

Kandidatnummer: 10007 og 10019

Smertelindring til heimebuande kreftpasientar i palliativ fase / Pain relief for cancer patients living at home in the palliative phase

Talet på ord: 8730

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Rettleiar: Ingunn Klauset Hunstad

Medretteiar: Arnhild Hammerås Vestnes

Mai 2021

Kandidatnummer: 10007 og 10019

Smertelindring til heimebuande kreftpasientar i palliativ fase / Pain relief for cancer patients living at home in the palliative phase

Talet på ord: 8730

Bacheloroppgåve i sjukepleie
Rettleiar: Ingunn Klauset Hunstad
Medrettleiar: Arnhild Hammerås Vestnes
Mai 2021

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Samandrag

Hensikt: Hensikta med denne litteraturstudien var å undersøke kva for faktorar som er viktige for at kreftpasientar i palliativ fase kan oppnå god smertelindring i heimen.

Metode: For å finne svar på problemstillinga vår, har vi utført systematiske litteratursøk i ulike databasar. Vi enda opp med seks kvalitative og to kvantitative forskingsartiklar, som vart analysert med utgangspunkt i analysemodellen til Evans.

Resultat: Pasientane i artiklane nemnde mange ulike faktorar som har betydning for å oppnå god smertelindring i heimen. Funna frå artiklane vart i denne oppgåva delt inn i tre kategoriar: kommunikasjon, styrking av pasienten sine egne ressursar og metodar for smertelindring.

Konklusjon: God kommunikasjon, tillitsfulle relasjonar mellom helsepersonell og pasient, styrking av pasienten sine egne ressursar og tilpassa smertelindring var nokre av dei viktigaste faktorane for å oppnå god smertelindring i heimen. Dette medfører eit krav til sjukepleiaren om å skape ein trygg og god relasjon til pasienten. Ein bør også ha tilstrekkeleg kompetanse om pasienten sin helsetilstand og ulike metodar for smertelindring, samt rettleiing, undervisning og støtte av pasient og ev. pårørande, og styrke pasienten sine egne ressursar.

Abstract

Aim: The aim of this literature study was to investigate which factors are important for cancer patients in the palliative phase to achieve good pain relief at home.

Method: To find answers to our issue, we conducted systematic literature studies in several different databases. We ended up with six qualitative and two quantitative studies, and the articles were analysed based on Evans' synthesis process.

Result: The patients in the articles mentioned many different factors that are significant for achieving good pain relief at home. The findings in the articles were divided into three categories: communication, empowering of the patient's own resources and methods of pain management.

Conclusion: Good communication, trusting relations between the healthcare professionals and the patient, empowering of the patient's own resources and customized pain relief methods were some of the most important factors to achieve good pain relief at home. This requires that the nurse must work to create a good and safe relationship with the patient, and that the nurse has sufficient knowledge about the patient's state of health and different kinds of pain relief methods. The nurse must also guide, teach and support the patient and their relatives, and work to empower the patient's own resources.

Innhald

1	Innleiing	11
1.1	Bakgrunn for val av tema	11
1.2	Problemstilling	11
1.3	Avklaring av omgrep.....	11
1.4	Avgrensing og presisering av oppgåva.....	12
1.5	Vidare oppbygging av oppgåva.....	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Kreft.....	13
2.2	Smerter	13
2.3	Smertelindring	14
2.3.1	Ikkje-medikamentell smertelindring.....	14
2.4	Sjukepleie	14
2.4.1	Heimesjukepleie	14
2.4.2	Travelbee sin interaksjonsteori	15
2.4.3	Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon	16
2.4.4	Kommunikasjonsferdigheiter	16
3	Metode	17
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterium	17
3.2	Søkestrategi	17
3.3	Søkehistorikk.....	18
3.4	Kvalitetsvurdering	18
3.5	Etiske omsyn	19
3.6	Analyse.....	19
4	Resultat.....	20
4.1	God kommunikasjon	20
4.2	Styrking av pasienten sine egne ressursar	21
4.3	Tilpassa metodar for smertelindring	22
5	Diskusjon.....	24
5.1	Metodediskusjon	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	God kommunikasjon og tillitsfulle relasjonar	25
5.2.2	Styrking av pasienten sine egne ressursar	27
5.2.3	Tilpassa metodar for smertelindring.....	28
5.3	Konklusjon	30
	Referansar.....	31

VEDLEGG:

1 Søkeshistorikk

2-9 Litteraturmatriser

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Temaet for denne oppgåva er smertelindring til kreftpasientar i palliativ fase, der smertelindringa går føre seg i heimen. Vi tenkjer at det er eit tema som omhandlar noko som det er stor sjanse for at vi som sjukepleiarar vil møte på i yrkeslivet vårt. I Noreg er det over 224 000 som har hatt eller som lever med kreft (Lorentsen & Grov, 2016, s. 397). Omkring 50% av kreftpasientar generelt, og omkring 70% av kreftpasientane med langtkomen sjukdom, opplever smerter (Helsedirektoratet, 2019, s. 62).

Både auke i tal på krefttilfelle og at det generelt sett blir fleire eldre i befolkninga, vil stille store krav til sjukepleietenesta framover, særleg i kommunane (Lorentsen & Grov, 2016, s. 397). Fleire pasientar ønskjer å få døy heime i trygge og kjende omgivadar. Derfor er det ein viktig føresetnad at sjukepleiarane i heimesjukepleia tileignar seg tilstrekkeleg med kunnskap og set seg inn i korleis dei kan leggje til rette for dette på ein god måte.

Då vi skulle starte prosessen med denne oppgåva, vart vi fort samde om at det var dette temaet vi ønska å skrive om, då det er noko som engasjerer oss begge. Interesse for dette temaet har blitt vekt i løpet av utdanninga vår, etter erfaringar i praksisperiodar og på eigne arbeidsstadar, og vi ønska derfor å auke vår eigen kunnskap, kompetanse og forståing rundt dette gjennom denne oppgåva.

Hensikta med denne litteraturstudien er å undersøke kva for faktorar som er viktige for at kreftpasientar i palliativ fase kan oppnå god smertelindring i heimen.

1.2 Problemstilling

Problemstillinga vi har valt for denne oppgåva, er:

«Kva for faktorar er viktige for at kreftpasientar i palliativ fase kan oppnå god smertelindring i heimen?»

1.3 Avklaring av omgrep

Palliativ fase - Når pasienten ikkje lenger har nytte av lækjande behandling, går ein over i ein palliativ fase, der ein fokuserer på livsforlenging, symptomlindring og best mogleg livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423).

Smertelindring - Hovudmålet med smertebehandling er at pasienten skal ha det så godt som mogleg, utan unødvendige lidingar. Pasienten bør også vere i stand til å bevege seg og til å puste godt (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 388).

1.4 Avgrensing og presisering av oppgåva

I oppgåva vil vi fokusere på kva for faktorar som er viktige for smertelindringa til heimebuande kreftpasientar i palliativ fase. Pasientar som er innlagt på sjukehus, eller som bur på sjukeheim eller hospice, vil derfor bli ekskludert frå denne oppgåva. Vi har valt å fokusere på kreftpasientar i den palliative fasen av sjukdommen, og derfor vil kreftpasientar med kurativ kreftsjukdom ikkje bli omtalt i denne oppgåva. Kreftpasientar i terminal fase av sjukdommen vil heller ikkje bli omtalt.

1.5 Vidare oppbygging av oppgåva

Oppgåva vår er inndelt i fem hovudkapittel med tilhøyrande delkapittel. I kapittel 2.0 vil teoribakgrunnen med relevant teori for å svare på problemstillinga bli presentert. Kapittel 3.0 vil innehalde metoden vi har brukt for å finne relevante forskingsartiklar, samt kvalitetsvurdering, etiske omsyn og analyse av artiklane. Resultatet frå forskingsartiklane og analysen vil bli presentert i kapittel 4.0. Kapittel 5.0 startar med ein metodediskusjon, så kjem det ein resultatdiskusjon, før oppgåva blir runda av i ein konklusjon.

2 Teoribakgrunn

2.1 Kreft

Ved kreft har det oppstått ein feil i kroppen sine celler som fører til at dei deler seg ukontrollert og ikkje utfører dei oppgåvene som friske celler ville gjort. Denne delingsprosessen gjer at det hopar seg opp av kreftceller i det organet der veksten starta, og det blir danna ein kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Talet på krefttilfelle aukar kvart år, og i Noreg vil 1 av 3 personar få kreft i løpet av livet (Institutt for kreftgenetikk og informatikk, 2021). Kreft har blitt ein vanleg sjukdom, og i nokre tilfelle er lindrande behandling det einaste alternativet (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 128). Ved kreft er det vanleg å skilje mellom kurativ, livsforlengande og palliativ behandlingsintensjon (Helsedirektoratet, 2019, s. 13). Helsedirektoratet (2019, s. 13) skriv vidare at dersom behandlinga blir gitt med livsforlengande og/eller palliativ intensjon, må biverknadar og effekt i mykje større grad vegast opp mot kvarandre enn når hensikta er å kurere sjukdommen.

2.2 Smerter

Smerter er svært samansett og blir påverka av ei rekkje faktorar. Opplevinga av smerter er svært subjektivt, noko som kan gjere det vanskeleg for andre enn pasienten å kontrollere (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383). Pasientar kan ha ulike måtar å uttrykkje smertene på, og det kan derfor vere vanskeleg å forstå kor sterke smerter ein pasient har. Smerte er eit samansett fenomen som påverkast av både fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle/andelege forhold, og alle desse dimensjonane har betydning for den totale smerta ein kreftpasient opplever (Helsedirektoratet, 2019, s. 62).

Den fysiske smerta kan overdøye alt anna, og kan ha ulik opphav. Helsedirektoratet (2019, s. 62) skriv at smerter som kreftpasientar opplever kan vere relatert til tumor og behandling. Dei kan også vere relatert til generell svekking som følgje av alvorleg sjukdom, som til dømes decubitus, obstipasjon og mukositt, og dei kan vere relatert til andre sjukdommar enn sjølve kreftsjukdommen, som til dømes iskemisk hjartesyjukdom, artrose og andre degenerative sjukdommar (Helsedirektoratet, 2019, s. 62).

Smerter kan også ha konsekvensar for det psykososiale behovet til ein pasient (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 384). Liding kan vere einsamt for den som opplever det, då kreftsjukdommen ofte fører til endringar i kvardagen (Norsk Helseinformatikk [NHI], 2019). Kreftpasientar som har smerter opplever relativt ofte psykisk stress (Helsedirektoratet, 2019, s. 66). Det kan også opplevast som smertefullt for ein pasient å kjenne på mangel på kontroll over eigen situasjon, samt indignasjon over å bli avhengig av hjelp frå andre (NHI, 2019).

