



Bachelorgradsoppgave

Smertelindring til kreftpasienter Managing pain relief for cancer patients

Pasientens behov for optimal smertelindring i en palliativ fase.
The patients' needs for pain relief in a palliative phase

Janne Overvik
Lene Sende

Antall ord: 8535

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



Forord

*Eg ser at du e trøtt,
men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg.*

*Du må gå de sjøl,
men eg vil gå de med deg,
eg vil gå de med deg.*

*Eg ser du har det vondt,
men eg kan ikkje grina alle tårene for deg.*

*Du må grina de sjøl,
men eg vil grina med deg.
eg vil grina med deg.*

*Eg ser du vil gi opp,
men eg kan ikkje leva livet for deg.*

*Du må leva det sjøl,
men eg vil leva med deg,
eg vil leva med deg.*

*Eg ser at du e redd,
men eg kan ikkje gå i døden for deg.*

*Du må smaka han sjøl,
men eg gjer død til liv for deg,
eg gjer død til liv for deg
Eg har gjort død til liv for deg.*

«Eg ser» Bjørn Eidsvågs

ABSTRAKT

Introduksjon: Forekomsten av kreftsykdommer i Norge vil øke med ca. 30% frem mot år 2020. Hos pasienter med en langtkommen kreftsykdom er smerte utbredt. Smerte er en personlig opplevelse og vil variere ut fra holdninger og erfaringer. Til tross for økt kunnskap og gode retningslinjer viser det seg at smertelindring ikke alltid er tilfredsstillende. Sykepleiere vil møte disse pasientene i alle nivåene i helsetjenesten.

Hensikt: med studien var å belyse kreftpasienters behov ved smertelindring i en palliativ fase. Videre ville studien avdekke barrierer som var til hinder for en optimal smertelindring.

Metode: Det ble gjennomført en allmenn litteraturstudie, hvor det ble inkludert seks kvantitative og fem kvalitative forskningsartikler og en kombinasjonsstudie med både kvantitativ og kvalitativ forskning, i tidsperioden fra 2003-2012.

Resultat: Det viste seg at relasjonsbygging mellom sykepleiere og pasienter har en betydelig innvirkning på hvordan smerte oppleves. Sentrale faktorer som individuell plan, kommunikasjon og kunnskap bidro til å skape trygghet blant pasientene, som igjen hadde en positiv effekt på smertelindring. Holdninger og erfaringer skapte ulike oppfatninger på smerte og smertebehandling, noe som kunne være til hinder for optimal smertebehandling.

Diskusjon: Smerter kunne påvirkes av en rekke faktorer og pasienters smerteopplevelse viste seg å variere ut fra holdninger og tidligere opplevelser. Pasientens behov for kunnskap satte krav til sykepleiernes kompetanse. Gode kommunikasjonsferdigheter og en koordinering av pleien var sentrale aspekter i smertebehandlingen.

Konklusjon: For å oppnå god smertelindring var det nødvendig at sykepleieren tilegnet seg kunnskap om pasientens smerte og erfaringer. Det ble viktig å avklare forhold hos pasienten som bidro til utilfredsstillende smertelindring. Man så nødvendigheten av å møte pasientens individuelle behov for å kunne gi tilpasset informasjon og veiledning for å bedre smertelindringen.

Nøkkelord:

Allment litteraturstudie – kreftpasienter- smertelindring – barrierer – palliasjon – pasientbehov – kommunikasjon

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Palliativ pleie	1
1.2 Smerte.....	2
1.3 Smertelindring.....	3
1.4 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	4
1.5 Hensikt	4
2.0 Metode	5
2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk	5
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.2.1 Avgrensning av hensikt.....	5
2.2.3 Avgrensning av forskningsartikler	6
2.3 Artikkelgranskning.....	6
2.4 Analyse	6
2.4.1 Oppdeling av hovedbudskapene i forskningen	7
2.5 Etske overveielser.....	8
3.0 Resultat.....	10
3.1 Hinder for optimal smertelindring	10
3.2 Betydningen av tillit og trygghet i relasjoner.....	10
3.3 Pasientens behov for informasjon og kunnskap.....	11
3.4 Pasientens behov for et forutsigbart forløp	12
4.0 Diskusjon	14
4.1 Metodediskusjon.....	14
4.2 Resultatdiskusjon.....	16
4.2.1 Hinder for optimal smertelindring	16
4.2.2 Betydningen trygghet og tillit i relasjoner	18
4.2.3 Pasientens behov for informasjon og kunnskap	20
4.2.4 Pasientens behov for et forutsigbart forløp.....	22
5.0 KONKLUSJON	25
LITTERATURLISTE.....	26
VEDLEGG 1. Oversikt over søkehistorikk	
VEDLEGG 2. Oversikt over inkluderte artikler	
VEDLEGG 3. Skjema for artikkelgranskning	

1.0 Introduksjon

I 2012 var forekomsten av krefttilfeller over 30 099 i Norge (kreftregistret 2012). Ifølge kreftregistret vil antall krefttilfeller øke med ca. 30 % fram mot år 2020. En økning av krefttilfeller i Norge skyldes at vi lever lengre og at en økende andel av befolkningen blir eldre. Til tross for høyere overlevelse av krefttilfeller er det likevel et betydelig antall hvert år som dør av kreft. I 2012 var det i Norge registrert 10 906 dødsfall som følge av kreft.

