

Anonym

Smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase

Litteraturbachelor

Antall ord: 7554

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

Anonym

Smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase

Litteraturbachelor
Antall ord: 7554

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

Smerter er noe flesteparten av kreftpasienter i palliativ fase opplever, og det stilles store krav til sykepleiere for hvordan smertene skal lindres på best mulig måte. Det kreves at sykepleier evner å lindre, veilede og undervise, fremme helse, samt at sykepleier har kompetanse og sikrer kvalitet i arbeidet sitt. Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til at kreftpasienter fra hjemmetjenesten får økt kontroll over sine smerter i palliativ fase?

Metode

Bacheloroppgaven er et litteraturstudium som baserer seg på pensumlitteratur, forsknings- og fagartikler og annen selvvalgt litteratur.

Resultat

Resultat fra valgte forskningsartikler viser at sykepleier kan bidra med opprettholdelse av en god relasjon, sykepleieveiledning, informasjon om smertelindring og sykdommen, samt hjelpe pasienter og pårørende med hvordan håndtere smertene sine. Dette kan bidra til at pasienten får økt kontroll over smertene sine. Resultatene viser også at sykepleierne fra hjemmetjenesten har behov for økte kunnskaper om smertelindring, og ønsker et faglig løft i hjemmetjenesten.

Konklusjon

Oppgaven viser viktigheten av sykepleiers informasjon og veiledning til kreftpasienter som opplever smerter i palliativ fase. Dette kan bidra til at pasientene og deres pårørende danner forventninger til smertelindring, noe som videre kan gi økt kontroll over smertene. Både sykepleier og pårørende spiller en viktig rolle med tanke på støtte og en god relasjon. Pasienter, pårørende og sykepleiere har behov for god kunnskap om smertelindring, og sykepleier bør tilrettelegge for pasientens utfordringer og danne mål og forventninger i samråd med pasienter og pårørende.

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon	4
1.1	Introduksjon til tema	4
1.2	Bakgrunnskunnskap	4
1.3	Teori.....	5
1.3.1	Palliasjon i hjemmet	5
1.3.2	Kommunikasjon og relasjoner.....	6
1.3.3	Brukermedvirkning og mestring	7
1.3.4	Smerte	8
1.4	Hensikt	9
2.0	Metode.....	9
2.1	Beskrivelse av metode	9
2.2	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	10
2.3	Søkehistorikk og søkestrategi	10
2.3.1	Presentasjon av søketabell	11
2.4	Utvalgelse av artikler	14
2.5	Analyse.....	14
3.0	Resultat	16
3.1	Artikkelmatrise	16
3.2	Presentasjon av resultater	24
3.2.1	Kommunikasjon	24
	<i>Pasient-sykepleier relasjonen.....</i>	<i>24</i>
	<i>Informasjon og veiledning</i>	<i>24</i>
3.2.2	Kunnskap og utfordringer ved smertelindring.....	25
	<i>Kunnskap blant sykepleiere</i>	<i>25</i>
	<i>Utfordringer.....</i>	<i>25</i>
3.2.3	Forventninger og mål til smertelindring	26
	<i>Sykepleiers mål og forventninger</i>	<i>26</i>
	<i>Pasienters mål og forventninger</i>	<i>27</i>
4.0	Diskusjon	27

4.1	Drøfting	27
4.1.1	Kommunikasjon	27
	<i>Relasjon</i>	27
	<i>Informasjon og veiledning</i>	28
4.1.2	Mål, forventninger og utfordringer ved smertelindring.....	30
	<i>Sykepleieres og pasienters mål og forventninger til smertelindring</i>	30
	<i>Utfordringer ved smertelindring</i>	31
4.2	Implikasjoner for sykepleie	31
4.3	Metoderefleksjon	32
4.4	Konklusjon	33
5.0	Referanseliste	34

1.0 Introduksjon

1.1 Introduksjon til tema

Statistikk fra Kreftregisteret (2021) viser at kreftutviklingen i Norge har en liten økning i forekomst hvert år, men ellers er forekomsten relativt stabil. Likevel er det en stor del av den norske befolkning som har eller har fått påvist kreftsykdom. Per 2019 ble det registrert hele 34 979 krefttilfeller. Selv om dødeligheten går ned, er det fortsatt over 11 000 mennesker i Norge som døde av kreft det samme året. Kreftsykdommene som har høyest dødelighet med kun 5 års relativ overlevelse er bukspyttkjertelkreft, galleblære/gallegang, leverkreft og lungekreft. Det er å regne med at det vil være økning i forekomst av kreftsykdommer i årene fremover. Siden det er og regnes med å bli flere krefttilfeller enn tidligere, samt at befolkningen i Norge lever lengre enn tidligere, kan man konkludere med å si at dette vil skape store forventninger fra helsevesenet og sykepleietjenesten (Lorentsen & Grov, 2017).

Antall kreftpasienter i palliativ fase som opplever smerter er fra to tredjedeler til over 90% (Finset, 2016). Dermed har smertene en avgjørende betydning for mange kreftpasienter i palliativ fase. Alle kreftpasienter responderer ikke likt på smertebehandling, og mellom 10 og 30% av alle kreftpasienter rapporterer at smertebehandlingen de mottar, ikke har tilfredsstillende effekt (Skorpen, 2016). Den medikamentelle behandlingen blir stadig bedre, men det er fortsatt forbedringspotensial for å oppnå fullstendig smertelindring hos disse pasientene. Ved palliasjon hos kreftpasienter vil nesten alltid medikamentell behandling ligge i bunn. Det er likevel andre måter som kan bidra til at denne pasientgruppen opplever god smertelindring (Finset, 2016). Kreftpasienter i palliativ fase trenger at sykepleier har et helhetlig pasientperspektiv, slik at både fysiske, psykologiske, sosiale, åndelige smerter og behov kan bli lindret og dekket (Helsedirektoratet, 2019).

1.2 Bakgrunnskunnskap

Ifølge Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2015) har sykepleieyrket syv funksjons- og ansvarsområder. Lindring, undervisning og veiledning, helsefremming, fagutvikling og kvalitetssikring, er noen av dem. Lindring har som mål å redusere omfanget av pasientens belastninger. Undervisning og veiledning har som mål å bidra til læring, mestring og utvikling. Ved undervisning og veiledning til pasienter og pårørende, knyttes behovet for kunnskap og forståelse til å kunne ta valg som ivaretar egen helse. Helse, velvære og livskvalitet er mål som helsefremming omhandler. Fagutvikling er også et nødvendig funksjons- og ansvarsområde, fordi det sikrer kvalitet når man utøver sykepleie og kjenner grenser for egen kompetanse. I studien til Granheim et al. (2015) viser resultatene til at sykepleiere har behov for økt kompetanse og bedre holdninger om smertelindring, selv om resultatene på noen områder, viste at sykepleierne har gode

kunnskaper om smertelindring. På denne måten kan sykepleiere bli bedre på å håndtere kreftpasientens smerter.

Når man skal møte denne pasientgruppen og deres pårørende er det viktig at sykepleier innehar god kompetanse om grunnsykdommen, palliativ fase, smertelindring og kommunikasjon. På denne måten er temaet relevant for sykepleie fordi det belyser flere tema i utdanningen og presenterer en pasientgruppe og et fagområde som det er viktig å ha tilstrekkelig med kunnskap om. (Helsedirektoratet, 2019). Sykepleieren spiller en viktig rolle i smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Målet for sykepleieren vil være å gi best mulig livskvalitet gjennom sykdomsforløpet, lindre lidelse og smerte, samt ivareta pasienten og deres pårørende. Sykepleier må utøve klinisk kompetanse basert på kunnskap om den individuelle pasienten. I tillegg må sykepleier også evne å kommunisere på et dypt og personlig nivå med både pasienten og dens pårørende. (Trier, 2019)

1.3 Teori

1.3.1 Palliasjon i hjemmet

Verdens helse organisasjon (WHO) definerer palliasjon på denne måten:

«Palliasjon er en tilnærming som bedrer livskvaliteten til pasienter og pårørende som står overfor livstruende sykdom. Palliasjon innebærer å forhindre og lindre smerte og lidelse gjennom tidlig identifisering, korrekt vurdering og behandling av smerter og andre symptomer, enten problemene er av fysisk, psykisk eller åndelig art». (WHO, 2020, 5.august)

Når det gjelder å dø i sitt eget hjem, har Norge verdens laveste andel hjemmedød. Mye tilsier at det er flere som ønsker å dø i hjemmet med sine nærmeste pårørende rundt seg, og få god smerte- og symptomlindring der (Henmo, 2015). Å få en mulighet til å være hjemme i slutfasen av livet og dø hjemme, kan for mange være avgjørende for å få en god avslutning på livet. Når pasienter i palliativ fase skal dø hjemme, er det viktig med planlegging og tilrettelegging. Ved planlegging og koordinering i palliativ fase, er det viktig at tverrfaglig samarbeid er koordinert og forutsigbart. En individuell plan er et godt verktøy å bruke dersom pasienten har behov for hjelp fra flere livsområder (Helsedirektoratet, 2018). I et palliativt forløp, kan pasienter ofte ha et komplekst sykdomsbilde med akutte forverringer, økt hjelpebehov, tap av fysiske funksjoner eller andre situasjoner som krever rask vurdering (Birkeland & Flovik, 2018). Derfor er det viktig at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider, siden primærhelsetjenesten kan behøve kompetanse fra spesialisthelsetjenesten eller at pasienten behøver innleggelse på sykehus. Sentralt i palliativ fase, er å lindre smerter og lidelse slik at pasienten kan ha mulighet for økt livskvalitet (Birkeland & Flovik, 2018).