2.3 Smertelindring

Det er framleis mange kreftpasientar som ikkje får optimal smertebehandling, og det gjeld særleg pasientar med metastatisk sjukdom og kort forventa levetid (Helsedirektoratet, 2019, s. 62). For å få til god smertelindring er det viktig at det er gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell. Ein viktig føresetnad for god smertelindring, er at det blir gjennomført ei grundig kartlegging av pasienten sine samansette smerter. Gjennom dette vil ein få ei god innsikt i smertene til pasienten, i tillegg til at det vil vere med på å gjere pasienten bevisst på kva som lindrar smertene og kva som forsterkar smertene (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 388). Dessverre kan utilstrekkeleg kunnskap hos helsepersonell, manglande fokus på og undervurdering av pasienten sine smerter, i tillegg til utilstrekkelege rutinar for kartlegging føre til at god smertelindring blir hindra (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412).

2.3.1 Ikkje-medikamentell smertelindring

Smerter kan i mange situasjonar også lindrast utan bruk av legemiddel. Mange ikkje-medikamentelle metodar for smertelindring er i omfattande bruk, både dei med godt dokumentert effekt og metodar som erfaringsmessig og med delvis støtte i forskingsresultat har verknad (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 391-392). Metodar som sender impulsar frå perifere sensoriske nerver, kan redusere smerter blant anna ved å hemme passasjen for smerteimpulsane gjennom portcellene i ryggmargens bakhorn. Massasje, vibrasjonar, akupunktur, transkutan elektrisk nervestimulering (TNS eller TENS), og varme og kulde er døme på slike ikkje-medikamentelle metodar. Avleiing og sensorisk stimulering er andre ikkje-medikamentelle metodar, og hensikta med desse er å hemme smerte via sentralnervesystemet (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 392-393).

2.4 Sjukepleie

2.4.1 Heimesjukepleie

Mange med ulækjeleg sjukdom vel å vere heime den siste delen av livet dersom dei får moglegheit til det (Fjørtoft, 2012, s. 88). For å kunne oppnå god palliativ omsorg i pasienten sin heim er det blant anna viktig at det er lagt godt til rette for at pasientane skal få vere heime, og at sjukepleiarar med god kompetanse er tilgjengelege. Både pasientane og dei pårørande må vere trygge på at det tilbodet dei får heime har like god fagleg kvalitet som det dei ville fått på ein institusjon (Fjørtoft, 2012, s. 89-90).

Det overordna målet i heimesjukepleia er at den enkelte skal få hjelp til å meistre kvardagen i sin eigen heim (Fjørtoft, 2012, s. 19). Sjukepleie i sluttfasen av livet krev omfattande fagleg kompetanse, og det er ei utfordring å leggje til rette slik at pasienten

får den nødvendige hjelpa til ei kvar tid (Fjørtoft, 2012, s. 91). Målet er at pasienten skal få best mogleg livskvalitet i denne fasen av livet (Meld. St.47 (2008-2009), s. 61).

2.4.2 Travelbee sin interaksjonsteori

Sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee beskriv sjukepleie på denne måten:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 1999, s. 30)

Subjektiv helse vurderast individuelt, det vil seie i samsvar med den enkelte si vurdering av sin fysiske, emosjonelle og andeleg tilstand slik vedkommande sjølv opplever den. For å forstå mennesket er det vesentleg at sjukepleiaren får fram korleis den enkelte sjølv vurderer sin helsetilstand (Travelbee, 1999, s. 32). Travelbee (1999, s. 36) skriv at om sjukepleiaren skal kunne hjelpe den sjuke, er det absolutt nødvendig at han/ho set seg inn i korleis pasienten sjølv oppfattar sin sjukdom. Er sjukepleiaren uvitande om korleis pasienten stiller seg til sin eigen sjukdom og/eller funksjonssvikt, kan sjukepleiaren heller ikkje hjelpe vedkommande til å mestre sjukdommen/lidinga eller å finne mening i erfaringane, meiner Travelbee.

Kjernen i all helsefremjande undervising er (om nødvendig) å hjelpe sjuke menneske til å finne mening i sjukdommen og i dei tiltaka som må setjast i verk for å bevare helsa og kontrollere symptoma (Travelbee, 1999, s. 34-35). Dersom ein person ikkje forstår meininga med ulike handlingar, og opplever at dei helsefremjande tiltaka fjernar meining i livet, kan vedkommande kome til å gi opp. Travelbee (1999, s. 35) skriv at med mindre pasienten sjølv opplever dei helsebevarande tiltaka som meningsfulle, kan vedkommande over tid føle at målet ikkje er verdt tiltaka.

Ved sjukepleiar-pasient-interaksjon refererer ein til all kontakt mellom sjukepleiar og ein sjuk person, og eit vanleg kjenneteikn ved dette er at begge partane har ei stereotypisk oppfatning av kvarandre (Travelbee, 1999, s. 173). Eit menneske-til-menneske-forhold består av ei erfaring eller fleire erfaringar som skjer mellom sjukepleiar og den han/ho har omsorg for (Travelbee, 1999, s. 177). Menneske-til-menneske-forholdet skil seg frå denne sjukepleieinteraksjonen ved at pasienten sine behov bli ivaretatt konsekvent og utan føresetnadar (Travelbee, 1999, s. 173). Dette forholdet er ein gjensidig prosess, som blir bygd opp mellom sjukepleiar og pasient, men det er sjukepleiar sitt ansvar å etablere dette forholdet. Forholdet blir definert som gjensidig når sjukepleiar og pasienten er saman om det som skjer under prosessen framover mot eit menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 178).

2.4.3 Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon

Den pedagogiske funksjonen har tradisjonelt vore ein sentral del av sjukepleiaren si rolle og funksjon, og informasjon og undervising til pasient og pårørande har stått sentralt i sjukepleiepraksis (Kristoffersen, 2017, s. 360). For å kunne gjennomføre undervising og opplæring til andre, må sjukepleiaren kunne etablere ein god relasjon og ha kunnskap om faktorar som påverkar læreprosessen. I tillegg må ein meistre den pedagogiske metoden som blir brukt (Kristoffersen, 2017, s. 361). Kristoffersen (2017, s. 362) skriv at det er pasienten sin ståstad og opplevde behov som må vere utgangspunktet for undervising og rettleiing i konkrete situasjonar, samt at det er viktig at læring ikkje blir forveksla med undervising, informasjon eller opplæring.

Eit mål med den pedagogiske verksemda til sjukepleiaren, er å styrke pasienten sine egne ressursar og tru på seg sjølv. Denne prosessen vert kalla for empowerment eller myndiggjering (Kristoffersen, 2017, s. 351). WHO definerer empowerment innan helsefremjande arbeid som "a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health" (WHO, 1998, s. 6).

2.4.4 Kommunikasjonsferdigheiter

For at samhandling mellom menneske skal vere mogleg er kommunikasjon ein nødvendig føresetnad. Kommunikasjon er viktig for fellesskap mellom personar, anten det dreiar seg om samvær, samtale eller samforståing (Hummelvoll, 2018, s. 420). For at profesjonell kommunikasjon skal vere god må den vere personorientert og fagleg fundert. Personorientert kommunikasjon vil seie at ein ikkje ser på pasienten som berre ein pasient, men som ein heil person. Ein ser då på pasienten som ein person med ressursar og moglegheiter, egne verdiar og prioriteringar og individuelle ønskjer når det gjeld eiga helse og livssituasjon. Det er då sentralt å forstå kva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 16). Som sjukepleiar er evna til å kommunisere og skape tillit det viktigaste arbeidsreiskapet (Fjørtoft, 2012, s. 196). Grunnlaget for sjukepleiaren sin kommunikasjon er kunnskap og ferdigheiter. I heimesjukepleia vil ein møte på ei rekkje utfordringar når det kjem til kommunikasjon og ferdigheiter (Fjørtoft, 2012, s. 197).

3 Metode

I ein systematisk litteraturstudie blir ei tydeleg formulert problemstilling svara på systematisk gjennom å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). Ein føresetnad for ein systematisk litteraturstudie er at det finnast eit tilstrekkeleg tal studiar som kan danne grunnlaget for vurderingar og konklusjonar (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterium

I utveljinga av artiklane hadde vi ulike inklusjons- og eksklusjonskriterium. Artiklane måtte vere forskingsartiklar. For å finne ut om dei var det, såg vi etter IMRaD-strukturen. IMRaD er ei forkorting for *introduction, methods, results, (and) discussion*. Denne strukturen er ein vanleg måte å formidle forskning på, og blir sett på som ei norm i oppbygginga av forskingsartiklar (Dalland, 2017, s. 163). I tillegg til dette måtte artiklane vere fagfellevurderte og etisk godkjente. Andre inklusjonskriterium var at deltakarane i studiane måtte vere vaksne >18 år, då pasienten sin alder kan ha innverknad på val av tilnærming til pasientane (Kaasa & Loge, 2018, s. 192). Artiklane måtte også vere på eit språk som var forståeleg for oss. Vi valde derfor at dei måtte vere skrivne på anten engelsk, norsk, svensk eller dansk. For at artiklane ikkje skulle vere for gamle og utdaterte, måtte dei vere publisert i løpet av dei ti siste åra, altså mellom 2010-2020 og 2011-2021. Sidan problemstillinga ønskjer å belyse pasienten sine meiningar, måtte artiklane vere frå eit pasientperspektiv. Artiklane måtte også fokusere på kreftpasientar i palliativ fase som bur heime.

3.2 Søkestrategi

I litteratursøket har vi brukt databasene CINAHL Complete, Medline, PsycINFO, Cochrane Library og SweMed+. Ut frå problemstillinga vi har valt formulerte vi ulike søkeord. Desse var *pain, pain relief, pain management, pain reduction, pain control, cancer pain, home, home health care, home-based care, cancer patients, oncology patients, patients with cancer, neoplasm* og *palliative care*. Vi brukte mange synonym for å finne eit større utval av artiklar innanfor det temaet og den problemstillinga vi har valt. I søket vart dei boolske operatørane AND og OR brukt. Ved bruk av OR mellom to søkeord vil ein få treff som omhandlar anten søkeord 1 eller søkeord 2, eller begge orda. Dersom ein bruker AND mellom to søkeord vil ein få treff som omhandlar begge desse søkeorda (Thidemann, 2019, s. 87). Vi valde derfor å bruke OR då vi brukte synonym, medan vi brukte AND for å kombinere dei ulike treffa.

3.3 Søkehistorikk

Hovudsøket i litteraturstudien starta i november 2020. Etter kvart søk vart dei artiklane med overskrifter som verka relevante for problemstillinga valt ut til vidare vurdering. For å vurdere om artiklane kunne vere aktuelle, vart samandraget til kvar artikkel lest. Dei artiklane som framleis verka relevante etter dette vart så lest gjennom i heilskap.

