lindring. Det er lindring av pasientens fysiske smerter, andre plagsomme symptomer, tiltak rettet mot psykiske, sosiale og ekstensielle behov som står sentralt (Aass mfl. 2015). For pasientene betyr dette ofte endringer i det tilvante, noen opplever endringene dramatisk og for noen er det bare et spørsmål om gradvis tilvenning (Hopen, 2010:299).

## **2.2 Kreftsmarter**

Smerter opptrer i ulike faser av sykdommen, i forkant og underveis i diagnostiseringen, i forløpet av behandlingen eller som følge av behandlingen, i tillegg til at pasienter med uhelbredelig sykdom også har kreftsmarter (Kongsgaard, 2017:181)

Kreftsmarter er ofte en kronisk tilstand som inkluderer både en vedvarende bakgrunnssmerte og kortvarige perioder med gjennombruddssmerter (Kaasa, 2016:403). Noen smerter er tumorrelaterte som følge av vevsødeleggelse, vevssmerte, vi har også nervesmerte forårsaket av skade eller dysfunksjon i nervesystemet og psykisk smerte hvor angst og eventuelle psykiske reaksjoner dominerer. Årsaken til smertene kan være mange, avhengig av tumortype og dens lokalisasjon og utbredelse, spredning og innvekst i nervevev som fører til nerveskader (Kongsgaard, 2017:182).

### **2.2.1 Konsekvenser av kreftsmerte**

Livet til mennesker med langtkommet kreftsykdom vil som oftest være preget av lengre eller kortere perioder med smerte. Vedvarende smerter har stor innvirkning på pasientene. Smerte øker pasientens oppgitthet, medvirker til sosial isolasjon og de får en følelse av lav livskvalitet, i verste fall tanker om døden (Kaasa, 2016:404). Å leve med kroniske smerter påvirker søvnkvaliteten som igjen påvirker pasientens energi og fysiske aktivitet i hverdagen. Depresjon er en vanlig følge av et liv med smerte og i enkelte tilfeller er det beste du kan gjøre for pasienten å behandle depresjonen. Å få diagnosen og en forklaring på smertene gjør det lettere å akseptere tilstanden sin. Pasienter har ofte store bekymringer knyttet til smertene og hva de kommer av, og om noe er alvorlig galt. Når pasienten har en klar årsakssammenheng å vise til er det også lettere for de å overbevise helsepersonell om

smertene. Det at pasienter ikke blir trodd eller tatt for å overdrive sine smerter er en vond opplevelse (Danielsen mfl. 2016:417).

### ***2.3 Smertebehandling (Palliativ smertelindring)***

Kreftsmarter er et begrep som omfatter flere type smerte samtidig, det krever forskjellig behandling og ofte kombinasjonsbehandling (Lorentsen & Grov, 2016:402). Kreftsmertene kan lindres ved å behandle selve sykdommen eller svulsten med cytostatika, hormoner eller strålebehandling eller ved hjelp av analgetika som virker inn på overføringen og oppfatningen av smerteimpulser (Lorentsen & Grov, 2016:412). Vedvarende smerter fører til forandringer som gjør at smerteimpulsen blir sterkere og vanskeligere å behandle, dette fordi det oppstår en overfølsomhet på reseptornivå og ryggmargsnivå. Denne forståelsen av det meget komplekse samspillet danner grunnlaget for den analgetiske behandlingen til hver enkelt pasient (Kaasa, 2016:404). Kreftpasienter har sjeldent stabile smerter og derfor bærer behandlingsprinsippet på å behandle, evaluere, behandle og reevaluere. Forhold som skal vektlegges i smertebehandling er smertens intensitet, lokalisering og karakter opp mot sykdommens utbredelse. Pasientene har krav på tilpasset og individualisert behandling (Kaasa, 2016:403).

Når pasienter retter oppmerksomheten mot smerten, blir smerteopplevelsen forsterket. I tillegg til oppmerksomheten, er også forventingen pasienten har til smerte av stor betydning for opplevelsen av den. Det kan derfor være helt avgjørende å fremme en positiv men samtidig realistisk forventning om smertelindring i klinisk arbeid med de som opplever smerte (Finset, 2016:367).

En av de viktigste sykepleieroppgavene er å avklare pasientens tanker og erfaringer med smerter og beskrive smertens endring i tidsforløpet (Lorentsen & Grov, 2016:409). Forhold som kan hindre god smertelindring er utilstrekkelig kunnskap hos helsepersonell, manglende fokus på- og undervurdering av pasientens smerte og ikke minst utilstrekkelig rutiner på kartlegging av smerte. Pasienten skal også være del av smertelindringen, og med manglende samarbeid de imellom vil ikke riktig informasjon, veiledning og kunnskap komme til rette (Lorentsen & Grov, 2016:412). Når pasientene opplever kontroll over smertekilden eller smerteplagane reduserer dette stressnivået og smertene kan oppleves mindre intens og ubehagelig (Finset, 2016:377).

### **2.3.1 Barrierer ved smertelindring**

Barrierer er et viktig hinder for god smertelindring, slike barrierer kan være redsel for bivirkninger, avhengighet av og økt toleranse for smertestillende medikamenter, manglende kunnskap om smerte og smertelindring og manglende dokumenterte smerter. Mange tar ikke smertestillende medikamenter som forskrevet som følge av dette. Det er ikke nok å fortelle kreftpasientene hva de skal gjøre, å hjelpe kreftpasienter med smertelindring krever tett og nært samarbeid (Rustøen mfl. 2008:260).

### **2.3.2 Kommunikasjon som verktøy**

Kreftpasienter har generelt mye kunnskap om sin sykdom og behandling, men av naturlige årsaker er det store individuelle variasjoner som avhenger av alder, utdanning, kjønn og lignende. I Norge har vi Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3) som sikrer pasienten medvirkning i egen helsehjelp og behandling, samt sikrer den at pasienten får den informasjonen han trenger for tilstrekkelig innsikt i sin helsetilstand, da med hensyn til risikoer, bivirkninger og prognoser. Med stadig fokus på kortere sykehusinnleggelses, også for kreftpasienter, byr dette på store utfordringer med tanke på kontinuerlig informasjonsformidling, oppfølging av medisiner og veiledning (Reitan, 2017:111). Hver enkelt pasients behov, ønsker og problemer er styrende for hvilken informasjon som vil bli gitt. At pasientene uttrykker seg selv er en viktig funksjon som bidrar til avklaring og tenkning, og gjennom dialog kan de ulike partene utvikle noe de ikke kunne gjort uten hverandres kunnskap og opplevelser (Reitan, 2017:111).

### **2.3.3 Sykepleieteoretiker**

Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som et instrument i sykepleiesituasjoner for å opprettholde menneske-til-menneske-forholdet, som igjen er et verktøy til å bli kjent med pasienten, forstå og møte deres behov, hjelpe vedkommende til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Eide & Eide, 2014:136).

«Å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn til å unngå eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse, eventuelt, å finne mening i denne opplevelsen»  
(Eide & Eide, 2014:136)

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er en komplisert tosidig prosess som forutsetter at sykepleier har en rekke spesifikke evner og ferdigheter. Med god trening kan den mellommenneskelige relasjonen påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse med å for eksempel gi den mening, eller å hjelpe pasienter til å mestre både lidelsen og sykdommen bedre. Teorien til Joyce Travelbee ser på mennesket som et enestående og uerstattelig individ, og derfor er det helt sentralt at sykepleier forholder seg til pasientens opplevelse av sykdom og lidelse fremfor pasientens diagnose (Eide & Eide, 2014:136).

## ***2.4 Palliativt tilbud***

Kreftpasienter opplever hyppige sykehusinnleggelses og skifte mellom omsorgsnivåer og dette involverer automatisk mange aktører gjennom deres sykdomsforløp. De kommer i kontakt med palliativt team når den aktive sykdomsrettet behandlingen er avsluttet og de trenger omsorgstjeneste og symptomlindring. Det er blitt attraktivt at palliativt team blir aktivert tidlig i sykdomsforløpet med et tilbud om kartlegging av symptomer og behov, smerte- og symptomlindring, kommunikasjon og målsetting, prognostisering og beslutningstaking, vurdering av omsorgsnivå, felles hjemmebesøk og veiledning av helsepersonell (Paulsen mfl. 2016:142). Tilbudet som ordinært blir tilbydd alle har for lavt tempo til disse pasientene, da noen har kort forventet levetid og det fort kan oppstå raske endringer i sykdomsstatus. Den individuelle planen som blir laget ut fra de tiltakene og vurderingene som er nevnt over, vil følge pasienten uansett hvilket omsorgsnivå og tjeneste de møter og skal være en trygghet for pasienten (Kaasa & Loge, 2016:199). Flertallet av de som mottar palliativ behandling har smerter og derfor er smertelindring et helt sentralt element i palliativ behandling, og ikke minst et veldig avgjørende element for pasienten (Finset, 2016:372).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

Metodefasen i litteraturstudiet har tatt for seg fremgangsmåten hvor jeg tar stilling til utvalgsmetode, datainnsamlingsmetode og analysemetode. Det tar også for seg kvalitet- og etisk vurdering av forskning (Forsberg & Wengström, 2016:40).

Oppgaven skal løses ved hjelp av et systematisk litteraturstudium som tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling, og den skal besvares ved å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström 2016:27). For at dette skal være mulig har Forsberg og Wengström (2016:26) presisert viktigheten av å ha tilstrekkelig med studier som er av god nok kvalitet for videre diskusjon og konklusjon.