Sykepleier spiller en viktig rolle ved palliasjon i hjemmet. Tilrettelegging krever planlegging for at pasienten skal bo hjemme den siste delen av livet. Sykepleier bør snakke med både pasient og pårørende om deres ønsker, ressurser, behov og hva som skal til for at de skal føle seg trygge og ivaretatt. Når pasienten skal utskrives fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det nødvendig å planlegge utskrivelsen nøye. Hjemmetjenesten kan trenge opplæring og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og dette er med å sikre at hjemmetjenesten kan utøve forsvarlig sykepleie til pasienten (Brenne & Estenstad, 2016). Det er lovfestet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 4) som sier at helsepersonell skal utøve forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som er basert på faglige kvalifikasjoner og kunnskaper. Videre skal helsepersonell innhente bistand/kunnskap eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Loven sikrer kvalitet i helsetjenestene. Brenne & Estenstad (2016) forteller at også dette kan være med å trygge situasjonen for både sykepleiere fra hjemmetjenesten, og pasient og pårørende. Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende er også med å avgjøre at pasienten oppnår best mulig og mest mulig hjemmetid. God informasjon om hva pasient og pårørende kan forvente av medikamenter, symptomer og sykdomsforløp, kan virke forutsigbart for pasienten og pårørende. I tillegg kan pasient og pårørende få en følelse av kontroll. Når pasienten tilhører hjemmetjenesten, kan det være nyttig med kontinuitet ved at pasienten bør ha en ansvarssykepleier. På denne måten kan man sikre kontinuitet av oppfølging, noe som videre kan skape tillitt (Brenne & Estenstad, 2016).

1.3.2 Kommunikasjon og relasjoner

Travelbee (2018) definerer kommunikasjon på denne måten:

«Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem å finne mening i disse erfaringene». (Travelbee, 2018, s. 135)

Selv om sykepleier er den som målrettet etablerer og opprettholder forholdet mellom sykepleier og pasient, må forholdet være gjensidig fra begge partene. Dermed kan ikke forholdet etableres kun av sykepleier. Dette forholdet etableres etter hvert som sykepleieren og pasienten gjennomgår ulike faser; det første og innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, medfølelse og sympati. (Travelbee, 2018)

Gjennom en god relasjon må sykepleier ha kunnskap hvordan kommunisere med pasienten og dens pårørende. Å inneha gode kommunikasjonsferdigheter er utgangspunktet for en god relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier (Trier,

2019). Det å kommunisere godt med pasienten og pårørende er vesentlig når man skal oppnå sykepleiers mål og hensikter, som for eksempel smertelindring til palliative kreftpasienter (Travelbee, 2018). Det kreves av sykepleier at man har evne til å lytte aktivt, samt speile og variere åpne og lukkede spørsmål. På denne måten kan man få frem informasjon på en sensitiv måte, samtidig som det er i pasientens tempo. Noe som beskriver en god relasjon ved palliasjon er at relasjonen bygger på tillitt og forståelse som er basert på ærlighet. I tillegg er det sentralt ved en god relasjon, å ha som mål å forbedre pasientens kontroll og selvfølelse (Trier, 2019).

Gjensidig tillitt mellom sykepleier og pasient er en viktig faktor for oppnåelse av god smertelindring. Pasienten bør stole på sykepleier og annet helsepersonell at de ønsker å hjelpe, og sykepleier og annet helsepersonell bør ha tillitt til pasientens smerteopplevelse. Sykepleier forsikrer at pasienten får bidra i planleggingen og hvilke smertelindringsmetoder som blir valgt. Pasientens erfaringer og personlige meninger, bør tas på alvor, siden pasienten kjenner seg selv best. På denne måten kan også pasienten oppnå økt kontroll over situasjonen. Pasienten opplever tillitt, trygghet og blir møtt med respekt, noe som kan bidra til å forsterke effekten av smertelindringen. (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017)

Travelbee (2018) forteller at når sykepleier skal hjelpe pasienten som lider av smerter, bør man huske at det kan være vanskelig å kommunisere opplevelsen av smerten pasienten gjennomgår. Dette på bakgrunn av at sykepleier kun har en viss innsikt i hvordan smerten oppleves. Et tiltak som kan bidra til at pasienten kan holde ut med smertene sine, er å flytte fokuset til ytre hendelser. Travelbee (2018) forteller videre at medlidenhet kan gjøre at pasienten blir i mindre stand til å mestre smertene. Sykepleier kan være med å oppmuntre pasienten, og finne mening i smertene og kreftsykdommen.

1.3.3 Brukermedvirkning og mestring

Når pasienten er i møte med helsevesenet kan det oppleves som om pasienten kommer i en passiv rolle, fordi pasienten kan føle at han blir fratatt ansvar, selvstendighet og frihet. Det bør sykepleier forsøke å motvirke, og legge til rette for at pasienten skal ha en aktiv rolle (Kristoffersen & Nortvedt, 2015). Dette er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1) som sier at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenester, og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienten kan også velge å avstå fra videre behandling eller undersøkelser. Begrepet brukermedvirkning innebærer altså at pasienten bidrar med sine meninger og erfaringer og at helsepersonell lytter til pasienten og lar disse perspektivene prege utformingen av helsehjelpen som skal gis (Kristoffersen, 2015, s. 318). Kristoffersen & Nortvedt (2015) forteller videre, ved at sykepleier avdekker og anvender pasientens ressurser, kan pasienten få økt mulighet til å

oppretholde kontroll over situasjonen. For at pasienten skal ha mulighet til økt kontroll over sin egen smertelindring, kan kunnskap om situasjonen og vite hva man skal gjøre, være vesentlig. Dette kan gjelde kreftpasienter som behøver kunnskap om sykdommen, sykdomsforløpet, effekt og bivirkning av smertelindrende medikamenter. Pasienten kan ha behov for å forstå situasjonen sin, slik at det er mulighet til å vite hva som kan forventes i situasjonen. Derfor er det viktig at informasjon og forberedelse før oppstart av ny smertelindring er i samsvar med det pasienten kommer til å oppleve. Dette kan gi en økt følelse av kontroll og tillitt til å kunne beherske og mestre situasjonen.

1.3.4 Smerte

Ifølge International Association of Study of Pain (IASP, 2020, 16.juli) er smerte definert *som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade, eller beskrevet i form av slik skade*. Fenomenet smerte er en sammensatt opplevelse som er subjektiv. Siden smerteopplevelsen er subjektiv, kan det være vanskelig for sykepleier å definere. Bare pasienten selv kan kjenne intensiteten, hvordan den føles og tidsrommet for smerten. Likevel kan smerten komme som uttrykk ved atferd, dermed kan dette observeres (Danielsen et al., 2017).

Smertelindring er sentralt i palliativ behandling hos kreftpasienter og derfor er god smertelindring avgjørende for pasienten. Kreftsmerte innebærer både en sensorisk og emosjonell opplevelse basert på først og fremst fysiske faktorer, men også psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer (Finset, 2016). Det finnes flere fysiske typer smerte kreftpasienter kan oppleve:

Akutt og kronisk smerte kan foregå samtidig. Kreftpasienter i palliativ fase, har som regel kroniske smerter med akutte smerteepisoder. En akutt smerteepisode er en form for gjennombruddssmerte, og de utarter i smertetopper som kan komme av enten bevegelser eller oppstå spontant. Ved gjennombruddssmerte starter smerten raskt og kan vare i 5-10 minutter. Det kan være vanskelig å finne god smertelindring for disse smertene. Videre finnes tumorrelaterte smerter, noe cirka 70% av kreftsmertene kommer av. Denne typen smerte kan komme av at tumoren endrer seg eller metastaserer. (Lorentzen & Grov, 2017)

Kreftsmarter innebærer også psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer. Psykisk smerte kan oppleves som reel smerte ved at pasienten befinner seg i en livskrise og lever med en inkurabel kreftsykdom (Lorentzen & Grov, 2017). Andre psykiske faktorer som kan øke smerteopplevelsen, er angst, frykt og uro (Knudsen & Kaasa, 2016). Et eksempel på en psykologisk faktor som påvirker smerter, er forventninger og kontroll. Dersom pasienten ikke er klar over hva som kan forventes av smerter og smertelindringen, opplever ikke pasienten kontroll over situasjonen og smertene sine. Når man derimot har

kontroll over hva årsaken til smertene er og hva som kan forventes av smertelindringen, kan muligens pasienten oppleve smerten som mindre intens og ubehagelig (Finset, 2016). Sosial smerte kan beskrive pasientens forhold til omverden, da fremmedgjøring overfor det sosiale nettverket står sentralt. Pasienten opplever at sin egen rolle som for eksempel forelder, forsørger og arbeidstaker endres. Mange går inn i en mottakerrolle i familien (Lorentzen & Grov, 2016). Samtidig kan pårørende være en viktig ressurs for pasienten som kan bidra til god livskvalitet. Pårørende kan gi støtte i en vanskelig situasjon, og danne trygghet, minske stress og gi en avledning av oppmerksomheten til smerteplagene (Finset, 2016). Pasienten kan også oppleve smerte som er av eksistensiell art. Dette kan innebære usikkerhet om døden, og kan danne en eksistensiell krise. Pasienten kan lure på hva som skjer etter døden og hvem pasienten selv er, når man er avhengig av andres hjelp og mister kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2019).