Av søka utført i CINAHL Complete gav fire av desse søka treff på relevante artiklar. Desse søka vart utført 25.11.2020, 26.11.2020, 30.11.2020, 16.04.2021. For å velje ut aktuelle artiklar vart overskriftene til alle treffa lesne. Etter å ha plukka ut artiklar ut frå overskriftene deira, var neste steg å lese gjennom samandraga til desse artiklane. Dei artiklane som til slutt vart lesne i heilskap var dei som hadde eit samandrag som verka relevant. Ut frå desse treffa fann vi seks relevante artiklar, som blir brukt i denne oppgåva.

I Medline fann vi berre éin relevant artikkel. Dette søket vart utført 14.04.2021. Utveljinga av denne artikkelen gjekk føre seg på same måte som det har blitt beskrive i avsnittet ovanfor.

For å finne den siste artikkelen vart det utført manuelle handsøk. Forsberg og Wengström (2015, s. 64) skriv at ein måte å utføre eit manuelt søk på er å gå gjennom referanselista til ein allereie utvald artikkel, og at ein på denne måten vil finne andre artiklar som røyver ved det aktuelle emnet. Vi gjekk derfor gjennom referanselistene til artiklane som vi allereie hadde og artiklar som vi hadde forkasta. Ved å gjere dette fann vi til slutt ein siste artikkel som vi kunne bruke i oppgåva.

3.4 Kvalitetsvurdering

Under utveljinga av relevante artiklar måtte vi også vurdere kvaliteten til desse artiklane. Etter gjennomlesing av samandraget gjorde vi ei vurdering om den aktuelle artikkelen var ein forskingsartikkel, dette gjorde vi ved å vurdere om innhaldet hadde ein IMRaD-struktur. Thidemann (2019, s. 91) skriv at ein bør ha ei grundig gjennomlesing, der ein er reflektert, kritisk og vurderer kvaliteten, av dei artiklane som ein vurderer å ha med i litteraturstudien. Vi sette derfor av god tid til å lese gjennom alle dei artiklane vi kom over, som verka relevante for vår oppgåve. Seks av artiklane vi enda opp med å bruke var kvalitative artiklar. For å vurdere kvaliteten til desse brukte vi helsebiblioteket.no si sjekklister for kvalitative studiar til å utføre ei kritisk vurdering av artiklane. To av artiklane var kvantitative studiar, og til desse brukte vi helsebiblioteket.no si sjekklister for oversiktsartiklar og prevalensstudiar for å gå gjennom og vurdere innhaldet. Desse sjekklisene er laga som eit reiskap for å lære å kritisk vurdere vitskapelege artiklar (Helsebiblioteket, u.å.).

3.5 Etiske omsyn

Forsberg og Wengström (2015, s.132) skriv at god etikk er eit viktig aspekt i vitskapeleg forskning. Vidare skriv dei at all forskning må ha fått godkjenning frå ein etisk komité eller at etiske omsyn må ha blitt gjort. I sju av artiklane står det at dei blei godkjent av ein etisk komité før arbeidet med forskinga vart starta. I artikkelen skrivi av Smyth et al. (2018) står det ikkje noko om dei at dei har blitt godkjent i ein etisk komité. Vi har likevel valt å inkludere denne artikkelen då den følgjer dei etiske retningslinene ved å aidentifisere og anonymisere deltakarane. I tillegg er denne artikkelen publisert i det fagfelleverderte tidsskriftet *Journal of Pain and Symptom Management*, og på bakgrunn av dette har vi valt å ha med denne artikkelen i litteraturstudien.

3.6 Analyse

Analyse betyr å dele opp i mindre delar, og i vitskapeleg analyse inneber dette at ein deler opp resultatet for så å undersøke det individuelt. Analysearbeidet består derfor av å dele opp resultatet for så å setje det saman igjen på ein ny måte (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). I analysearbeidet tok vi utgangspunkt i Evans sin analysemodell. Denne modellen består av fire fasar, og gjennom desse fasane skal ein kunne jobbe seg fram til ein syntese (Evans, 2002, s. 25).

I den første fasen skal ein ved bruk av inklusjonskriterium finne studiar ved å søke i ulike databasar (Evans, 2002, s. 25). For å finne relevante artiklar vart det utført eit litteratursøk i fem ulike databasar. I desse søka vart ord formulert frå problemstillinga, samt inklusjons- og eksklusjonskriterium brukt. Desse søka resulterte i åtte artiklar, som vart med i det vidare arbeidet med oppgåva.

Fase to i Evans sin analysemodell går ut på å identifisere nøkkelfunn i studiane. Dette gjer ein ved å lese gjennom studiane gjentatte gangar for å få ei betre forståing av artiklane (Evans, 2002, s. 25). Dei åtte artiklane vart derfor lesne grundig gjennom fleire gangar. For å få oversikt over artiklane blei dei nummeret frå 1-8. Under gjennomlesinga vart det identifisert fleire nøkkelfunn, og desse vart plassert i ein tabell for å få oversikt.

Den tredje fasen består av å identifisere ulike hovudtema. Dette gjer ein ved å gå gjennom nøkkelfunna og samanlikne desse (Evans, 2002, s. 25). Ved å bruke nøkkelfunna identifiserte vi tre hovudtema. Desse vart så fargekoda for å få ei betre oversikt. Dei identifiserte hovudtemaa var; *kommunikasjon, styrking av pasienten sine eigne ressursar og metodar for smertelindring*.

I den fjerde og siste fasen skriv Evans (2002, s. 25) at ein skal bruke funna til å beskrive fenomenet ved å referere til dei opphavlege studiane. Dette blir presentert i kapittel 4.0.

4 Resultat

4.1 God kommunikasjon

Eit gjennomgåande funn var at god kommunikasjon og informasjon var viktig for pasientane (Mehta et al., 2011; Meads et al., 2017; Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019; Boström et al., 2004). Pasientane i to av artiklane fortalde at dei opplevde det som vanskeleg og utfordrande å snakke om smertene sine til vennar og familie, men også til sjukepleiarane (Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019). Grunnar til dette var at dei opplevde vanskar med å setje ord på smertene sine, at dei ikkje ønska å engste sine næraste, og/eller at dei tenkte at sjukepleiarane hadde andre ting å tenkje på. Fleire av pasientane fortalde at dei ønska at sjukepleiarane tok initiativ til å spørje om smertene, då dei ofte kunne oppleve det som vanskeleg å ta initiativ til dette sjølv. Dei hadde behov for ein open og ærleg dialog (Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019; Boström et al., 2004). Ein pasient beskreiv det slik: "I normally wait for someone to ask me, you know, "How is your pain? How is your pain?" and then you - then I'll tell them" (Gibbins et al., 2014, s. 76). Det kom også fram at fleire av pasientane sette daglege mål for seg sjølv, men at dei ikkje informerte sjukepleiarane om kva desse måla var. I tillegg kom det fram at fleire var motvillige til å informere sjukepleiarane om smertene sine, fordi dei ikkje alltid oppfatta dette som viktig informasjon (Gibbins et al., 2014).

Yes. Em ... (sighs) I, I think.. I tend to keep difficult ... things away from my wife. Em ... because she doesn't cope with it very well. She always sees the dark side ... of things. And em ... quite frankly I don't find that very helpful. (Allsop et al., 2019, s. 1110)

I ein av artiklane kom det fram at pasientane kunne ha vanskar med å forstå kompliserte forklaringar om smertelindrande medikament og smertelindring, og korleis dei skulle greie å bruke denne informasjonen i dagleglivet (Ekstedt & Rustøen, 2019).

Pasientane som hadde ein god relasjon til sjukepleiarane sine følte at dei fekk adekvat og korrekt informasjon om smertelindring. Gjennom å få ein god relasjon til sjukepleiarane følte pasientane at dei blei tilfredsstillt, sjølv om smertene fortsatt var til stades. Når pasientane først fortalde sjukepleiarane om smertene sine, var det viktig for dei at sjukepleiarane hadde kunnskap og ekspertise om smerter, og at dei i tillegg forstod både pasientane og smertene deira. Det var også viktig at dei såg heile pasienten, i staden for å berre fokusere på sjukdommen og symptoma (Mehta et al., 2011; Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019; Boström et al., 2004).

4.2 Styrking av pasienten sine eigne ressursar

Mange av pasientane levde med smerter på dagleg basis. Dette påverka livskvaliteten og førte til at dei normaliserte smertene. Det førte også til frykt for vidare progresjon av sjukdommen, og dette var ein slitasje på kroppen (Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019; McPherson et al., 2013; Smyth et al., 2018). Fleire såg på kreften og smertene som ei stor usikkerheit i livet, samtidig som at dei ikkje ville at dette skulle kontrollere kvardagen deira. Det kom fram at for dei pasientane som var klar over kva dei frykta ville det vere enklare å kjempe mot det dei såg på som "demonane" i kvardagen (Allsop et al., 2019; Gibbins et al., 2014; Ekstedt & Rustøen, 2019). Ein informant beskreiv opplevinga av smerter på denne måten:

So I really just have to ride it through, because I know it will go away. Um from experience of the pain, I know that within a few minutes the pain will go. But it's excruciating pain actually trying to put one foot in front of the other. (Gibbins et al., 2014, s. 75)

Utvikling av kunnskap og praktiske ferdigheiter gjennom rettleiing og undervisning var viktig for mange av pasientane. Ved å lære seg å beskrive korleis smertene var, kor ofte dei var til stades, og når dei oppstod fekk dei ei betre forståing for kva slags tiltak dei burde setje i verk. Dette førte til at dei følte seg tryggare og betre førebudd på å takle smertene (Mehta et al., 2011; Ekstedt & Rustøen, 2019; McPherson et al., 2013). Pasientane hadde ulike preferansar innanfor smertehandtering. Desse preferansane var avhengige av eigenskapar og omstende. For at pasientane skulle greie å ta til seg og ta i bruk ny kunnskap, vart tillit, håp og motivasjon nemnde som viktige faktorar (Meads et al., 2017; Ekstedt & Rustøen, 2019; Boström et al., 2004).

Det var viktig for pasientane å oppnå god smertelindring, og det kom fram at dei pasientane som aktivt deltok i si eiga pleie hadde god kontroll over sine eigne smerter og kva tiltak som eventuelt ville vere aktuelle (Meads et al., 2017; Ekstedt & Rustøen, 2019; Smyth et al., 2018; Boström et al., 2004). Gjennom å lære og kjenne sin eigen kropp vart pasientane meir sjølvsikre og fekk meir tillit til seg sjølv, når det kom til å kontrollere dei daglege smertene (Ekstedt & Rustøen, 2019; McPherson et al., 2013; Mehta et al., 2011).