#### ***3.1 Datasamling og søkestrategi***

En konkret og avgrenset problemstilling gir et godt grunnlag for søkeord som kan brukes i både manuelle søk og søk i databaser (Forsberg & Wengström 2016:63). Jeg begynte med manuelt søk i Google og Google Scholar, det tok utgangspunkt i å finne relevant data ved hjelp av tidsskrifter, artikler, innholdsfortegnelser eller forskeren selv. For min del ga det manuelle søket meg inspirasjon til søkeord jeg kunne variere mellom og ulike metoder å strukturere analysen på. Gjennom en tidligere bacheloroppgave jeg fant ved å søke i Google Scholar fant jeg en god artikkel som jeg har inkludert i studien min.

Etter en veiledningstime med bibliotekar ble jeg introdusert for den strukturerte metoden PICO, som senere ble et godt utgangspunkt for min egen versjon av den (Tabell 1). PICO eller PIO står for patient (hvem), intervention (hva), control (kontrollgruppe) og outcome (resultat/utfall), og er en metode som er til god hjelp for å skape godt formulerte søkeord, men også ved analyse av resultatet (Forsberg & Wengström, 2016:60). Populasjonen jeg ønsket å finne forskning på er kreft pasienter, hva jeg ville undersøke er deres smerte ut i fra pasientenes opplevelser. Med utgangspunkt i Tabell 1 har jeg brukt «OR» mellom ordene som står i samme kolonne og «AND» mellom ordene som står i ulik kolonne, søkehistorikk er vedlagt (Vedlegg 1).



Tabell 1 – Søkeord

Hvem (P)	Hva (I)	Om (O)
- Patient* - Cancer patient*	- Pain - Pain management - Cancer pain - Palliative Care	- Experience

Jeg startet med veldig avgrensede søk med fokus på mange sentrale søkeord og nyere forskning. Dette ga lite resultat og jeg så meg nødt til å søke litt mer åpent og satt 2002 som laveste årstall. Til gjengjeld fikk jeg mange treff og ble nødt til å lese meg gjennom mange abstrakter. Jeg har valgt å inkludere en artikkel fra 2004 og en 2007, da jeg mener de har godt innhold som er høyst relevant for min problemstilling. Jeg har foretatt søk i databasene Cinahl, Sykepleien og PubMed, de er særlig egnet fordi de hovedsakelig tar for seg medisin, sykepleie, odontologi og fysioterapi (Forsberg & Wengström, 2016:64).

### 3.1.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier skal forklares og beskrives i metoden, det er disse som ligger til grunn for hvilke artikler forfatteren inkluderer i studien (Forsberg & Wengström, 2016:174).

Problemstillingen min tar for seg mennesker med kreft, her har jeg valgt å ikke skille mellom kvinner og menn eller ulike kreftdiagnoser. Aldergruppen er fra 18 år og oppover og de er enten innlagt på sykehus eller hjemmeboende. Jeg ønsker å gå inn i pasienten sin opplevelse og har derfor søkt etter og valgt ut artikler fra pasientens perspektiv. Forsberg og Wengström (2016:45) anbefaler kvalitativ forskning for å belyse opplevelser fordi målet til kvalitativ forskning er å hjelpe samfunnet til å forstå sosiale fenomener i deltakernes naturlige miljø. Kvantitativ metode inneholder målbare data som ofte blir representert i tabeller, figurer eller diagram (Forsberg & Wengström, 2016:43).

Datainnsamlingen kan bestå av journallesing, prøvetaking, tester, skalaer, observasjoner eller som i Valeberg mfl. (2010) sin studie, ved hjelp av spørreundersøkelse.

Forskningsartiklene må ha en tydelig IMRAD- struktur, forsket på i vestlige land og være godkjent av etiske komite. IMRAD- struktur betyr at artikkelen inneholder introduksjon, metode, resultat, analyse og diskusjon. Det er ikke et absolutt krav men jeg har lagt vekt på artikler som inneholder forfattere med Phd- grad i utvelgesprosessen. Det er også viktig for min litteraturstudie at tidsskriftene er kvalitetsvurdert og at hver enkelt studie er etisk godkjent.

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientens perspektiv</li> <li>- Flertallet av deltakerne i studiene er under palliativ behandlingsintensjon</li> <li>- Studier publisert etter 2002</li> <li>- Menn og kvinner &gt; 18år</li> <li>- Vestlige land</li> <li>- Norsk, engelsk, svensk eller dansk</li> <li>- Kvalitativ</li> <li>- ImRad- struktur</li> <li>- Kvalitetsvurdering nivå 1-2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barn</li> <li>- Studier der største delen av deltakerne ikke er pasienter</li> <li>- Eldre artikler enn 2002</li> </ul>

### 3.1.2 Kvalitetsvurdering

Det å kvalitetsvurdere artiklene handler i første omgang om å vurdere artikler fra det systematiske litteratursøket opp i mot mitt fokus, perspektiv og mine inklusjonskriterier. I inklusjonskriteriene kommer det frem at jeg vil ha artikler som er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2, ved å søke opp artiklenes tidsskrift på «Norsk senter for forskningsdata» har dette blitt kvalitetssikret. Flertallet av tidsskriftene jeg har inkludert er nivå 1 som indikerer middels kvalitet, nivå 2 er tidsskrifter av høy kvalitet. Sjekkliste fra Helsebiblioteket (2016) sikret kritisk vurdering av innholdet i hver artikkel, blant annet om resultatene er til å stole på, hva resultatene forteller og om resultatene er til hjelp i min litteraturstudie. Det er benyttet ulik sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning.

### 3.1.3 Etisk vurdering

God etikk er en viktig del av all vitenskapelig forskning og som forsker har du ansvar for å beskytte deltakerne i undersøkelsen, prosjektet må søke etisk tillatelse hos etisk komité og det skal alltid tas etiske hensyn (Forsberg & Wengström, 2016:132). I den nevnte sjekklisten for kvalitetsvurdering er det et punkt som omhandler etiske forhold, samtidig tok jeg utgangspunkt i de *Generelle forskningsetiske retningslinjer* fra De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). Retningslinjene bygger på prinsippene respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet.

I utvalg av artikler var jeg særlig oppmerksom på at deltakernes integritet og respekt ble godt ivaretatt da de er syke mennesker som åpner seg om deres opplevelse av noe veldig sårt og personlig. Det var viktig for meg å vite at deltakeren hadde fått god informasjon i

forkant av studiet, mulighet til å trekke seg underveis og å bli anonymisert. Kvalitative studier gir som sagt deltakerne mulighet til å fortelle mer om egne erfaringer, jeg så derfor etter om studiene hadde en løs struktur og intervju guide og en tydelig habilitet. Mange av forskningsartiklene hadde tatt kontakt med palliative team eller sykehusavdeling og funnet deltakere gjennom dem, noe som øker den faglige kvaliteten og ikke minst sikkerheten for pasientene. Alle mine åtte inkluderte artikler er etisk godkjent.

## **3.2 Analyseprosessen**

Evans (2002) analysemodell ble brukt som utgangspunkt i mitt analysearbeid i dette systematiske litteraturstudie. Gjennom 4 faser samles utvalg av studier, indentifiseres nøkkelfunn i hver studie, sammenlignes studiene i forhold til hverandre og tilslutt brukes funnene til å beskrive problemstillingen min. Å analysere går ut på å plukke deler av studiene fra hverandre, først undersøke de hver for seg, så starter syntesen med å sette delene fra de ulike studiene sammen til en ny helhet (Forsberg & Wengström, 2016:152)

### **3.2.1 Samle utvalg av studier**

Fremgangsmåte, søkestrategi og inklusjonskriterier er nærmere beskrevet i delkapittel 3.1 over.. Denne fasen besto i å søke seg frem i databaser med søkeord presentert i Tabell 1 og inklusjonskriterier for å finne relevante artikler, og ved hjelp av kvalitetsvurdering gjør et utvalg av artikler (Evans, 2002:25). Søkeprosessen har vært utfordrende og tidkrevende, jeg har endret problemstilling underveis da jeg så mangel på forskning i mine første søk.

Jeg leste gjennom de utvalgte artiklene flere ganger og tenkt på hva hver enkelt artikkel kunne tilføye til min oppgave for å svare på problemstillingen. Underveis har jeg funnet ut at enkelte artikler ikke var like gode og derfor byttet ut en del artikler i prosessen. Etter det systematiske litteratursøket sitter jeg igjen med 8 relevante artikler

### **3.2.2 Identifisere viktige funn**

Evans (2002:25) andre fase startet med å lese gjennom artiklene flere ganger og skrive ned nøkkelfunn i hver artikkel. Ved hjelp av nøkkelfunnene i alle artiklene fikk jeg e god oversikt av hva artiklene fortalte meg, og ut i fra nøkkelfunn dannet jeg hovedgrupper. De

hovedgruppene jeg sitter igjen med tilslutt er ikke de jeg først identifiserte. Underveis har jeg forstått hvor mye opplevelsene henger sammen og det ble derfor vanskelig å skille enkelte funn fra hverandre. Jeg brukte blå farge på det som omhandlet kunnskap, rosa på endret rolle og gul på det som gikk på psykisk. Det å danne tre hovedgrupper og samle funn under hver gruppe har vært oversiktlig, det har gitt meg god forståelse for hver enkelt forskningsartikkel og dannet et godt grunnlag for veien videre i prosessen.

### 3.2.3 Vurdere studiene i forhold til hverandre

I Evans (2002:25) tredje fase identifiserte jeg fellestrekk og ulikheter under hver enkelt gruppe funn. Eksempel på dette er at noen pasienter opplevde kunnskapsmangel og andre ikke, noen opplevde usikkerhet som følge av mangel på kunnskap mens andre opplevde kreftsykdommen som en usikkerhet. En forenklet oversikt er vist i Tabell 3, ved å sette opp underkategorier har det vært lettere å sammenligne de ulike studiene.