Sykepleier har en sentral funksjon ved smertelindring. Det er viktig at sykepleier vurderer smerten ut ifra pasientens egne opplevelse av smerten. Å kartlegge pasienten med fokus på et helhetlig pasientperspektiv er også viktig. Dette innebærer både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle smerter. Videre bør sykepleier observere og kartlegge pasienten over tid, slik at det er mulig å gi en helhetlig evaluering av smertelindringen som er gitt (Lorentzen & Grov, 2017).

1.4 Hensikt

Hensikten i denne oppgaven er å finne måter sykepleier kan bidra til å øke pasientenes kontroll over smerter, med fokus på betydningen av relasjonsbygging, informasjon og veiledning, samt hvilke forventninger og mål både sykepleiere og pasienter har til smertelindring. I tillegg skal jeg vise til betydning av sykepleiers kunnskap og hvilke utfordringer de møter når de skal smertelindre denne pasientgruppen. På vegne av oppgavens hensikt har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til at kreftpasienter fra hjemmetjenesten opplever økt kontroll over sine smerter i palliativ fase?

2.0 Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Metode kan beskrives som et redskap når man skal undersøke noe, og den bidrar til hvordan systematisk innhenting av data skal foregå ved å svare på problemstillingen som er valgt (Dalland, 2020). Siden denne oppgaven er en litteraturstudie, er formålet å innhente fagkunnskap, forskning og teori som allerede eksisterer (Dalland, 2020). Ved å innhente denne kunnskapen skal man ha mulighet til å svare på valgt problemstilling.

Denne oppgaven inneholder flest forskningsartikler som har anvendt kvalitativ metode. Dette fordi svar på problemstillingen til denne oppgaven omhandler mest opplevelser og

erfaringer som ikke er målbare eller kan tallfestes (Dalland, 2020). I en kvantitativ forskningsartikkel presenteres data og resultater i form av målbare enheter (Dalland, 2020).

2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert jf. NDS	Sekundærartikler (oversiktsartikler)
Utgitt for <10 år siden	Utgitt for >10 år siden
Språk: Engelsk, norsk, svensk og dansk	Pårørendeperspektiv
Primærstudier (kvalitativ/kvantitativ)	Kreftoverlevende pasienter
Sykepleie- eller pasientperspektiv	Pasienter innlagt på sykehus
Overførbarhet til norske forhold	Publikasjonsnivå 0
Etisk godkjent av komité	
Publikasjonsnivå 1-2	
Kreftpasienter i palliativ fase >18 år	

2.3 Søkehistorikk og søkestrategi

I denne oppgaven har jeg valgt pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur for å belyse problemstillingen. I tillegg har jeg anvendt relevant forskning, samt offentlige publikasjoner som retningslinjer, veiledere og lovverk.

Ved leting etter forskningsartikler, brukte jeg databasene PubMed, CINAHL Complete, Medline og SveMed+. Jeg gjorde alltid engelske søk, selv på SveMed+, siden man fikk opp norske artikler som resultat likevel. For å finne riktige søkeord brukte jeg noen ganger MeSH-termer. Jeg brukte også PICO-skjema som jeg hadde laget i forbindelse med formulering av problemstilling. Det var krevende i starten å finne riktige kombinasjoner og søkeord som skulle gi resultatene jeg var ute etter. Jeg forsøkte å finne kombinasjoner og søkeord som ga mest presist treff med få artikler som resultat. Når jeg hadde fått et presist og avgrenset søk, undersøkte jeg overskrifter og abstrakter for å se om noen av de var relevante.

I søketabellen finner man databasen som er brukt, dato, søkeord, avgrensning, og antall resultater for hvert søk. Når jeg søkte i databasene, utenom SveMed+, avgrenset jeg til engelsk språk. Ellers brukte jeg avgrensninger som «fagfellevurdert/peer-reviewed» og artikler fra 2011 til nå. I Medline og PubMed er alle artiklene på nivå 1 eller 2 i NSD sitt register over publiseringskanaler, noe som vil si at alle er fagfellevurdert. I noen av søkene avgrenset jeg også til at full tekst, fordi mange av artiklene har ikke full tekst tilgjengelig. I søketabellen kommer kun de relevante forskningsartiklene som jeg skal bruke videre i oppgaven fram, men jeg har foretatt flere søk enn dette.

2.3.1 Presentasjon av søketabell

Database og søkedato	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl Complete 22.04.21	S1	Cancer pain		8,344	
	S2	Pain management		27,663	
	S3	Nursing		750,940	
	S4	Pain assessment		11,340	
	S5	Palliative care		45,723	
	S6	Cancer		451,002	
	S7	Nurse-Patient Relations		29,224	
	S8	End of life care		45,588	
	S9	S5 OR S8		62,008	
	S10	S1 OR S2 OR S4		42,606	
	S11	S9 AND S10 AND S3 AND S6 AND S7	Peer-reviewed In the last 10 years English Free full text	67	1(D): Cancer Pain Social Processes and Pain Management in Home Hospice Care
PubMed 26.04.21	S1	Healthcare professionals		87,647	
	S2	Pain management		35,985	
	S3	Advanced cancer		96,978	
	S4	Goal		100,159	
	S5	S1 AND S2 S3 AND S4	Peer-reviewed In the last 10 years English	8	1 (B): "We all talk about it at though we're thinking about the same thing."

			Free full text		Healthcare professionals' goals in the management of pain due to advanced cancer: a qualitative study
PubMed 27.04.21	S1	Cancer patients		407,187	
	S2	Advanced cancer		96,980	
	S3	Incurable cancer		2,511	
	S4	Pain management		35,992	
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Peer-reviewed In the last 10 years English Free full text	14	1 (A): What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain: a qualitative study
SveMed+ 27.04.21	S1	Cancer pain		126	
	S2	Palliative care		1,223	
	S3	Nursing		10,763	
	S4	Pain		5,309	
	S5	Nurse-patient-relations		2,059	
	S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Peer-reviewed	2	1 (A): Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter
PubMed 27.04.21	S1	Pain management		49,302	

	S2	Nurses		36,215	
	S3	Palliative care		17,135	
	S4	Experiences			
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Free full text In the last 10 years English	43	1 (A): Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study
Medline 28.04.21	S1	Cancer patients		190,920	
	S2	Pain management		55,886	
	S3	Nurse		212,602	
	S4	Experiences		217,058	
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		6	
	S6	S5	In the last 10 years English	2	1 (A): Factors that hinder and facilitate cancer patients' knowledge about pain management – a qualitative study
Cinahl Complete 28.04.21	S1	Pain management		27,724	
	S2	Cancer		451,532	
	S3	Nurse		299,136	
	S4	S1 AND S2 AND S3		344	
	S5	S4	Peer-reviewed In the last 10 years English	162	1 (D): Pain knowledge and attitudes among nurses in cancer care in Norway

PubMed 28.04.21	S1	Cancer		4,358,521	
	S2	Cancer pain		63,015	
	S3	Management		3,242,959	
	S4	Nurse coaching		2,805	
	S5	Self-care		209,275	
	S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Peer-reviewed	16	1 (I): Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management

2.4 Utvelgelse av artikler

Alle artiklene som er funnet, følger kriteriene for IMRAD-struktur og er etisk godkjent. For å forsikre meg om at alle artiklene var fra godkjente publiseringskanaler, enten nivå 1 eller 2, brukte jeg Norsk senter for forskningsdata (2021). Siden alle mine valgte artikler var på nivå 1 eller to, kunne jeg forsikre meg om at artiklene var publisert i et vitenskapelig tidsskrift med fagfelleevaluering. Videre gjennomgikk jeg en sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative og kvantitative forskningsartikler (Helsebiblioteket, 2016). På denne måten kunne jeg se om de forskningsartiklene jeg har funnet, var av god kvalitet.

Seks av åtte artikler er av kvalitativt design. Det virker mest hensiktsmessig å legge vekt på dette designet, fordi jeg skal undersøke hvordan sykepleier kan bidra til opplevelse av økt kontroll, samt hvilke utfordringer opplever sykepleier ved smertelindring.

Jeg har også valgt å ta med to kvantitative studier. Den ene av de to kvantitative studiene er publisert i 2004. Denne studien følger ikke inklusjonskriteriene jeg har satt, men siden studien er relevant for min oppgave og problemstilling, valgte jeg å inkludere den. Det finnes flere nyere studier som studerer denne intervensjonen, men flesteparten av de studiene bruker intervensjonen fra studien i 2004, som metode.

2.5 Analyse

Når man skal skrive en litterær oppgave hvor man skal inkludere selvvalgte forskningsartikler, kan det være viktig å systematisk analysere artiklene slik at man får kunnskap om hva de forskjellige artiklene omhandler (Dalland, 2020). Jeg har valgt å

anvende Evans (2002) sin fremgangsmåte av systematisk dataanalyse av forskningsartikler.