Det var viktig å forstå korleis pasientane såg på seg sjølv, og få ei forståing for kva dei tenkte om sin eigen tilstand. Pasientane sine forventingar, haldningar og tru rundt smertelindring var barrierar som påverka det å få pasientane til å forstå korleis ein utfører god smertelindring. I tillegg følte fleire på frykt og mangel på grunnleggjande kunnskap om sjukdommen og behandlinga (Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019). Pasientane i artikkelen til Gibbins et al. (2014) fortalde at det var viktig å vite akkurat kva som forårsaka den noverande smerta, og at nokre opplevde dette som viktigare enn å lette på sjølve smerta, då mange opplevde frykt for sjukdomsprogresjon knytt til smertene.

Tap av kontroll over smertene viste seg å vere noko som var mentalt krevjande for pasientane. Pasientane ville ikkje at smertene skulle leggje føringar for kvardagen deira, og dei hadde eit ønskje om å kunne "leve normalt". Dette var viktig for velværet til

pasientane, då dette viste at dei sjølv kunne kontrollere kvardagslivet i staden for å la kreftsjukdommen gjere det. Dei tolte derfor mykje smerter for å greie å oppretthalde normale funksjonar (Gibbins et al. 2014; Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019). Ein pasient beskreiv det på denne måten:

There is a mild pain there now, I don't really call it a pain, an ache, but if I went out there now and walked around that garden I'd probably start something off. And then I'd go and lie down, just take it easy with a hot pad for a while, and it'll be alright. (Gibbins et al., 2014, s. 75)

Sjølv om det var progresjon i kreftsjukdommen ønska dei å oppretthalde aktivitetar med vennar og i heimen, og dei tilpassa derfor aktivitetane dei utførte ut frå dei symptoma dei hadde (Allsop et al., 2019; Gibbins et al., 2014).

4.3 Tilpassa metodar for smertelindring

I fleire av artiklane kom det fram at pasientane var redde for biverknadar dersom dei tok smertestillande medikament, og at dei var lei av dei sedative biverknadane som dei ofte opplevde. Det var også fleire som hadde ei frykt for avhengigheit av medikamenta (Gibbins et al., 2014; Meads et al., 2017; Mehta et al., 2011; Ekstedt & Rustøen, 2019; Boström et al., 2004). Pasientane forventa ikkje å bli smertefri, men dei hadde eit ønskje om det verste av smertene skulle forsvinne (Boström et al., 2004; Gibbins et al., 2014). Samtidig kom det fram at dei ofte kun tok smertestillande for å lindre den verste smerta, noko som førte dei inn i ein "vond sirkel", der smertelindringa kun bestod av å fjerne den verste smerta. Ein informant sa det på denne måten: "I don't like taking any medication of any sort really until the pain gets sort of unbearable, and then I've got to take something" (Gibbins et al., 2014, s. 76). Det kom fram at dei ofte såg på medisinerer som einaste utveg ved smertelindring. Mange følte også at dei smertelindrande medikamenta var uunngåeleg, då det var dette dei fekk utdelt hos legen (Mehta et al., 2011; Allsop et al., 2019; Boström et al., 2004). Men samtidig så var det nokre som ikkje ville ta medikament før dei følte at smertene påverka deira daglege liv, eller dersom dei følte seg avhengig av hjelp frå andre personar (Gibbins et al., 2014).

Somme pasientar prøvde også ikkje-farmakologiske strategiar til smertelindring, som til dømes distraksjonar, stillingsendring, og bruk av varme eller kalde omslag. Det kom fram at dersom pasientane ikkje hadde god nok kunnskap, var det fare for at dei brukte desse tiltaka feil. Nokre av pasientane følte også at sjukepleiarane hadde avgrensa kunnskap om desse tiltaka (Mehta et al., 2011; Allsop et al., 2019; Boström et al., 2004).

Mange av pasientane tilpassa smertelindringa ut frå kva slags oppgåver og aktivitetar dei skulle utføre (Ekstedt & Rustøen, 2019; Gibbins et al., 2014). Det var også nokre av pasientane som målte grada av smertelindring ut frå om dei greidde å utføre daglegdagse oppgåver, som til dømes husarbeid. I staden for å ta meir smertestillande medikament tilpassa nokre av pasientane kva aktivitetar dei utførte, og prøvde å berre gjere ting som ikkje førte til auking av smerter (Gibbins et al., 2014).

Sjølv om dei opplevde å få god smertelindring, var det likevel nokre av pasientane som frykta at smertene ville endre seg, og bli verre i framtida (McPherson et al., 2013). Det var i tillegg mange pasientar som frykta at smertene skulle oppstå, og som derfor alltid måtte vere sikre på at dei hadde smertestillande medikament i nærleiken (Allsop et al., 2019).

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil framgangsmåten for å finne svar på problemstillinga vår bli diskutert i ein metodediskusjon. Vidare vil vi ta for oss dei ulike funna i resultatkapitlet og bruke desse til å svare på problemstillinga. Konsekvensar for utøving av sjukepleie vil bli diskutert under kvart funn, og til slutt blir oppgåva oppsummert i ein konklusjon.

5.1 Metodediskusjon

Forsberg & Wengström (2015, s. 158) skriv at diskusjonen bør innehalde ein kritisk metodediskusjon. Ved ein systematisk litteraturstudie bør ein diskutere kor heildekkjande litteratursøkinga har vore, utvalet (innhald og kvalitet), moglegheiter til å generalisere resultatet samt eventuelle avgrensingar med studien (Forsberg & Wengström, 2015, s. 158). Vi opplevde at det ikkje var så lett å finne gode og relevante artiklar som svarte på problemstillinga vår, sjølv om vi søkte i fleire databasar. Litteratursøkinga var difor ein tidkrevjande prosess, og nokre av artiklane vi fann måtte vi bytte ut undervegs, då vi oppdaga at dei ikkje gav eit klart svar på problemstillinga likevel.

Då vi skulle starte planlegginga av bacheloroppgåva vår, hadde vi i utgangspunktet bestemt oss for at vi ville skrive oppgåva frå eit sjukepleiarperspektiv. Etter at vi hadde gjort fleire søk i ulike databasar, oppdaga vi at dei artiklane vi fann og vurderte som relevante for temaet vårt var skrivne frå eit pasientperspektiv. Vi bestemte oss dermed for å endre perspektiv etter rådføring med rettleiar. Artikkelen skriven av McPherson et al. (2013) er skriven i både pårørande- og pasientperspektiv. Denne artikkelen skil godt mellom dei to perspektiva og gir ei god oversikt over kva faktorar som var viktige for pasientane. Artikkelen skriven av Mehta et al. (2011) er skriven i pårørandeperspektiv. Sjølv om denne artikkelen er skriven i dette perspektivet, gir den eit godt innblikk i kva pasientane såg på som viktige faktorar for å oppnå god smertelindring i heimen. Vi har derfor vurdert at begge desse artiklane kan brukast til å svare på problemstillinga.

Det har vore problem med å finne relevante artiklar frå dei 10 siste åra. Vi har derfor hatt behov for å sjå litt på eldre forskning også. Gjennom eit manuelt handsøk fann vi artikkelen skriven av Boström et al., som vart publisert i 2004. Vi ser at resultatata i denne artikkelen samstemmer med funna frå dei andre artiklane. På bakgrunn av dette har vi vurdert at denne artikkelen kan brukast i oppgåva, og at resultatata kan brukast til å belyse problemstillinga på ein god måte.

Vi har forsøkt å finne fram til og nytte primærkjelder der dette har vore mogleg, men har i nokre tilfelle brukt sekundærkjelder. Dette gjeld spesielt i dei tilfella der det vi ønskjer å bruke frå ei kjelde, som til dømes eit sitat eller ein definisjon, har blitt henta frå ei anna kjelde som vi ikkje har hatt tilgang til. I desse tilfella har vi referert til den kjelda vi sjølv har nytta, slik som Dalland (2017, s. 171) skriv at ein skal gjere.

Samarbeidet vårt har vore godt gjennom heile prosessen, noko vi ser på som ei styrke. Vi har jobba jamt, støtta og gitt kvarandre tilbakemeldingar, samt hatt faglege diskusjonar. Vi har også teke til oss tilbakemeldingane vi har fått frå rettleiarar og opponentar undervegs og forsøkt å bruke dei i oppgåva.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen går ut på å diskutere resultatet i artiklane i forhold til problemstillinga, hensikta og teoribakgrunnen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 179).

5.2.1 God kommunikasjon og tillitsfulle relasjonar

Det å forstå eit menneske handlar om kommunikasjon, og kommunikasjon dreiar seg om å skape ein berande relasjon (Fjørtoft, 2012, s. 196). Travelbee (1999, s. 135) skriv at all interaksjon med den sjuke gir sjukepleiaren høve til å bli kjent med pasienten som menneske og ivareta dei behova som pasienten har. Dette er med på å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. God kommunikasjon med og informasjon frå sjukepleiarane var viktige faktorar for å oppnå god smertelindring (Mehta et al., 2011; Meads et al., 2017; Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019; Boström et al., 2004). Det vil vere eit viktig tiltak for sjukepleiar å bli godt kjent med pasienten gjennom god kommunikasjon, då dette kan føre til at pasienten og sjukepleiar kan få aukande tillit til kvarandre. Ein føresetnad for god smertelindring er gjensidig tillit mellom pasient og sjukepleiar. Ein må ha tillit til pasienten si oppleving av smertene, medan pasienten må stole på at sjukepleiar ønskjer å hjelpe vedkommande. Det er sjukepleiar som har ansvaret for at dette tillitsforholdet blir skapt (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 388). Dersom ein pasient føler seg trudd når han/ho gir uttrykk for smertene sine, kan dette føre til at pasienten får større tillit og føler på større tryggleik i møte med helsevesenet (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410). Sjukepleiar må vere i stand til å forstå kva den sjuke kommuniserer, og vere i stand til å bruke denne informasjonen til å planlegge sjukepleieintervensjonar (Travelbee, 1999, s. 135). Danielsen, Berntzen & Almås (2017, s. 388) skriv vidare at pasienten må inkluderast og aktivt kunne delta i planlegginga og vurderinga av ulike smertelindringsmetodar. Gjennom å tru på og inkludere pasienten vil ein utvikle tillitsforholdet mellom sjukepleiar og pasient. Dette tillitsforholdet er svært viktig ved smertelindring, då ein er avhengig av at pasienten stolar på at sjukepleiar er ute etter å gjere det som er det beste for pasienten. Ein ser at eit viktig tiltak for å få til dette er kommunikasjon og det å sørgje for at pasienten har den informasjonen som han/ho har behov for. Ei viktig oppgåve for sjukepleiar vil då vere å leggje til rette for god kommunikasjon, sørgje for at pasienten får svar på dei spørsmåla han/ho har. Det vil i tillegg vere viktig at ein viser at ein er til stades og at pasienten har nokon å snakke med dersom det er behov. Andre tiltak kan vere å inkludere pasienten i arbeidet med å finne riktig smertelindring. Gjennom å gjere dette vil ein utvikle tillitsforholdet mellom sjukepleiar og pasient ytterlegare. Pasienten vil gjennom dette få tiltru til at sjukepleiar har forståing for kva som er viktig for pasienten.