Tabell 3 – Oversikt over hovedfunn og underkategorier

Ulik opplevelse – avhengig av kunnskap	Endret rolle i hverdagen	Psykisk helse
Tape kontrollen	Begrenset hverdag	Psykiske påkjenning
Å være avhengig av andre	Å være en byrde	Konstant påminnelse
Medvirkning	Truet identitet	Usikkerhet
	Relasjoner	Sosial isolasjon

### 3.2.4 Beskrivelse av fenomenet

Den fjerde fasen i Evens (2002:25) analyseprosess er beskrivelsen av det du har funnet ut, dette presenteres i kapittel fire om resultat.

## 4.0 Resultat

Resultatet er en beskrivelse av analysens og syntesen sine nøkkelfunn, som blir representert under utarbeidet hovedtema (Evans, 2002:25) Analysen avdekket opplevelser som går på kunnskap, endret rolle i hverdagen og deres psykiske helse.

### 4.1 Ulik opplevelse – avhengig av kunnskap

De inkluderte kvalitative studiene har alle med opplevelsen av det å ha eller og ikke ha nødvendig kunnskap og Valeberg mfl. (2010) har ved hjelp av en spørreundersøkelse funnet ut at pasienters barrierer til smertelindring bærer preg av kunnskapen til hver enkelt.

Det er viktig for pasientene å vite årsaken til smertene som en del av det å ta kontrollen over smertene (McPherson mfl. 2013; Gibbins mfl. 2013; Larsson mfl. 2007; Erol mfl. 2018; Webber mfl. 2011; Hackett mfl. 2016). Den manglende kunnskapen til årsaken til smertene gir pasientene liten kontroll over situasjonen og smertelindringen (Erol mfl., 2018). Pasientene i Gibbins mfl. (2013) studie beskriver at å vite årsaken til smertene ofte er viktigere enn å lindre den fordi de frykter smerten er tegn på progresjon av kreftsykdommen. Denne påstanden kommer også frem i spørreundersøkelsen til Valeberg mfl. (2010). De opplever å leve i usikkerhet som følge av lite kunnskap og informasjon (Gibbins mfl. 2013; Valeberg mfl. 2010; Larsson mfl. 2007). Det å være avhengig av andre og gi kontrollen på smertene til noen andre er de motvillige til, men har ikke noe valg når smertene blir uutholdelig.

«As I did not experience pain before, I do not know what to do with pain»  
(Erol mfl. 2018)

I Hackett mfl. (2016), Gibbins mfl. (2013), McPherson mfl. (2013) og Webber mfl. (2011) har pasientene en følelse av manglende evne til å meste smertelindringen selv som følge av for lite kunnskap. En pasient i studien til Böström mfl. (2004) beskriver manglene kunnskap og informasjon fra lege slik: «Doctor just wrote me a prescription and told me it was a painkiller I could take when i needed. When I arrived at the chemist they asked me for identification and told me it was morphine.»

Som følge av manglende kunnskap oppstår det barrierer til smertestillende, særlig morfin. Liten forståelse for og informasjon om smertestillende medisiner fører til minimalt bruk og i noen tilfeller, total seponering (Valeberg mfl. 2010; Hackett mfl. 2016). Over 60% av pasientene i spørreundersøkelsen til Valeberg mfl. (2010) tror det er fare for å bli avhengig av smertestillende medisiner. Erol mfl. (2018) belyser en «vent og se» holdning til bruk av smertestillende. Pasientene i Böström mfl. (2004) opplever at personlighet og holdninger preger deres smertelindring og dermed effekten av den. I Hackett mfl. (2016) forklarer pasientene den plutselige katastrofetenkningen og usikkerheten når de opplever en ny type smerte eller smerte på et nytt sted. Dette skaper en barriere for å ta kontakt med helsepersonell og snakke om det.

«I don't like taking any medication of any sort really until the pain gets sort of unbearable, and then I've got to take something» (Gibbins mfl. 2013)

I Larsson og Wijk's (2007) studie hadde pasientene kontinuerlig smertelindring via en intratekal ekstern pumpe. De fikk økt tilgang på informasjon, opplæring og støtte fra sykepleiere, og her kommer det tydelig frem at kunnskap og tilgjengelig sykepleier gir en følelse av kontroll og uavhengighet over eget liv og sine smerter. I Böström mfl. (2004) kommer det frem at bedre kommunikasjon leder til mer forståelse for sine smerter og smertebehandling. Tre pasienter bekrefter at kunnskap om smerte har eliminert deres bekymring for årsaken til smerte, som igjen har bedret smertelindringen (Webber mfl., 2011). Kunnskap gir pasientene en følelse av mer kontroll, mening og sikkerhet (Larsson & Wijk, 2007)

Det er viktig for pasientene å få være en del av prosessen med smertelindring og få være delaktig i å ta valg. Når det ikke blir tatt hensyn til deres medvirkning føler pasienten seg mer som ett objekt enn et menneske (Böström mfl. 2004). De opplevde manglende informasjon og medvirkning i egen behandling helt frem til de ble en del av et palliativt team (Böström mfl. 2004) og smerte-team (Larsson og Wijk, 2007).

Alle de inkluderte studiene sier noe om hva kunnskap som verktøy kan bidra med for hverdagen og opplevelsen til pasienter som lever med smerte. Jo mer smerte pasienten har, desto større innvirkning har det på ulike funksjoner i hverdagen og dermed oppleves det større tap av kontroll (Valeberg mfl. 2010; Webber mfl. 2011).

## **4.2 Opplevelsen av endret rolle i hverdagen**

Pasientene i Gibbins mfl. (2013) Webber mfl. (2011), Hackett mfl. (2016), McPherson mfl. (2013) og Erol mfl. (2018) har alle en felles opplevelse av at smerter endrer deres rolle i hverdagen. Smertene begrenser pasientene i ulik grad, jo mer smerte pasientene har, desto mer har den innvirkning på deres funksjon og kapasitet i hverdagen. Pasientene ønsker ikke måle smerte ut i fra en numerisk skala men i hvilke daglige gjøremål de klarer å utføre og ikke (Webber mfl. 2011; Hackett mfl. 2016; Gibbins mfl. 2013; Erol mfl. 2018). Pasientene i de nevnte studiene klarer ikke opprettholde rutiner fordi de ofte er avhengig av pårørendes hjelp til ting, de er søvnløse på dagtid grunnet bivirkning av smertestillende og fordi det ofte er bevegelser som trigger smertene. De beskriver en begrenset hverdag som tidligere har vært preget av selvstendighet og dette truer deres identitet. Valeberg mfl. (2010) kartla en gjennomsnittssmerte på 4,5, når alt over 4 har en stor påvirkning på livskvaliteten til mennesker som lever med kreftsmerte, er det stor grunn til å tro at pasientene i de overnevnte studiene føler de mister sin rolle, selvstendighet og identitet.

«Because of pain, i could not get up from my bed, i eat a little, and then return back to bed. I forced my self to walk, my husband holds my arm and support me during walking. (Erol mfl. 2018)

Pasientene beskriver tapet de lever med når de ikke klarer å gjøre husarbeid, handle eller lage mat, oppholder seg i sengen store deler av dagen og ikke kan bidra økonomisk ved å arbeide (Erol mfl. 2018; Hackett mfl. 2016; Gibbins mfl. 2013). Pasientene føler seg som en byrde for pårørende.

Pasientene i Gibbins (2013) vet viktigheten av å opprettholde gode relasjoner men innrømmer at smertene dominerer i sosiale situasjoner, samme opplever pasientene i McPherson mfl. (2013), Larsson og Wijk (2007), Hackett mfl. (2016) og Erol mfl. (2018). Med søvnløse netter, mindre energi og redusert funksjon i hverdagen klarer ikke pasientene å opprettholde det sosiale nettverket. Pasientene i Hackett mfl. (2016) og McPherson mfl. (2013) synes smertene går negativt ut over humøret og energien og beskriver lite overskudd- og ønske om sosialt samvær.

«I am the same person; it's one bit of me that's out of order. I can manage the pain now. The pain plan with information about the pump and the knowledge and support I've got from the nurses is more than sufficient. I have lots of things to do, read, carry on with hobbies and be with my family and friends»  
(Pasient 1, Larsson og Wijk, 2007).

Opplevelsen av endret rolle og relasjoner påfører pasientene en psykisk smerte (McPherson mfl. 2013).

### **4.3 Opplevelsen av psykiske helse**

«Pain makes me miserable and angry» «I became aggressive and try to fight with everyone». (Erol mfl. 2018)

I alle 8 inkluderte artiklene kommer det frem psykiske påkjenninger som følge av smertene de opplever. I fire av studiene forteller pasientene at smerte er en konstant påminnelse om kreftsykdommen, og av naturlige årsaker er dette en psykisk påkjenning. Smerte fører med seg usikkerhet, angst, ubehag, psykisk stress, endret humør og sosial isolasjon (Valeberg mfl. 2010; McPherson mfl. 2013; Gibbins mfl. 2013; Larsson og Wijk, 2007; Webber mfl. 2011; Erol mfl. 2018; Hackett mfl. 2016).

«I can say that when you feel pain, over a long period, for a long time, it affects your mood, you become irritable, you say why me, why do I have so much now»  
McPherson mfl. (2013)

I studien til McPherson mfl. (2013) forteller flertallet av pasientene at de assosierer psykisk smerte med tap av funksjon og rolle i hverdagen, følelsen er angstfremkallende. Pasientene i Larsson og Wijk (2007), Böström mfl. (2004), Valeberg mfl. (2010), Hackett mfl. (2016) og Webber mfl. (2011) beskriver opplevelsen av å leve i usikkerhet som følge av kreftsykdommen og den usikre fremtiden. Å ikke mestre smertelindringen trigger følelser som tap av kontroll og håpløshet. Det er en klar sammenheng mellom intensiteten på smertene og hvor stor påkjenningen blir når de ikke klarer å mestre smertelindringen selv. Når kontroll oppnås kommer ofte bekymringene om fremtidens smerte som resulterer i å leve livet dag for dag (McPherson mfl. 2013).