Fase en innebærer å samle forskningsartikler som er relevant for denne oppgavens problemstilling (Evans, 2002). Ved å ha en søkestrategi med valgte inklusjonskriterier, fant jeg fram til åtte artikler. Å samle forskning på denne måten, forsikrer et homogent utvalg (Evans, 2002).

I fase to gjennomgikk jeg artikkelmatrisene, samt at jeg leste gjennom valgt forskning enda en gang, slik at jeg fikk en oversikt over helheten av artiklene. Deretter noterte jeg hovedfunnene og viktige konsepter fra hver artikkel. Ved å notere ned funnene og konseptene på denne måten, får man delt opp studien til sine hovedkomponenter. (Evans, 2002)

I fase tre prøvde jeg å binde artiklene sammen og finne temaer på tvers av studiene som kan relateres til hverandre. Her noterte jeg likheter og ulikheter ved artiklene. Deretter forsøkte jeg å samle artiklene til kategoriserte tema, samt relevante underkategorier. Denne fasen gir en gradvis forbedring av forståelsen av fenomenet, også fordi man til slutt prøver å tolke innholdet i hvert tema (Evans, 2002). Disse temaene og underkategoriene ble funnet:

Hovedtema	Underkategorier
Kommunikasjon	Pasient-sykepleier-relasjon Informasjon og veiledning
Kunnskap	Kunnskap blant sykepleiere Utfordringer
Forventninger og mål ved smertelindring	Sykepleiers mål og forventninger Pasienters mål og forventninger

Fase fire innebærer å beskrive fenomenet. Ved å gjennomgå det jeg har notert for hvert tema og under-tema, forsikrer jeg meg om at det stemmer overens med det som står i studiene. Resultatene av analysen beskrives og resultatene skrives sammen og presenteres. (Evans, 2002)

3.0 Resultat

3.1 Artikkelmatrise

Artikkel	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
Ehrlich et.al. (2019). Cancer Pain Social Processes and Pain Management in Home Hospice Care	Gi pilotdata for å utvikle en sykepleieteori og rammeverk for å undersøke og identifisere problematiske prosesser involvert i dårlig kontrollert smerte for pasienter, omsorgspersoner og sykepleiere.	En kvalitativ studie om inkluderte pasienter fra hospits, omsorgspersoner og sykepleiere. Innsamling av data ble gjort gjennom observasjonsbesøk, individuelle intervju og en fokus-gruppe	Tre innledende kategorier ble identifisert: smertebetydning, arbeide mot smertelindring og dele smerten sin med andre. Disse tre temaene kan være et bidrag til at pasienten får økt kontroll over smertene sine.	Denne artikkelen har relevans for min litteraturoppgave fordi den belyser temaer innenfor smertelindring, pasient-sykepleierforholdet og hvilke kommunikasjonsferdigheter som kan brukes når man som sykepleier skal gi optimal smertelindring til pasienten. Selv om studien innebærer pårørende, ser jeg på denne studien som relevant fordi den belyser hvordan man som både sykepleier, pasient og pårørende kan håndtere ukontrollerte smerter ved sosiale prosesser.
Munkombwe et.al. (2020). Nurses' experiences of	Hensikten er å utforske sykepleieres opplevelser og synspunkt angående	En kvalitativ studie med fortellende intervjuer, samt kvalitativ analyse av	Studien viste at pasient-sykepleier relasjon er sentral for å oppnå suksess ved ikke-medikamentelle	Denne studien har relevans for oppgaven fordi den belyser hva sykepleier kan bidra med slik at pasienten skal oppnå smertekontroll.

<p>providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study</p>	<p>ikke-medikamentelle metoder ved kroniske smerter i palliativ omsorg</p>	<p>teksten. Studien inkluderte 15 sykepleiere som jobbet ved et sykehus, et hospits i Zambia, eller pensjonerte sykepleiere med erfaring fra palliativ omsorg.</p>	<p>smertekontroll. Ved en god relasjon, kan sykepleier gjenkjenne pasientens behov, inkorporere pårørende og gjenkjenne barrierer pasienten har.</p>	<p>Selv om den ikke spesifikt omhandler kreftpasienter, ser jeg på denne studien som relevant siden det omhandler smerter og smertekontroll hos palliative pasienter – noe som også kan være relevant til kreftpasienter.</p>
<p>Bhatia et.al. (2014). "We all talk about it as though we're thinking about the same thing". Healthcare professionals' goals in the management of pain due to advanced cancer: a qualitative study</p>	<p>Å utforske helsepersonell sine syn og opplevelser for å se hva de ønsker å oppnå ved smertelindring hos pasienter med avansert kreft.</p>	<p>En kvalitativ studie med halv-strukturerte intervjuer av 16 forskjellige personer med helseprofesjonsutdanning.</p>	<p>Fire temaer dukket opp i intervjuene: mål for smertebehandling, vurdere respons til smertebehandling, håndtere forventninger og bygge relasjoner.</p> <p>Helsepersonell belyste at det også var vanskelig å vurdere pasientens smerter, og hadde vanskeligheter med å anvende nummer-baserte skalaer.</p>	<p>Denne studien er relevant for denne oppgaven fordi den belyser utfordringer ved smertelindring hos pasienter med avansert kreft.</p> <p>Den belyser også hva bla. sykepleier kan bidra med for å gi økt kontroll av pasientenes smerter.</p>

<p>Molnes. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan sykepleiere opplever kompetansen innenfor smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.</p>	<p>En kvalitativ studie, hvor 10 sykepleiere som jobbet i hjemmetjenesten, deltok. Sykepleierne jobbet i forskjellige distrikter i Norge</p> <p>Det ble brukt halv- strukturerte intervju som var individuelle.</p>	<p>Sykepleierne hadde et sterkt ønske om faglig oppdatering, men uttrykte at de ikke har tid til å oppdatere seg faglig.</p> <p>De opplevde også at bemanningen var for lav, noe som førte til at de ikke fikk brukt tid hos pasienten hvor det trengs kartlegging og observasjon.</p> <p>Sykepleierne påpekte også at det ble skapt forventninger fra pasient og pårørende om at sykepleierne i skulle være til stede med en gang det oppsto noe.</p>	<p>Denne studien viser at det er utfordringer ved smertelindring til kreftpasienter som bor i hjemmet. Det er manglende kompetanse, ressurser og urealistiske forventninger til hjemmetjenesten.</p>
<p>Miaskowski et al. (2004). Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Self-Care</p>	<p>Å teste effektiviteten av PRO-SELF Pain Control Program sammenlignet med standard behandling. Da med fokus på å</p>	<p>En kvantitativ studie med RCT-design. 93 pasienter gjennomførte PRO- SELF intervensjonen og 81 pasienter fikk</p>	<p>Pasientene fra PRO-SELF gruppen minsket signifikant mer i smerteintensitet enn standardgruppen. Prosentdelen av pasienter i PRO-SELF gruppen som</p>	<p>Denne studien viser relevans fordi den viser at dersom kreftpasienter får sykepleieveiledning, så kan smertelindringen bedres.</p>

Intervention to Improve Cancer Pain Management	redusere smerteintensiteten, øke passelig mengde analgetika, og øke analgetika inntak hos kreftpasienter med smerter fra skjelettmetastaser.	standard behandling. Pasientene med standard behandling ble tilsett tre ganger av en sykepleier, samt mottok tre telefonsamtaler mellom tilsynene. Pasientene fra PRO-SELF gruppen ble tilsett flere ganger av spesialiserte kreftsykepleiere. Pasientene mottok en psykoedukasjonell intervensjon hvor de ble veiledet i hvordan bedre smertelindringen.	mottok riktig type analgetika- resept økte mer enn pasientene fra standardgruppen.	Jeg valgte å ta med denne studien, som er over 10 år gammel, fordi den innebærer et større utvalg enn nyere studier. Det finnes nyere studier som studerer akkurat denne intervensjonen, men flere studier har denne intervensjonen som metode. Derfor velger jeg heller å ta med den opprinnelige studien.
Utne, et.al. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among	Å undersøke sykepleieres kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos	Dette er en tverrsnittstudie hvor medlemmer av Forum for kreftsykepleie ble	Resultater viser at sykepleiere, har samlet sett, god kunnskap og holdninger til smertelindring. Spørreskjema viste at	Denne studien viser sin relevans for denne oppgaven fordi den belyser kvantitative data på hvordan kunnskapsnivå sykepleiere har ved smertelindring. Kunnskap kan være