1.1 Palliativ pleie

Når pasienter har en inkurabel sykdom, og ikke lenger har nytte av helbredende behandling, vil den medisinske behandlingen og sykepleien bli rettet mot livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet. European Association for palliative care (EAPC) og World Health Organization (WHO) definerer palliasjon slik:

«... aktiv pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet»(Lorentsen og Grov 2011, s. 425)

Joyce Travelbee er en sentral teoretiker innenfor interaksjon. Travelbee forklarer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Travelbee`s definisjon kan ses i sammenheng med WHO`s beskrivelse av palliasjon:

«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 29)

De helse relaterte behovene og symptomene i den palliative fasen kan være komplekse og sammensatte, noe som kan være spesielt utfordrende ved iverksetting av tiltak. Symptomlindring vil være en sentral funksjon for sykepleierne i behandlingen. Symptomlindring vil ikke bare være rettet mot det fysiske, men også mot lindring av eksistensielle bekymringer og plager av sosial og psykisk karakter. Palliative pasienter har ofte flere symptomer og plager samtidig, som må ses i en

sammenheng ved behandling. Det vil dermed være viktig å reflektere over pasientens problemer, inkludert funksjonsnivå og prognose ved tilnærming (Lorentsen og Grov 2011, Kaasa 2007).

Den palliative fasen kan være lang, det vil derfor være hensiktsmessig å skille mellom en «terminal pasient», en «pasient med kort forventet levetid» og en «døende pasient». En «døende pasient» forbindes ofte med en pasient som er sengeliggende, som ikke klarer å spise, drikke eller å ta medisiner peroralt og som er periodevis uklar/somnolent (Kaasa og Loge 2007). Det er noe uklart hva som skiller disse begrepene og det kan være store individuelle variasjoner på hvor lenge en palliativ fase varer.

Det er utarbeidet et nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Hensikten med handlingsprogrammet er å forbedre behandlingen av pasienter med inkurable kreftsykdommer og begrenset levetid, og sikre et like godt behandlingstilbud i hele landet (Helsedirektoratet 2015a). Denne studien vil ta i bruk deler av disse retningslinjene som omfatter smerter og plan for smertelindring.

1.2 Smerte

Den mest fryktede kreftrelaterte plagen hos kreftpasienter er smerte. Smerter forekommer hos 40-50 % av pasientene, og så mange som 70-80 % av pasientene med langtkommen kreftsykdom angir at de har behandlingskrevende smerte (Lorentsen & Grov 2011, Helsedirektoratet 2015a).

Smerte kan forklares som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er ofte et sammensatt fenomen og kan influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold (Helsedirektoratet 2015a).

Den fysiske smerten hos kreftpasienter skyldes nesten alltid progresjon av grunnlidelsen (Kaasa 2007). Smerteproblemet er ofte størst ved kreftformer som har spredning til skjelettet, som brystkreft, prostatakreft og lungekreft. Innvekst i nervevev kan også gi sterke smerter. Ca. 70% av all kreftsmerte er tumorrelatert, og de ulike krefttypene har ulikt smertemønster. Endring i smertemønstre skyldes ofte at tumoren endrer seg eller at det skjer en vekst av metastaser. Skjelettmetastaser forårsaker 50 % av all smerte hos kreftpasienter og er kronisk verkende og økende ved bevegelse. Bivirkninger som følge av behandling eller tidligere behandling med kirurgi, stråling eller cytostatika kan gi nerveskader, som igjen kan være årsak til smerte. Pasientene opplever ofte smerter som kan ses i sammenheng med andre plager og symptomer som følge av den alvorlige sykdommen (Kaasa og Borchgrevink 2007). Biologiske faktorer vil ikke alene kunne forklare hvordan smerte oppleves. Det vil heller ikke kunne forklare sammenhengen mellom psykologiske faktorer og ulike smertetilstander. Smerte er et resultat av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

Variasjoner i smerteopplevelsen kan forklares gjennom relasjoner mellom biologiske endringer, psykologisk status og den sosiale og kulturelle kontekst som skaper pasienterfaringer og responderer på sykdom (Valeberg og Wahl 2010).

Smerteopplevelsen er alltid subjektiv og pasienter vil erfare og uttrykke samme smerte forskjellig, basert på egenskaper og tidligere erfaringer. Som sykepleier vil det være viktig å ha kunnskap om sykdommen, hvordan metastase- og vekstmønstret er og hvilke smertetyper som oppstår for å kunne gi pasienten en optimal smertelindring (Kaasa 2007).

