

# Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI - Del 2**

**Hvordan erfarer hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase sine smerter?**

2529 og 2543

Totalt antall sider inkludert forsiden: 46

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 plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter <a href="#">høgskolens studieforskrift</a> §30	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Janne Rita Skår og Randi Tafjord

## 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 HiÅ med forfatter(ne)s godkjenning.

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

Jeg/vi gir herved Høgskolen 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: 14.05.15

Antall ord: 8019

## **Sammendrag**

I Løpet av de siste 10 årene har det vært en stor økning i personer som mottar hjelp i sitt hjem. Mange av de som mottar hjelp er pasienter med kreft, noen av disse er pasienter som ikke kan helbredes. En av de utfordringene pasienter i palliativ fase opplever er smerter. Sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen og et stort ansvar for å lindre pasientens smerter.

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase erfarer sine smerter. Pasientperspektiv er et viktig fokus da fysiske smerter er subjektivt og vil oppleves forskjellig.

Metode: I vår litteraturstudie valgte vi å bruke David Evans (2002) fire steg for å systematisere analysen av forskningen vi innhentet.

Resultat: Tre hovedtemaer ble funnet, i forhold til hva som hadde innvirkning på hjemmeboende kreftpasienters erfaringer av smerter i palliativ fase: Livskvalitet, kommunikasjon og informasjon/kunnskap.

Konklusjon: Opplevelsen av kreftsmerter er kompliserte, og det påvirker en rekke faktorer, både psykisk, sosialt, eksistensielt og åndelig. Alle disse elementene påvirker pasienten totale smerteopplevelse. Smertene fører ofte til tap av funksjon, som igjen resultere i tap av identitet og sosial samvær. Manglende oppmerksomhet på psykososiale utfordringer er en hyppig årsak til at pasientene ikke får optimal smertelindring. Tillit til helsevesenet står sentralt, både for å skape trygghet og opplevelsen av å bli sett og tatt på alvor. Pasienter som bodde hjemme opplevde en tilfredshet av å kunne være i sitt eget hjem, både fordi de fikk i større grad mulighet til å bevare sin identitet, og opprettholde den daglige kontakten med familien.

## **Summery**

In the past 10 years there has been a large increase of people receiving help in their homes. Many of those who receive help is patients with cancer, some of these are patients who can not be cured. One of the challenges patients in palliative care experience is pain. The nurse has an important function in pain treatment and a significant responsibility to help relieve the patient's pain.

The aim of the literature study was to highlight how cancer patients in palliative phase who lives at home experiencing their pain. Patient perspective is an important focus when physical pain is subjective and will be experienced differently.

Method: In our literature study, we chose to use David Evans (2002) four steps to systematize the analysis of the research we obtained.

Results: Three main themes were found in relation to what had impact on cancer patients pain experience in the palliative phase: Quality of life, communication and information / knowledge.

Conclusion: The experience of cancer pain is complex and it affects a number of factors, both physical, social, existential and spiritual. All these elements affect patient overall pain experience. The pain often leads to loss of function, which in turn result in the loss of identity and social interaction. Lack of attention to psychosocial challenges is a frequent reason why patients do not receive optimal pain relief. Confidence in health care is central, both to create safety and experience of being seen and taken seriously. Patients who lived at home experienced a satisfaction of being able to be in their own home, both because they had greater scope to preserve their identity and maintain the daily contact with the family.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Studiens hensikt og problemstilling</b> .....	<b>1</b>
1.2.1 Oppgavens oppbygging.....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Kreft og kreftsmarter</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2 Palliasjon og hjemme</b> .....	<b>4</b>
<b>2.5 Relevant teori</b> .....	<b>5</b>
<b>3.0 Metodebeskrivelse.</b> .....	<b>6</b>
<b>3.2 Inklusjonskriterier</b> .....	<b>7</b>
<b>3.3 Kvalitetsbedømming</b> .....	<b>8</b>
<b>3.4 Etske Omsyn</b> .....	<b>8</b>
<b>3.5 Analyse</b> .....	<b>8</b>
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>10</b>
<b>4.1 Livskvalitet</b> .....	<b>10</b>
4.3.1 Engstelse og psykiske smerter .....	10
4.3.2 Tap av funksjon og isolering .....	11
<b>4.2 Kommunikasjon</b> .....	<b>12</b>
4.2.1 Kommunikasjon med helsepersonell .....	12
4.2.2 Kommunikasjon med pårørende .....	13
<b>4.3 Informasjon/ Kunnskap</b> .....	<b>14</b>
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>16</b>
<b>5.1 Metodediskusjon.</b> .....	<b>16</b>
<b>5.2 Resultatdiskusjon</b> .....	<b>17</b>
5.2.1 Livskvalitet .....	17
4.2.2 Kommunikasjon med pårørende og helsepersonell.....	20
4.2.3 Informasjon/ Kunnskap .....	23
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	<b>25</b>
<b>6.0 Litteraturliste</b> .....	<b>26</b>

## **1.0 Innledning**

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

De siste 10 årene har det vært en drastisk økning i personer som mottar hjelp i sitt eget hjem. Pasienter i hjemmesykepleien har også blitt sykere og mer pleietrengende. Mange av de som mottar hjelp er pasienter med kreftsykdom og mennesker med langkommende sykdom som ikke kan helbredes. Optimal lindring kan gis hjemme dersom organisatoriske forhold og faglig kunnskap tillater det, og palliativ sykepleie avhenger av erfaring, kunnskaper og sykepleier/pasientrelasjonen (Fjørtoft 2012).

Rønning, Strand og Hjermsstad (2008) definerer hjemmebasert palliativ omsorg slik: ”Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden i hjemmet” (Rønning, strand og Hjermsstad 2008). En av de utfordringene pasienter i palliativ fase opplever er smertelindring, og noen pasienter kan være mer bekymret for smerte, fremfor det å skulle dø (Lorentsen og Grov 2010). Smerte kan oppleves både i form av sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle funksjoner (Bjørøgo 2010). Sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen og et stort ansvar for å lindre pasientens smerter. Det innebærer datasamling, observasjoner, kartlegging og vurdering av pasientens smerter og administrering av smertelindrende tiltak. I tillegg har sykepleier en viktig ansvar for å opparbeidet en gode relasjoner til pasienten og koordinering og samarbeid med kollegaer. Selv om smertebehandlingen har blitt betydelig bedre de siste tiårene, opplever fortsatt halvparten av pasienter som oppsøker helsevesenet pga. av smerter ikke tilfredsstillende behandling (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

### **1.2 Studiens hensikt og problemstilling**

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan hjemmeboende kreftpasienter i



palliativ fase erfarer sine smerter. Pasientperspektiv er et viktig fokus da fysiske smerter er subjektivt og vil oppleves forskjellig (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Problemstillingen:

*Hvordan erfarer hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase sine smerter?*

Palliativ fase er en prosess som starter når pasienten ikke lenger har virkning av helbredende behandling. Fokuset på sykepleien og den medisinske behandlingen vil være livsforlengende behandling, symptomlindring og best mulig livskvalitet. Når en person blir rammet av kreftsykdom, virker det inn på hele mennesket, både psykisk, kroppslig, sosialt og eksistensielt (Lorentsen og Grov 2010). Kreftpasienten bærer på en sykdomsopplevelse. Hvordan dette oppleves og påvirker livet er svært ulikt (Reitan 2010).

Forekomsten av kreft øker ved alderen, mer en tre fjerdedeler av pasienter med kreft er over 55 år gammel (Lorentsen og Grov 2010). Vi har derfor avgrenset oppgaven til å fokusere på voksne kreftpasienter. Vi har valgt å fokusere på generell uhelbredelig kreftsykdom.

### *1.2.1 Oppgavens oppbygging*

Videre i oppgaven vil vi ta for oss teori for å gi et innblikk i temaet, samt Kari Martinsens omsorgsteori. Metodedelen vil beskrive hvordan vi kom frem til åtte forskningsartikler og hvordan disse ble analysert. Funnene fra analysen vil bli presentert i resultatdelen. I diskusjonsdelen blir metode vurdert opp i mot hva vi har lært. Resultatene blir diskutert gjennom annen faglitteratur samme med konsekvens for sykepleien. Dette vil munne ut i en konklusjon for vårt litteraturstudie.

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Kreft og kreft smerter

En menneskekropp består av milliarder av celler. Ved kreft oppstår det en feil slik at celler deler seg ukontrollert, etter hvert skjer det en opphopning av kreftceller i det organet der den ukontrollerte veksten startet. Slik blir det dannet en kreftsvulst. Det kan ta opptil 20 år fra feilen i celledelingen har startet til den blir oppdaget, mens andre ganger kan celledelingen gå raskt. Kreftcellene har også evne til å infiltrere i sideliggende organer og metaserer seg via blod eller lymfesystemet. Menneskekroppen blir rammet både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt når en blir rammet av kreftsykdom (Lorentsen og Grov 2010).

Et av de vanligste symptomene ved progredierende og terminal malign sykdom er smerter (Jespersen 2001). Pasienter som har kreft kan oppleve smerter på grunn av flere ulike årsaker. Opplevelsen av smerter er svært sammensatt og påvirkes av rekke faktorer som årsaken til smertene, psykiske faktorer, sosiale faktorer, eksistensielle faktorer og tidligere opplevelser av smerter. Graden av smerte ved en bestemt smertestimulus kan variere fra person til person og fra en situasjon til en annen, og derfor beskrives smertefølelsen som subjektiv. Det skilles mellom akutte og kroniske smerter. Akutte smerter avtar når smertenes årsak leges og er kortvarige. Kroniske smerter er langvarige og varer mer en tre måneder, og smertene opptrer vanligvis daglig (Berntzen, Danielsen og Almås 2010; Kaasa og Borchgrevink 2008).