«I have never thought that all of a sudden I would get a deadly disease like cancer, but now I know, and whether or not I will live to over christmas I don't know»

Patient no. 1 i Larsson og Wijk (2007)

Pasientene i Böström mfl. (2004), Webber mfl. (2011) og Larsson og Wijk (2007)

opplevde en positiv endring etter de kom i kontakt med palliativt team og smerteteam.

Usikkerhet og lite kunnskap ble byttet ut med tillit, trygghet og økt mulighet. De opplevde at smertene deres endelig ble tatt på alvor og dette var avgjørende for sikkerheten og tilliten til helsevesenet. De ble mer positive ettersom smertene ble lindret bedre, og i større grad var under deres egen kontroll.

«I felt myself depressed mood, fatigue, dizziness, all make me miserable.. So I Don't want to do anything, close the curtains and stay in bed for many hours.. I Even do not want to see my grandchild who is my favourite person..»

(Erol mfl. 2018)

## **5.0 Diskusjon**

I dette kapitlet presenterer jeg en kort metodediskusjon etterfulgt av resultatdiskusjonen.

Metodediskusjonen setter lys på styrker og svakheter i mitt litteraturstudium.

Resultatdiskusjonen vil bestå av diskusjon og drøfting hvor jeg setter mine funn opp i mot litteraturen. Jeg har også med konsekvens for sykepleie.

### **5.1 Metodediskusjon**

Jeg startet med å velge tema og problemstilling tidlig høsten -17, men da fra et sykepleiers perspektiv på smertelindring av kreftpasienter. Søket var utfordrende, jeg fant lite nyere forskning som belyste det jeg var interessert i å finne ut mer om. Når jeg senere endret til pasientperspektiv lettet det veldig søket etter gode artikler, dette har sikkert en sammenheng med at jeg også gikk litt bredere ut i søket for å finne artikler som beskrev de ulike opplevelsene pasientene har. Det at jeg skriver dette systematiske litteraturstudiet alene kan sees på som en svakhet, særlig i søkeprosessen og analyseringen. Selv opplever jeg det positivt, jeg har god kontroll og full oversikt over min egen oppgave og dens innhold, ettersom jeg gjør alt selv.

De håndfrie søkene til å begynne med gav meg inspirasjon og kunnskap om hvilke nøkkelord som kan være lurt å bruke og ikke minst en pekepinne på at temaet mitt har nok relevant forskning. Mine brede søk fikk en del funn, men ettersom mange av treffene var i feil perspektiv og fra andre verdensdeler var det lett å luke ut ikke relevante artikler i søket. Det at søkene i Cinahl og Pubmed resulterte i mange av de samme artiklene ser jeg på som en styrke i det systematiske litteraturstudie.

På grunn av svært lite nyere forskning om hjemmeboende pasienter har jeg måttet bruke studier som er fra både sykehus og hjemmet, dette kan være en svakhet men ettersom disse pasientene av naturlige årsaker kan være mye inn og ut av sykehus, ser jeg ikke på dette som et stort brekk i studien.

I noen av studiene er det en blanding mellom pasienter som er under kurativ- og palliativ behandlingsintensjon, men felles er at det er langt kommet kreftsykdom. I studien til Erol mfl. (2018) er pasientene fra Tyrkia, resten av studiene er fra Skandinavia. I den tyrkiske

artikkelen presenteres mer alternativ behandling og en større tilknytning til religion, men det er fortsatt lagt hovedvekt på pasientenes opplevelse av smerte, derfor påvirker ikke dette resultatet og funnene på noen negativ måte.

Noen artikler presenterer pasientgrupper som er under palliativt team eller smerteteam og andre pasienter har poliklinisk oppfølging eller oppfølging i sengepost. Jeg har sett på dette som både positivt og negativt gjennom denne prosessen. Det har blitt identifisert funn på ulike bakgrunner, men det har tilføyd oppgaven variasjon som skaper godt diskusjonsgrunnlag.

Jeg er fornøyd med å ha syv kvalitative artikler og synes den ene kvantitative artikkelen utfyller de kvalitative med å sette gjennomsnittstall og prosentandel på en del opplevelser som kommer frem i de kvalitative artiklene.

## ***5.2 Resultatdiskusjon***

Her diskuteres mine funn som er presentert i kapittel 4.0 opp mot relevant teori som er presentert i kapittel 2.0 om teoribakgrunn. De tre hovedgruppene må sees i sammenheng da opplevelsene går over i hverandre. Konsekvens for sykepleie er representert underveis.

### **5.2.1 Opplevelsen av kunnskap**

Flertallet av de inkluderte studiene savner mer kunnskap om årsaken til smerter for å kunne gjenvinne kontrollen over smertene (McPherson mfl. 2013; Gibbins mfl. 2013; Larsson & Wijk, 2007; Erol mfl. 2018; Webber mfl. 2011; Hackett mfl. 2016).

Litteraturen bekrefter at en forklaring på smerten er viktig for å akseptere den og videre akseptere seg selv (Danielsen mfl. 2016:416). Med stadig fokus på kortere sykehusinnleggelse og mer poliklinisk oppfølging kan den kontinuerlige informasjonsflyten og medisinske oppfølgingen fort glippe (Reitan, 2017:111). Dette bekrefter pasientene å oppleve i de nevnte studiene.

Det er helt klart vanskelig for pasientene i Hackett mfl (2016), Gibbins mfl. (2013), McPherson mfl. (2013) og Webber mfl. (2012) å mestre smertelindringen med manglende informasjon og veiledning når litteraturen snakker om hvor mye det kreves av alle parter

for å få det til. Litteraturen presiserer at kreftsmarter er et komplekst fenomen som er utfordrende å behandle optimalt. Det er mye som skal tas hensyn til og det krever en kontinuerlig evaluering av smertelindringen og effekten av den, i et tverrfaglig samarbeid (Kaasa, 2016:404). I pensumlitteraturen står det mye om de viktige samtale og konsultasjonene som skal hjelpe pasienter med å gjenvinne kontroll gjennom åpen dialog, uttrykking av opplevelser, behov og ønsker og mer kunnskap om sykdommen og medikamenter som kan lindre smerter (Reitan, 2017:111). Litteratur belyser hvor viktig det er å sette av tid til disse pasientene og jeg har funn som viser både konsekvenser og effekten av det.

I studiene er det ulik opplevelse av medvirkning på bakgrunn av hvilken kunnskap og undervisning de har fått av helsepersonell. I Erol mfl. (2018), Hackett mfl. (2016), Gibbins mfl. (2013) og Valeberg mfl. (2010) savner pasientene mer kunnskap og ekspertise fra helsepersonell som kan hjelpe pasientene til å bli mer selvstendig i egen smertelindring. Studiene (McPherson mfl. 2013; Gibbins mfl. 2013; Erol mfl. 2018; Webber mfl. 2011; Hackett mfl. 2016) understreker tydelig manglende fokus på undervisning veiledning og utilstrekkelige rutiner på smertelindring. Pasientene savner en trygghet i smertelindringen og litteraturen presiserer at å gjøre pasienten til en aktiv medvirkende del i planlegging og gjennomføring av behandling krever kunnskap og vil øke tryggheten til pasienten (Kaasa & Lund, 2016:130)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sikre at pasientene får tilstrekkelig innsikt i deres helsetilstand, at de får riktig informasjon til riktig tid og ikke minst medvirkning i egen behandling. Årsaken til at så mange opplever svekket informasjon og oppfølging kan tenkes å være at polikliniskoppfølging ikke er tilstrekkelig for kreftpasienter med smerte. Pasientene er ikke i stand til å forstå hvorfor eller hva de kan gjøre i situasjoner med uvanlige og sterke smerter og må derfor gi kontrollen over til andre, noe som forsterker opplevelsen av å tape kontrollen over egen situasjon (Gibbins mfl. 2013; Erol mfl. 2018). Sykepleier har et klart ansvar for å skape gode rammer for samtaler slik at pasient og pårørende får en følelse av trygghet og tillit. Å samtale om sykdommen og opplevelsen av livet etter en kreftdiagnose jevnlig, bidrar til at kreftpasienten får mulighet til å gjenvinne kontrollen over eget liv med økt medvirkning (Reitan, 2017:111).

Barrierene til smertestillende er omtalt i artiklene til Hackett mfl., (2016), Erol mfl., (2018) og Valgeberg mfl. 2010). Barrierene preges av lite kunnskap og informasjon om ulike legemidler, toleranse, bivirkninger og avhengighet. Det er beskrevet ulike holdninger i de nevnte studiene som fører til mindre bruk av smertestillende eller egen seponering. Dette sees på som et problem da det er et hinder for god smertelindring. Endringer i smertemønsteret til pasienten eller såkalte gjennombruddssmerter oppleves for mange kreftpasienter som en forverring av sykdommen og utløser ofte katastrofetanken (Hackett mfl. 2016). Dette kan bidra til manglende rapportering av smertene og en barriere for å søke hjelp for det.

Litteraturen beskriver de nevnte opplevelsene om barrierer som normale, men samtidig unødvendige (Rustøen mfl. 2008:261). Derfor er det så viktig at lege, sykepleier og palliativt team sammen danner seg et bilde av den palliative pasientens oppfatning av sin tilstand, forventningene til behandlingen og kartlegge forholdene nærmere (Kaasa & Loge, 2016:194). Pasienter veier nytten av smertelindring opp mot konsekvensene, og det er sykepleiers ansvar å undersøke hvilke holdninger og tanker hver enkelt har om å ta smertestillende, samtidig som de undersøker hva som er viktig for pasienten (Rustøen mfl. 2008:261). Dette belyser at barrieren er til hinder for god smertelindring og det kan tenkes at pasientene opplever mer smerte enn nødvendig som følge av de.