1.3 Smertelindring

Smerte er et sammensatt fenomen og ulike faktorer kan påvirke pasientens smerteopplevelse. Dermed vil smertebehandling være både krevende og utfordrende i møte med kreftpasienter. Smerte kan ha en stor innvirkning på pasientens liv. Hovedmålet med all smertebehandling skal være at pasienten får det så godt som mulig med lavest mulig smerte og uten unødige lidelser. Ved vellykket smertebehandling kan livskvaliteten til pasienten raskt forbedres. Dette krever kunnskaper som kan sikre pasienten best mulig pleie (Kaasa 2007, Helsedirektoratet 2015a).

Hos kreftpasienter med langtkommen sykdom vil livet ofte være forbundet med korte eller lenger perioder med smerte. Det vil være viktig med systematisk kartlegging for å fange opp smerteopplevelsen og årsakene til smerte, slik at de smertefulle periodene gjøres så korte som mulig. Smertebehandlingen må tilpasses den enkelte pasient og variasjonene i sykdommens utbredelse. Ofte vil kombinasjonsbehandling være viktig for å kunne behandle de forskjellige smertetyperne (Kaasa 2007). Som nevnt tidligere er smerte et subjektiv fenomen med store individuelle variasjoner. (Kaasa og Borchgrevink 2007).

Ved medikamentell smertelindring til kreftpasienter tar man utgangspunkt i retningslinjer utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO har sammen med IASP (International society for the study of pain) utviklet en smertetrapp. Smertetrappens trinn representerer behandling ved en spesifikk smerteintensitet og forslag til smertelindrende legemidler. WHO's smertetrapp består av 3 trinn, mens i Norge opereres det med 4 eller 5 trinn. Administrering av forordnet medikamentell smertebehandling tar utgangspunkt i smertetrappen. Ved behandling starter man vanligvis på nederste trinn, og trapper opp medisineringen etter hvert som pasienten har behov for det (Lorentsen og Grov 2011).

Psykologiske mekanismer har også en stor betydning innenfor medisinsk behandling, spesielt innenfor behandling av kroniske smerter og innenfor palliativ medisin. I senere tid har psykologiske mekanismer fått større fokus og blitt anerkjent som en viktig del av somatisk medisin. De

psykologiske mekanismer er knyttet til pasientens holdninger, tidligere erfaringer og egne forventninger. Når pasienten får nødvendig hjelp med sine psykologiske problemer knyttet til opplevelsen av sykdom og selve situasjonen vil den rent medisinske behandlingen fungere bedre (Rosén og Stiles 2007).

1.4 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Oppgaven vil komme til å omfatte flere sentrale lovverk, deriblant helsepersonelloven og bruker- og pasientrettighetsloven. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier vil være sentrale i oppgaven og kan ses i sammenheng med pliktene og rettighetene i nevnte lovverk.

1.5 Hensikt

Studier og litteratur viser at smertelindring hos kreftpasienter ikke alltid er tilfredsstillende, til tross for økt kunnskap og gode retningslinjer (Helsedirektoratet 2015a). Sykepleiere vil ha en viktig rolle og funksjon i smertebehandling og et stort ansvar for å lindre pasientens smerter. Studien vil ta utgangspunkt i et pasientperspektiv for å kunne øke forståelsen av pasientens smerteopplevelse. Sykepleiere vil møte denne pasientgruppen i alle nivåer av helsetjenesten noe som gjør temaet svært sentralt. Ut fra det belyste problemområdet er det utarbeidet følgende hensikt;

Hensikten med litteraturstudien er å belyse kreftpasientens behov ved smertelindring i en palliativ fase. Videre vil studien avdekke barrierer som er til hinder for optimal smertelindring.

2.0 Metode

Metoden som er brukt i studien er en allmenn litteraturstudie. Ved denne typen studie er formålet å utføre en litteraturgjennomgang av allerede eksisterende forskning og beskrive kunnskapen innenfor et område. Valgte studier analyseres og vurderes kritisk (Forsberg og Wengströ 2003).

” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder” (Dalland 2007 s. 83).

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

I studien ble det foretatt et litteratursøk i databasene Medline, Cinahl og Svemed. Søket ble gjennomført på bakgrunn av hensikten som var smertelindring hos kreftpasienter med fokus på pasienters behov og hvilke barrierer som er til hinder for optimal smertelindring. Utvalgte søkeord var følgende: health knowledge, attitudes, practice, patients, palliative care, barriers communication, barriers, patient satisfaction, pain management, pain measurement, pain perception, neoplasms. Søkeordene ble kombinert på ulike måter ved hjelp av “OR” og “AND” i fritekstsøket (Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk).