#### 2.3.1 Ulike typer smerter

Nociseptive smerter er ubehag som kjennes ved skade eller truende skade i en del av kroppen. Det kan være ulike grunner til dette, kutt, varme, slag, betennelse og kan utløse både i ytre og indre deler av kroppen. Skader i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet kan føre til nevrologiske smertetilstander. Smertene kan for eksempel oppstå etter kirurgiske inngrep, strålebehandling, hjerneslag eller traumer mot ryggmargen

eller hjernen (Berntzen, Danielsen og Almås 2010). Når en pasient har idiopatiske smerter kan ikke dette påvise vevskade eller psykiske lidelser hos pasienten, det er ofte relatert til muskel-, hode-, rygg-, nakke- og skuldersmerter. Det har lenge vært kjent at kropp og psyken gjensidig påvirker hverandre. Psykogen smerte er smerte som er forårsaket av psykiske faktorer. Det at man ikke finner årsaken til smertene, vil ikke si at det er psykogene smerter, det er derfor viktig at pasienten har diagnostisert en psykiatrisk tilstand hvor smerter er et viktig symptom (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

## **2.2 Palliasjon og hjemme**

Palliasjon beskriver behandlingen som er i fokus etter at det har blitt klart at pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling. Den medisinske behandlingen og sykepleien fokuserer da på lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer. Dette er kombinert med viktige tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende er målet med denne pleien og det vil være nødvendig med et tverrfaglig samarbeid for å imøtekomme pasientens behov (Linkjær 2011; Lorentsen og Grov 2010).

Når en pasient er døende skal det skal kunne legges til rette for hvor den alvorlig syke eller døende ønsker å være den siste tiden. Sykdommen utvikler seg gradvis og det er vanskelig å si med sikkerhet hvor lang tid den syke har igjen å leve. Det som er klart er at det dreier seg om mennesker med kort forventet levetid. En del av disse er mennesker med kreftsykdom. Mange velger å være hjemme den siste tiden om dette er mulig, da mange føler det er tryggere. Flere alvorlig syke og døende har ofte behov for et sammensatt omfattende tjenestetilbud. Det er avgjørende at pasienten og pårørende føler seg trygge på at de vil motta den hjelpen de trenger til rett tid. Dette kan være en utfordring for hjemmesykepleien, både når det gjelder faglig kompetanse, praktisk tilrettelegging og medmenneskelighet (Fjørtoft 2012).

## **2.5 Relevant teori**

### **Kari Martinsens omsorgsteori**

Martinsens teori bygger rundt omsorg, noe hun mener er grunnleggende for alt menneskeliv. Martinsen skriver at vi som mennesker ikke kan leve i isolasjon fra andre. Mennesket er avhengig av hverandre og, avhengighet blir spesielt synlig i situasjoner der et menneske blir rammet av sykdom (Kirkevold 1998; Lillestø 2010).

Martinsen sier at pasientene er mennesker som lider, er svake og pga. av sin sykdom, alder eller andre forhold er avhengig av omsorg. Hun fokuserer også spesielt på de pasientene som ikke har mulighet til gjenvinne normal funksjon. Martinsen legger vekt på det personlige forholdet mellom pasienten og sykepleier, er nødvendig for god omsorg. Ifølge Martinsen må sykepleier være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon, noe som innebærer at sykepleier må prøve å fortolke den andres realitet. Sykepleier må bli kjent med pasienten og forstå deres liv- og lidelsehistorie. Martinsen mener at denne sammenhengen er nødvendig å ta utgangspunkt i for å kunne yte god sykepleie generelt (Kirkevold 1998; Lillestø 2010).

### **3.0 Metodebeskrivelse.**

Et systematisk søk går ut på at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan danne grunnlag for vurderinger og konklusjoner. Litteraturstudier gjennomføres ved å formulere en problemstilling som skal besvares. Søkeord og søkestrategier blir bestemt ut fra en problemstilling. Videre velges relevant forskning ut fra det systematiske søk i databasene. Disse skal kritisk vurderes og kvalitetsbedømmes. Inklusjons og eksklusjonskriterier er med på å bestemme hvilken forskning som skal brukes. Resultatene som blir identifisert skal analyseres, diskuteres, og funn settes deretter sammen (Forsberg og Wengström 2013).

#### **3.1 Datasamling.**

Vi begynte tidlig å gjøre prøvesøke i databasene, dette for å forsikre oss om at det var tilgjengelig forskning om det temaet vi hadde valgt. Oppgaven skulle inneholde minimum åtte forskningsartikler og disse skulle være refereebedømt originale- og/eller reviewartikler.

Vi brukte lang tid på å finne gode søkeord som ga de resultatene vi ønsket. Det var viktig at vi tok i bruk relevante søkeord som ga gode resultater for vår problemstilling. PI-skjemaet var for oss et nyttig redskap til å sortere søketermer og laget en systematisk søkestrategi. I tillegg til å bruke disse søkeordene la vi til ekstra søkeord på de søkene som ga mange resultater.

I skjemaet står P for pasient/populasjon, i vår oppgave var dette kreftpasienter. Ordene som ble brukt for å beskrive populasjonen i søket var “cancer patients” og “cancer”. “I” står for ekspansjon, som var pasientens erfaring av smerter. Ordene som ble brukt for å beskrive ekspansjon var “pain management”, “pain management at home” og “experience of pain” (Forsberg og Wengström 2013). Etter å ha funnet noen gode artikler vi ønsket å bruke, så vi at livskvalitet var tett knyttet opp til smerte og smerteopplevelse. Vi valgte derfor å gjøre et prøvesøk med “quality of life” i stedet for “pain”, og vi fant da en artikkel som omhandlet smerte som vi synes var veldig relevant, og valgte derfor å ta den med i vår

oppgave.

Vi valgte å bruke Chinal complite, Oria og sykepleien.no som var databaser vi var godt kjent med. Vi startet først med å søke etter artikler som var publisert de siste fem årene, men fant tidlig ut at dette begrenset resultatene betraktelig og vi måtte etterhvert utvide søket. Vi har, pga. stor relevans for vår oppgave, valgt å inkludere to artikler fra 2004, hvor den ene artikkelen fant vi i en eksamensoppgave på skolebiblioteket. Selv om vi ikke hadde palliative pleie i søkeordet, valgte vi bevisst ut artikler som omhandlet pasienter i denne fasen, og sju av studiene brukte pasienter i palliative fase og en med langt kommende kreft. Vi har også kun valgt artikler hvor pasienter bor hjemme til tross for at dette ikke er inkluderte i alle søkene.

### ***3.2 Inklusjonskriterier***

- Artikkelen skulle være skrevet på norsk, svensk dansk eller engelsk. Vi satt til slutt igjen med 8 skrevet på engelsk og 1 på norsk.
- Artikkelen er hovedsaklig fra 2005- nåtid. For å knytte resultatene så godt så mulig opp i mot vår tid var vi veldig bevisst på å velge den nyeste forskningen, men vi valgte likevel og inkludere to fra 2004 pga. god kvalitet og stor relevans for vår oppgave.
- Forskning artikkelen vi har tatt i bruk er refereebedømt, tar etisk omsyn og har kvalitetsgradering 1-2. Vi tok i bruk NSD database for statistikk om høgre utdanning, der vi ved hjelp av forskningsartikkelen ISSN nr fikk forsikret oss om at publiseringskanalen var av nivå 1 eller 2.
- Artikkelen vi har brukt har pasientperspektiv.
- Artikkelen omhandler pasienter som er hjemmeboende.
- Vi valgte å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning.

Vi prøvde i størst mulig grad å bare inkludere studier publisert de siste ti årene, dette for å kunne knytte resultatene så godt vi kunne opp i mot vår tid. De eldste forskningsartikkelen ble valgt pga. stor relevans i oppgaven, og fordi vi opplevde utfordringer med å finne relevant nyere forskning

### **3.3 Kvalitetsbedømming.**

Etter å ha gjort søk i de ulike databasene satt vi igjen med 19 artikler. For å få en god kvalitetsbedømming leste vi artiklene hver for oss. Dette for å først få en individuell mening om artiklene var relevante for vår problemstilling. Deretter satte vi oss ned for å diskutere de ulike artiklene, og ble enig om hvilke artikler som skulle inkluderes og ekskluderes. Vi ønsket at artiklene skulle være godkjent av etisk komité. Etter gjennomgangen hadde vi åtte artikler som vi ønsket å bruke. Vi satte oss sammen og leste gjennom artiklene en gang til, og etter hver artikkel avklarte vi hvilket metode de hadde brukt. Vi hadde fem kvalitative, tre kvantitative og en som er begge deler.

Alle artiklene holder kvalitetsgrad 1 eller 2. Sju artikler var skrevet på engelsk. To fra Canada, fire fra Sverige, og en fra Storbritannia. En artikkel var fra Norge og var skrevet på norsk. Vi fokuserte på at artiklene skulle være fra de 10 siste årene (2005-2015). Vi valgte likevel på grunn av manglende oppdatert forskning om smerteopplevelse i hjemmet, å inkludere to artikler fra 2004. Dette fordi disse var av stor relevans for vårt studie.