<p>Nurses in Cancer Care in Norway</p>	<p>sykepleiere som jobber med kreftsykepleie. I tillegg vil studien undersøke om det er sammenheng mellom varierende demografi og kunnskapsnivå.</p>	<p>invitert til å svare på et spørreskjema (NKAS) via E-mail som inneholdt 41 spørsmål. 312 medlemmer svarte på spørreskjemaet. Hvert korrekt svar, gir høyere poeng, og den høyeste scoren man kan få er 41. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om smertevurdering, medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring.</p> <p>Over 80% av deltakerne var kreftsykepleiere.</p>	<p>korrekte svar ofte ble gitt ved spørsmål om holdninger. Alle deltakerne svarte riktig på at pasienten var den mest riktige personen som kunne måle sin egen smerteintensitet. Spørsmål som omhandlet effekt og bivirkninger, ble ofte svart feil på.</p> <p>Den multivarierte analysen viste at sykepleiere som hadde tatt kurs om smertelindring, hadde signifikant høyere score enn de uten kurs. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten hadde også høyere score enn sykepleiere fra primærhelsetjenesten.</p>	<p>en forutsetning for at sykepleiere skal kunne gi god smertelindring ved kreftsykdom. I tillegg viser studien at primærhelsetjenesten har dårligere kunnskap om smertelindring enn i spesialisthelsetjenesten.</p>
<p>Ekstedt & Rustøen. (2019). Factors That</p>	<p>Å evaluere mulige faktorer, tilrettelegger og</p>	<p>En kvalitativ studie som evaluerer en kvantitativ studie</p>	<p>Resultater viser at viktige faktorer av intervensjonen var repetisjon av informasjon,</p>	<p>Denne studien viser relevans for denne oppgaven, fordi den belyser faktorer og barrierer som hindrer</p>

<p>Hinder and Facilitate Cancer Patients' Knowledge About Pain Management – A Qualitative Study</p>	<p>barrierer for forbedret kunnskap om smertelindring.</p>	<p>(RCT), som inneholdt en intervensjon av PRO-SELF Pain Control Program.</p> <p>I denne kvalitative studien, ble det gjort lydopptak av 3 veiledningssamtaler sykepleier hadde med pasientene fra den den kvantitative studien. Deltakerne til den kvalitative studien ble gjort basert på «Pain Experience Scale (PES)» som måler individuelle kunnskaper om smerte og smertelindring. Studien inneholdt 12 pasienter med høyest</p>	<p>minske motstand fra pasienter, hjelpe pasienter å forstå situasjonen deres gjennom andres situasjon, og følge med på variasjoner i oppfattet smerte.</p> <p>Som tilretteleggelse for forbedring, ble pasientens tillitt, forberedelser til å prøve nye prosedyrer, pasientens egenoppfatning, kroppsoppfatning og ta aktiv rolle i egen omsorg, sett på som viktig.</p> <p>Barrierer som hindret smertelindring, var vanskeligheter med å fordøye komplisert informasjon, kulturbetinget oppførsel, frykt og mangel på kunnskap.</p>	<p>pasienter i å få økt kunnskap om smertelindring til kreftpasienter.</p>
---	--	--	---	--

		endring i PES-score (≥15) og 8 pasienter med lavest endring i PES-score (<15)		
Gibbins et.al. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from their management of their pain? A qualitative study.	Å utforske hvordan pasienter med avansert og inkurabel kreft beskriver kontrollen av smerten og hva de ønsker ut fra smertelindringen.	En kvalitativ studie som bruker halv-strukturerte og fysiske intervju. De 15 pasientene som ble inkludert i studien, kom både fra sykehus, hjemmet og hospits som hadde ulike krefttyper og smerteopplevelser.	Beholde sin rolle, seg selv og selvstendigheten ble sett på som viktig for pasientene. De beskrev for at smertene skal være kontrollert, må evnen til å opprettholde daglige funksjoner og oppgaver, være til stede. Pasientene beskrev at deres egentlige ønske var å være smertefri, men at de måtte endre forventningene til dette. Pasientene belyste også at det var viktig å vite hva smertene betydde, og noen mente at dette var viktigere enn å lindre smerten.	Denne studien er relevant for denne oppgaven fordi den belyser hva pasientene anser som smertekontroll, noe som er viktig å vite når sykepleier skal bidra til kontroll av smerten. Den belyser også at pasienter føler at helsepersonell ikke spør og snakker nok om smerter.

			<p>Pasientene sa at de var motvillige til å avsløre smertene sine overfor helsepersonell fordi de sjeldent ble spurt om dette. De følte at helsepersonell prioriterte heller annen behandling og anså smertene som en andre prioritering.</p>	
--	--	--	---	--

3.2 Presentasjon av resultater

3.2.1 Kommunikasjon

Pasient-sykepleier relasjonen

I flere av studiene ble pasient-sykepleier relasjonen belyst som et viktig tema ved oppnåelse av smertekontroll og som et godt verktøy underveis i smertelindringsprosessen. I studien til Munkombwe et al. (2020) beskrev deltakerne at ved å bruke tid og snakke sammen med pasienten, kan man observere, gjenkjenne behov og få informasjon som man ellers ikke kunne fått. Det var også enklere å samarbeide med pasienten, dersom pasienten kunne stole på sykepleieren. Studien til Bhatia et al. (2014) viser tilsvarende. Denne studien resulterer i at helsepersonell arbeidet pasientsentrert og hadde fokus på å bygge en god relasjon som et verktøy for å gi pasienten empowerment. Begrepet empowerment omhandler å styrke pasientens ressurser som gir økt kontroll over faktorer som påvirker pasientens helse (Kristoffersen, 2015). De anså det viktig å gi pasienten empowerment ved håndtering av smerter. Som en bakside, førte fokuset på relasjonsbygging og pasienten noen ganger til at helsepersonellet unnlot å øke smertestillende så mye som de ellers ville ha gjort. I studien til Ehrlich et al. (2019) belystes de sosiale prosessene rundt smertelindring til kreftpasienter i palliative fase. Her innebar det at sykepleier klarte å kommunisere og ha en god relasjon til pasienten og dens pårørende, samt hvordan sykepleier, pasient og pårørende kan snakke og samarbeide om hvordan oppnå kontrollert smerte.

Informasjon og veiledning

I tre av studiene (Ekstedt & Rustøen, 2019; Ehrlich et al., 2019; Miaskowski et al., 2004) innebar noen av resultatene viktigheten av informasjon og veiledning om smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. I studien til Ekstedt & Rustøen (2019) viser de til hvordan sykepleier kan veilede pasienter til å få økt kunnskap om smertekontroll og smertelindring. Det ble ansett som viktig for pasientene at korrekt informasjon ble gitt, samt at informasjon fra forskjellige helsepersonell var gjennomgående lik. Dette skapte tillitt og gjorde det lettere for pasientene å følge helsepersonellens råd. Ekstedt & Rustøen (2019) beskriver også at det ofte er nødvendig å gjenta informasjon, samt at sykepleier kan hjelpe pasienter å forstå deres situasjon ved sammenligning av andre pasientsituasjoner. I tillegg hevdet Ekstedt & Rustøen (2019) at det kan være hensiktsmessig å følge en dagbok som viser variasjoner i smerteintensitet under aktivitet, medikamentbruk og tiltak for å håndtere smertene.

Ifølge Ehrlich et al. (2019), kan sosiale prosesser slik som smerte betydning, hvordan arbeide mot smerter og hvordan dele smerten med andre, hjelpe pasienter og pårørende å forstå hvordan håndtere ukontrollerte smerter. Sykepleier kan være med på å spille en sentral rolle i veiledning av samtaler, samt informasjon om medisiner og bivirkninger.

Det beskrives for eksempel at sykepleier kan veilede pasienter og deres pårørende i hvordan bruke smertestillende slik at det er mulig for pasienten å opprettholde livskvaliteten.

I studien til Miaskowski (2004) gjennomgikk en gruppe kreftpasienter en intervensjon som fokuserte på pasientens egen kontroll over smertelindringen ved hjelp av sykepleier som veileder. Den andre gruppen fikk standard behandling. Studien (Miaskowski, 2004) viste at smerteintensiteten minsket betraktelig mer hos intervensjonsgruppen i motsetning til standardgruppen. Dette kan bety at ved grundig sykepleieveiledning, så kan kreftpasienter få mer selvstendighet omkring smertelindring, samt at smertelindringen bedres.

3.2.2 Kunnskap og utfordringer ved smertelindring

Kunnskap blant sykepleiere

Når det gjelder smertelindring, belyser to av åtte studier, Utne et al. (2019) og Molnes (2014), kunnskaps- nivå og behov blant sykepleiere. Utne et al. (2019) viser ved statistiske resultater, at sykepleierne fra studien har samlet sett god kunnskap angående smertelindring til kreftpasienter. 99% av alle respondentene svarte at pasienten er den som best kan vurdere sin egen smerteintensitet. Derimot svarte mindre enn 50% riktig på spørsmål angående effekt og bivirkninger av medikamenter. Videre viste studien (Utne et al., 2019) at sykepleiere som hadde tatt et kurs om smertelindring, hadde høyere score enn sykepleiere uten dette kurset. I tillegg hadde sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten høyere score enn sykepleiere fra primærhelsetjenesten. I studien til Molnes (2014) viste funnene at sykepleiere fra hjemmetjenesten hadde et sterkt ønske for faglig oppdatering. Videre forteller sykepleierne at de har behov for ressurser med god faglig kompetanse, slik at man har bedre mulighet til å gi riktig og god smertelindring til kreftpasienter i hjemmet.