I studien ble to av de inkluderte artiklene hentet ved hjelp av manuelle søk. En artikkel ble funnet på Sykepleien.no. ved å søke på Berit Taraldsen Valberg, en kjent forsker innenfor dette temaet. Den andre artikkelen ble funnet ved hjelp av referanselisten til allerede utvalgt artikkel. Relevant artikkel ble søkt opp i Google scholar for videre analyse (Vedlegg 2: oversikt over inkluderte artikler).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

2.2.1 Avgrensning av hensikt

Studien inneholdt et pasientperspektiv, der formålet var å undersøke hvilke behov pasienten hadde for å oppnå optimal smertelindring. Studien ville også vektlegge hvilke barrierer som kunne ses i sammenheng med pasientens holdninger og oppfatninger om smertelindring.

Litteraturstudien har inkludert voksne med inkurabel kreftsykdom uavhengig av institusjonsplass, innleggelse eller om de var hjemmeboende.

Fokuset ville være kreftpasienter som mottok palliativ pleie, før de kom i den terminale fasen. Selv om fokuset var på palliativ pleie inneholder likevel noen av artiklene pasienter med kurativ kreftsykdom. Hovedfokuset var voksne pasienter mellom 18 - 80 år, noe som ga studien en bredde.

Studien vektla ikke den medisinske smertelindringen herunder medikamentell behandling, men pasienters opplevelser og behov ved smertelindring. Litteraturstudien vektla også ulike aspekter som var til hinder for å oppnå optimal smertelindring.

2.2.3 Avgrensning av forskningsartikler

Artiklene som ble inkludert i studien belyste oppgavens hensikt, og søkeord ble utvalgt etter oppgavens tema. Andre kriterier som ble vektlagt i søket var språk og publiseringsår. Artikler på engelsk, norsk, svensk eller dansk ble prioritert. Publiseringsår ble begrenset til en tiårsperiode, da det var ønskelig med så ny forskning som mulig. Andre avgrensinger som ble utført i søket var inkludering av abstract.

Oppgaven ville vise til forskning fra Europeiske land, for å kunne relatere til den europeiske kulturen, men søket måtte utvides for å kunne finne forskning som belyste vår hensikt. Originalartikler ble inkludert i de 12 pålagte forskningsartiklene. Språkmessig ble engelske artikler foretrukket, men en norsk forskningsartikkel ble likevel inkludert da den var relevant for å belyse hensikten.

2.3 Artikelgranskning

I artikelgranskningen ble Sjöblom og Rygg's (2012) forslag til hvordan en kritisk vurderer forskningsartikler brukt (vedlegg 3). Det ble viktig å avgrense søkene med publiseringsår, abstract, originalartikkel og språk, da søkene ga mange treff. Forskningsartiklene ble kritisk vurdert i forhold til å besvare studiens hensikt. Tittelen på forskningsartiklene ble avgjørende for om de ble lest i abstract og senere fulltekst. Forfattere og hvilken autoritet forfatterne hadde i forskningsartiklene ble også vurdert med tanke på forfatterens forhold til emnet. Det ble også vurdert om forskningsartiklene hadde en IMRaD- struktur for å kunne vurdere kvaliteten på forskningen (Dalland 2007). Journaler eller tidsskrift ble også tatt med i betraktningen for å vurdere kvalitet (Sjöblom & Rygg 2012).

Anvendt forskningslitteratur ble ansett som relevant i forhold til studiens hensikt og artiklene dannet et grunnlag for videre drøfting (Vedlegg 3: Artikelgranskning/vurdering). Artiklene som ble brukt i studien var tilgjengelige i databasene det ble søkt i. For å få en dybde i studien ble det innhentet seks kvantitative og fem kvalitative forskningsartikler og en kombinasjons studie med både kvantitativ og kvalitativ forskning.

2.4 Analyse

Analyse er et granskningsarbeid som har som formål å finne ut hva materialet har å fortelle. Det handler om å få en oversikt over hovedbudskapene og de ulike setningsleddene i de utvalgte forskningsartiklene. For deretter å samle dette sammen i felles kategorier (Dalland 2007). Det er foretatt en tekstanalyse av artiklene, som er inspirert av en innholdsanalyse. Artiklene ble analysert og sammenlignet opp mot studiens hensikt. Formålet med analysen var å finne sammenhengen og

likheter mellom de ulike artiklene. Dette ble gjort ved å finne hovedbudskapene i forskningsartiklene for deretter å dele de opp i meningsenheter, subkategorier og kategorier. Hovedkategoriene skulle danne grunnlaget for hovedinnholdet i oppgaven (Graneheim og Lundman 2004). Gjennom analysen ble det utarbeidet 4 ulike kategorier;

- Hinder for optimal smertelindring
- Betydningen av trygghet og tillit i relasjoner
- Pasientens behov for informasjon og kunnskap
- Pasientens behov for et forutsigbart forløp

I tabellen under ligger et eksempel på hvordan hovedbudskapene i forskningsartiklene er blitt delt opp i meningsenheter, subkategorier og kategorier:

2.4.1 Oppdeling av hovedbudskapene i forskningen

Meningsenhet	Subkategori	Hovedkategori
<p>Artikkel 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientene frykter at smertene utvikler seg med sykdommen • Frykt for avhengighet av medikamenter • Frykt for negative bivirkninger • Oppfatninger som hindrer kommunikasjonen om smerte • Pasienter klager ikke i frykt for å distrahere legen 	<p>Pasientens erfaring og forventning til smertelindring.</p>	<p>Hinder for optimal smertelindring</p>
<p>Artikkel 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientene frykter den skadelige effekten av medisin • Pasientene uttrykte bekymring for at medisinen skadet immunsystemet • Fysiologiske konsekvenser, bekymringer for toleranse, 	<p>Pasientene frykter negative virkninger av medikamenter.</p>	

<p>avhengighet og bivirkninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ønske om å være «god» pasient, vil ikke være den som klager. • Rapporterer ikke smerte i frykt for å distrahere legen i kreftbehandlingen • Angst og depresjon som barriere Kommunikasjon mellom pasient helsepersonell. 	<p>Oppfatninger og holdninger er en barriere for kommunikasjon.</p>	
<p>Artikkel 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Høyeste barriere for smertebehandling viser seg å være toleranse, redsel for bivirkninger, frykt for å skjule andre symptomer • Frykt for at smertestillende kan skjule forandringer i helsetilstanden. • Mange av pasientene var redde for at bruken av smertestillende skulle føre til avhengighet. • Studien viser at noen pasienter unnlater å ta smertestillende for å bruke smerte til å måle utviklingen av kreftsykdommen. 		

2.5 Etiske overveielser

Etikk handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører og hvordan de kan håndteres. Etiske overveielser er en forutsetning for å ivareta pasienter og sykepleiers integritet (Dalland 2007). Alle forskningsartiklene ble vurdert ut ifra om de var godkjent av den lokale etiske komité og om pasientens rettigheter ble beskyttet. 12 av 12 forskningsartikler var godkjent av etisk komité og pasientene ble godt informert om studiens hensikt og deres anonymitet ble ivaretatt. Skriftlig og muntlig samtykke ble gitt i samtlige studier. Når pasienter blir inkludert i forskning er det

viktig å påse at deres rettigheter blir beskyttet, med dette menes at deres anonymitet blir ivaretatt og at de deltar frivillig (Polit og Beck 2012).

Ifølge Forsberg og Wengström (2003) ble plagiering ansett som forbudt innenfor forskning, det ble derfor viktig å referere hederlig til forfatterne av den inkluderte litteraturen som ble brukt i oppgaven.

3.0 Resultat

3.1 Hinder for optimal smertelindring

Smerteopplevelse kan variere ut fra hvilke holdninger og oppfatninger pasienten har om smerte og behandling. Pasientens erfaringer danner ofte grunnlaget av forventninger til smertelindring (Beck et al. 2010, Anton et al. 2012) Disse erfaringene var ofte relaterte til familiemedlemmer, venner eller bekjente som hadde mottatt palliativ behandling (Beck et al. 2010).

Pasientene beskrev tidligere og nåværende erfaringer med smerte. Noen uttrykte bekymring eller en antagelse at smerte og andre symptomer ikke ble kontrollert godt nok etter som sykdommen utviklet seg. Pasientens ønske om kontroll var påvirket av tidligere erfaringer (Volker et al. 2004).

Studier viste hvordan pasienters oppfatninger skapte barrierer til medikamentell behandling. Flere pasienter hadde misoppfatninger av opioider og analgetika, som skapte frykt for avhengighet, toleranse og negative bivirkninger. Pasientene fryktet at medikamentene førte til fysiologiske konsekvenser og at medikamentene ikke hadde noen effekt etter hvert som sykdommen utviklet seg. Pasienter fryktet at medikamentet skulle skjule andre symptomer og forandringer i helsetilstanden (Beck et al. 2010, Jacobsen et al. 2010, Potter et al. 2003, Valeberg et al. 2010). Andre pasienter rapporterte ikke smerte i frykt for å distrahere legen i kreftbehandlingen. Pasienter hadde et ønske om å være en «god pasient», og ikke den som klaget (Jacobsen et al. 2010, Potter et al. 2003).

Noen pasienter ga uttrykk for at kommunikasjon om smerte og smertebehandling var for dårlig (Jacobsen et al.2010). Kommunikasjon og informasjon mellom pasient og helsepersonell hadde en høy innflytelse på pasienters smerteopplevelse (Anton et al.2012). Utilfredsstillende smertebehandling inkluderte dårlig kommunikasjon. Dårlig kommunikasjon innebar mangel på informasjon om diagnose, ubesvarte spørsmål og begrenset forklaring om medikamenter og helsetilstand (Beck et al. 2010).

3.2 Betydningen av tillit og trygghet i relasjoner

Boström et al. (2004a) beskriver pasientenes behov for en åpen og ærlig dialog mellom pasient og helsepersonell i forbindelse med alle smerterelaterte problemer. I Yamagishi et al. (2012) sin studie trakk så mange som 70 % fram betydningen av en god relasjon.