### **3.4 Etiske Omsyn**

De utvalgte artiklene var alle godkjent av etisk komite. Vi har også vært oppmerksom på måten vi legger fram funnene i oppgaven vår, og måten vi uttrykker oss på. I oppgaven vår henviser vi til andres arbeid, både forskningsartikler og bøker, og det er viktig at vi beskytter forfatterne og deres verk, samtidig som vi respekterer åndsverkloven. Dette gjør vi ved å henviser til kildene ved å følge skolereglement for henvisning til litteratur (Forsberg og Wengström 2013).

### **3.5 Analyse**

I vår litteraturstudie valgte vi å bruke David Evans (2002) fire steg for å systematisere analysen av forskningen vi innhentet.

### *Innsamling av primærstudiene.*

Etter de ulike søkene i databasene satt vi igjen med 19 av artiklene vi så på som relevante for vår problemstilling. Vi begge valgte å lese hver artikkel individuelt for å vurdere om de var tilstrekkelige og relevante for vår problemstilling. Senere satte vi oss ned og diskuterte innholdet i de ulike artiklene og kom frem til hvilke vi ønsket å ekskludere. Etter dette satt vi igjen med åtte artikler som vi ønsket å bruke.

### *Identifisere nøkkelordene*

Vi fant tre ulike hovedtemaer som gikk igjen i artiklene. For å få en god oversikt over de ulike temaene valgte vi og printe ut alle og bruke fargetusjer for å markere de ulike funnene i teksten. Vi gikk begge igjennom alle artiklene og senere sammenlignet de individuelle resultatene slik vi forsikret oss om at vi ikke gikk glipp av noe.

### *Finn ut hvordan studienes funn forholder seg til hverandre*

Videre tok vi i bruk tabeller for funn i hver enkelt forskningsartikkel, som var delt opp i de tre ulike hovedtemaene. Vi fikk da god oversikt og kunne lettere sammenligne og se likheter mellom de ulike funnene i hver av de enkelte artiklene.

### *Sett sammen felles funn for å utvikle en forståelse av temaet.*

Vi hadde både kvalitative og kvantitative artikler og neste steg var å plukke ut plukke ut hva vi ønsket å bruke av innholdet i tabellene. Det var spesielt mye volum som måtte reduseres i de kvalitative artiklene. Vi fokuserte både på likhet og ulikheter i funnene i de ulike artiklene. Til slutt samlet vi alle funnene fra artiklene. De ble samlet under de tre hovedtemaene vi hadde funnet: Livskvalitet, kommunikasjon og informasjon/kunnskap.

Livskvalitet	Kommunikasjon	Informasjon/ Kunnskap
-Engstelse og psykiske smerter -Tap av funksjon og isolering	-kommunikasjon med helsepersonell -Kommunikasjon med pårørende -Måle verktøy	



## 4.0 Resultat

### 4.1 Livskvalitet

#### 4.3.1 Engstelse og psykiske smerter

I studiet til Appelin og Bertero (2004) opplevde alle informantene nytte av palliativ omsorg i hjemmet, men de følte seg engstelig for smerte. Hvis smertene ble uutholdelige, hadde de hørt at de måtte legges inn på sykehus, siden bruk av utstyr og fasiliteter, samt kunnskap om hvordan de skal håndtere smerten kan finnes der. Informantene ga sykepleiere i hjemmetjenesten skryt for sikkerheten de skaper, ved å være en kompetent, følsom, og profesjonell sykepleier. Sykepleiere har en viktig rolle som sykepleiere og også som medmennesker. Informantene innså at det er begrensninger på hvor komplisert omsorg gitt fra hjemmet kan være. Palliasjon skal legge til rette for opplevelser av sikkerhet, både for pasienter og pårørende. Hvis det er muligheter for det, foretrekker de å bo hjemme til de dør (Appelin og bertero 2004).

Informantene i studiet til Appelin og Bertero (2004) uttrykte hvor viktig det er å ha god symptomkontroll. De har hatt erfaringer med smerte, og var veldig redd for en uutholdelig type smerte. Dette minsket også håpet om en kur og tanker om å ha et normalt liv med familien hjemme. Frykten for smerte og lidelse gjorde informantene redd for en langvarig sykdom, og de håpte at den siste fasen vil være kort hvis smertene var ute av kontroll. En kvinne i studiet uttalte:

*“I think that ... It can be painful and hard with the pain ... but I hope I do not have to be alone at the time ...”*

Bortsett fra kreftsmerten snakker flere pasienter i studiet utført av McPherson mfl. (2013) om en annen type smerte, den som blir assosiert med tap. En pasient i dette studiet uttalte:

*“And there is another pain that no one really talks about. It is the mental pain.....The anguish of not being able to, of not being able to do something. Finding out that you can't*

*do it. And that raises a certain...pain whether it is pain or psychological. It makes a big difference” (PI5)*

Smerte ble en konstant påminnelse av tilstedeværelse av kreft for pasientene. Økt smerte gav en opplevdes av at sykdommen utviklet seg. Det ga også en følelse av at smerten var en del av døden (Mpherson mfl. 2013). Dette kom også frem i studiet til Bostrøm mfl. (2004) hvor en av pasientene blant annet sier:

*“If I have a certain dose which works and then the pain returns, then it must be because the disease has got worse but the longer the pain carries on, the more difficult it is to stop it. “*

#### *4.3.2 Tap av funksjon og isolering*

De fleste pasientene snakket om et tap av funksjon og avhengighet av andre når de snakket om smerte. Generelt prøvde pasienter å opprettholde en form for normalitet ved å tolerere en viss grad av smerte. Når smertene ble for intense, forstyrret dette deres funksjon, og dette betydde at vanlige daglige aktiviteter var vanskelige å oppnå. For pasienter, ble forstyrrelser i deres funksjon ofte brukt for å illustrere smertens styrke (Mpherson mfl. 2013). I studiet til Larsson og Wjik (2007) kommer det frem at pasientens liv tar en annen retning enn det pasientene har sett for seg. Kreftsykdommen og smertebehandlingen endrer deres tidligere definisjon på helse og livskvalitet, og fortsetter med et nytt perspektiv på livet.

I følge studiet av Johansson mfl. (2008) bidro fasene av intens lidelse til isolasjon for flere pasienter. De har også beskrevet at, fordi de var fysisk preget av sykdom, var de ikke så mobil som de hadde vært tidligere. Den begrensede fysiske kontakten med deres kjære hadde bidratt til følelsen av å ikke være elsket. For eksempel, en pasient beskrev at hun ikke lenger kunne løfte armene slik at hun kunne klemme familiemedlemmer eller nære venner. Dette dempet samvær med familie og bidro til en følelse av ensomhet som var følelsesmessig vanskelig å håndtere (Johansson mfl 2008). Samtidig kommer det frem i studiet til Appelin og Bertero (2004) at pasienter som bodde hjemme, opplevde en tilfredshet av å kunne være i sitt eget hjem. Hverdagen kunne fortsette sammen med slekt

og venner, som er en avgjørende betydning. Følelsen av ensomhet kunne reduseres ved å bo hjemme, da dette er et kjent miljø rundt pasienten. Å bo hjemme ga mulighet for å leve i henhold til vanlige rutiner og opprettholde en form for uavhengighet.

I et studie utført av Larsson og Wjik (2007) fikk pasientene kontinuerlig intratekal smertebehandling med en ekstern pumpe. Dette viste seg å ha god effekt både for pasientens sosiale liv og opplevelsen av å kunne kontrollere smertelindringen i større grad. Pasienten følte større trygghet ved å vite at det var mulig å ta en ekstra dose og samtidig vite at sykepleier kan nås om noe skulle skje. Det gav en følelse av selvbestemmelse (Larsson og Wjik 2007).

*“I can go shopping and I have lots of good friends and work companions. We meet and play bridge and do other nice activities together. If I get pain I just withdraw for a moment and when I am in shape again we continue and it works fine. I don't want to isolate me from my social life.”* (Patient No. 3)

## **4.2 Kommunikasjon**

### *4.2.1 Kommunikasjon med helsepersonell*

Pasientene i den kvalitative studien til Bostrøm mfl. (2004) uttrykte et pressende behov for planlegging av deres smertebehandling blant alle i helsevesenet. Når de følte tillit til helsevesenets organisasjon som helhet, sykepleiere og leger spesielt, beskrev de forbedret evne og vilje til å delta i smertebehandling. Pasientene ga uttrykk for viktigheten av en åpen og ærlig dialog mellom pasienter og helsepersonell om smerterelaterte problemer. Når pasienter følte en mangel på tillit til helsevesenets organisasjon og til helsevesenets fagpersoner, ble deres mulighet for selvbestemmelse redusert. Mangel på kommunikasjon forhindret også pasienter i å bli trodd, og fra å være i stand til å diskutere ting som drømmer, tidligere erfaringer, deres kunnskap, frykt og lært atferd om smerte. Et behov for å bedre verbal kommunikasjon og forståelse av nonverbal kommunikasjon ble også vektlagt.

Closs, Chatwin og Bennett (2009) utførte et studie hvor de sammenlignet smertelindring til

kreftpasienter i hjemmet, og hvordan alder påvirket dette. Studiet viste at både den eldre og yngre gruppen rapporterte at oppfatninger om bruk av smertestillende midler var den største barrieren for effektiv smertebehandling. De eldre pasientene opplevde høyere barriere på alle kommunikasjonspunktene. Pasienten opplevde at om du klager om smerter til personalet, vil de bli utålmodig og “flinke” pasienter klager ikke på smertene til helsepersonell.