De pasientene som er medlem av et palliativt team eller smerteteam opplever mer tilgang på informasjon, veiledning, opplæring og støtte (Larsson og Wijk, 2007; Böström mfl. 2004). Målet til palliativt team er at de med en uhelbredelig diagnose skal leve så godt som mulig med minst mulig plager. De skal ta utgangspunkt i funksjonsnivået til hver enkelt pasient og setter realistiske mål for lindrende behandling (Kaasa, 206:404). Forskningen setter lys på behovet av god kommunikasjon og tilstrekkelig kunnskap for at pasientene skal gjenvinne kontrollen og eliminere bekymringene de har rundt smertene. De pasientene som har hatt tilgang på dette gir en positiv tilbakemelding om det å være mer uavhengig av andre og følelsen av selvstendighet og kontroll (Böström mfl. 2004; Larsson og Wijk, 2007; Webber mfl. 2011). De tre forskningsartiklene viser hva et godt tverrfaglig samarbeid kan utrette for pasientens liv med smerte, og kan brukes som en mal på hvordan smerteproblematikken til kreftpasienter kan løses. Jeg stiller spørsmålet til hvorfor flere palliative kreftpasienter ikke har det samme tilbudet og oppfølging.

Studien til Böström mfl. (2004) belyser viktigheten av å komme inn tidlig i sykdomsforløpet. I teorien står det at det er sykepleiers viktigste oppgave er å skape gode ramme og grunnlag for samtaler med pasienten og pårørende som skaper tillit og trygghet. Dette er et godt grunnlag for å videre få avklart pasientens tanker og erfaringer med smerter og en beskrivelse om smertenes egenskaper (Reitan, 2017:111). Ved fokus på mer individuelle samtaler med råd og veiledning vil sykepleier kunne redusere pasientens feiloppfatning, misforståelse og øke kunnskap hvor de ser behov for det. Travelbee beskriver kommunikasjon som et viktig verktøy (Eide & Eide, 2014:136) og forskning viser at sykepleiere utenfor et palliativt team må jobbe mer intensivt for å bedre sine kommunikasjonsferdigheter.

Sykepleier har også ansvar å informere om ulike tilbud som smerteskole, veiledningsgruppe, støttegruppe, psykolog, fysioterapeut, læring- og mestringssenter og annet som kan være aktuelt for pasienten (Danielsen mfl. 2016:422).

## **5.2.2 Endret rolle i hverdagen**

Et liv uten smerter for en kreftpasient vil være et urealistisk mål, dette er pasientene i studien til Gibbins mfl. (2013) helt innforstått med, selv om det så klart er et ønske. Pasientene i studiene blir begrenset ut i fra smertens intensitet, de lever med å ta time for time og dag for dag. Smerte gjør det derfor vanskelig å opprettholde rutiner (Webber mfl. 2012; Hackett mfl. 2016; Gibbins mfl. 2013; Erol mfl. 2018). De bekrefter at det er en stor belastning å ikke ha den samme rollen i hverdagen og at de ofte er avhengig av andre. Litteraturen bekrefter at å ha en redusert funksjonsevne går på pasienters kroppsbilde og opplevelsen av seg selv. Når de ikke lengre kan stå for daglige gjøremål selv har dette en negativ ringvirkning, ikke bare på pasienten men også de rundt (Schjølberg, 2008:126). Sykepleier vil ha en viktig oppgave med å koordinere og tilby tjenester som kan lette hverdagen for pasienten og pårørende. Kanskje er det bare hjelp til morgen- og kveldsstell som utgjør den store forskjellen, samtidig som pasienten må få optimal smertelindring.

Smerte begrenser pasientene og de får en automatisk redusert aktivitetsplan, samtidig som de ofte unngår å gjøre ting som fremprovoserer smerte. De prøver å opprettholde like dager med å tolerere smerte, men det er bare mulig til en viss grad (Gibbins mfl. 2013; McPherson mfl. 2013). Det blir slått fast i teorien at det er viktig å fremme positive og

samtidig realistiske forventninger om smerten og smertelindringen, og ta utgangspunkt i funksjonsnivået til hver enkelt pasient i planleggingen (Kaasa, 2016:404). Flertallet av studiene som er analysert beskriver mangel på informasjon og kunnskap, og det kan tenkes at realistiske mål og forventninger har falt ut i prosessen som har forårsaket en forsterket opplevelse av rolleendring.

Studiene som over beskriver endret rolle opplever kanskje i lik grad som pasientene i Gibbins mfl. (2013) at identiteten deres er truet. Når de ikke lenger opplever seg selv slik de en gang gjorde og de heller ikke har samme funksjon i hverdagen kan dette true deres identitet (Danielsen mfl. 2016:416). Litteratur slår fast at identitet er knyttet til menneskets mentale og fysiske funksjon, og med fysiske begrensninger er det naturlig at en slik opplevelse dannes. Her kan sykepleier gjøre pasientene bevisst på energiøkonomisering.

Pasientene i Erol's mfl. (2018) sier at den reduserte kapasiteten skaper brudd i sosiale relasjoner, de har ikke ork til sosialt samvær. Selv om det ikke kommer så ordrett frem i studiene til Webber mfl. (2011), Hackett mfl. (2016) og McPherson mfl. (2013) er det ikke grunn til å utelukke at de pasientene kjenner på samme opplevelsen. Litteratur bekrefter at kreftpasienter ofte lever isolert som følge av kroppslige forandringer og tap av fysiske ferdigheter, men også at det brukes som mestringsstrategi for å beskytte seg fra kommentarer fra andre og for å holde følelser under kontroll (Lorentsen & Grov, 2016:406). Ved fokus på lærings- og mestringsstrategier kan unyttige strategier byttes ut med mer hensiktsmessige (Danielsen mfl. 2016:422).

Helsepersonell skal arbeide i relasjoner men uttrykker manglende kompetanse i å gi åndelig/ ekstensiell omsorg (Hirsch & Røen, 2016:324). Tap av relasjoner er ofte ledsaget av sorg (Hirsch & Røen, 2016:319) og det er ikke utenkelig at pasientene som uttrykker brudd i sosiale relasjoner sitter med sorg som kan være vedvarende og dominerende. Som helsepersonell krever det gode kommunikasjonsferdigheter og rutiner for å avdekke slike opplevelser, og i de vanskelige samtalene krever det relasjon basert på tillit (Hirsch & Røen, 2016:319). Et godt verktøy for sykepleiere er å ta utgangspunkt i Travelbee's mellommenneskelige relasjonsfokus. Slik kompetanse er lettest å tilegne seg med fokusert trening (Eide & Eide, 2014:136).

De som lever med kroniske smerter har god effekt av opplæring i hvordan de mestrer å leve med smerter som behandling ikke alltid kan fjerne (Rustøen & Stubhaug, 2010:156) Kanskje er ikke et smertefritt liv realistisk for flertallet av pasienter som er inkludert i denne studien. Derfor må et tverrfaglig team snakke med hver enkelt pasient om deres forventninger til smertelindringen og ikke minst være ærlig rundt det som faktisk er realistisk å oppnå (Kaasa & Loge, 2016:194). Det er et sykepleieransvar å systematisk vurdere og registrere smerter, og på bakgrunn av dette administrere eller planlegge smertelindringen med lege og pasienten selv. I tillegg til å tilegne seg denne informasjonen via samtaler kan det også være hensiktsmessig å bruke ulike målingsverktøy for å kartlegge smertene (Danielsen mfl. 2016:398). Ettersom det ble nevnt at numerisk skala hadde liten effekt (Gibbins mfl. 2013) kan det være mer hensiktsmessig å ta i bruk flerdimensjonale smertekartleggingsmetoder. McGills smerteskjema er godt egnet til kreftpasienter med særlig fokus på hvordan smertene påvirker hverdagen ved hjelp av enkle og brukervennlige skjema (Rustøen & Stubhaug, 2010:153).

Målet er jo selvsagt at pasientene skal mestre hverdagen og smertelindringen. Opplevelsen av mestring er nært knyttet til opplevelsen av håp, og sykepleier kan gjennom håp bidra til at pasienten mestrer smerteopplevelsen på en bedre måte. Et godt tiltak er å sette opp kortsiktige og oppnåelige mål i lag med pasienten for å skape håp og mening i den situasjonen pasienter er i (Lorentsen & Grov, 2016:416). Støtte og pedagogiske tiltak vil være sentral når pasientene skal bearbeide sorgen over tap av funksjon og lære seg mestringsstrategier som kan gjenvinne kontroll over smertene (Danielsen mfl. 2016:419).

Mengden kunnskap og støtte pasientene har er avgjørende for kontrollen i hverdagen. Det er belyst konsekvensen av lite kunnskap og kontroll og i spørreundersøkelsen til Valeberg mfl. (2010) kommer det frem at dette utløser en følelse av usikkerhet.

### **5.2.3 Opplevelsen av psykisk helse**

Det er gjort funn av en rekke psykiske påkjenninger som følge av smerte, angst, usikkerhet, endret humør og sosial isolasjon for å nevne noen (Valeberg mfl. 2010; McPherson mfl. 2013; Gibbins mfl. 2013, Larrison & Wijk, 2007; Webber mfl. 2011; Erol mfl. 2018; Hackett mfl. 2016). Smerte fører med seg en konstant påminnelse om kreftsykdommen, og det tenkes at denne påminnelsen og usikkerheten de lever med vil



reduseres ved tilstrekkelig smertelindring. Det bekrefter hvert fall pasientene i studien til Webber mfl. (2011) når de sier at holdningen til fremtiden får en positiv vending når smertene ikke er tilstede. Sykepleierens ansvar er å fremme opplevelsen av velvære, redusere stress og angst og fremme håp. Undervisning om kreftsmerte vil redusere usikkerheten og avklare myter og misforståelser og dermed styrke håpet (Lorentsen & Grov, 2016:412). Sykepleier må vurdere iverksatte tiltak kontinuerlig med både pasienten og pårørende, sørge for åpen dialog og hele tiden være oppmerksom på endringer (Danielsen mfl. 2016:421).