Gode relasjoner mellom pasient og helsepersonell førte til en redusert smerteopplevelse ved at pasienter opplevde trygghet (Boström 2004a). En god relasjon kunne bidra til å forstå pasienters smerte og smerteproblematikk (Boström et al. 2004b).

God kommunikasjon forsterket relasjonen mellom pasient og helsepersonell og hadde betydning for pasientens trygghet som igjen var svært viktig for å oppnå en suksessfull smertelindring (Boström et al. 2004a, Boström et al. 2004b, Beck et al. 2010). Pasienter beskrev behov for en forbedring i verbal kommunikasjon og en forståelse for deres non-verbale kommunikasjon (Boström et al. 2004b).

Mangel på god kommunikasjon forhindret pasienter i å bli trodd og muligheten til å snakke om tidligere erfaringer, kunnskap og frykt. Effektiv kommunikasjon førte til at helsepersonell hadde en større forståelse for pasientens smerte og bekymringer angående deres behandling (Boström et al. 2004b).

Betydningen av tillit, både til seg selv og til helsepersonell var en viktig faktor for å skape en god relasjon. Pasientene beskrev at tillit skapte en følelse av trygghet og sikkerhet, og forbedret evnen og viljen til å delta selv i smertebehandlingen (Beck et al. 2010, Boström et al. 2004b). De følte tillitt ved å bli sett og hørt (Beck et al. 2010).

Pasienter beskrev ulike faktorer de mente helsepersonell måtte inneha for å kunne yte god pleie, og som hadde betydning for tillit. Pasientene hadde behov for kompetente leger og sykepleiere som lyttet og var genuint interessert i å hjelpe, de hadde behov for å bli møtt med snillhet og respekt, og motta ærlig og sannferdig informasjon (Beck et al. 2010, Boström et al. 2004b).

3.3 Pasientens behov for informasjon og kunnskap

Pasientene hadde behov for god kunnskap og informasjon angående deres sykdom og behandling. Pasientene beskrev en trygghet ved informasjon og erfarne sykepleiere som hadde kunnskap om deres sykdom (Beck et al. 2010, Kvåle og Bondevik 2010). En slik kunnskap anså pasientene som en basis for sykepleie og tok for gitt at sykepleierne hadde denne kompetansen. Pasientene syntes å stole mer på erfarne sykepleiere enn de uerfarne. Klinisk kompetanse forbedret kvaliteten på pleien og skapte trygghet hos pasienten. Det forebygget og reduserte lidelse som bivirkninger og symptomer, samt usikkerhet ved behandling (Kvåle og Bondevik 2010). I Beck et al. (2010) sin studie beskrev pasientene at de hadde tillitt til at sykepleierne hadde den kunnskapen som trengtes for å kunne bli behandlet riktig. En pasient beskriver viktigheten av en kunnskapsrik og erfaren sykepleier:

“One discovers very quickly if the nurses have knowledge about the disease. They know what they are talking about. That makes me feel secure. I do not have confidence in all the nurses. I ask the ones I trust.”

“It is important to meet a nurse that knows me and my disease. Some of the nurses are afraid to tell me too much, but I want the facts about my disease. If I ‘am denied that, I have no need to talk to a nurse” (Kvåle og Bondevik 2010 s. 438-439).

Myndiggjøring av pasienter via et opplæringsprogram hadde en positiv effekt ved å gi informasjon og kunnskap om smerte og smertebehandling (Aubin et al. 2006). Opplæringsprogrammet inneholdt definisjon og årsak til smerte, farmakologisk og ikke-farmakologisk smertebehandling, informasjon om bivirkninger, myter, misoppfatninger og smertekartlegging. Under opplæringsprogrammet hadde pasient og helsepersonell en dialog om alle smerterelaterte problemer (Yildirim et al. 2009). Opplæringsprogrammet bidro til redusert smerteintensitet og misoppfatninger til medikamentell behandling. Pasienter som fikk et opplæringsprogram viste seg å være mer fornøyd med deres smertebehandling enn de som ikke fikk samme tilbudet. Bruken av smerteopplæringsprogram forbedret kvaliteten på smertebehandling (Aubin et al. 2006, Yildirim et al. 2009).

3.4 Pasientens behov for et forutsigbart forløp

Pasienter presiserte behovet for strukturert planlegging og et behov for å kunne diskutere og planlegge smertebehandling tidlig i sykdomsforløpet. Pasienter som fikk informasjon og en individuell plan for smertebehandling ble mer positiv til analgetika bruk (Boström 2004b).

Individuell pleie med et fagspråk som pasienten forsto var et viktig aspekt i behandlingen. Det var viktig at pasientene fikk ta egne valg og at deres preferanser av pleie ble respektert. Stabilt helsepersonell var en viktig faktor for at sykepleierne skulle ha god kjennskap til pasientene, for dermed å kunne behandle dem som individuelle. Tilegnelse av kunnskap om pasienten bidro til utvikling av et godt samarbeid og bidro til at pasientens autonomi ble ivaretatt. Samarbeid mellom pasient og helsepersonell var viktig for å utvikle en effektiv individuell plan for smertebehandling. En pasient uttrykte at kommunikasjon, det å jobbe sammen var nødvendig for å oppnå målet med å mestre sin smerte. Kommunikasjon med helsepersonell om deres smertekontroll og preferanser vedrørende bruk av medikamenter, bidro til delaktighet blant pasientene i beslutningsprosesser (Beck et al.2010).