#### 4.2.2 Kommunikasjon med pårørende

I studiet til Larsson og Wjik (2007) kommer det frem at de kreftframmede pasientene hadde varierende strategier for å avdekke og skjule deres opplevelse av smerte. Ved å dele sine smerteopplevelser opplevde de bekræftelse og hjelp fra helsepersonell, men samtidig skulte de seg selv og pårørende. Dette fordi det minnet både dem selv om deres pårørende på pasienten var kreftsyk og døende.

*“When my wife and children are around I avoid talking about my pain or saying anything that reminds them of my cancer. They start crying and get upset and despairing. Sometimes it can even be too much for me to handle.” (Patient No.1).*

*“I have to be strong in front of my family because I feel like they suffer more than I do. I keep the pain to myself and when they are away, after they have gone, I have to make up for the pain that I’ve had during their presence.” (Patient No. 3).*

Samtidig kommer det frem i studiet til Johansson mfl. (2008) at pasienter med relativt langsom progresjon av sykdommen ga dem tid til å forberede seg på død og gi slipp på livet. De tok initiativ til snakke med familien om gravferden, med andre ord forberede seg og kjære for kommende død. Studien viste også at pasienten opplevde støtte fra hjemmetjenesten som en trygghet. Hjemmetjenesten var lett tilgjengelig, hadde tid til å lytte og støtte dem når de trengte å snakke om ting som var vanskelig å snakke med familien om. Deres omsorgsbehov ble møtt og oppfylt raskt, og de følte de ble tatt vare på.

#### 4.2.3 Måle verktøy

Pasientene i studiet utført av Bostrøm mfl. (2004) opplevde utfordringer når de skulle forklare sine smerter og ubehag, og at dette ga problemer i forbindelse med å få vurdert smertene og smertelindring. Behovet for hyppig vurdering av smerte ble vektlagt, dette ved hjelp av pasientens selvrappoterer sammen med tilstrekkelig måleverktøy (Bostrøm mfl. 2004).

“I feel as though if im in pain i have to use that to show it. (Visual Analogue Scale). I have to be able to show them how much it hurt before and how much it hurts now. I can’t just sit and explain what it’s like with words “(Bostrøm mfl. 2004).

I studiet til Bostrøm mfl. (2004) opplevde pasientene smerter i hele kroppen på forskjellige måter, og dette kom frem ved deres ulike måter å beskrive deres smerteopplevelse på.

Både smerter de har opplevde og har opplevd. Noen pasienter uttrykte det slik:

*“Living hell it’s unbearable and it makes you wonder what comes after 10 [on VAS].”*

*“It’s terrible, unbearable and horrible. It’s also frightening because it hurts so much. “*

*“Like thousands of needles are being stuck in me here and ’specially on my hip. “*

#### 4.3 Informasjon/ Kunnskap

Flere underbygger i studien gjort av Bostrøm mfl. (2004) at behovet for strukturert planlegging og informasjon var viktig. Det ble også dokumentert at pasientene var mer positive til analgetika når planlegging og informasjon om smertebehandlingen hadde bedret seg. Pasienter snakket om fordelene ved smertelindring og var klar over at deres personlighet og holdninger til analgetika utgjorde en innflytelse over kvaliteten på smertelindring.

*“Now we learned, one should take tablets all the time...build up the pain-relief, so to speak. “*

I 2010 utførte Valeberg, Bjordal og Rustøen et studie hvor hensikten var å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling. Studiet viste at spørsmål relatert til avhengighet, toleranse, bivirkninger, regulere symptomer i forhold til egen helsetilstand og nye smerter skapte barrierer for god smertelindring. I et studie utført av

Aubin mfl. (2006) ble effektene av et pedagogisk hjemmepleieprogram vurdert til pasienter med avansert kreft. Pasientens oppfatninger om bruk av opioider ble vellykket endret, og studiet viste at pasientene som hadde deltatt på det pedagogiske programmet fikk betydelig reduserte smerter.

Mottak av effektiv smertelindring og informasjon forbedret følelsen av selvstendighet og sikkerhet (Johansson mfl. 2008) og ifølge studiet til Appelin og Bertero (2004) fortalte alle informantene om en tilstand av usikkerhet om sykdommen og prognose. Dette var noe som bidro til en følelse av maktesløshet, og selv om de hadde fått informasjon fra leger, ga informantene uttrykk for at de ikke hadde nok kunnskap:

“I have asked once in a while if they can do anything ... but they did not answer me really ...”

I studiet utført av Bostrøm mfl. (2004) kommer det frem at pasientene også hadde et behov for mer informasjon fra lege. En av pasienten i dette studiet sa:

*“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. “*

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon.

Vi valgte å skrive bachelor-oppgaven sammen fordi vi har jobbet godt som team ved tidligere skoleoppgaver. Dermed er vi kjent med hvordan vi jobber sammen, og at vi har ulike kvaliteter som vi tenkte kunne utfylle hverandre. Temaet som ble valgt var noe vi begge hadde vært innom i praksis og ønsket å lære mer om.

Vi brukte mye tid på å finne gode søkeord og relevant forskning. Vi valgte raskt å bytte perspektiv, da vi så at det ga flere resultater i søkene. Dette gjorde at vi vinklet problemstillingen og endret fra sykepleieperspektiv til pasientperspektiv. Ved bruk av PI-skjemaet gjorde vi et systematisk søk som gav oss 8 artikler som vi synes var gode. Vi ser i ettertid at å bytte «pain» med «quality of life» i søket burde vært unngått til tross for vi fant en god artikkel som handlet om smerte og var relevant for vår oppgave. Det hadde også vært lettere om vi inkluderte palliativ pleie og at pasienten var hjemmeboende i alle søkene. Dette for å slippe å sile ut relevante artiklene selv som vi fikk opp under søket i de ulike databasene. Likevel opplever vi at vi satt igjen med 8 svært gode forskningsartikler som inneholdt funn som var relevante for vår problemstilling.

Vi opplevde begge at det var begrenset forskning om temaet vi hadde valgt, spesielt nyere forskning. I utgangspunktet ønsket vi å bare ha forskning fra de ti siste årene. Det var gjort mer forskning på selve virkningen av ulike medikamenter, men lite på selve opplevelsen av smerter i hjemmet. Vi valgte likevel å utvide søket litt mot slutten, for å se om vi fant artikler som var relevante og kvalitative. Vi fant da to artikler fra 2004 som vi synes var veldig relevante. I tillegg var begge disse fra Sverige, noe vi mener har en god overføringsverdi. Vi valgte da å inkludere disse i vårt studie til tross for årstallet den var publisert.

Vi har inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Kvalitativ forskning beskriver pasientens opplevelse og erfaring. Kvalitativ forskning innebærer ofte et fåtall pasienter

der personlige erfaringer og meninger kommer frem. Kvantitativ forskning baserer seg på tall og statistikk og er mer målbare. De blir ofte fremstilt i grafer eller tabeller (Forsberg og Wengström 2013). Bruk av både kvalitativ og kvantitativ forskning kan belyse problemstillingen vår gjennom ulike synsvinkler. De kvalitative studiene ga oss en god forståelse, og vi fikk utsagn om hvordan pasientene opplevde sine smerter. Vi valgte samtidig å inkludere kvantitative studier for å få med en større gruppe personer.

Etter at vi hadde utført et systematisk søk i de ulike databasene, opplevde vi begge lite oppdatert og relevant forskning under vårt tema. Under prøvesøket vårt hadde vi få begrensninger i søket, og i ettertid ser vi at mye relevant forskning var for gammel. Vi er klare over at det har skjedd en enorm utvikling de siste 10 årene innen smertelindring, og vi ser derfor at mangel på nyere forskning skaper begrensninger for vårt litteratur studie.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### *5.2.1 Livskvalitet*

#### **Engstelse og psykiske smerter**

Frykten for smerte og lidelse gjorde informantene redd for en langvarig sykdom. De håpet at den siste fasen vil være kort, hvis smertene ble ute av kontroll. Informantene uttrykte viktigheten av å ha god symptomkontroll. De hadde hatt opplevelser av smerte, og var veldig redde for en uutholdelig type smerte, der håpet om en kur og tanker om å ha et normalt liv med familien sank (Appelin og Bertero 2004).

Det er ikke uvanlig å høre at pasienter med kreft er mer redde for smertene og lidelsen som sykdommen innebærer enn selve døden (Sæteren 2010). Jespersen (2001) skriver at pasienter med kreft har en forventning om smerter, noe som skaper en frykt både for pasienten og for nærmeste pårørende, men også generelt i befolkningen. Han skriver også at vi som helsepersonell ikke kan love kreftpasientene smertefrihet igjennom hele sykdomsforløpet, og at det uheldigvis er noen kreftrelaterte smerter som blir dårlig behandlet og fører til unødvendig ubehag og lidelse for den syke. Vi har likevel et ansvar. Det vi skal kunne love pasienten er kontinuerlig behandling og støtte igjennom hele



forløpet. Dette støttes også av Sæteren (2010) som skriver at det er viktig at vi som helsepersonell forsikrer pasienten om at alt som kan gjøres for å lindre smerter, vil bli gjort, og pasienten aldri blir overlatt til seg selv.