Utfordringer

I studiene til Ekstedt & Rustøen (2019) og Molnes (2014), forklares forskjellige utfordringer som oppleves av både pasienter og sykepleiere. Molnes (2014) forklarer at sykepleierne i hjemmetjenesten opplever for lav bemanning på jobben. Den lave bemanningen går ut over pasientene, siden sykepleiere ikke har tid til å gi pasientene den oppfølgingen de har behov for. Sykepleierne understreker også at det er for lite ressurser i form av personell, noe som bidrar til at sykepleierne ikke får observert og kartlagt så mye som trengs. I følge Ekstedt & Rustøen (2019) resulterte funnene i flere utfordringer som pasientene opplevde ved smertelindring. Den største utfordringen pasientene opplevde var deres holdninger til smerte og bruk av medikamenter, samt deres holdninger og tro om å bli avhengig av opioider. Noen pasienter hadde vanskeligheter med å forstå avanserte forklaringer om smertemedikamenter og

smertelindring og hvordan overføre denne informasjonen til deres daglige liv. Noen av pasientene mente det var normalt å ha smerter ved kreft, og at man bare må være sterk og holde ut med smertene. Disse pasientene skammet seg over å spørre om smertelindrende medikamenter og beroligende midler. Selv om sykepleier veiledet og ga informasjon om at pasientene ikke bør være redde for å bli avhengig og at man bør ta medikamenter kontinuerlig gjennom døgnet, forandret ikke pasientenes holdninger seg. En annen utfordring pasientene hadde, var frykt og mangel på grunnleggende kunnskap angående deres sykdom og behandling. Frykt for å dø, miste kontroll og bli avhengig av medikamenter, okkuperte deres tanker og kontrollerte handlingene deres. På grunn av manglende kunnskap, dannet pasientene egne tolkninger rundt mekanismene ved sykdommen.

Både sykepleierne og pasientene fra de to studiene (Bhatia et al., 2014; Gibbins et al., 2014) forklarte at vurdering av smerteintensiteten basert på numeriske-skalaer, var vanskelig. Bhatia et al. (2014) forklarte at helsepersonell opplevde at pasienter hadde vanskeligheter med å beskrive smerten sin og anvende numeriske-skalaer, noe som gjorde det vanskelig for helsepersonellet å vurdere pasientens smerte. Noe av tilsvarende ble forklart i studien til Gibbins et al. (2014). Her forklarte pasientene at bruk av numeriske-skalaer ble sett på som utfordrende, og de pasientene beskrev ikke smertekontroll som å være smertefri. Det som avgjorde om smertene var under kontroll, ble bestemt på vegne av pasientenes evne til å opprettholde funksjoner og oppgaver.

3.2.3 Forventninger og mål til smertelindring

Sykepleiers mål og forventninger

I studiene (Bhatia et al., 2014; Gibbins et al., 2014) beskrives mål og forventninger til smertelindring, sett fra både sykepleier- og pasientperspektiv. I følge Bhatia et al. (2014), hadde helsepersonellet fra studien flere mål ved smertelindring: opprettholde funksjoner, gi en forklaring av smerten og hva helsepersonellet prøvde å oppnå, formulere en plan, oppnå god søvn, og ha noe effektivt å gi pasientene ved akutte og sterke smerter. Noen helsepersonell hadde som mål å få pasientene helt smertefri, men visste at dette ikke alltid var mulig, samt at de ikke ville dele dette med pasientene for å unngå urealistiske forventninger. Et flertall av helsepersonellet rangerte pasientens ønsker og forventninger, som viktig. Likevel var det ikke alltid klart om pasientenes mål ble nevnt av pasienten selv, eller antatt av helsepersonellet. Å modifisere forventningene til pasientene, ble sett på som viktig. Dette fordi man ville bygge en ærlig og tillitsfull relasjon, og derfor ville helsepersonellet forsikre seg om at pasientene ikke ble skuffet dersom smerten ikke ble lindret så mye som de hadde forventet.

Pasienters mål og forventninger

I studien til Gibbins et al. (2014) belyses pasientperspektivet. Pasientene vektlegger det å opprettholde rollen og selvstendigheten sin, som viktig. Det ble ansett som viktig at de opprettholdt sine normale funksjoner, oppgaver og aktiviteter, og ventet heller til smertene ble uhåndterbare, før de spurte om smertelindring. En annen viktig faktor for de fleste pasientene, var å vite betydningen av smerten. En forklaring på dette, er at pasientene ønsket kontroll og unngå unødvendig frykt. Pasientene beskrev også at deres ønske var å bli smertefri, men at de måtte endre forventningene. De forklarte også at de trengte smertestillende som kunne lette smertene noe, slik at det ikke opplevdes uutholdelig.

4.0 Diskusjon

4.1 Drøfting

Drøftingsdelen tar utgangspunkt i problemstillingen for denne oppgaven: Hvordan kan sykepleier bidra til at kreftpasienter i palliativ fase opplever økt kontroll over sine smerter? Jeg skal drøfte likheter og ulikheter i utvalgte forskningsartikler, samt se dette i lys av teori og bakgrunnskunnskap.

4.1.1 Kommunikasjon

Relasjon

Kommunikasjon og relasjon står sentralt ved smertelindring, og en bidragsyter til at pasienter og pårørende har tillitt til sykepleieren, er hvordan sykepleieren framstår og oppfører seg (Kristoffersen & Nortvedt, 2015). I studien til Bhatia et al. (2014) forklares det at å bygge en god, pasientorientert relasjon, er viktig. Sykepleierne fra studien (2014) prøvde å finne måter som kan gi pasienten empowerment ved håndtering av smertene sine. Dette belyses også av Kristoffersen (2015), som sier at brukermedvirkning og bruk av pasientens ressurser kan gi pasienten økt kontroll over sin situasjon. En mulig bakside av å ha pasientorientert fokus og forsøke å bygge en god relasjon, er ifølge Bhatia et al. (2014), at sykepleierne unnlot å øke smertelindringen så mye som de kanskje burde. En sykepleier fra studien (2014) fortalte at hun ikke ville være den sykepleieren som bare gikk inn og ut av pasientrommet for å administrere medisiner, men heller bygge en relasjon til pasienten. Ved å bygge en god relasjon, kan sykepleier likevel ha bedret mulighet til å gi god smertelindring. Man bør likevel huske på at det kan være vanskelig for pasienten å kommunisere opplevelsen av smerten pasienten gjennomgår, på grunn av at sykepleier kun har en viss innsikt i hvordan pasientens smerter oppleves (Travelbee, 2018). I følge Munkombwe et al. (2020), beskrives det at når sykepleier har fokus på å bygge en god relasjon, kan sykepleier tilegne seg mye informasjon om pasienten. Ved å bruke tid sammen med pasienten, får sykepleier observert pasienten, i tillegg til at sykepleier kan få informasjon om hvordan

man på best mulig måte kan oppnå god smertelindring. I studien til Gibbins et al. (2014) ble det derimot fortalt at pasienter opplevde at sykepleier og annet helsepersonell sjeldent spurte om smertene til pasientene. Derfor opplevde pasientene det å kommunisere med helsepersonell om smertene sine, som vanskelig. Pasientene følte ikke at smertene var så viktige for helsepersonellet.

Å snakke om smerte og dens betydning, ble forklart i studien til Ehrlich et al. (2019). Pasientenes og pårørendes tolkning av hva smertene betydde, var basert på frykt og familiær sykdom som sammenlignes med pasientens situasjon. Sykepleierne i studien mente at de hadde muligheten til å endre pasientenes og pårørendes tolkning av smertebetydning, ved å utvikle en tillitsfull relasjon. På denne måten kunne det være mulig å oppnå mer aksept og behagelighet over tid. Finset (2016) forteller at redusering av psykologiske smerter, som for eksempel frykt, kan gi redusert smerteopplevelse. Det kan argumenteres for at en tillitsfull relasjon er av avgjørende betydning. Dette vektlegges av Kristoffersen og Nortvedt (2015), som forteller at pasienter i hjemmetjenesten har behov for trygghet og tillitt til sykepleieren. En faktor som skaper tillitt for pasientene, kan være at en kontinuerlig sykepleier er en dyktig fagperson som viser forståelse for pasientens og pårørendes situasjon. Samtidig bør relasjonen mellom pasient og sykepleier også inneholde gjensidig forståelse som har fokus på at pasienten skal oppnå økt kontroll i situasjonen, samt bedre pasientens selvfølelse (Trier, 2019).

Både studien til Ehrlich et al. (2019) og Munkombwe et al. (2020) inkluderer pårørende som en viktig del av smertelindringen. Munkombwe et al. (2020) belyser at å inkludere pårørende, kunne bli sett på som en ressurs i smertelindringen. Pasientene kunne henvende seg til pårørende om ting som ikke pasienten ville fortelle til sykepleieren. Pårørende kan også gi pasienten trygghet, minske stress, samt gi en avledning av oppmerksomheten til smerteplagene (Finset, 2016). I motsetning til at pårørende blir sett på som en ressurs innenfor smertelindring, kan også pårørende ha en negativ innvirkning. Pårørende kan argumentere for unormal behandling og tiltak som kom i konflikt med det sykepleier hadde som hensikt (Munkombwe et al., 2020). Derfor kan det være vesentlig for sykepleier å beherske å kommunisere med pårørende, slik at sykepleier kan oppnå sine mål og hensikter (Travelbee, 1999) Likevel kan pårørende observere pasientens smerter på en annen måte, fordi pårørende kan kjenne pasientens vaner og uttrykkelse godt (Ehrlich et al., 2019).