Smerte er både fysisk og psykisk, derfor må også behandlingen rettes deretter (Danielsen mfl. 2016:419). Etter tidligere forskning har Finset (2016:379) presisert at depressive symptom og smerte påvirker hverandre gjensidig og bekrefter at det er naturlig å komme inn i en ond sirkel ved langvarige smerter. Psykologisk behandling samtidig med somatisk behandling av smertene har god dokumentert effekt. Pasientene i McPherson mfl. (2013) som sier at smertene og tapsfølelsen gir angst kan derfor ha god effekt av psykologisk tilnærming sammen med annen smertebehandling (Danielsen mfl. 2016:419). Litteraturen (Finset, 2016:387) sier at pasientene sin kunnskap også er avgjørende, dette bekrefter også pasientene i Böström mfl. (2004), Webber mfl. (2011) og Larsson og Wijk (2007).

Studiene (Böström mfl. 2004; Webber mfl. 2011; Larsson og Wijk, 2007) viser også at tillit bryter de presenterte barrierene for smertestillende. Det er sykepleier og lege sitt ansvar å skape et tillitsforhold (Danielsen mfl. 2016:388). Det settes inn lagt flere midler rundt hver pasient i et palliativt team enn vanlig poliklinisk oppfølging og det er helt nødvendig når et individualisert og tilpasset behandlingsopplegg skal skapes (Kaasa, 2016:403). Mine funn presenterer svært ulike opplevelser med oppfølging av team og vanlig poliklinisk oppfølging. Dette får meg til å undre over hvor mye kompetanse de som jobber på en poliklinikk egentlig har. Igjen er det et sykepleieransvar og da er det også deres ansvar og oppleves mer tilgjengelige for pasientene.

Når enkelte pasienter sier de ikke har blitt tatt på alvor før de kom inn i et palliativt team, må dette tas på alvor. Å ikke bli trodd eller mistenkeliggjøring er en vond opplevelse (Danielsen mfl. 2016: 417). De bekrefter at å bli tatt på alvor er avgjørende for sikkerheten og tilliten til helsevesenet (Böström mfl. 2004; Webber mfl. 2011; Larsson og Wijk, 2007). Her har poliklinisk helsepersonell en lang vei å gå ut i fra mine funn.

Når det er en klar sammenheng mellom intensiteten på smerten og påkjenningen av å ikke klare å mestre smertelindringen vil så klart mestring av smertene redusere den psykiske påkjenningen. I diskusjonspunkt 5.2.1 er kunnskap om smertelindring og økt medvirkning diskutert. Disse opplevelsene diskuteres tett i og med at opplevelsene ofte er et resultat av hverandre.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å få en forståelse for hvordan palliative kreftpasienter opplever sine smerter. Forskning beskriver ulike opplevelser som baserer seg på litt ulik oppfølging og erfaring fra helsevesenet. Mangel på kunnskap og informasjon er en opplevelse alle artiklene har til felles, men i ulik grad. Studiet har belyst sammenhengen med lite kunnskap og en hverdag med mer smerte, og omvendt.

Å leve med smerte skaper store begrensninger for de det gjelder. Smertene begrenser daglige gjøremål og sosiale relasjoner, pasientene får en rolle i hverdagen som preges av å være avhengig av andre og gi kontrollen til andre. Forskning belyser smerte som en konstant påminnelse på sykdommen og en fremtid i usikkerhet. Dette bærer også med seg andre psykiske påkjenninger.

Pasienter som blir fulgt opp av et palliativt team eller smerteteam har en mer positiv opplevelse. Med økt tilgang på informasjon og undervisning opplever pasientene å gjenvinne kontrollen over smertene, større medvirkning i smertebehandlingen og mindre psykiske påkjenninger.

Studien setter lys på viktigheten av at palliativt team kommer inn tidlig i sykdomsforløpet og at vanlig poliklinisk oppfølging ikke er tilstrekkelig for kreftpasienter med smerteproblematikk. Kreftpasienter lever med unødvendig mye smerte og denne studien har kartlagt barrierer til smertelindring som følge av for lite kunnskap hos pasienten. Derfor vil jeg videre anbefale forskning om hvorfor så mange kreftpasienter lever med smerte, og ikke minst hva som er mest hensiktsmessig metode for å øke kunnskapen til pasientene.

Sykepleier har en viktig rolle, uansett om de jobber i palliativt team, på sengepost eller poliklinisk. Jeg håper denne oppgaven kan bidra til at sykepleiere i møte med kreftpasienter med smerte legger forholdene til rette slik pasienter får rom til å snakke om sine opplevelser og ønsker, og ikke minst får større tilgang på kunnskap om egen situasjon.

## Referanseliste

- Aass, N., Haugen, D.F., Rosland, J.H., Jordhøy, M., Dønnem, T. & Knutsen, A.K. (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004); Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of advanced nursing*, 45(4), 410-419; <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x>
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerte. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R & Almås, H. Red. *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 381-427.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. [Internett]: < <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> > [Lest 04.02.2018]
- Eide, H. & Eide, T. (2014) *Kommunikasjon i relasjon*. Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S. & Erdogan, B. (2018) Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing* (33) 28-34; <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.005>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*. (20)2 22-26
- Finset, A. (2016) Smertepsykologi I: Kaasa, S. & Loge, J.H. Red. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 372-386

- Folkehelse rapporten (2018) *Kreft i Norge* [Internett] Oppdatert 24.01.2018.  
Folkehelseinstituttet. < <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft-i-norge---folkehelse rapporten/> > [Lest 19.04.2018]
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur
- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C.M. (2013). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain?. *Palliative medicine*, 28(1)71-78; <https://doi.org/10.1177/0269216313486310>
- Hackett, J., Godfrey, M. & Bennett, M.I. (2016) Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*. 30(8) 711-719; <https://doi.org/10.1177/0269216316628407>
- Helsebiblioteket (2016) *Sjekkliste for å lære og øve på kritisk vurdering* [Internett]: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra < <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste> > [Lest 02.02.2018]
- Hopen, L. (2010) Læring og mestring ved langvarig sykdom I:Knutstad, U. Red. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe, 284-307
- Innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal (2016-2018) Handlingsplan [Internett]. <<https://helse-mr.no/Documents/2%205%20-%20Innf%C3%B8ring%20av%20palliativ%20plan%20i%20M%C3%B8re%20og%20Romsdal%20-%20Handlingsplan.pdf> > [Lest 25.04.2018].
- Kaasa, S. (2016) Smertebehandling – generelle prinsipper I: Kaasa, S. & Loge, J.H. Red. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 402-410
- Kaasa, S. & Loge, J.H (2016) Den palliative konsultasjonen – med fokus på kreftpasienten I: Kaasa, S. & Loge, J.H. Red. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 190-201

- Kaasa, S. & Lund, J-Å (2016) Standardiserte pasientforløp og integrasjon mellom onkologi og palliasjon I: Kaasa, S. & Loge, J.H. Red. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 126- 138
- Kongsgaard, U.E. (2017) Smerte og smertebehandling I: Reitan, A.M & Schjølberg, T.K. Red. *Kreftsykepleie, pasient- utfordring- handling*. Oslo: Cappelen Damm, 181-195
- Kreftregisteret (2016) *Kreftstatestikk* [Internett]  
< <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/> > [Lest 18.04.2018]
- Larsson, A. & Wijk, H. (2007); Patient experiences of pain. Management at the end of life: A pilot study. *Pain management nursing*. 8(1) 12-16;  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.12.001>
- Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer I: Stubberud, D-G., Grønseth, R & Almås, H. Red. *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 397-436.
- McPherson, C.J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuck, M.M. (2013); Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. *Pain Res Manag*, 18:6, 293-300;  
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/439594>
- Norsk Sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler [Lest 01.05.2018]
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.
- Paulsen, Ø., Haugstøl, T. & Rosland, J.E. (2016) Palliative team på sykehus I: Kaasa, S. & Loge, J.H. Red. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 139- 149
- Reitan, A.M. (2017) Klinisk kommunikasjon I: Reitan, A.M & Schjølberg, T.K. Red. *Kreftsykepleie, pasient- utfordring- handling*. Oslo: Cappelen Damm, 104- 119

- Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I. & Stubhaug, A. (2008) Kreft og smerte I: Rustøen, T & Wahl, A.K. Red. *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal norsk forlag, 255-270
- Saltvedt, I & Wyller, T.B. (2016) Palliativ behandling av eldre I: Kaasa, S. & Loge, J.H. Red. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 262-273
- Schjølberg, T.K. (2008) Smerte til pasienter med kreft I: Knutstad, U. Red. *Sykepleieboken 3, klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe, 82-127
- Teigen, K.H. (8.desember 2016) Opplevelse I: Store norske leksikon [Internett] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/opplevelse>
- Utne, I. (2010) Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft I: Knutstad, U. Red. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe, 244- 261
- Valeberg, B.T., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*. 5(44), 266-276; <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0141>
- Webber, K., Davies, A.N. & Cowie, M.R. (2011) Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. *Support care cancer*. (19) 2041-2046; <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1062-z>
- World Health Organization (2018) *Palliative Care* [Internett] <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Lest 25.04.201