Mpherson mfl. (2013) nevner også i sitt studie en annen type smerte, den som blir assosiert med tap. Dette er en smerte som få snakker om. Den mentale smerten, smerten for å ikke være i stand til å gjøre noe. Det er også skrevet mye om dette i annen teori, Jespersen (2001) skriver om den totale smerten som innebærer fysiske symptomer, psykologiske problemer, sosiale utfordringer, kulturelle faktorer og åndelige bekymringer. Kombinasjonen mellom fysiske smerter og andre aspekter av pasientens tilværelse som døende, skal ikke undervurderes. Manglende oppmerksomhet på psykososiale problemer er en hyppig årsak til at pasientene faktisk ikke får optimal smertelindring.

Graden av smerte ved en bestemt smertestimulus kan variere fra person til person og fra en situasjon til en annen, og derfor beskrives smertefølelsen som subjektiv (Kaasa og Borchgrevik 2008). Ifølge Rosen og Stiles (2008) virker både fysiologiske og psykogene faktorer inn på pasientens smerteopplevelse. Ved å ta hensyn til og vurdere begge kan optimal smertelindring oppnås. Sykepleier må bruke tid sammen med pasienter for og prøve å forstå dette. Lorentsen og Grov (2010) sier det er umulig teste eller finne ut akkurat hvor mye smerte pasienten egentlig har. Som sykepleier må man prøve å se at det er pasienten selv som vet hvor mye smerte den har. Sykepleier kan velge mellom å tro på pasientens opplevelse eller å tvile på det. Om pasienter opplever å blir trodd på, når de gir uttrykk for smertene sine, kan dette føles tryggere og pasienten kan gi tillitt til helsevesenet (Lorentsen og Grov 2010).

### **Tap av funksjon og isolering**

De fleste pasientene snakket om et tap av funksjon og avhengighet av andre når de snakket om smerte (Mpherson mfl. 2013), og i følge studiet av Johansson mfl.(2007), bidro fasene av intens lidelse til isolasjon for pasientene. De har også beskrevet at fordi de var fysisk preget av sykdom, ikke var så mobil som de hadde vært. Dette kommer også frem i teorien, hvor Ilkjær (2011) skriver at å miste vesentlige funksjoner pga. av symptomer hos den døende, handler også om å miste seg selv og sin identitet.

Samtidig vises det i studie til Appelin og Bertro (2004) at pasienter som bodde hjemme opplevde en tilfredshet av å kunne være i sitt eget hjem. Hverdagen fortsatte, og det å bo hjemme ga mulighet til å leve i henhold til vanlige rutiner og opprettholde en viss form for uavhengighet. Det kommer frem i Larsson og Wjik (2007) at pasientenes liv tar en annen retning enn det de har sett for seg. Sykdommen og smertene endrer deres tidligere definisjon på helse og livskvalitet, og de fortsetter med et nytt perspektiv på livet.

Målet som sykepleier vil da være å hjelpe den døende pasienten til å ivareta grunnleggende behov, slik de lengst mulig bevarer sin identitet og autonomi (Ilkjær 2011). En viktig oppgave vil være å støtte pasienten til å opprettholde sin kompetanse på flest mulig områder av dagliglivets gjøremål. Det er viktig for de kreftrammede å føle at de fortsatt kan bidra med noe, enten det gjelder lønnsarbeid, husarbeid, mosjon eller hobbyvirksomhet. Dette kan støtte pasientens egenverd og troen på at det til tross for deres funksjonsnedsettelse er mulig å organisere sitt liv på en måte som gir plass til både familie, arbeid, sykdom og behandling (Reitan 2010).

For å kunne gjøre dette på en god måte, skriver Reitan (2010) at det er vesentlig at sykepleier blir kjent med pasienten og dens familie. Dette for å få kunnskap om hva den enkelte pasienten ser på som viktig å opprettholde i livet, og deretter tilrettelegge tiltak ut i fra denne kunnskapen. En av mange fordeler ved å kunne være hjemme til tross for kreftsykdommen, er at pasientens identitet opprettholdes. Det er en mye større utfordring for sykepleiere å opprettholde pasientens identitet på institusjon (Sæteren 2010).

Studiet til Larsson og Wjik (2007), der pasientene hadde kontinuerlig intratekal smertebehandling med en ekstern pumpe, viste at det har god effekt på pasientens sosiale liv å kunne kontrollere smertelindringen i større grad selv. Pasientene følte trygget ved å vite at det gikk an å ta en ekstra dose og samtidig vite at sykepleier kunne nåes om skjedde noe uvanlig.

Pasient-kontrollert analgesi ved smertepumpe, gir i høy grad pasienttilfredshet og er oftest en god måte å smertelindre på. De fleste pasientene vil selv få kontroll over behandlingen og styre den etter egen smerteopplevelse. Det innebærer også at smertelindringen er tilgjengelig til enhver tid, og frykten for å få for lite er ikke like strekt i fokus. Tilpasning

av smertepumpen kan ta tid, men god undervisning og informasjon vil kunne styrke denne behandlingen (Bertntzen, Danielsen og Almås 2010).

#### *4.2.2 Kommunikasjon med pårørende og helsepersonell*

##### **Helsepersonell,**

Pasientene i den kvalitative studien til Bostrøm mfl. (2004) uttrykte et, behov for planlegging av deres smertebehandling, blant alle i helsevesenet. Pasientene ga uttrykk for viktigheten av en åpen og ærlig dialog mellom pasienter og helsepersonell om smerte-relaterte problemer. Når pasienter følte en mangel på tillit til helsevesenets organisasjon og til helsevesenets fagpersoner, ble deres mulighet for selvbestemmelse redusert. Et behov for å bedre verbal kommunikasjon og forståelse av nonverbal kommunikasjon, ble også vektlagt.

En stor del av måten vi kommuniserer på er nonverbal. Dette blir gjort gjennom blant annet mimikk, kroppsspråk, blikkontakt, toneleie. Det er viktig å trene seg på bekreftende nonverbal kommunikasjon. Dette kan bidra til tillit, trygghet og motivasjon (Eide og Eide 2007). “Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele helseprosessen” (Eide og Eide 2007: 199).

I studiet til Closs, Chatwin og Bennett (2009) viste det seg at eldre pasienter var redde for å ta opp sine plager om smerte til helsepersonell, “flinke” pasienter klager ikke.

Pasientgruppen følte helsepersonell kunne bli irriterte.

I all ,menneskelig samvær er tillit fundamentalt. Når vi er syke og hjelpetrengende og opplever usikkerhet rundt hjelpen som mottas, erstattes tillit med usikkerhet og angst. Gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell, innebærer at vi blir tatt på alvor og kan stole på hverandre. Dette er en forutsetning for at vi kan handle i trygg forvisning om at den andre holder ord. Kari Martinsen legger vekt på at vi alle kan komme i den situasjonen at vi blir avhengige av andre for å klare oss, og at vi bør handle slik at vi gir den andre best mulighet til å leve det livet de er i stand til. Som sykepleier ligger det derfor i vår omsorgsutøvelse en forståelse for den andre som er basert på gjensidig anerkjennelse, tillit og solidaritet (Kirkevold 1998; Lillestø 2010).

For å kunne yte god sykepleie til kreftpasienten og deres pårørende, er kommunikasjon og samhandling avgjørende. Kommunikasjon er viktig for å kunne formidle informasjon, men først og fremst et nyttig middel til å bli kjent med pasienten. Ved å kjenne pasienten og deres pårørende, kan du i større grad forstå og møte deres behov og hjelp i sammenheng med å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Reitan 2010). Sykepleier, pårørende og pasient kan sammen være gode informanter for legen. Informasjonen som blir gitt kan være til hjelp for legens avgjørelser i forhold til medisinske spørsmål. Sykepleieren må hele tiden vurdere pasientens behov for legetilsyn (Rønning, strand og Hjermestad 2008).

Fellessamtale med pasienten, pårørende og helsepersonell, kan gjøre det lettere for pasientene og deres familie å dele kunnskap og erfaringer. Dette kan være med på bidra til at de mestrer den utfordrende situasjonen de står i bedre, samtidig fremme åpenhet og felles forståelse. Som sykepleier kan man oppfordre pasienten til å ta med nærmeste pårørende i betydningsfulle informasjonssamtaler. Samtidig er det vanlig at både pasienten og pårørende ønsker individuelle samtaler (Reitan 2010).

Kari Martinsen mener at omsorg har å gjøre med relasjoner og moral, og at dette viser seg i praktiske handlinger. En sykepleier trenger kunnskap for å hjelpe den kreftsyke pasienten, men vil også trenge evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon. Som sykepleier stilles det krav til faglig dyktighet og evne til å kunne praktisere kommunikative ferdigheter, samtidig også vurdere pasientens ønske og behov for informasjon (Reitan 2010; Kirkevold 1998).

### **Pårørende**

I studiet til Larsson og Helle (2007) kommer det frem at de kreftrammede pasientene hadde varierende strategier for å avdekke og skjule deres opplevelse av smerte. Ved å dele sine smerteopplevelser, opplevde de bekreftelse og hjelp, men de valgte også å skjule smertene både for seg selv og andre på grunn av årsak og konsekvenser. Samtidig kommer det frem i studiet til Johansson mfl. (2008) at pasienter med relativt langsom progresjonen av sykdommen opplevde tid til å forberede seg på død og gi slipp på livet. De tok initiativ til å snakke med familien om gravferden, det vil si å forberede seg og sine kjære for kommende død. Studien viste også at pasienten opplevde støtte fra hjemmetjenesten som en trygghet. Hjemmetjenesten var lett tilgjengelig og hadde tid til å lytte og gi støtte når de

hadde behov for å snakke om ting som blant annet var vanskelig å snakke med familien om.