Problem som oppstår under samhandling med pasientar oppstår ofte på grunn av mangelfull kommunikasjon. Dersom ein ikkje forstår kvarandre kan det oppstå problem i

samhandlinga (Fjørtoft, 2012, s. 196). Forskinga viser at fleire pasientar opplevde det som vanskeleg å snakke om smertene med sjukepleiarane, men at dei hadde eit stort behov for det (Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019; Boström et al., 2004). Eitt av ansvara ein sjukepleiar har er å vite om det går føre seg kommunikasjon, og forstå kva pasienten ønskjer å kommunisere (Travelbee, 1999, s. 135). Travelbee (1999, s. 139) skriv at målet med ein interaksjon er å bli kjent med pasienten, fastslå og ivareta pasienten sine sjukepleiebehov og oppfylle måla og hensikta for sjukepleia. Pasientane i forskinga hadde eit ønskje om at sjukepleiarane skulle ta initiativ til å spørje om smertene (Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019). Kommunikasjon er ein prosess sjukepleiaren brukar for å søke og gi informasjon, samstundes som pasienten brukar det for å få hjelp (Travelbee, 1999, s. 137). Sjukepleiar har ansvar for å kartlegge pasienten sine smerter, og beskrive eventuelle endringar av desse. Det er gjennom observasjon av og samtale med pasienten at sjukepleiar får denne kunnskapen (Lorentsen & Grov, 2017, s. 409). Både Gibbins et al. (2014) og Allsop et al. (2019) påpeiker at det var viktig for pasientane at sjukepleiarane hadde den nødvendige ekspertisa og kunnskapen om riktig smertelindring. Å stille spørsmål kan vere nødvendig for å få tilstrekkeleg informasjon, og det kan bidra til sjukepleiar får ei betre forståing av pasienten, i tillegg til at pasienten kan få ei klarare forståing av seg sjølv og sin eigen situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 192). Danielsen, Berntzen og Almås (2017, s. 383) skriv at ein person kan skildre sine smerter for andre, men at denne skildringa kan ofte bli ufullstendig, då opplevinga kan romme meir smerte enn det som kan uttrykkast med ord. Derfor vil det vere viktig at sjukepleiar stiller dei rette spørsmåla, og har den nødvendige kunnskapen for å kunne hjelpe pasienten til å få best mogleg smertelindring. Ein ser også at det er svært nødvendig at sjukepleiar er tidleg ute med å få pasienten til å snakke om smertene sine. Gjennom å få pasienten til å opne opp om smertene sine, i tillegg til å stille dei rette spørsmåla, vil ein som sjukepleiar få ei god forståing av dei smertene som pasienten opplever. Dette vil igjen føre til at sjukepleiar har betre kunnskap til å vurdere kva smertelindring pasienten har behov for.

Hummelvoll (2018, s. 124) skriv at ein føresetnad for at ein relasjon skal oppstå er at ein møter forskjellige delar av ein heilskap i samspel. Ei heilskapleg tilnærming er grunnlaget for å kunne forstå ein person (Fjørtoft, 2012, s. 196). Relasjonen mellom pasient og sjukepleiar påverkar smertelindringa (Mehta et al., 2011; Gibbins et al., 2014; Allsop et al., 2019; Boström et al., 2004). For å få til ein god relasjon med pasientane er det viktig at ein har ein personorientert kommunikasjon. Ved personorientert kommunikasjon er det sentrale å forstå kva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Dette er også vesentleg når ein skal observere og vurdere kva slags behov pasienten har. Ein ser også at i heimesjukepleia har den heilskapelege tilnærminga stor betydning for at ein skal greie å sikre forsvarleg omsorg for den heimebuande (Fjørtoft, 2012, s. 196). Hovudmålet med personsentrert kommunikasjon er å sjå pasienten som ein heil person, i staden for å berre fokusere på pasienten som ein pasient (Eide & Eide, 2017, s. 16). Boström et al. (2004) skriv i sin artikkel om kor viktig det var for pasientane at sjukepleiarane behandla personen i staden for å berre sjå symptoma. Ein ser då at det er svært viktig at sjukepleiar går inn for å møte heile personen, i staden for pasienten med symptom. Gjennom å snakke med pasienten om kva som er viktig for han/ho, vil sjukepleiar bli betre kjent med pasienten, og det er lettare for ein relasjon å oppstå. Ved å gjere dette får ein som sjukepleiar eit betre inntrykk av kva som er målet med smertelindringa, og ein ser kva behov pasienten har. Når ein møter ein pasient i heimen, vil dette vere ekstra viktig då ein kanskje får sjå ei meir privat side av pasienten. Korleis ein tilnærmar seg pasienten vil ha stor innverknad

på kor mykje pasienten opnar seg for sjukepleiaren, som igjen vil ha innverknad på smertelindringa av pasienten.

5.2.2 Styrking av pasienten sine egne ressursar

Det kan opplevast som smertefullt for ein pasient å kjenne på mangel på kontroll over eigen situasjon, samt indignasjon over å bli avhengig av hjelp frå andre (NHI, 2019). Menneske i den siste fasen av livet treng å få stadfesting på at dei framleis er til, og dei har behov for å bli møtt med respekt, omsorg og empati. "Empowerment" og autonomi er viktige faktorar for pasientane i denne fasen av livet også (Fjørtoft, 2016, s. 79). Pasientane hadde eit ønske om å "leve normalt". Det var utfordrande å tape kontroll over smertene, men dei ville ikkje at dei skulle leggje føringar i kvardagen (Gibbins et al. 2014; Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019). Det var også viktig å kunne oppretthalde ulike aktivitetar, og dei tilpassa ofte desse ut frå kva symptom dei hadde (Allsop et al., 2019; Gibbins et al., 2014). Sjukepleiar må forstå pasienten sine haldningar og kjensler til sjukdommen, og setje seg inn i korleis pasienten oppfattar den (Travelbee, 1999, s. 36). For at sjukepleiaren skal kunne hjelpe ein pasient til auka kunnskap om og kontroll over ulike faktorar som påverkar vedkommande si helse, har sjukepleiaren ansvar for å ta initiativ til å gi informasjon, undervise og rettleie (Kristoffersen, 2017, s. 362). Travelbee (1999, s. 36) skriv at mange sjuke menneske aldri vil komme til å bli friske. På grunn av dette må dei lære å leve med ein ofte langvarig sjukdom. Ei viktig oppgåve for sjukepleiar vil derfor vere å leggje til rette for at pasienten har den nødvendige kunnskapen for å greie å leve livet sånn som han/ho ønskjer. Gjennom samtalar vil ein få ei forståing for kva som er viktig for pasienten. Dette kan føre til at ein veit betre kva ein bør fokusere på ved smertelindringa, ut frå kva mål pasienten har. Det at pasienten kan styre sin eigen kvardag er ein viktig del av "empowerment", og det vil derfor vere veldig viktig at sjukepleiar legg til rette for dette.

Fjørtoft (2016, s. 48) skriv at pasientar gjennomsnittleg får 4,6 timar heimesjukepleie kvar veke, og dette talet inkluderer alt frå pasientar som får hjelp mange gongar i døgnnet, til pasientar som får hjelp kvar 14. dag eller sjeldnare. Det vil då vere viktig at pasienten og eventuelle pårørande blir rettleia og trygga på korleis dei kan handtere smerter på eiga hand når det ikkje er ein sjukepleiar til stades. Kristoffersen (2017, s. 353) skriv at ved bruk av ein empowermentstrategi i fagutøvinga, kan sjukepleiaren bidra til at pasienten sin handlingskompetanse eller mestringssevne aukast. Ved at pasientane lærte å kjenne sin eigen kropp, vart dei meir sjølvsikre og fekk større tillit til seg sjølv når det gjaldt å kontrollere dei daglege smertene (Ekstedt & Rustøen, 2019; McPherson et al., 2013; Mehta et al., 2011). Sidan pasientane er heime utan helsepersonell store delar av dagen, må sjukepleiar sørge for at pasientane har nødvendig kunnskap for kva dei skal gjere dersom dei får til dømes eit smerteanfall. Det er viktig at sjukepleiar har nok kompetanse til å lære pasientane ulike tiltak. Dei pasientane som deltok aktivt i si eiga pleie hadde god kontroll over sine egne smerter og kva tiltak som eventuelt ville vere aktuelle (Meads et al., 2017; Ekstedt & Rustøen, 2019; Smyth et al., 2018; Boström et al., 2004). Sjukepleiar bør derfor oppmuntre pasientane til å delta i si eiga pleie. På denne måten vil ein sørge for at kunnskapen til pasientane utviklast.

Helsefremjande undervising handlar om å hjelpe enkeltindivid til å meistre erfaringar med sjukdom og liding (Travelbee, 1999, s. 34). Kristoffersen (2017, s. 351) skriv at å styrke pasienten sine egne ressursar og tru på seg sjølv er eit mål med sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. Pedagogisk rettleiing er ein måte å vere saman med og reagere overfor eit anna menneske på, slik at vedkommande får hjelp til å utforske sine egne tankar, kjensler og handlingar, oppnå ei klarare sjølvforståing og finne fram til og nytte sine egne ressursar (Kristoffersen, 2017, s. 383). Sjukepleiaren bør tilpasse rettleiinga etter dei individuelle behova til pasientane og eventuelle pårørande, då standardiserte pleieplanar ikkje nødvendigvis passar alle. Dette medfører eit krav om at sjukepleiaren har tilstrekkeleg kompetanse innan smertelindring, forståing for pasienten sin helsetilstand, og er i stand til å støtte og rettleie pasienten og eventuelle pårørande (Mehta et al., 2011; Meads et al., 2017). Kristoffersen (2017, s. 384) skriv at rettleiaren må prioritere å bruke tid på å etablere ein trygg og anerkjennande relasjon til den som skal få rettleiing, før sjølv rettleiinga startar. I denne situasjonen vil eit menneske-til-menneske-forhold vere viktig, då det er med på oppfylle målet og hensikta med sjukepleie: å hjelpe eit individ til å meistre sjukdom (Travelbee, 1999, s. 171). Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient var viktig for å byggje opp tillit, og førte til at pasientane vart meir sjølvsikre på å følgje råda til sjukepleiaren (Ekstedt & Rustøen, 2019; Boström et al., 2004). Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient har stor innverknad på korleis pasienten reagerer på rettleiinga frå sjukepleiar. Denne relasjonen har derfor stor innverknad på korleis pasienten skal greie å takle sine egne smerter og smertelindring. Sjukepleiar sitt ansvar vil vere å leggje til rette for ein god relasjon, sånn at pasienten greier å ta til seg rettleiinga på ein god måte. Gjennom å beskrive smertene, og smerteintervalla, vart pasientane tryggare og betre førebudd på korleis dei skulle takle dei. Dei nemnde også blant anna tillit og motivasjon som viktige faktorar for å greie å nytte ny kunnskap (Metha et al., 2011, Ekstedt & Rustøen, 2019; McPherson et al., 2013; Meads et al., 2017; Boström et al. 2004).