Informasjon og veiledning

Sykepleieres kunnskap og kompetanse kan være en bidragsyter til at kreftpasienter får god smertelindring. I studien til Utne et al. (2019) viser funnene at sykepleiere besitter generelt sett god kunnskap om smertelindring til kreftpasienter. Studien (2019) viser også at sykepleierne har riktige holdninger angående smertelindring. Holdningene var

basert på at det alltid er pasienten som har det korrekte svaret ved bedømming av smerteintensitet. Derimot viser studien til Molnes (2014) at sykepleiere i hjemmetjenesten har et stort ønske om faglig oppdatering, og at noen av sykepleierne opplever det som vanskelig å beholde kompetente sykepleiere. Dette på bakgrunn av at kompetente sykepleiere tiltrekkes mot arbeidsplasser med godt fagmiljø og faglig satsning. Når det gjelder holdninger, forteller Molnes (2014) at holdningene blant sykepleiere, spiller en vesentlig rolle ved smertelindring. Flere av sykepleierne opplever at sykepleieres personlige meninger spiller en rolle ved smertelindringen, og at det ofte er uenigheter i når smertelindring skal gis. Et argument som belyser at helsepersonell skal besitte kunnskap og kompetanse ved helsetjenester, er helsepersonelloven (2001, §4). Denne loven argumenterer for at helsepersonell skal besitte faglige kvalifikasjoner, i tillegg til at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlighet og at de skal innhente bistand eller henvise pasienten videre til andre tjenester dersom kompetansen ikke er tilstrekkelig. Videre viser studien til Utne et al. (2019) at kunnskapsnivået i spesialisthelsetjenesten er høyere enn i primærhelsetjenesten. På bakgrunn av dette kan primærhelsetjenesten ha behov for økt kunnskap og kompetanse. Birkeland og Flovik (2018) forteller at det er viktig at spesialist- og primærhelsetjenesten samarbeider. Spesialisthelsetjenesten kan altså bidra med sin kompetanse, og dette kan bidra til at både sykepleierne i primærhelsetjenesten, som innebærer hjemmetjenesten, og pasienter og pårørende føler trygghet. I tillegg har kreftpasienter i palliativ fase, ofte et komplisert sykdomsforløp, som kan innebære akutte forverringer slik at pasienten kan trenge rask innleggelse.

Sykepleiere kan videreformidle sin kunnskap, og dermed veilede pasienter og pårørende i hvordan god smertelindring foregår på best mulig måte. I studien til Ekstedt og Rustøen (2019) viser funnene til tilretteleggelser for at pasienter kan oppnå bedre kunnskap om smertelindring og dermed oppnå bedret smertelindring. Når sykepleier skal veilede pasientene, har pasientene behov for tillitt til sykepleierne og være forberedt til nye smertelindringsmetoder. Danielsen et al. (2017) underbygger behovet for tillitt, i tillegg til at pasientens egne erfaringer bør tas på alvor fordi pasienten kjenner seg selv best. Videre viser studien til Ekstedt og Rustøen (2019) at veiledning kan gi pasientene kunnskap om hvordan kroppen deres reagerer på smertelindrende medikamenter og pasientens egne styrker og svakheter, og dermed tilrettelate for at pasientene lærte hvordan håndtere smertene. Brenne og Estenstad (2016) sier at veiledning og informasjon om medikamenter, symptomer og sykdomsforløp, kan virke forutsigbart for pasienten og pårørende. Dermed kan pasienten og pårørende få en følelse av kontroll. Selv om veiledning og informasjon kan gi pasienter kunnskap om bruk av smertelindrende medikamenter, viser studien til Ehrlich et al. (2019) at pasienter fortsatt ikke velger å følge veiledningen og informasjonen sykepleier gir. Sykepleier forsøkte å

overbevise pasienten i å ta høyere dose smertestillende, men pasienten valgte likevel å ta mindre doser smertestillende. Dette motsier studien til Miaskowski et al. (2004). Den studien viser at ved bruk av sykepleieveiledning, opplevde pasientene mindre smerteintensitet og pasientene økte inntaket av smertelindrende medikamenter. Dette underbygges av Ekstedt og Rustøen (2019), som forteller at pasienter med økt kunnskap og veiledning, tar en aktiv rolle i smertelindringen, som videre bidro til at pasientene fikk god kontroll over deres egen smerte og visste hva de skulle gjøre om de hadde behov for hjelp. Dersom pasienter besitter kunnskap om smertelindring, hva som skal gjøres i situasjoner, og hvordan best mulig kontrollere smertene sine, kan pasienter også oppleve mestring (Kristoffersen et al., 2015).

4.1.2 Mål, forventninger og utfordringer ved smertelindring

Sykepleieres og pasienters mål og forventninger til smertelindring

I studien til Bhatia et al. (2014) forteller sykepleierne deres mål innen smertelindring til kreftpasienter med kort forventet levetid. Noen av funnene var å opprettholde pasientens funksjoner, gi en forklaring på smerten og hva helsepersonellet forsøkte å oppnå, samt å formulere en plan. Noen av sykepleierne hadde som mål å gjøre pasienten smertefri, men la til at dette ikke alltid var mulig. Sykepleierne delte ikke alltid dette målet med pasienten, på bakgrunn av at sykepleier ikke ville gi pasienten urealistiske forventninger. Studien til Gibbins et al. (2014) viser derimot at pasientene hadde ikke som mål å bli smertefri, men heller å ha mindre smerter som var håndterbare. Funnene til Bhatia et al. (2014) kan også motargumenteres ved at en god relasjon ved palliasjon bør baseres på tillitt og ærlighet (Trier, 2019). Noe studiene til Bhatia et al. (2014) og Gibbins et al. (2014) var enige om, var målet om å opprettholde funksjoner. Både sykepleierne og pasientene hadde et felles mål om å kunne opprettholde daglige oppgaver, aktiviteter og funksjoner. Pasientene fra studien til Gibbins et al. (2014) mente at dersom de klarte å opprettholde disse oppgavene og funksjonene, ble smertene sett på som kontrollert. Et annet mål som sykepleierne hadde, var å formulere en plan for smertelindring (Bhatia et al., 2014). Helsedirektoratet (2018) forklarer at alle pasienter med et sammensatt sykdomsforløp over lang tid, har rett på individuell plan. På denne måten kan pasienten få ta aktiv del i planleggingsprosessen, og dermed få vite hvilke forventninger pasienten kan ha til smertene og sykdomsforløpet. Dersom pasienten ikke vet hvilke forventninger som stilles til smertene og smertelindringen, kan dette videre øke pasientens psykologiske smerte og pasienten kan oppleve økt smerteintensitet (Finset, 2016). Den individuelle planen bidrar til at pasientens individuelle behov, ønsker og ressurser blir satt i fokus. Dette er også vektlagt i studien til Munkombwe et al. (2020), hvor sykepleier spiller en viktig rolle i å gjenkjenne pasientens individuelle behov og identifisere hvordan smertebehandling den individuelle pasienten trenger. Gibbins et al. (2014) forklarer derimot, at selv om pasientens ønsker og forventninger er viktig for sykepleier å ha fokus

på, så antok ofte sykepleierne hva disse ønskene og behovene var uten å forhøre seg med pasienten.

Utfordringer ved smertelindring

Ved utøvelse av sykepleie til kreftpasienter i palliativ fase, er det viktig at sykepleier observerer, kartlegger og vurderer smertene pasienten har (Lorentzen & Grov, 2017).

Det er derimot flere utfordringer både pasienter og sykepleier opplever ved smertelindring. I studien til Bhatia et al. (2014) forteller sykepleierne at det er utfordrende å vurdere smerte. Sykepleierne opplevde at pasientene synes det var vanskelig å beskrive smertene sine, samt å vurdere smertene sine ved bruk av numeriske skalaer. Derfor anvender ikke sykepleiere numeriske skalaer kontinuerlig. Studien til Gibbins et al. (2014) forteller tilsvarende. Pasientene fra studien opplevde at av numeriske skaler var vanskelig, og at slike skalaer ikke definerer om smertene er under kontroll. Pasientene mente heller at deres mulighet til å opprettholde daglige funksjoner, oppgaver og aktiviteter avgjorde om smerten var under kontroll eller ikke.

Sykepleiere opplever flere utfordringer ved smertelindring i hjemmet. Når pasienten skal bo hjemme, kreves det nøye planlegging og det kan skje akutte forandringer i pasientens situasjon (Brenne & Estenstad, 2016). Derfor kan det se ut til at det kreves at sykepleier er raskt tilgjengelig og tar seg tid til å nøye observere, kartlegge og vurdere pasientens situasjon. Derimot understreker Molnes (2014) at sykepleiere fra hjemmetjenesten opplever et tidspress og for lav bemanning. Dette fører til at sykepleierne ikke har tid til å følge opp pasientene slik de har behov for. Sykepleierne blir dermed stilt overfor et etisk dilemma, siden de føler de kunne utført jobben på en bedre måte, men samtidig ikke har tid fordi de skal innom flere pasienter. En annen utfordring sykepleiere opplever, er ifølge Molnes (2014), forventningene pasienter og pårørende har ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet. Pasienter og pårørende forventer at sykepleierne fra hjemmetjenesten skal være til stede med en gang noe oppstår. Dette har pasientene og pårørende blitt lovet av spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse. Danielsen et al. (2017) forteller derimot at det er viktig med en gjensidig forståelse i møte mellom sykepleier og pasient. Dersom pasienter og pårørende ikke vet hva som kan forventes, kan følelsen av kontroll reduseres. Likevel opplever sykepleierne fra studien til Molnes (2014) at de må bruke mye tid på å oppklare for pasienter og pårørende hvilke forventninger som kan stilles til sykepleierne i hjemmetjenesten.