Pasienter ønsket å være aktive i egne behandlingsavgjørelser og hadde et behov for å kontrollere sykdommen og dens følgetilstander så lenge som mulig (Volker et al.2004). Pasientene uttrykte et behov for en effektiv plan for smertelindring som var under deres kontroll, og som var lett tilgjengelig. Det var viktig for pasienten at de ble støttet av helsepersonell i sitt ønske om å bruke smertestillende medikamenter (Beck et al. 2010). Pasientene uttrykte en mangel på kunnskap om mulige behandlingsalternativer og en mangel på en velstrukturert plan. Dette vedvarte ofte frem til de kom i kontakt med palliativ team. Pasienter ville være med å ta avgjørelser, men ga uttrykk for at dette var vanskelig når de ikke hadde kunnskap om deres behandling, alternativ behandling eller hva de ville få ut av behandlingen (Boström et al.2004b). Pasientene så nødvendigheten av eget initiativ, men hadde også en frykt for å bli tvunget til å ta for mye ansvar i egen behandling. Pasienter som

mottok palliativ pleie ønsket forbedring innenfor hjelp til beslutningstaking og koordinering av pleie (Yamagishi et al. 2012).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

En styrke for litteraturstudien er at samtlige artikler svarer til hensikten ved at de omhandler kreftpasienters erfaringer og opplevelser, samt deres holdninger til smertelindring. Hensikten var å finne artikler som omhandlet kreftpasienter med langtkommen, uhelbredelig sykdom. Det ble likevel inkludert artikler hvor kreftpasienter fikk kurativ behandling, da disse ble ansett som relevante for litteraturstudien.

Funnene i litteraturstudien vurderes som svært aktuelle for allmenn sykepleieutøvelse, da disse viser faktorer pasienten anser som viktige i den palliative behandlingen og avdekker barrierer som kan være til hinder for optimal smertelindring. For å kunne sikre god smertelindring vil det være viktig at sykepleiere tilegner seg god kunnskap på dette området. Funnene i litteraturstudien anses ikke bare å gjelde kreftpasienter i en palliativ fase men også andre pasientgrupper med samme smerteproblematikk. Oppgaven valgte å ta utgangspunkt i et pasientperspektiv da det var ønskelig å avdekke pasientens behov ved smertelindring. Det anses som en styrke for oppgaven å ha valgt et pasientperspektiv da smerte er høyst subjektivt. Det kunne vært interessant i videre forskning å sett på sykepleieperspektivet, for å gått mer i dybden på hvordan sykepleierens holdninger, kunnskap og erfaring påvirker pasientens smerte.

Søkeord ble nøye utvalgt ut i fra studiens hensikt (vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk). Under søkeprosessen ble det dannet et grunnlag for oppgaven, ved å innhente tolv forskningsartikler som belyste hensikten. Artikkene ble nøye vurdert og kvalitetssikret. Av de tolv artikkene utgjorde seks kvantitative og fem kvalitative artikler, og en kombinasjonsartikkel. Prosessen med å finne relevante artikler har bestått av søk i ulike databaser. Søkene i databasen Cinahl resulterte i ett relevant funn, som ble inkludert i studien. Søkene i Medline resulterte i elleve artikler som var relevante for studien ved at de belyste og besvarte hensikten. Av den grunn ble det ut fra studiens omfang ansett som lite hensiktsmessig å bruke mere tid på søkeprosessen i andre baser.

Forfatterens kunnskap på området og tiden til rådighet var begrensninger som hadde betydning for oppgaven. Bedre kunnskap og mer tid til ville mulig gitt en bedre søkeprofil, og dermed flere resultater som kunne svart på hensikten. Det har vært en utfordring og en tidkrevende prosess å finne relevante søkeord og kombinasjoner. Til tross for disse utfordringene, anses de innhentede artikkene som relevante og nyttige for studien.

I utgangspunktet var det ønskelig med forskning innenfor Europa for å unngå store kulturelle forskjeller. Søket ble etter hvert utvidet da det ble ansett som nødvendig for å belyse hensikten. Når resultatene fra de ulike artiklene ble sammenlignet, ser man imidlertid at resultatet samsvarer med hverandre, og at dette kan ses i sammenheng med norske forhold.

I litteratursøket var det ønskelig med forskning innenfor en tiårsperiode. Dalland (2012) viser til at studentene burde anvende ny kunnskap innenfor utvalgt tema, og stille seg kritisk til eldre forskning. Tre av studiene var imidlertid utført i 2003 og 2004, inkluderingen av disse begrunnes med at resultatet av artiklene fortsatt var aktuelt.