Søk	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	<p>“Pain management AB AND Patient AB AND Experience AB”</p> <p>AND</p> <p>“Cancer pain AB”</p> <p>AND</p> <p>Year 2002 – d.d</p>	Februar - 18	CINAHL	192	21	11	<p>Cancer related pain in palliative care: patient’s perceptions of pain management: Bøstrøm, Sandh, Lundberg og Fridlund, 2004</p> <p>Patient experiences of pain and pain management at the end of life: Larsson og Wijk, 2007</p> <p>Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study: Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S. &amp; Erdogan, B.,2018</p> <p>Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer; Hackett, Godfrey, Bennett, 2016</p>
2	«Kreft AND smerte»	Desember -17	Sykepleien Forskning	12	2	2	Kreftpasienters barriere mot smertebehandling: Valeberg, Bjordal & Rustøen, 2010
3	«Cancer TI AND Pain TI AND Patient* TI AND Management» AND Year 2013 – d.d.	Desember -17	CINAHL	79	10	3	What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study: Gibbins, Bhatia, Forbes og Reid, 2013.
4	Cancer AND Pain AND Patient AND Experience AND Palliative care	Januar -18	PUBMED	53	4	1	Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and caregiver perspectives on the experience of pain: McPherson, Hadjistavopoulos, Lobchuk og Kilgour, 2013
5	Manuelt søk til inspirasjon: Palliative kreftpasienter opplevelse av smerte	Januar-18	Google Scholar	581	12		Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer Webber, K., Davies, A.N. & Cowie, M.R. 2011



6	AB Cancer pain AND AB Patient* AND AB Experience AND AB Palliative care AND year 2010-2018	Januar -18	CINAHL	43	4	2	Funn av allerede inkludert artikkel fra søk 4 i PUBMED
---	--	------------	--------	----	---	---	--

## Litteraturmatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. &amp; Reid, C.M. (2013) What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? <i>Palliative Medicine</i>. 28(1) 71-78</p> <p>England</p>	<p>Hensikten var å finne ut hvordan pasienter med langtkommet kreft beskriver kontrollen på smerten, og hvordan de kommuniserer med helsepersonell som står ansvarlig for denne behandlingen. Når er de smertefri?</p>	<p>Pain, cancer, palliative care, pain management</p>	<p>Kvalitativ studie med 12 deltakere.</p> <p>Intervju (35-65 minutter) i pasientenes egne omgivelser eller på et alenerom på sykehus. En forsker var tilstede under intervjuet, og stilte veldig åpne spørsmål. Disse spørsmålene skulle svare på pasientenes smerteopplevelse, om de har kontroll på smerten og hva målet for smertebehandlingen er.</p> <p>Lydopptak ble tatt, intervjuet ble skrevet ned og personer ble anonymisert.</p>	<p>Deltakerne ser på det å opprettholde sin rolle og uavhengighet i hverdagen som utrolig viktig. De vurdere smerten ut i fra om de klarer å gjøre daglige gjøremål og opprettholde det sosiale forholdet med familier og venner. I denne sammenheng var de fleste enig om at en nummerert skala for smerte er utfordrende å bruke, ettersom de ikke følte seg smertefri selv om de hadde kontroll over smertene. De foretrekker å bli spurt hvordan smerten påvirker hverdagen, fremfor å si et tall fra 1-10 på hvor vondt de har.</p> <p>Omtrent alle deltakerne sa de ikke brukte medikamenter som forskrevet av lege. Dette resulterte i en ond sirkel hvor de bare tok medikament for å ta vekk den verste smerten, og var motvillig når det kom til å ta mer for å bli smertefri.</p> <p>Årsaken til smertene var for de fleste deltakerne viktigere enn selve smertelindringen. Trolig var dette på grunn av frykten for progresjon av deres sykdom.</p> <p>Deltakerne synes det var vanskelig å kommunisere med helsepersonell om deres smerter.</p>	<p>Artikkelen gir et godt innblikk i kreftsykes hverdag i hjemmet. De beskriver utrolig godt hva som er viktig for dem, og dette gir helsepersonell en bedre innsikt i hva de tenker om og hvordan de opplever smertelindring i hjemmet. De setter fokus på funksjonen deres i hverdagen, fremfor et nummer mellom 1 og 10.</p> <p>Etisk godkjent!</p>

## Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>C.J. McPherson, T. Hadjistavropoulos, M.M. Lobchuck (2013) Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. <i>Pain Res Manag.</i> 18 (6) 293-300</p> <p>England/ Frankrike</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive de elders og deres pårørendes oppfatning og erfaring av smertene som følge av kreft.</p>	<p>Aging, cancer, pain, palliative, relationship, caregiver</p>	<p>Kvalitativ studie med totalt 33 deltakere. 18 pasienter og 15 pårørende.</p> <p>Fra semi-strukturerte intervjuer ble data samlet inn, for deretter å gå gjennom en tematisk analyse for å beskrive og tolke innhentet informasjon. Analysen strekker seg utover det åpenbare innholdet til tolkning av innhold og kontekst. Tilnærmingen gjorde det mulig å undersøke deltakernes erfaringer, forståelser, betydninger og intensjoner med hensyn til kreft smerter.</p> <p>Pårørende og pasient var intervjuet separat. Veldig åpne spørsmål. Lydopptak og deretter utført analyse.</p>	<p>Alle pasienter har på ett tidspunkt opplevd intense smerter som er uutholdelig, men som er mer sjeldent. De fleste lever med smerte på daglig basis, men av ulik karakter. Smerten lokaliseres som oftest til to eller 3 ulike plasser, og kognitive strategier som distraksjon, ignorering eller "bit i det sure eple" hadde begrenset effekt. Smerte forstyrrer deres funksjon i hverdagen betydelig, jo mer smerte, jo mindre fungering.</p> <p>Pasientenes alder kommer med mye livserfaringer som kan hjelpe både pasient og pårørende å leve med og takle utfordringene de møter på i hverdagen. Å ha kontroll over smerte og årsak til smerte var viktig. Eldre har behov for en individualisert smertebehandling basert på pasientens subjektive opplevelse av smertene, og det må ligge innenfor pasientens ramme av nåværende helse og funksjon (fysiske, sosiale, psykososiale og åndelige behov).</p> <p>Utfordringene deltakerne møter i hverdagen setter lys på behovet for dyktig helsepersonell som har god trening i smertelindring for eldre.</p>	<p>Den tar oss inn i opplevelsen av å være hjemme i palliativ fase med smerter. Det setter lys på både pasienter og pårørendes erfaring. Selv om jeg har et pasientperspektiv og dette kommer tydelig frem, kommer det også frem samarbeidet og avhengigheten de har til hverandre. Helsepersonell må ikke bare tenke på pasienten i hjemmet, med de rundt også, for å gi god sykepleie og fremme god livskvalitet i en slik fase.</p> <p>Etisk godkjent!</p>

## Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>A. Larsson &amp; H. Wijk (2007) Patient experiences of pain. Management at the end of life: A pilot study. <i>Pain management nursing</i>. 8(1) 2-16</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten er å forbedre forståelsen på hvordan kreftpasienter opplever deres smerter og den kontinuerlig smertelindringen i palliativ fase.</p>		<p>Kvalitative beskrivende med ustrukturerte intervju av 3 kreftpasienter. Lyddopptak ble tatt og intervjuet ble seinere skrevet ned, analysert og innholdet var satt under ulike tema som gikk igjen.</p> <p>Deltakerne er 3 kreftpasienter i palliativ fase som har smertepumpe og får støtte fra sykepleiere i et smerteteam.</p>	<p>Resultat er delt inn i 3 tema: Erfaringene av smerte er en grusom påminnelse på den usikre fremtiden. Med et helhetlig syn på livet opplever de alt så usikkert og utrygt.</p> <p>Den samtidige forekomsten av behov for å uttrykke og skjule smerteopplevelsen.</p> <p>Smerte kontroll gir et nytt syn på helse og livskvalitet hvor smerte ikke spiller en viktig rolle. Pasientene lærer seg en ny definisjon på helse, som passer deres situasjon, og skaper et nytt syn på livet.</p> <p>Det er et behov for mer kommunikasjon rundt selve erfaringene for å smertelindre pasientene tilstrekkelig, men samtidige overse smerter for å takle situasjoner. Kontinuerlig smertelindring med smertepumpe ved hjelp av et team med sykepleiere har hjulpet deltakerne til å få kontroll over smertene og gitt de en opplevelse av støtte og trygghet.</p>	<p>Gir oss et innblikk i livet hjemmet med mye smerter. De setter fokus på sentrale ting som kommunikasjon, trygghet og livskvalitet. Praktisert smertepumpe viser gode resultater og artikkelen viser manglende informasjon og fokus.</p> <p>Etisk godkjent</p>

## Litteraturmatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S. &amp; Erdogan, B. (2018) Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> (33) s. 28-34.</p> <p>Tyrkia</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske kreftpasienters opplevelse av smerte, hvordan de håndterer smerter og se på smertelindringen sykepleierne gir fra et pasient perspektiv.</p>	<p>Pain experience, pain management, daily life, nursing, patient with advanced cancer, adult</p>	<p>Kvalitativ beskrivende studie med 16 kreftpasienter som deltakere.</p> <p>Semi-strukturerte intervju på pasientens rom på et sykehus. De varte gjennomsnittlig 42 minutter, spørsmålene var åpne og beskrivende og forsker oppfordret til å fortelle egne opplevelser og historier. 4 hovedkategorier ble spurt om og forsker stilte noen oppfølgingsspørsmål under hver kategori.</p> <p>Lydopptak ble tatt, forsker hørte på hvert intervju 3 ganger, det ble ordrett skrevet ned, systematisert og lagt under hovedfunn i studien.</p>	<p>Ut i fra de 4 kategoriene som ble spurt om ble også resultatet oppsummert under disse kategoriene.</p> <p>Flertallet av deltakerne beskriver smerter som en ubehagelig og forstyrrende opplevelse som har store fysiske og emosjonelle konsekvenser. I dagliglivet påvirker dette deltakerne i stor grad, de har en opplevelse av svakhet, mangel på energi og dårlig søvn. Dette igjen påvirker det sosiale livet og fører med seg depressive symptomer og sosial isolasjon. Deltakerne prøvde medisinfrie smertetilak, men når smerten var så intens og uutholdelig, ønsket de hjelp og smertestillende.</p> <p>Nesten halvparten av deltakerne var misfornøyd med sykepleien de fikk med hensyn til smerte og smertelindring. De bekrefter lite kunnskap som ga pasientene liten kontroll over egen situasjon og smertebehandling</p>	<p>Artikkelen er veldig godt beskrivende med hensyn til pasientenes opplevelser rundt kreftsmerte og opplevelsen av både smertene og smertelindringen. Den tar også for seg hvordan smertene påvirker hverdagen og konsekvensene av dette.</p> <p>Etisk godkjent!</p>

## Litteraturmatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Webber, K., Davies, A.N. &amp; Cowie, M.R. Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer (2011) <i>Support care cancer</i>. (19) 2041-2046.</p> <p>Storbritannia</p>	<p>Hensikten var å undersøke den individuelle opplevelsen av å leve med gjennombrudds smerte som følge av kreftsykdom.</p>	<p>Breakthrough cancer pain, palliative care, pain assessment, adherence, cancer, pain management</p>	<p>10 pasienter med kreft og gjennombruddssmerter deltok i denne kvalitative studien.</p> <p>I dybden intervju ble gjennomført ved hensyn til en intervju guide som tok utgangspunkt i litteraturen og et palliativt teams diskusjon. Den er veldig fleksibel og består av åpne spørsmål som får frem hver enkeltes opplevelse og erfaringer.</p> <p>Lydopptak ble tatt, notat rett etter intervju ble skrevet og innholdsanalyse metodikk er brukt for å organisere data og sette de under kategorier og koder.</p>	<p>Bort i mot alle deltakerne var enig i at gjennombruddssmerte hadde en stor påvirkning på hverdagslige aktiviteter, og at smertene tok all deres oppmerksomhet. Dette gjorde de en følelse av liten kontroll over kroppen (særlig de med spontane smerter). Dette endret hverdagen og livsstilen til de fleste ettersom de fikk fysiske begrensninger for å unngå smerte, noen måtte slutte i arbeid og andre mistet muligheten til å gjøre daglige oppgaver. Noen opplevde lite endring i hva de deltok på i hverdagen men måtte begrense lengden på besøk, gåavstander og andre enkle tilpasninger.</p> <p>2 deltakere opplevde psykisk stress som følge av gjennombruddssmertene. Smerte blir sett på som en påminnelse på kreftsykdommen som er uheldelig. Det kommer frem at de opplevde det vanskelig å relatere smerteopplevelsen til helsepersonell, men heller fortelle når de hadde gjennombruddssmerter og fortelle hvordan de har det der og da. Flertallet fikk ikke uttrykt smerten godt nok med numerisk skala.</p> <p>Det kommer frem viktigheten for deltakerne å forstå smertene de opplever, å vite hvorfor de oppstår gjorde det lettere å behandle smertene. Kunnskap eliminerer bekymringer og smerte. De fikk en opplevelse av at smertene ikke ble tatt på alvor før de ble tatt hånd om av palliativt team.</p>	<p>Deltakerne forteller om hvordan smertene innvirker i viktige deler av livet og hverdagen. Det kommer tydelig frem hva som kreves, og også hva som er årsaken til at de føler det slik som de gjør. Denne oppgaven har god data for å besvare problemstillingen min.</p> <p>Etisk godkjent!</p>

## Litteraturmatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. &amp; Fridlund, B. (2004) Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. <i>Journal of advanced nursing</i>. 45(4) 410-419.</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten var å beskrive hvordan kreftpasienter i palliativ omsorg oppfatter smertene og smertelindringen de får.</p>	<p>Cancer-related pain, communication, pain management, perceptions, phenomenography, planning, trust, nursing</p>	<p>Kvalitativ studie som intervjuer 20 kreftpasienter som får pleie av palliativt team.</p> <p>Åpne semi-strukturerte intervju, enten i hjemmet eller på sykehuset, etter deltakernes ønske. Lydopptak blir tatt og senere blir de skrevet for hånd, for deretter å lage 10 emner. De emnene blir fordelt under 3 områder (kommunikasjon, planlegging og tillit).</p> <p>Analysen gjøres av hovedforfatter og 2 medforfattere, som alle tre har høy kompetanse innen smerte og kvalitative studier.</p>	<p>Kommunikasjon er nøkkelen til samarbeid, og deltakerne beskriver behovet for en åpen og ærlig dialog med helsepersonellet. Det er også nødvendig at helsepersonell får forståelse for den non-verbale kommunikasjonen. Det er viktig at kommunikasjonen er på plass tidlig, da deltakerne hadde ønsket diskusjon om smertelindringen og selve smerten tidligere i sykdomsforløpet.</p> <p>Tidlig strukturert planlegging av alle tiltak med åpen dialog gikk igjen hos alle deltakerne. Deltakerne var mer positiv ovenfor medikamenter når planlegging og tilstrekkelig informasjon om behandling var gitt. Dette reduserer bekymringen om bivirkninger, noe mange hadde opplevd.</p> <p>Deltakerne forklarer at de like mye må lære seg å stole på seg selv som helsepersonell. Med fravær av tillit til helsepersonell ble deres selvbestemmelse redusert. Ved oppnådd tillit følte de mer på sikkerhet og forbedret evne og vilje til å delta i smertebehandlingen.</p>	<p>De tre områdene deltakerne tar opp er svært sentralt for optimal sykepleie, og er helt nødvendig i pasient-helsepersonell relasjonen. Dette kan begrunne hvorfor mange ikke er tilstrekkelig smertelindret, da disse tre faktorene burde være til stede for optimal palliativ omsorg/ behandling.</p> <p>Etisk godkjent!</p>

## Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Hackett, J., Godfrey, M. &amp; Bennett, M.I. (2016) Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. <i>Palliative Medicine</i>. 30(8) 711-719</p> <p>England</p>	<p>Hensikten er å utforske pasientens og pleierens erfaringer med kreftsmarter og prosessen de engasjerer seg i for å håndtere smertene.</p>	<p>Palliative care, advanced cancer, analgesia, pain, qualitative research</p>	<p>Langsgående kvalitativ studie med 21 pasienter og 16 pleiere deltok.</p> <p>I dybden intervju ble gjennomført 2 ganger, med 6 ukers mellomrom. Noen ble pasienter og pleiere ble intervjuet sammen, og noen pasienter alene. Det var guidet intervju som gav deltakerne rom for å bruke egne ord og erfaringer. 3 pasienter tok også imot tilbudet om lydopptak dagbok.</p> <p>Intervju og lydopptak ble transkribert og anonymisert. Etter å lese over data noen ganger ble de delt opp og satt i kategorier og konsept.</p>	<p>Deltakerne er i ulike stadier av deres kreftsykdom, og dette gjør at de av naturlige årsaker opplever smerte i ulik grad. 5 av deltakerne opplever flere, samtidige, kontrollerte og mindre alvorlige smerter. 8 opplever flere, periodiske smerter som varierer i alvorlighetsgrad og kontrollen over dem. De siste 8 opplever mange, alvorlige og ukontrollerte smerter.</p> <p>Deltakerne snakket om smerte i form av fysisk, emosjonell og eksistensiell dimensjonen, og om deres innvirkning på hva de klarte å gjøre.</p> <p>I prosessen for å få smertelindring følte de på hjelpeløshet når smerten ikke ble håndtert. Mange opplevde lav terskel mellom smertefri følelse til å bli trøtt og uklar i tankene.</p> <p>Kreftsmerte er komplekst og pasienter ønsker en aktiv rolle i smertelindringen. Det er ikke alltid smertestillende i seg selv som gjør at de tyr til det, men at smerten blir så uutholdelig at de søker hjelp til å håndtere det.</p>	<p>Artikkelen har lagt langt større vekt på pasientens opplevelse og klart å skille veldig godt pasient og pleier i resultat delen av oppgaven. Derfor er oppgaven god å bruke i min studie, ettersom det får godt frem utfordringer pasienter møter på og hvordan de opplever smertene.</p> <p>Etisk godkjent!</p>



## Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Valeberg, B.T., Bjordal, K. & Rustøen, T.(2010) Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling. <i>Sykepleien Forskning</i> , Vol 5 (44), s. 266 – 276.  Norge	Hensikten var å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling blant norske kreftpasienter. Og undersøke om barrierer for smertebehandling påvirker pasientenes smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.	Behandling, kreft, pasienter, smerte, poliklinikk.	Beskrivende tversnittundersøkelse med 217 polikliniske kreftpasienter som har smerter og undersøkes ved hjelp av barriereskjema (NBQ-II). Deltakerne er over 18år, behersker norsk og får oppfølging i ulike poliklinikker i Oslo. Majoriteten av deltakerne var mellom 51-76år og ca. 80% var ikke i arbeid og 36% var i palliativ behandling.	Spørsmål om avhengighet, toleranse, redsel for bivirkning og det å monitorere symptom i forhold til egen helsetilstand var de som reflekterte de høyeste barrierene for smertebehandling. De med høyest barriereskår var også de som opplevde at smertene i større grad påvirker livsgleden og søvnen.  De fleste synes bivirkningen døsigheit var vanskeligst å kontrollere, og at kvalme og forstoppelse var et mindre problem i hverdagen.  Studien belyser at polikliniske kreftpasienter har en del barrierer mot smertebehandling. For å unngå feilvurderinger og utrygghet/usikkerhet bør kunnskapen til pasientene økes med mer individuell informasjon og opplæring.	Norsk studie som gir godt innblikk i barrierene til norske kreftpasienter. Det som kommer frem er mangel på informasjon, dårlig kommunikasjon og kanskje mangel på tillit, noe som går igjen i andre studier fra andre land også.  Etisk godkjent!