4.2 Implikasjoner for sykepleie

Resultatene fra både utvalgt forskning og teori viser at pasienter og pårørende kan ha nytte av veiledning, informasjon og kunnskaper om smertelindring, som videre kan bidra til økt kontroll over pasientenes smerter. Dersom pasienter og pårørende besitter nødvendig kunnskap om hvordan håndtere sine smerter, hva som kan forventes av

smertelindringen og kan medvirke i egen behandling, kan pasienter og pårørende lettere mestre og kontrollere smertene sine og situasjonen for øvrig. På denne måten belyses flere av sykepleiers ansvarsområder, som lindring, undervisning og veiledning, og helsefremming. Sykepleiere fra hjemmetjenesten ser ut til å ha et behov for økt kompetanse om smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Dermed belyses også kvalitetssikring og fagutvikling, som også er et av ansvarsområdene sykepleier har. I tillegg kan sykepleiere ha behov for endrede holdninger relatert til smertelindring. Sykepleierne bør ha et ærlig og tillitsfullt forhold til pasienter og pårørende, slik at man setter et godt utgangspunkt for god smertelindring. Sykepleiere behøver god kunnskap om smertelindring, kommunikasjonsferdigheter, grunnsykdommen, palliativ fase, samt hvordan veilede og informere pasienter og pårørende på korrekt måte slik at de får nytte av veiledningen og informasjonen som blir gitt. På denne måten kan sykepleiere sikre god kvalitet i tjenestene de gir til kreftpasienter i palliativ fase og deres pårørende.

4.3 Metoderefleksjon

I denne oppgaven har jeg brukt Dalland (2020) og Evans (2002) som et utgangspunkt for hvordan gjøre en systematisk litteraturstudie og hvordan analysere utvalget av forskningen. Foruten studien av Miaskowski et al. (2004), har jeg valgt studier som er utgitt mellom 2011 og 2021. Dermed sikrer jeg meg at nyere forskning blir brukt, noe som er viktig å tenke på når man skal skrive om et fag som er under stadig utvikling. Jeg valgte å inkludere studien til Miaskowski et al. (2004) fordi den viser relevans for oppgavens problemstilling, har et større utvalg, i tillegg til at mange nyere studier som inneholder samme intervensjon, bruker Miaskowski et al. (2004) som metode. Siden oppgavens problemstilling tar utgangspunkt i opplevelse av økt kontroll over smerter, valgte jeg å legge mest vekt på studier av kvalitativt design. Seks av åtte studier har kvalitativt design. Studien av Bhatia et al. (2014) har deltakere som er helsepersonell og ikke kun sykepleiere alene. For at studien skulle være relevant for min oppgave, har jeg kun brukt resultater som er beskrevet av sykepleiere eller kreftsykepleiere. Jeg har valgt å inkludere to kvantitative studier. Den ene studien (Utne et al., 2019) inneholder ikke bare sykepleiere fra hjemmetjenesten, men også sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten. Grunnen til at jeg valgte å inkludere dette studien, er fordi den viser kunnskapsnivået om smertelindring til sykepleiere på generell basis, men også fordi den viser til forskjell i kunnskapsnivå om smertelindring i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Når jeg analyserte de inkluderte forskningsartiklene, ble nesten alle artiklene oversatt fra engelsk til norsk. Dette kan gi oversettelsesfeil, gjøre at innhold kan bli misforstått eller feiltolket. Likevel anser jeg å bruke engelske artikler som en styrke, fordi det gir oppgaven større utvalg av artikler å velge mellom. I tillegg er skandinavisk forskning

begrenset, og med et engelsk utvalg i tillegg, øker dette muligheten for å finne mest mulig relevant forskning.

Når det gjelder valgte søkeord i søkeprosessen, kunne jeg valgt å inkludere søkeord som «mestring», «brukermedvirkning» og «empowerment». Dette innså jeg ikke før søkeprosessen var ferdig og jeg hadde funnet åtte relevante forskningsartikler. Likevel føler jeg at forskningsartiklene jeg fant, er relevante for oppgavens problemstilling, selv om jeg unnlot å inkludere andre relevante søkeord.

4.4 Konklusjon

Ifølge resultatene fra utvalgt forskning og teori, viser det seg at sykepleier kan bidra med flere sykepleierfaglige elementer som kan bidra til at kreftpasienter i palliativ fase får økt kontroll over sine smerter. Flere av sykepleiers ansvarsområder blir berørt, slik som lindring, undervisning og veiledning, helsefremming, og kvalitetssikring og fagutvikling. Sykepleier kan bidra med å skape en tillitsfull, ærlig og forståelsesfull relasjon med pasienten og pårørende, og samtidig bidra med gode kommunikasjonsferdigheter som bidrar til den gode relasjonen. Ved smertelindring til pasientgruppen, er det viktig at pasienten får en aktiv rolle. På denne måten er det mulig for pasienten å oppleve kontroll over smertene og smertelindringen som gis. Pårørende kan virke som en positiv ressurs for pasienten, selv om det også i noen tilfeller kan virke negativt. Videre kan veiledning og informasjon gi pasienter økt kontroll over sine smerter og situasjonen for øvrig. Pasientene får økte kunnskaper om hvordan håndtere smertene sine, hva smertene betyr, effekt av medikamenter og bivirkninger, og sykdomsforløp. Dette gir pasientene en forutsetning for hva som kan forventes av smertelindringen, noe som videre kan gi en opplevelse av kontroll og kan også redusere smerteintensiteten. Det forutsetter at sykepleiere har et høyt kunnskapsnivå om smertelindring. Utvalgt forskning viser at sykepleiere fra hjemmetjenesten har behov for økt faglig kunnskapsnivå, samt økt faglig satsning i hjemmetjenesten.

Avslutningsvis er det viktig at sykepleier har et pasientorientert fokus, observerer og tilrettelegger i samarbeid med pasienten og pårørende slik at man får en felles forståelse og mål for hvordan best smertelindre den individuelle pasienten. Som forslag til videre forskning, mener jeg at det er et behov for mer forskning om smertelindring til palliative kreftpasienter i hjemmet og forslag til hvordan dette kan optimaliseres så mye som mulig.

5.0 Referanseliste

Bhatia, R., Gibbins, J., Forbes, K., Colette, R. (2014). "We alle talk about it as though we're thinking about the same thing." Healthcare professionals' goals in the management of pain due to advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(8), 2067-73.

<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2191-6>

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Brenne, A.-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (s. 161-170). Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal.

Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 1* (s. 381-428). Gyldendal Akademisk.

Ehrlich, O., Walker, R. K., Jacelon, C. S. (2019). Cancer Pain Social Processes and Pain Management in Home Hospice Care. *Pain Management Nursing*, 20(6), 541-548.

<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2191-6>

Ekstedt, M. & Rustøen, T. (2019). Factors That Hinder and Facilitate Cancer Patients' Knowledge About Pain Management – A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 753-160. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.334>

Evans, D. (2002). Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12537149/>

Finset, A. (2016). Smertefysiologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (s. 372-386). Gyldendal Akademisk.

Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., Colette, R. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78. <https://doi.org/10.1177/0269216313486310>

<https://doi.org/10.1177/0269216313486310>

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

Helsebiblioteket. (2016). *Kunnskapsbasert praksis: Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2018). *Om individuell plan og koordinator – formål og rettigheter*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henmo, O. (2015). *Å dø hjemme: Erfaringer og muligheter*. Kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/content/uploads/2018/08/a-do-hjemme-a5-feb15-w.pdf>

International Association of the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. International Association of the Study of Pain.

<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (s. 387-400). Gyldendal Akademisk.

Kreftregisteret. (2021). *Nøkkeltall om kreft*. Kreftregisteret.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2015). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 3* (s. 337-385). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2015). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, P. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (s. 281-342). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2015). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, P. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (s. 83-134). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. (2015). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (s. 15-30). Gyldendal Akademisk.
- Lorentzen, V. B. & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 2* (s. 397-436). Gyldendal Akademisk.
- Miaskowski, C., Dodd, M., West, C., Schumacher, K., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P. (2004). Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Self-Care Intervention to Improve Cancer Pain Management. *Journal of Clinical Oncology*, 22(9), 1713-20.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2004.06.140>
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 142-156.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
- Munkombwe, W. M., Petersson, K., Elgàn, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1643-1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.15232>
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Om>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skorpen, F. (2016). Molekylærgenetikk i smertebehandling. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (s. 354-371). Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) (Opprinnelig utgitt 1999). Gyldendal Akademisk.
- Trier, E. L. (2019). Palliativ omsorg og sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (s. 850-895). Cappelen Damm Akademisk.
- Utne, I., Småstuen, M. C., Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of Cancer Education*, 34(4), 677-684.
<https://doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>
- World Health Organization (2020). *Palliative Care*. Who.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