Noen pasienter klarer og setter ord på den psykiske smerten de opplever, andre ikke. Mange pasienter beskriver relasjoner med familien som avgjørende for å opprettholde livskvalitet til tross for sin prognose. Selv om pasienten har gode relasjoner til sine nærmeste, kan det være vanskelig å snakke om døden både for pårørende og pasienten. Som sykepleier vil da målet være å skape rom der åpenhet fremmes og fortidlige unngås (Sæteren 2010).

### **Måleverktøy**

Pasientene i studiet til Bostrøm (2004) beskriver i forbindelse med muligheten til å snakke om smerter og ubehag, problemer med å få vurdert smertene sine. Det var vanskelig å forklare smertene med ord. Behovet for hyppig vurdering av smerte ble vektlagt, inkludert alle uttrykk for smerte, og bruke pasientens selvrapporing sammen med tilstrekkelig måleverktøy. Det kommer også frem at pasientenes smerter i hele kroppen opplevdes på ulike måter, hvordan de forklarer smerten er også ulikt.

I studiet gjort av Molnes (2014) kommer det frem at sykepleierne sjelden benyttet seg av slike kartleggingsverktøy. Sykepleierne begrunnet dette med for dårlig opplæring i bruk av slike verktøy, og at det også kunne virke som at pasientene synes det var vanskelig å skulle benytte seg av disse verktøyene. Noen sykepleiere synes det holdt å bare spørre pasientene.

Smerte er vanskelig å kommunisere, og forskjellen i den enkeltes smerteuttrykk kan gjøre det utfordrende å forstå hvor sterke smerter pasienten har. For å gjøre dette enklere for både pasient og sykepleier, benyttes ulike skjemaer for å avklare pasientens funksjonstilstand og symptomintensitet (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

For palliativ behandling i Norge er ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) besluttet å være en kvalitetsindikator. Det er et skjema som er raskt og enkelt å bruke, og inneholder en skala fra 0-10, hvor null er ingen plager og 10 verst tenkelig (Loorensen og Grov). VAS (visuell analog skala) er også en mye brukt målemetode hvor pasienten krysser av på en skala fra 0-10 hvor 0 er ingen smerter og 10 angir uutholdelige smerter. Ved å bruke slike kartleggings-skjemaer får sykepleier et øyeblikksbilde av pasientens

smertesmerter og symptomer, og samtidig gjøre det lettere å sammenligne med tidligere smerteopplevelser og si noe om behandlingseffekten (Bjørgero 2010) Kroppskart kan også være et godt verktøy spesielt til behandling av kreftsmertesmerter eller kroniske smerter. Dette er en tegning av kroppen sett forfra og bakfra, og ved hjelp av fargesymboler kan man bedre få frem hvor smertene er sterkeste. Slik som ved de andre kartleggingsverktøyene er det viktig med regelmessig bruk og dokumentering for å få frem forandringer i smerteopplevelse for pasienten (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Ifølge Berntzen, Danielsen og Almås (2010) er det en stor utfordring å få til en mer nøyaktig vurdering av pasientens smerte i smertebehandling. Motstanden for bruk av kartleggingsverktøy fra sykepleiere sin side, kan skyldes frykt for at det individuelle perspektivet i omsorgen skal forsvinne og at denne type kartlegging er tidkrevende.

#### *4.2.3 Informasjon/ Kunnskap*

Flere underbygger i studien gjort av Bostrøm mfl. (2004) at behovet for strukturert planlegging og informasjon var viktig. Det ble også sett at pasientene var mer positive til analgetika når planlegging og informasjon om sin smertebehandling hadde bedret seg. Valeberg, Bjordal og Rustøen (2010) utførte et studie som viste at spørsmål relatert til avhengighet, toleranse, bivirkninger, det å monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand og nye smerte, skapte barrierer for god smertelindring for pasientene. I studiet til Appelin og Bertero (2004) fortalte alle informantene en tilstand av usikkerhet om sykdommen og prognose, noe som bidro til følelse av maktesløshet. Selv om de hadde fått informasjon fra leger, gav informantene uttrykk for at de ikke hadde nok kunnskap. Dette kom også frem i studiet utført av Bostrøm mfl. (2004) hvor pasientene opplevde de hadde et behov for mer informasjon fra lege enn det de fikk.

I tillegg ble effektene av et pedagogisk hjemmepleie program til pasienter med avansert kreft vurdert i et studie utført av Aubin mfl. (2006), hvor pasientens oppfatninger om bruk av opioider ble vellykket endret, og studiet viste at pasientene som hadde deltatt i det pedagogiske programmet fikk betydelig reduserte smerter.

Fra det første møtet med kreftpasienten har sykepleiere et selvstendig ansvar for å undervise og veilede (Reitan 2010). Ved at kreftpasienter får tilgang til informasjon og kunnskap, kan de i større grad ta del i beslutningsprosesser om sin egen behandling og ta reelle valg. Som sykepleier har man i samarbeid med legen et ansvar om å informere pasient og pårørende om behandlingsforløpet. Retten til informasjon er også forankret i helsepersonell-loven og pasientrettighetsloven, hvor det står at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for at han kan få innsikt i sin egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Samtidig kan sykepleier oppmuntre pasient og pårørende til å søke informasjon både igjennom internett og ulike støttegrupper. Likevel skal sykepleier være oppmerksom på at mye ny og uoversiktlig kunnskap kan virke overveldende og skremmende, og pasienten kan ha behov for å hjelp til både og forstå og sortere denne informasjonen i ettertid (Reitan 2010).

En utfordring for sykepleierne er pasientenes læringsforutsetninger, kreftpasienter som opplever krise, smerte og ubehag og manglende motivasjon kan virke negativt inn på pasientens læring og mestringsevne. Det vil være viktig å vurdere mengden av informasjon, at den blir gitt trinnvis og unngå at pasienten blir over-informert slik verdifull informasjon går tapt. Pårørende kan da være en god støttespiller både for helsepersonell og pasienten (Reitan 2010).

## 5.0 Konklusjon

Opplevelsen av smerte er subjekt, men det er likevel noen fellestrekk som går igjen hos informantene i de ulike studiene. Frykten for smerter og forverring av smertetilstanden oppleves av pasientene, og en forventning om sterke smerter forekommer hos flere kreftpasienter. Opplevelsen av smerte er ofte i sammenheng med tap av funksjon, noe som også skaper en psykisk smerte og nedsatt livskvalitet. Manglende oppmerksomhet på psykososiale utfordringer er en hyppig årsak til at pasientene faktisk ikke får optimal smertelindring. Det vises også at reduksjon av fysisk smerte, ved hjelp av for eksempel smertepumpe, kan bedres livskvaliteten. Det er for pasienten et behov for å snakke om smertene, men også å fortrenge dem for å beskytte seg selv og pårørende. Pasientene ga uttrykk for viktigheten av en åpen og ærlig dialog mellom pasienter og helsepersonell om smerte-relaterte problemer. Det kommer frem at pasienter kan ha utfordringer med å forklare smertene, og at kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for pasienten og helsepersonell. Kunnskap og informasjon var viktig både for pasienten og pårørende, og skaper trygghet og større mulighet til å ta del i avgjørelser om egen livssituasjon og behandling. Trygghet minsker også opplevelsen av smerter. For pasienten er opplevelsen av tillit til helsepersonell viktig, og at dette kan være med på å øke opplevelsen selvbestemmelse og bedre livskvaliteten. Pasienter som bodde hjemme opplevde en tilfredshet av å kunne være i sitt eget hjem, både fordi de fikk i større grad mulighet til å bevare sin identitet, og opprettholde den daglige kontakten med familien. Vi anbefaler videre mer forskning på dette aktuelle temaet. Vi opplevde å finne mye forskning på utbytte av bestemte medikamenter, men lite om selve opplevelsen av palliativ smerter hos pasienter som bodde hjemme.