5.2.3 Tilpassa metodar for smertelindring

Kreftpasientar opplever ofte smerter, noko fleire av pasientane i artiklane levde med på ein dagleg basis. Dette påverka den psykiske helsa til pasientane, samt at mange opplevde å få redusert livskvalitet (Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019; McPherson et al., 2013; Smyth et al., 2018). Å vere smertefri er ein viktig dimensjon for at eit menneske skal greie å oppleve velvære (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 384).

Frykt for biverknadar og avhengigheit blei nemnd som grunnar til at smertelindrande medikament ikkje blei brukt riktig (Gibbins et al., 2014; Meads et al., 2017; Mehta et al., 2011; Ekstedt & Rustøen, 2019; Boström et al., 2004). Pasientar reagerer ulikt ved bruk av smertelindrande medikament, og derfor bør både doseringa individualiserast og justerast dersom ein opplever uønskt verknad eller manglande effekt. Observasjonen av dette er ein viktig del av oppgåvene til ein sjukepleiar. Det er derfor viktig at sjukepleiar har grundig kunnskap om til dømes verknadar, biverknadar og verketid for å kunne gjere dette på ein forsvarleg måte (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 399). Dersom sjukepleiar har denne kunnskapen vil ein lettare greie å snakke med pasientane om dei bekymringane dei eventuelt har. Det er viktig at sjukepleiar bidreg til at pasienten opprettheld ein best mogleg helsetilstand (Travelbee, 1999, s. 31). Sjukepleiar kan

gjennom å vise fram kunnskapen sin, gjere pasienten tryggare på å bruke dei smertelindrande medikamenta riktig, noko som igjen vil føre til at pasienten blir betre smertelindra.

Pasientane sine forventningar, haldningar og tru rundt smertelindring var barrierar som påverka det å få pasientane til å forstå korleis ein utfører god smertelindring. I tillegg følte fleire på frykt og mangel på grunnleggjande kunnskap om sjukdommen og behandlinga (Allsop et al., 2019; Ekstedt & Rustøen, 2019). Behovet for informasjon om sjukdommen kan ha samanheng med kor lenge ein pasient har hatt kreftdiagnosen. Behovet vil ofte vere større hos ein pasient som t.d. har nyoppdaga kreft og/eller har lite eller ingen erfaring med kreftbehandling, enn hos ein pasient med ein sjukdom som har utvikla seg over fleire år (Kaasa & Loge, 2018, s. 190).

I tillegg til farmakologiske tiltak mot smerter, finst det også ikkje-farmakologiske tiltak. Desse tiltaka vart også prøvd av pasientane i forskinga, og det kom fram at det var behov for meir kunnskap blant pasientane og sjukepleiarane om dette (Mehta et al., 2011; Allsop et al., 2019; Boström et al., 2004). I mange situasjonar kan ein lindre smerter utan å bruke legemiddel, og mange av desse metodane er i omfattande bruk (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 391). Dømer på slike tiltak er massasje, fysioterapi, og bruk av varme og kulde (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 392-393). Sidan hjernen ikkje greier å konsentrere seg om fleire ting samtidig, vil sterkt ubehag forsvinne dersom noko anna fangar merksemda. Dersom det er få impulsar som konkurrerer med smerteimpulsane, vil pasienten oppleve smertene som meir intense. Det viser seg derfor at avleiing er tiltak som kan lette smertene til pasienten. Kognitiv åtferdsterapi og meditasjon viser seg også å vere nyttig. Ved til dømes meditasjon kan pasienten fokusere på pusten si rytme, i staden for å la smertene vere i sentrum (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 393-394). Det vil vere viktig at sjukepleiar tileignar seg kunnskap om desse tiltaka, då dette kan vere gode smertelindrande alternativ i tillegg til medikament. Dersom sjukepleiar har god kunnskap om dette vil det vere lettare å gi pasienten opplæring i korleis ein brukar dette riktig. Det kan også vere nødvendig å kontakte andre yrkesgrupper for pasienten, eit døme vil vere å oppmuntre pasienten til å oppsøke fysioterapi.

Ein av dei viktigaste funksjonane til ein sjukepleiar er å bidra til at pasienten får hjelp til å ivareta dei grunnleggjande behova, i tillegg til å gi hjelp og bistand til å utføre daglegdagse aktivitetar (Lorentsen & Grov, 2017, s. 426). Det var vanleg blant pasientane å tilpasse smertelindringa ut frå kva slags oppgåver og aktivitetar dei skulle utføre (Gibbins et al., 2014; Ekstedt & Rustøen, 2019). Eit viktig tiltak av sjukepleiar vil vere å snakke med pasienten om kva slags aktivitetar som er viktig for han/ho å ha moglegheit til å utføre. Gjennom ei kartlegging vil ein få ei oversikt over kva slags forhold som lindrar smerter, og kva som forsterkar dei (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 388). Når sjukepleiar har denne kunnskapen vil ein kunne greie å leggje ein plan for korleis ein kan legge til rette for pasienten, sånn at smertelindringa blir best mogleg. Ved å ha ein kontinuerleg dialog med pasienten, vil ein kunne tilpasse tiltaka ut frå kva som funkar og kva som ikkje funkar. Til slutt vil pasienten forhåpentlegvis vere tilstrekkeleg smertelindra, og greie å utføre dei aktivitetane som han/ho ønskjer.

5.3 Konklusjon

Hensikta med denne litteraturstudien var å undersøke kva for faktorar som er viktige for at kreftpasientar i palliativ fase kan oppnå god smertelindring i heimen. Kommunikasjon og tillitsfulle relasjonar mellom pasient og sjukepleiar var nokre av faktorane som gjekk igjen. Dette medfører eit krav om at sjukepleiaren er i stand til å skape ein trygg og god relasjon med pasienten, og leggje til rette for personorientert kommunikasjon. Vidare må sjukepleiaren sjå pasienten i heilskap, og ikkje berre symptoma pasienten har. Styrking av pasienten sine eigne ressursar var også ein faktor som vart verdsett av pasientane. Dei ønska å lære meir om smertene sine og korleis dei påverka kroppen, samt korleis dei kunne handtere dei. Sjukepleiaren må dermed rettleie og undervise pasienten og eventuelle pårørande, slik at dei er betre rusta til å handtere kreftsmarter når heimesjukepleia ikkje er til stades. Sjukepleiaren må også støtte pasient og eventuelle pårørande, og leggje til rette for at pasienten kan oppnå meistring. Å tileigne seg kunnskap om ulike smertelindringsmetodar, samt å lære seg å bruke dei ved å utvikle dei praktiske ferdigheitene sine, var andre sentrale faktorar. Dette medfører eit krav om at sjukepleiaren har tilstrekkeleg med kunnskap, kompetanse og praktiske ferdigheiter innan smertelindringsmetodar, og at sjukepleiaren har evne til å lære desse bort til pasienten. Det var også behov for at pasientane fekk informasjon om verknadar og eventuelle biverknadar av dei ulike medikamenta som vart brukt i smertelindringa. Med tanke på vidare forskning kunne det vore interessant å få vite meir om kva for erfaringar sjukepleiarar har i møte med denne pasientgruppa, og kva for metodar dei nyttar for å oppnå best mogleg smertelindring i heimen.

Referansar

- Allsop, M. J., Taylor, S., Bennett, M. I. & Bewick, B. M. (2019). Understanding patient requirements for technology systems that support pain management in palliative care services: A qualitative study. *Health Informatics Journal*, 25(3), s. 1105-1115. <https://doi.org/10.1177/1460458217740724>
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. S. Ørn & E. Bach-Gransmo (red.), *Sykdom og behandling* (s. 128-149). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), s. 410-419. [10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- 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*, 54(4), s. 754-760. <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), s. 22-26
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Natur & Kultur
- Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget

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

Helsebiblioteket (u.å.). Sjekklister. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet (10/2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (6. utg.). Nasjonal fagleg retningslinje, henta frå: 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

Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Institutt for kreftgenetikk og informatikk. (2021). *Generelt om kreft*. Kreftlex - oppslagsverket om kreft. Henta frå <https://kreftlex.no/>

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2018). Den palliative konsultasjonen - med fokus på kreftpasienter. S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 190-201). Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2017). Å styrke pasientens ressurser. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 349-406). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 397-436). Gyldendal Norsk Forlag AS

McPherson, C. J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M. M. & Kilgour, K. N. (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. <https://doi.org/10.1155/2013/439594>

Meads, D. M., O'Dwyer, J. L., Hulme, C. T., Chintakayala, P., Vinall-Collier, K., Bennett, M. I. (2017). Patient Preferences for Pain Management in Advanced Cancer: Results from a Discrete Choice Experiment. *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research*, 10, s. 643-651. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0236-x>

Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F. A., Ducharme, F. (2011). Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), s. 37-45. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E37-E45>

Meld. St.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Norsk Helseinformatikk AS [NHI] (03.07.2019). *Om smerter og smertebehandling*. Henta frå: <https://nhi.no/sykdommer/kreft/behandlingsmetoder/smerter-og-smertebehandling/?page=all&hp=true>

Smyth, J. A., Dempster, M., Warwick, I., Wilkinson, P. & McCorry, N. K. (2018). A Systematic Review of the Patient- and Carer-Related Factors Affecting the Experience of Pain for Advanced Cancer Patients Cared for at Home. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), s. 496-507. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.012>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Henta frå: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Vedlegg 1

Søkeord	Dato	Database	Talet på treff	Leste abstrakter (antall)	Leste artiklar (antall)	Inkluderte artiklar (forfatter, årstall)
Cancer patients AND palliative care AND pain management	25.11.2020	CINAHL Complete	26	8	4	Allsop, M. J. et al. (2019). Understanding patient requirements for technology systems that support pain management in palliative care services: A qualitative study
Cancer pain or pain management or pain relief or pain control or pain reduction AND cancer patients or oncology patients or patients with cancer AND home AND Palliative care AND home-based care or home health care	26.11.2020	CINAHL Complete	805	20	9	Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F. A., Ducharme, F. (2011). "Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers" Meads, D. M., O'Dwyer, J. L., Hulme, C. T., Chintakayala, P., Vinall-Collier, K., Bennett, M. I. (2017). "Patient Preferences for Pain Management in Advanced Cancer: Results from a Discrete Choice Experiment"
Cancer patients AND pain management	30.11.2020	CINAHL Complete	205	34	10	Ekstedt, M. & Rustøen, T. (2019). Factors that hinder and facilitate cancer patients' knowledge about pain management – a qualitative study Gibbins, J. et al. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study