## 6.0 Litteraturliste

- Appelin, G. og Bertero, C. (2004). Patients' experiences of palliative care in the home: a phenomenological study of a Swedish sample. *Cancer Nursing*. 27(1), s.65-70.
- Aubin, M. Vézina, L. Parent, R. Fillion, L. Allard, P. Bergeron, R. Dumont, S. og Giguère, A. (2006). Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home. *Oncology Nursing Forum*. 33(6), s.1183-1188.
- Berntzen, H. Danielsen, A. og Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H. Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (s.355-395). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjorgo, S. (2010). Smerte og Smertebehandling. I: Reitan, AM. Og Schjølberg, T. (Red.). *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring- handling*. (s.194-213). Oslo: Akribe.
- Bostrøm, B. Sandh, M. Lundberg, D. og Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Issues and innovations in nursing practice*. 45(4), s.410-419.
- Closs, S. Chatwin, J. og Bennett, IM. (2009). Cancer pain management at home (II): does age influence attitudes towards pain and analgesia? *Supportive Care in Cancer*. 17(7), s.781-786.
- Eide, H. og Eide, T. (2012). Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, AK. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013): Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22-26.
- Ilkjær, I. (2011). Den døende pasienten- døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I: Holter, IM. og Mekki, TE. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleierboken 1*. (s.742-782). Oslo: Akribe AS.
- Jespersen, TW. (2001). Cancersmerter. I: Fasting, U. og Lundorff, L. (Red.). *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis*. (s.154-179.). Danmark: Munksgaard.
- Johansson, CM. Ödling, G. Axelsson, B. Danielson, E. (2008). The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative*

- and Supportive Care. 6(3), s. 231-8.
- Kaasa, S. og Borchgrevink, PC. (2008). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I: Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon. Norsk lærebok* (s.271-283). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Larsson, A. Og Wjik, H. (2007). Patient Experiences of pain and pain Management at the end of life: A Pilot Study. *Pain management nursing*. 8(1), s. 12-16.
- Lillestø, B. (2010) Sykepleiens tre dimensjoner. I: Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (s.393-416). Oslo: Akribe.
- Linkjær, I. (2011) Livssyn, ondelige verdier og behov for åndelig omsorg. I: Holter, IM. Og Mekki, TE. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleierboken 1*. (s.721-741). Oslo: Akribe.
- Lorentsen, V B og Grov E K (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H, Stubberud D-G og Grønseth, R (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Mcpherson, CJ. Hadjistavropoulos, T. Lobchuk, MM. Og Kilgour, KN. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. *Pain research & management*. 18(6), s.293-300.
- Molnes, SI. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sykeplejeforskning*. (02) s.142-155.
- Reitan, AM. (2010). Krise og mestring. I: Reitan, AM. og Schjøjlberg, TK. (Red.). *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. (s.72-99). Oslo: Akribe.
- Reitan, AM. (2010). Kommunikasjon. I: Reitan, AM. og Schjøjlberg, TK. (Red.). *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. (s.102-119). Oslo: Akribe.
- Rosen, G. og Stiles, TC. (2008). Smertebehandling og Psykologi. I: palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I: Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon. Norsk lærebok* (s.407-419). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rønning, M. Strand, E. Og Hjermestrand, MJ. (2008). Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I: Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon. Norsk lærebok* (s.213-227). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I: Reitan, AM. og Schjøjlberg, TK. (Red.) *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. (s.235-255). Oslo: Akribe.

Valeberg, BT. Bjordal, K. Og Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling, *Sykepleien Forskning*. 5(4), s.266-276.

## Vedlegg

### Forskning og historikk pasientperspektiv

Database	søkeord	Begrensinger	Antall treff
Sykpleien.no	Kreft AND smerter		55
		- fagfelleverdert -Research Article	3

Valeberg, BT. Bjordal, K. Og Rustøen, T. (2010), Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling, Sykepleien Forskning, 5 (4):266-276

Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff
Oria	Cancer patients AND Experience of pain	2010-2015	3225
	AND palliative home care	artikkel	30

Mcpherson, CJ. Hadjistavropoulos, T. Lobchuk, MM. Kilgour, KN. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. Pain research & management. Vol.18(6), pp.293-300

Database	søkeord	begrensing	Antall treff
Cinahl Complete	Cancer patients And pain managment home		44
		2005-2015 research article	19

Larsson, A. Wijk, H.(2007) Patient Experience of pain and pain management at the end of linfe: A pilot study. 8 (1): 12-6. (15 ref)

Aubin M; Vézina L; Parent R; Fillion L; Allard P; Bergeron R; Dumont S; Giguère A(2006). Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home. 33 (6): 1183-8. (38 ref).

Database	søkeord	Begrensinger	Antall treff
Cinahl complete	cancer AND pain management at home		96
		Full text 2005-2015 research article	7

Closs SJ; Chatwin J; Bennett MI, Supportive Care in Cancer (2009). Cancer pain management at home (II): does age influence attitudes towards pain and analgesia?. 17 (7): 781-6.

Database	søkeord	begrensing	Antall treff
Cinahl Complete	Cancer patients And pain management	2004-2015 research article	123
	And Patients perspective		2

Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management  
Boström, Barbro ; Sandh, Marie ; Lundberg, Dag ; Fridlund, Bengt 2004 Vol.45(4),  
pp.410-419

### **Endret søket til quality of life isteden for pain**

Database	søkeord	Begrensinger	Antall treff
Cinahl Complete	Cancer patients AND quality of life AND homecare		168
		2005-2015	95
		Fulltekst	32

Johansson, CM. Odling, G. Axelsson, B. og Danielson, E. (2008). The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. Palliative and Supportive Care. 6 (3): 231-8. (42 ref)

**Fant denne under en gammel eksamensoppgave**

Appelin, G. og Bertero, C. (2004). Patients' experiences of palliative care in the home: a phenomenological study of a Swedish sample. *Cancer Nursing* 27(1):65-70.

**Litteraturmatriser**  
**Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling**

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)</b>	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludjon-/ekskludjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Konklusjon</b>
Valeberg, BT. Bjordal, K. Og Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling, Sykepleien Forskning, 5 (4), s.266-276.	Hensikten var å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling i et utvalg av norske kreftpasienter. Også undersøke om barrierer for smertebehandling påvirker pasientenes smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.	<b>Utvalg:</b> Kreftpasienter over 18 år som hadde smerter eller brukte smertestillende medisiner og som kunne forstå, skrive og snakke norsk. Spørreskjema ble utdelt. 332 pasienter med smerter eller brukte smertestillende medisiner og 270 sa ja til å delta. Det var 53 pasienter som ikke sendte inn spørreskjema, slik at det var 217 pasienter med i studien. <b>Datasamling:</b> Sykdomsspesifikke data som diagnose, tilstedeværelse av metastase(r) og behandlingsintensjon (palliativ/kurativ) ble innhentet fra pasientens medisinske journal. Demografiske data som alder, kjønn, utdanning, familiestatus og arbeid ble innhentet via spørreskjema som pasientene fylte ut selv. Pasientene fylte også ut en spørreskjemapakke for å kartlegge barrierer mot smertebehandling, smerteintensitet og smertens påvirkning på dagliglivet. <b>Analyse:</b> Kvantitativ	De spørsmål som reflekterer de høyeste barrierene for smertebehandling er spørsmål om avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som dødsighet.	Polikliniske kreftpasienter rapporterer en del barrierer for smertebehandling og må kanskje få en mer individualisert informasjon om smerte og smertebehandling for å bedre smertebehandlingen.

**Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain.**

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Konklusjon</b>
Mcpherson, CJ. Hadjistavropoulos, T. Lobchuk, MM. Kilgour, KN. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. Pain research & management. 18(6), s.293-300.	Utforske og beskrive kreft smerte oppfatninger og opplevelser av eldre voksne med avansert kreft og deres familieomsorgspersoner.	<b>Utvalg:</b> 18 pasienter over 65 år, med avansert kreft får palliativ omsorg i hjemmet. Pasientene har erfart kreftsmerte i minst én måned. Samtykke kompetent og kan gi pålitelig informasjon, og godt nok til å delta (som bestemmes av hver pasientenes sykepleier); Engelsk eller fransk talende; kjent for å palliative tjenester; og omsorg i hjemmet. <b>Datasamling:</b> Intervjuer <b>Analyse:</b> kvalitativ.	Opplever kreftsmerte 'innlemmet tre temaer. Temaet "Føle kreftsmerte" inkludert de sensoriske aspekter av smerte, sin opprinnelse og betydninger av tilskrevet smerte. Et annet tema, 'Reagerer på kreftsmerte', inkludert pasienters og familieomsorgspersonenes atferds, kognitive (dvs. holdninger, tro og kontroll) og emosjonelle reaksjoner på smerte. Et tredje tema: "Å leve med kreft smerte" innlemmet individuelle og sosiale relasjonelle endringer som resultat av å leve med kreftsmerte.	Funnene gir en bevisstgjøring av kreftsmerte som oppleves av eldre pasienter og deres familieomsorgspersoner innenfor en bredere sammenheng med pågående relasjoner, økt pasient sykkelighet og andre tap som er vanlig i alderen.



### Patient Experiences of pain and pain Management at the end of life: A Pilot Study.

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Konklusjon</b>
Larsson, A. Wjik, H. (2007). Patient Experiences of pain and pain Management at the end of life: A Pilot Study. Pain management nursing. 8 (1), s.12-16.	Hensikten med denne pilotstudien var å øke forståelsen av hvordan det er å leve med kreft smerte og hvordan pasientene opplevde sitt liv på daglig basis med kontenerlig smertebehandling.	<p><b>Metode:</b> Pasienter med kreftsykdom i slutten av livet, behandlet av intratekal smertebehandling, støttet av en sykepleierutdanning. Måtte snakke svensk. Potensielle deltakere ble identifisert av sykepleiere på smerte enhet, og etter å ha blitt informert om studien og som indikerer at de var villige til å delta i pilotstudien, fikk de en skriftlig forklaring av studien. Etter noen dager ble de kontaktet av forskeren for diskusjon av detaljer og informert samtykke. Tre pasienter med ulike typer kreft, opplever både nociseptive og nevropatisk smerter i 2003 enige om å delta i studien ved å signere et informert samtykke. Pasientene var under palliativ innleggelse eller poliklinisk behandling.</p> <p><b>Datasamling:</b> Teiped dialog fant sted både på sykehuset og på deltakerens hjem. Lengde på ca. 45 minutter. Ingen forsøk ble gjort for å tolke, oppsummere, eller dirigere hva pasientene sa. De transkriberte intervju ble analysert ved hjelp av metoden for analysering av innholdet. Denne metoden brukes for å identifisere kjernekonsistenser, kalt "mønstre" eller "tema", og betydninger i en kvalitativ materiale</p> <p><b>Analyse:</b> Kvalitativ</p>	Etter å sett på hva pasientene svarte, var det disse 3 funnene: (1) Smerten var fryktelig, minner pasienten på kreften og usikkerheten om fremtiden. (2) behov for å avdekke og skjule smerte samtidig og (3) smertebehandlingen og strukturerte retningslinjer bidrar positivt til å få et nytt perspektiv på helse, der smerte ikke spille den sentrale rollen.	Pasientene trenger å fortelle om sine opplevelser av smerte og håndtere smertene tilstrekkelig, mens på samme tid de trenger for å skjule det å administrere sine daglige miljø.

### Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)</b>	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Konklusjon</b>
Aubin, M. Vézina, L. Parent, R. Fillion, L. Allard, P. Bergeron, R. Dumont, S. Giguère, A. (2006). Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home. Oncology Nursing Forum , 33 (6), s.1183-1188.	Å vurdere effekten av et undervisningsprogram om hjemmebasert smertelindring hos pasienter med kreft.	<p><b>Utvalg:</b> Fire kommune baserte omsorgssentre som gir sosial og helsetjeneste i en by i Canada. 80 hjemmeboende pasienter med avansert kreft.</p> <p><b>Datasamling:</b> Informasjon om smertevurdering og overvåking ved hjelp av en daglig smerte dagbok og bestemmelse av spesifikke anbefalinger i tilfelle tap av smerte kontroll.</p> <p>Smerte intensitet data ble samlet inn før intervensjonen, og revurderinger ble gjort to og fire uker senere. Data ble også samlet gjennom personlig intervju.</p> <p><b>Analyse:</b> kvanitativ</p>	Pasientenes oppfatninger om bruk av opioider ble vellykket endret etter pedagogisk intervensjon. Gjennomsnittlig smerte ble betydelig redusert hos pasienter som fikk det undervisningsprogram. Maksimal smerte sank betydelig over tid .	<p>Konklusjoner: En pedagogisk intervensjon kan være effektive i å forbedre overvåking og lindring av smerter hos pasienter med kreft som bor hjemme.</p> <p>Påvirkning for sykepleie: Sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten kan trenes til å effektivt holde det pedagogiske undervisningsprogrammet i løpet av sine vanlige hjemmesykepleie besøk.</p>

## Cancer pain management at home (II): does age influence attitudes towards pain and analgesia?

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Konklusjon</b>
Closs, S. Chatwin. J. og Bennett. IM(2009). Cancer pain management at home (II): does age influence attitudes towards pain and analgesia? Supportive Care in Cancer, 17(7), s.781-786	Denne studien forsøkte å identifisere barrierer for kreftsmertebehandling for eldre pasienter som bor hjemme, og å sammenligne disse med en yngre kontrollgruppe.	<b>Utvalg:</b> Utvalget bestod av 58 eldre (over 75 år, 38 menn og 20 kvinner) og 32 yngre (Under 60 år, 15 menn og 17 kvinner). Kreftpasienter med moderat intensitet av smerte, hjemmeboende som nylig ble henvist palliative tjenester i Leeds. <b>Datasamling:</b> Etter skriftlig samtykke ble pasientene intervjuet hjemme ved hjelp av et strukturert format som inkluderte validert vurdering instrumenter. Barriers Questionnaire (BQ) ble bruk, som ble utviklet for å utforske holdninger og kunnskap mot rapportering av smerte og bruk av smertestillende. BQ består av 27 artikler vurdert på en 0-5 Likert skala (0 = helt uenig, 5 = helt enig).  <b>Analyse:</b> Kvantitativ	Begge gruppene rapportert at oppfatninger om bruk av smertestillende midler var størst barriere for effektiv smertebehandling. Eldre pasienter rapporterte at oppfatninger om bruk av smertestillende og kommunikasjon med medisinsk personell var signifikant flere viktige barrierer for smertebehandling enn for yngre pasienter. Totalt sett, faktorer som kommunikasjon med medisinsk personell og fatalisme ble rangert lavere enn barrierer knyttet til medisiner.	Eldre alder ser ut til å påvirke holdninger mot smerter og smertelindring. Faktorer som, dårligere kunnskap om å ta smertestillende, motvilje til å kommunisere med medisinsk personell, dårligere allmenntilstand, og å mest sannsynlig tyder det å leve alene på at eldre pasienter kan kreve større oppslutning i forvaltningen av deres kreftsmarter enn yngre pasienter.

### Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management.

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Konklusjon</b>
Bostrøm, B. Sandh, M. Lundberg, D. og Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. Issues and innovations in nursing practice. 45(4), s. 410-419.	Målet med denne studien var å beskrive hvordan pasienter med kreft-relaterte smerter i palliativ omsorg oppfatter forvaltningen av deres smerte.	<b>Utvalg:</b> Tretti pasienter ble strategisk valgt. Pasientene var diagnostisert kreft og mottok hjelp fra sykehusbaserte palliative team i en kommune i Sverige. <b>Inklusjonskriteriene:</b> Orientert person, i stand til å snakke, Svensk, med behov for analgetisk behandling, og med en av følgende diagnoser: lungekreft, tykktarmskreft, brystkreft kreft eller prostatakreft. Pasientene var klar over at de hadde blitt diagnostisert med kreft, og ville få palliativ omsorg, i motsetning til primært kurativ behandling. <b>Datasamling:</b> Intervjuer. <b>Analyse:</b> Kvalitativ	Pasienter beskrev forskjellige oppfatninger av smerte og smertebehandling. Oppsummert i tre kategorier: kommunikasjon, planlegging og tillit. Når det gjelder kommunikasjon, uttrykte pasientene et behov for en åpen og ærlig dialog helsepersonell om alle problemer som gjalt smerte. Pasienter uttrykte et presserende behov for planlegging av deres smertebehandling blant alle omsorgsaktiviteter rundt dem. Når de følte tillit til helsevesenet organisasjonen som helhet, fra sykepleiere og leger spesielt, beskrev de forbedret evne og vilje til å delta i smertebehandling.	Muligheten for at pasienter skal kunne diskutere smerte og dens behandling synes å ha forekommet sent i sykdomsforløpet. De uttrykte et ønske om å være smertefritt, eller oppnå så mye smerte lettelse som mulig, med så få bivirkninger som mulig.

### The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Konklusjon</b>
Johansson, CM. Ödling, G. Axelsson, B. Danielson, E. (2008). The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. Palliative and Supportive Care. 6(3), s. 231-8.	Målet med dette kvalitative studien var å belyse betydningen av livskvalitet fortalt av pasienter med uhelbredelig kreft nær død i palliativ hjemmetjenesten i Sverige	<b>Utvalg:</b> 8 pasienter i sitt hjem i Sverige.  <b>Datasamling:</b> Dataene ble samlet inn fra narrative intervjuer.  <b>Analyse:</b> Kvalitativ	Resultat: Tre hovedtemaer ble funnet: å være i intens lidelse, pusterom i å ha lidelser, og å være hjemme. Å leve med uhelbredelig kreft på slutten av livet ble opplevd som å leve i fysisk nød som kroppen ble uføre etter uventede fysiske komplikasjoner. Dette inhabilitet hadde konsekvenser for pasientenes psykologiske, sosiale og eksistensielle velvære. Når komplikasjons fasen avtok, opplevde pasientene at de gjenvant håp fullhet og hatt tid til å reflektere over eksistensielle spørsmål. Pasientene ble gitt bekreftende omsorg hjemme fra familieomsorgspersoner og palliativ hjemmetjeneste team.	Å blir pleiet hjemme av familieomsorgspersoner og helsepersonell ga en følelse av uavhengighet og sikkerhet. Å være hjemme ivaretar pasientenes totale livssituasjon og øker livskvaliteten.

**Patients' experiences of palliative care in the home: a phenomenological study of a Swedish sample.**

<p><b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</p>	<p><b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)</p>	<p><b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b>, datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?</p>	<p><b>Resultat/funn/diskusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?</p>	<p><b>Konklusjon</b></p>
<p>Appelin, G. og Bertero, C.(2004). Patients' experiences of palliative care in the home: a phenomenological study of a Swedish sample. Cancer Nursing. 27(1), s.65-70.</p>	<p>Hensikten med denne studien har vært å få en forståelse av pasienters erfaringer med palliativ omsorg hjemme med service fra distrikts sykepleiere.</p>	<p><b>Utvalg:</b> Seks pasienter diagnostisert med kreft og får palliativ omsorg i hjemmet.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Pasientene ble intervjuet og transkriberte intervjuene ble analysert. Intervjuene ble gjennomført i pasientenes hjem.</p> <p><b>Analyse:</b> kvalitativ</p>	<p>Funnene viser at den essensielle betydningen av pasientenes erfaringer med palliativ hjemmetjenesten kan beskrives som "usikker sikkerhet." Betydningen av essensen er forklart med fire temaer. "Trygt men utrygt hjemme", "En følelse av maktesløshet", "Endring av hverdagen," og "Håp og tro på fremtiden."</p>	<p>Funnene i studien påpeker viktigheten av velfungerende samarbeid og ressurser for å lette pasientens opplevelser av sikkerhet i sine egne hjem.</p>