Neoplasm AND palliative care AND pain management	14.04.2021	Medline	321	25	4	McPherson, C. J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M. M. & Kilgour, K. N. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain
Pain management AND cancer pain AND pain AND Cancer patients AND home health care or home care or home nursing AND palliative care	16.04.2021	CINAHL Complete	78	6	3	Smyth, J. et al. (2018). A systematic review of the patient- and carer-related factors affecting the experience of pain for advanced cancer patients cared for at home
Manuelt handsøk i referanselista til ein forkasta artikkel.	18.05.2021		3	3	2	Boström et al. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management

Vedlegg 2

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelomgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i oppgåva vår?
<p>Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F. A., Ducharme, F. (2011)</p> <p>Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers</p> <p><i>Oncology Nursing Forum</i> (38(1), s. 37-45 https://doi.org/10.1188/11.ONF.E37-E45</p>	<p>Hensikta med studien er å beskrive dei ulike smertetypane pasientar som tek imot palliativ pleie i heimen opplever, og korleis pårørande vurderer og handterer dei.</p>	<p>Pain, pain management, family caregivers, palliative care, home care</p>	<p><u>Utval:</u> 24 pårørande for pasientar med langtkomen kreft, som tek imot palliativ omsorg i heimen.</p> <p><u>Datasamling/analyse:</u> Dette er ein kvalitativ studie, der datainnsamlinga vart gjort ved bruk av halvstrukturerte intervju og feltnotat. Dataanalysen brukte Strauss og Corbin sine anbefalingar om open, aksial og selektiv koding.</p>	<p><u>Resultat:</u> Dei pårørande vurderte ulike typar av smerte, og eksperimenterte difor med ulike typar intervensjonar. Ikkje alle pårørande klarte å skilje mellom dei ulike smertetypane som påverka pasientane, og ein konsekvens av dette var at dei ikkje velde dei mest passande intervensjonane. Dette førte ofte til dårleg handtert smerte og frustrerte pårørande i familien.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Den nøyaktige vurderinga av kva for typar smerter pasienten opplever, kombinert med den mest hensiktsmessige intervensjonen for smertekontroll, er avgjerande for optimal smertelindring, samt å støtte tillita og kjenslene til pårørande i familien som gjennomfører den komplekse prosessen om handtering av kreftsmarter.</p>	<p>Denne studien undersøker kva for typar smerter palliative pasientar i heimen opplever, og korleis dei pårørande i heimen vurderer og handterer smertene. Sjølv om den er skriven i pårørandeperspektiv, gir den likevel eit innblikk i kva som var viktig for pasientane når det kom til smertelindring. Vi tenkjer å bruke opplysningane i denne artikkelen, då den er svært relevant for oppgåva vår.</p>

Vedlegg 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelo mgrep / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i oppgåva vår?
<p>Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004)</p> <p>Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i>, 45(4), s. 410-419 10.1046/j.1365-2648.2003.02924.x</p>	<p>Hensikta med denne studien var å beskrive korleis pasientar med kreftsmert er i palliativ pleie oppfattar si smertelindring.</p>	<p>Cancer-related pain, communication, pain management, perception s, phenomen ography, planning, trust, nursing</p>	<p>Dette er ein kvalitativ artikkel.</p> <p>Utval: pasientar som mottok pleie frå to sjukehusbaserte palliative team i sørvest i Sverige. Inklusjonskriteriuma var at pasienten måtte vere orientert for tid og stad, hadde ingen store sensoriske feil, i stand til å snakke svensk, behov for smertelindrande behandling, ha ei av desse diagnosane: lungekreft, tjukktarmskreft, brystkreft eller prostatakreft. I tillegg måtte pasientane vere klar over at dei var diagnostisert med kreft, og at dei mottok palliativ pleie. 30 pasientar vart vald ut til å delta i studien.</p> <p>Datainnsamling: opne og halvstrukturerte intervju. Pasientane bestemte tid og stad for intervju. 20 pasientar vart intervju heime og 10 på sjukehuset. Intervjua varte mellom 30 og 90 minutt, og vart tatt opp og transkribert.</p> <p>Analyse: intervju vart analysert ved hjelp av ei fenomenografisk tilnærming. Alle pasientane sine tankar rundt smerter og smertelindring vart identifisert. Dei samanlikna ulike beskrivingar og identifiserte likskapar og ulikskapar. Desse likskapane og ulikskapane vart så gruppert, sånn at ein kunne sjå etter mønster med fellestrekk. Mønstra vart undersøkt for å oppdage nye dimensjonar i svara. Nye formuleringar og kategoriar vart danna for å beskrive tolkinga. Kategoriane og tolkingane vart så undersøkt for å sikre konsistens. Til slutt vart tolkingar med representative beskrivingar og sitat forma til ulike kategoriar.</p>	<p>Pasientane beskrev 10 ulike tolkingar av smerter og smertelindring. Desse vart samanfatta til desse kategoriane: kommunikasjon, planlegging og tillit. Pasientane hadde behov for ein open og ærleg dialog med helsepersonell om alle bekymringane rundt smertene. Dei hadde eit behov for planlegging av smertelindringa og alle andre pleie-relaterte aktivitetar som skjedde rundt dei. Dei følte tillit til sjukepleiarane, og beskrev ein forbetra evne og vilje til å delta i smertebehandlinga.</p> <p>Moglegheita for pasientane å diskutere smertene og behandlinga av desse, viste seg å oppstå seint i sjukdomsbiletet. For mange skjedde ikkje dette før dei kom i kontakt med eit palliativt team. Dei hadde eit ønskje om å bli kvitt smertene, eller å oppnå så mykje smertelindring som mogleg, med så få biverknadar som mogleg.</p>	<p>Denne artikkelen gir eit godt innblikk i kva pasientane forventar og har behov for ved smertelindring. Den gir eit godt innblikk i kva ein sjukepleiar bør gjere i møte med denne pasientgruppa.</p>

Vedlegg 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelomgrep / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i oppgåva vår?
<p>Meads, D. M., O´Dwyer, J. L., Hulme, C. T., Chintakayala, P., Vinnall-Collier, K., Bennett, M. I. (2017)</p> <p>Patient Preferences for Pain Management in Advanced Cancer: Results from a Discrete Choice Experiment</p> <p><i>The Patient – Patient-Centered Outcomes Research</i> (2017), 10, s. 643-651 https://doi.org/10.1007/s40271-017-0236-x</p>	<p>Hensikta med denne studien var å gjennomføre eit diskret valeksperiment med pasientar, for å forstå deira preferansar for smertebehandlings-tenester og å informere tenesteutviklinga.</p>	<p>Neoplasm metastasis, cancer patients, patient attitudes, evaluation, pain management, cancer pain, drug therapy, palliative care</p>	<p>Dette var ein kvantitativ studie.</p> <p><u>Utval</u>: Fellesskapsbaserte pasientar over 18 år med smerter frå langtkomen kreftsjukdom.</p> <p><u>Datainnsamling</u>: Det vart nytta fokusgrupper for å utvikle faktorane og nivåa til valeksperimentet. Faktorane var: ventetid, type helsepersonell, utanomkostnadar, biverknadskontroll, kvalitet på kommunikasjon, kvalitet på informasjon og smertekontroll. Pasientar fullførte valeksperimentet saman med kliniske og helserelaterte livskvalitetsspørsmål.</p> <p><u>Analyse</u>: Betinga og blanda logit-modellar vart nytta til å analysere dataopplysingane.</p>	<p><u>Resultat</u>: Pasientar med kreftsmertor og innan palliative omsorgstenester fullførte studien (45% var kvinner og gjennomsnittsalderen var 64,6 år; aldersgruppe 21-92 år). Dei viktigaste aspekta ved smertehandtering var: god smertekontroll, ingen utgifter frå eiga lomme og god biverknadskontroll. Dårleg eller moderat smertekontroll og kostnadar på £30 trakk dei høgaste, negative preferansane. Deltakarane føretrekte kontroll over biverknadar og betre informasjon og kommunikasjon over tilgang til visse helsepersonell. Dei med lågare helserelatert livskvalitet var mindre villige til å vente på behandling, men villige til å betale høgare kostnadar for behandling.</p> <p><u>Konklusjon</u>: Utfallsfaktorane var viktigare enn prosessfaktorane, men sistnemnde vart framleis verdsett. Dermed kan det vere ein verdig innsats å støtte sjølvleiing, til dømes ved å gi betre informasjon om smerte. Det kan hende at tenestetilbodet må ta omsyn til individuelle eigenskapar gitt heterogeniteten i preferansar.</p>	<p>Denne studien undersøkte kva for aspekt som er viktige for dei ulike kreftpasientane innan smertehandtering og smertebehandling. Dette kan vi ta med i oppgåva vår, då det gir eit innblikk i kva kreftpasientar med smerter prioriterer og ønskjer i handteringa av smerter.</p>

Vedlegg 5

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgåve?
<p>Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M. (2014).</p> <p>What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study.</p> <p><i>Palliative Medicine</i>, 28 (1), s. 71-78.</p> <p>https://doi.org/10.1177/0269216313486310</p>	<p>Hensikta med denne studien var å finne ut når pasientar med langtkomen kreft såg på smertene sine som kontrollert, og korleis dei kommuniserte med helsearbeidarar om smertene dei hadde.</p>	<p>Pain, cancer, palliative care, pain management</p>	<p>Dette er ein kvalitativ studie</p> <p>Utval: 17 pasientar fekk tilbod om å delta, 15 av desse godtok tilbodet. Tre av pasientane vart for dårlege til å delta før intervjuet starta. Inklusjonskriterium: pasientar med ulike typar kreft, smerteopplevingar, fekk pleie på sjukehus, heime eller i hospice.</p> <p>Datainnsamling: det vart utført halvstrukturerte intervju ansikt til ansikt med deltakarane anten heime, på poliklinikk eller ein privat del av ei sjukehusavdeling. Ein emneguide vart brukt for å få ei oversikt over smerteopplevingane, kontroll over smertene, og kva dei håpa å oppnå av kontroll av smertene. Spørsmåla vart endra langsmed ut frå analysen av svara til deltakarane. Intervjuet varte mellom 35-65 min., dei vart tatt opp, transkribert, og anonymisert.</p> <p>Analyse: data vart analysert ved bruk av ein samanlikningsteknikk. Transkripta vart lest og koda. Koplingar vart laga mellom kodane for å identifisere kategoriar. Det vart så laga koplingar mellom kategoriane for å identifisere tema.</p>	<p>Deltakarane i denne studien meinte at smertene deira var «kontrollerte» dersom dei var i stand til å utføre aktivitetar eller oppgåver, og om dei greidde å oppretthalde relasjonen til familie og vennar. Dei beskrev også at smertene var ein fare for kontrollen, uavhengigheita og rolla deira. Dei synast ikkje at ein skala som NRS var særleg meningsfull når det kom til deira oppleving av smerter. Deltakarane synast også at det til tider kunne vere vanskeleg å kommunisere med helsepersonell om smertene dei hadde. Det var viktig for deltakarane at helsepersonellet viste god kunnskap og forståing av smertene deira</p>	<p>I denne artikkelen får vi god innsikt i korleis ulike personar med kreft måler smertene sine, og kva dei ønsker frå helsepersonell når det kjem til forståing av smerter.</p>

Vedlegg 6

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgåve?
<p>Allsop, M. J., Taylor, S., Bennett, M. I. & Bewick, B. M. (2019).</p> <p>Understanding patient requirements for technology systems that support pain management in palliative care services: A qualitative study.</p> <p><i>Health Informatics Journal</i>, 25 (3), s. 1105-1115.</p> <p>https://doi.org/10.1177/1460458217740724</p>	<p>Hensikta med denne studien var å kartlegge palliative pasientar sine perspektiv når det kom til å takle og snakke om smerter, og kor stor rolle teknologi hadde i livet deira. Denne innsikta ville ein bruke til å finne ein metode der teknologi kunne vere ein del av smertehandteringa.</p>	<p>Advanced cancer, design, eHealth, intervention requirements, pain, palliative care, patient technology</p>	<p>Dette er ein kvalitativ studie.</p> <p>Utval: 47 personar vart rekruttert til studien, og 13 av desse valde å delta. 2/3 delar av deltakarane var menn, fleirtalet var britisk, og gjennomsnittsalderen var 67,8 år. Inklusjonskriterium: ≥18 år, langkomen kreft, smerter, snakkar og skriv godt engelsk, i stand til å levere skriftleg samtykke.</p> <p>Datainnsamling: det vart utført halvstrukturerte intervju ansikt til ansikt med deltakarane. Intervjua vart utført heime eller på hospice. Kvart intervju tok mellom 20-110 min. Ein emneguide vart utvikla der ein fokuserte på bakgrunnen og opplevinga av kreften for deltakarane, der ein fokuserte på smerter og bruk av teknologi. Etter dei to første intervjua var denne emneguiden modifisert. Intervjua vart tatt opp og transkribert. Intervjuaren noterte også tankar og observasjonar under intervjua.</p> <p>Analyse: ei rammeanalyse vart utvikla for å klassifisere ytringane til deltakarane. Fire transkript vart utvalgt etter kjønn og krefttype for å utvikle rammaanalysen. Det vart utvikla kodar for desse, og desse kodane vart så gruppert etter meining. Kodane vart så brukt for å sortere ytringane til deltakarane.</p>	<p>Funna vart organisert under fire ulike tema: vanskar med å forstå kva som skjer, vanskar med å kontrollere smertene, utveljing av kven som får vite om smertene, og teknologi kan bli ein del av pleia. Pasientane levde med usikkerheit rundt eigen sjukdom, med komplekse smerter som var vanskelege å kontrollere. I tillegg synast mange at det var vanskeleg å snakke om smertene sine til andre, og dei ville heller snakke om smertene med helsepersonell enn familie og vennar. Mange av pasientane var villige til å teste ut teknologi i samanheng med smertelindring.</p> <p>ICT-system er under utvikling, og kan med dette tilby ei ny tilnærming til smertelindring. Det som kan vere utfordringa ved bruk av sånne system vil vere tilpassing til kvar enkelt kreftpasient.</p>	<p>Denne studien viser korleis ulike kreftpasientar opplever det å ha smerter. Den viser også at ulike teknologi kan vere med i arbeidet med smertelindring.</p>

Vedlegg 7

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgåve?
<p>Ekstedt, M. & Rustøen, T. (2019).</p> <p>Factors that hinder and facilitate cancer patients' knowledge about pain management – a qualitative study.</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 54(4), s. 754-760</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.334</p>	<p>Hensikta med denne studien var å finne ut om undervisning om smertebehandling kunne forbedre smerte-lindringa for dei pasientane som deltok.</p>	<p>Cancer pain, PRO-SELF Pain Control Program, interview, barriers, facilitators</p>	<p>Dette er ein kvalitativ studie.</p> <p>Utval: 179 pasientar vart rekruttert frå eit PRO-SELF program som omhandla smerter. Av desse vart til slutt 87 vald ut til å bli med i heile undersøkinga.</p> <p>Datainnsamling: det vart utført intervju heime hos deltakarane i veke 1, 3 og 6 av studien. I veke 2, 4 og 5 vart det utført telefonintervju. Desse intervju omhandla pasienten sin kunnskap om smertebehandling og deira oppfatning av smerter, som dei målte ved å bruke ein Pain Experience Scale (PES). Intervjua vart tatt opp. Deltakarane fylte ut ei smerte-dagbok kvar kveld, der dei noterte bruk av smertestillande kvar dag og oppleving av biverknadar kvar veke.</p> <p>Analyse: For å få størst variasjon i undersøkinga valde dei ut deltakarane med høgast og lågast endringar PES-score frå starten til slutten av undersøkinga, og transkriberte desse, og analyserte dei med kvalitative innhaldsanalysar.</p>	<p>Undervisning om smertebehandling for kreftpasientar har behov for gjentaking av informasjon, tid for pasientane til å overkome eventuell motvilje som kan vere relatert til feil forståing og frykt. For å leggje til rette for pasienten si involvering i deira eiga smertebehandling, er det viktig at opplegget er skreddarsydd for kvar enkelt pasient, i tillegg til at det må vere personsentrert.</p>	<p>Denne artikkelen viser korleis undervisning kan bidra til at kreftpasientar lettare kan ta del i si eiga smertebehandling. Det blir også lagt vekt på kva sjukepleiar kan gjere for å leggje opp til ei god undervisning for kvar enkelt pasient.</p>

Vedlegg 8

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-omgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgåve?
<p>McPherson, C. J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M. M. & Kilgour, K. N. (2013).</p> <p>Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain</p> <p><i>Pain Research & Management</i> 18 (6), s. 293-300</p> <p>https://doi.org/10.1155/2013/439594</p>	<p>Hensikta med denne studien var å undersøke og beskrive smerteopplevingane til eldre personar med kreft og deira pårørande.</p>	<p>Aging, cancer, caregiver, pain, palliative, relationship</p>	<p>Dette er ein kvalitativ studie.</p> <p>Utval: deltakarane vart rekruttert gjennom ein organisjon som koordinerte heimebasterte tenester i eit stort urbant område i Canada. 18 pasientar og 15 pårørande deltok i studien. Inklusjonskriterium for pasientane: diagnostisert med kreft (fase III eller IV), >65 år, hatt kreftsmarter i over ein måned, inga kognitiv svekking, snakkar engelsk eller fransk, kjent hos palliative tenester, får pleie i heimen</p> <p>Datainnsamling: det vart utført halvstruktureerte intervju av deltakarane, der pasient og pårørande var separert. Det vart brukt opne spørsmål for å få deltakarane til å utbrodere sine opplevingar. Intervjua varte litt over ein time, dei vart tatt opp for å gjere analysen lettare, og transkribert.</p> <p>Analyse: dei transkriberte intervjua blei lasta opp i eit analyseprogram for å organisere funna. For å sikre at transkripta var riktige, vart dei samanlikna med taleopptaka. Kvart transkript vart lest fleire gonger for å få ei betre og djupare forståing av deltakarane sine opplevingar. Observasjonar og tolkinar vart notert i løpet av prosessen. Transkripta vart så koda, og for å sikre at dei representerte deltakarane sine opplevingar, vart dei gjennomgått av eit forskingsteam.</p>	<p>Resultatet vart delt inn i tre kategoriar: «oppleving av kreftsmarter», «reaksjon på kreftsmarter» og «å leve med kreftsmarter». Kategorien «oppleving av kreftsmarter» omhandla dei sensoriske aspekta av smertene, opphavet til dei og smerter relatert til kreft. «Reaksjon på kreftsmarter» omhandla pasienten og pårørande åtferdsmessige, kognitive og emosjonelle reaksjon på smertene. Medan «å leve med kreftsmarter» inkluderte individuelle og sosiale endringar som oppstod som eit resultat av å leve med kreft. Funna i denne studien viser at det er behov for individualisert tilpassing av smertelindring basert på basert på pasienten si subjektive oppleving av kreftsmertene og situasjonen rundt pasienten sin helseilstand.</p>	<p>I denne artikkelen får vi ei innsikt i korleis ulike pasientar og deira pårørande opplever kreftsmarter, og korleis dette påverkar kvardagen deira. Dette resultatet er noko som er veldig relevant for den oppgåva vi skal skrive.</p>

Vedlegg 9

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelomgrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Korleis vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Smyth, J. A., Dempster, M., Warwick, I., Wilkinson, P. & McCorry, N. K. (2018)</p> <p>A systematic review of the patient- and carer-related factors affecting the experience of pain for advanced cancer patients cared for at home</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 55(2), s. 496-507</p> <p>http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.012</p>	<p>Hensikta med denne studien var å identifisere relevante pasient- og omsorgsgivarrelaterte faktorar som påverkar smerter hos pasientar med langtkomen kreft, som mottek omsorg i heimen.</p>	<p>Pain management, advanced cancer, systematic review</p>	<p>Dette er ein review-artikkel over kvantitative artiklar.</p> <p><u>Utval:</u> Søkestrategien Smyth et al. (2018) brukte i artikkelen fekk 720 treff, der 10 artiklar vart utvalde til den siste analysen.</p> <p><u>Datainnsamling/analyse:</u> Artiklane vart henta frå databasene CINAHL, MEDLINE og Web of Science, og vart vurdert uavhengig av to til tre korrekturlesarar. Deretter vart dei attverande artiklane kvalitetsvurdert ved bruk av eit kvalitetsvurderingsverktøy for kvantitative studier utvikla av Effective Public Health Practice Project (EPHPP). Ut av dei 10 studiane dei endte opp med vart tre av dei vurdert til å vere sterke i kvalitet, fire var moderate og 3 vart vurdert som svake i kvalitet.</p>	<p>Faktorane som vart identifisert var omsorgsgivarens kunnskap om lindring av kreftsmarter, omsorgsgivarbyrde, omsorgsgivar- og pasient-nød, misforhold i smertevurdering, pasientens velvere, depresjon hos pasienten, pasientens affektive oppleving, pasienten sitt kroppsbilete, og tilfredsheit av palliativ/medisinsk omsorg.</p>	<p>Denne artikkelen har funne fleire faktorar som påverkar smerteopplevinga hos kreftpasientar i heimen, samt at dei oppgir pasientopplevingar.</p>