Diskusjonen bærer preg av at artiklene og faglitteraturen blir sett i sammenheng med hverandre, dette på grunn av at artiklene ikke hadde store motsetninger og at de ofte samsvarte med faglitteratur. Derimot kan dette være en styrke for oppgaven da det kom frem konkrete tema pasienten anså som viktige i smertelindringen. Selv om kategoriene gikk mye over i hverandre, viste det hvor stor sammenheng det var blant annet mellom relasjon og smertelindring. Det var ønskelig å ha fokus på et helhetlig pasientperspektiv for å kunne identifisere behov ved smertelindring. At artiklene og faglitteraturen ikke har store motsetninger, kan være med å styrke oppgavens validitet.

Det fremgår ikke tydelig i tre av artiklene at studiene er godkjent av etisk komité. Dette gjelder studier gjennomført i USA og Japan, disse var i midlertidig godkjent av Institutional review board. De etiske aspektene var også vurdert i denne sammenhengen.

Funnene i litteraturstudien ble diskutert opp mot relevant litteratur, lovverk, yrkesetiske retningslinjer, nasjonale retningslinjer og Joyce Travelbee's sykepleierteori. Denne teorien ble valgt ut da den anses som svært relevant og kunne knyttes til flere aspekt som var av betydning for studien. I studien var det ønskelig å bruke primærkilder, da sekundærkilder kunne mistolkes av andre og ikke stå i samsvar med den originale forfatterens meninger (Dalland 2012). Bruk av sekundærlitteratur kunne derfor bli en svakhet for oppgaven. Det ble likevel inkludert noe sekundærlitteratur for å belyse temaet i introduksjonen og diskusjonen i form av fagbøker, som ble vurdert som pålitelige og troverdige kilder.

4.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudien er å belyse kreftpasientens behov ved smertelindring i en palliativ fase. Videre vil studien avdekke barrierer som er til hinder for optimal smertelindring.

Litteraturstudien belyste kreftpasienters behov ved smertelindring og avdekte forhold pasientene anså som hinder for optimal smertelindring. Pasienten anså trygghet og tillit som viktige faktorer i relasjonen til sykepleieren, og uttrykte et behov for informasjon og kunnskap om deres smerte og smertebehandling. Et forutsigbart pasientforløp var et viktig aspekt for å oppnå god smertelindring. Forhold som var til hinder for en optimal smertelindring kunne forklares i pasientens forventninger til smertelindring og barrierer. Disse forholdene vil danne grunnlaget for diskusjonen.

4.2.1 Hinder for optimal smertelindring

Resultatet viste at smerteopplevelser kan variere ut i fra hvilke holdninger og oppfatninger pasienter har om smerte og smertebehandling, og at pasientens erfaringer ofte danner grunnlaget av forventninger til smertelindring. Kössler(2011) beskriver at de fleste av oss har noen eller har hatt noen i nettverket sitt som har eller har hatt kreft. Erfaringene ligger ofte til grunn for hvilket bilde pasientene har av kreftsykdommer. De tidligere opplevelsene kan ofte ligge langt bak i tid og kan fortsatt prege pasientens oppfatninger. Rosèn og Stiles (2007) viser til at psykologiske mekanismer er av stor betydning spesielt innenfor behandling av kroniske smerter og innenfor palliativ medisin. Pasientens tidligere erfaringer, egne forventninger, samt holdninger er sentrale faktorer.

På den ene siden kan også sykepleierens holdninger kunne påvirke smertelindringen. Det kan forklares ved at sykepleieren tolker andres smerter ut fra sin egen erfaring og sitt eget skjønn. Pasientens reaksjoner og uttrykk er også på samme måte avhengig av hans tidligere erfaring, oppvekst og kultur. Sykepleierens egne smerteerfaringer *kan* være med å bidra til at en lettere reagerer på og forstår andres smerteopplevelse. På den andre siden kan man risikere å bruke sine egne erfaringer som en norm pasientens opplevelse vurderes opp mot, i stedet for å tillate pasienten å oppleve smerten han faktisk gjør (Berntzen et al. 2011).

Flere studier viste at pasienters misoppfatninger skapte barrierer til medikamentell behandling. Misoppfatninger skapte frykt både for avhengighet, toleranse og negative bivirkninger. Dette kan skyldes at pasientene misforstår informasjon eller at de kan ha en manglende kunnskap om smerte og smertebehandling. Det kan tenkes at pasienter kan medvirke til at smertelindringen ikke blir tilstrekkelig. Dette forklares med at pasientene kan begrense inntaket av medikamenter til et minimum eller unnlate å ta de forskrevne legemidler. Noe som kan komme av redsel for bivirkninger,

angst for økt toleranse og narkomani. Det er også tilfeller hvor pasienter unnlater å rapportere smerte i frykt for å distrahere legen eller at de ønsker å være den snille pasienten (Valeberg og Wahl 2010). Andre pasienter kan se på smerte som en naturlig del av det å være syk og rapporterer derfor ikke smerte (Johnston 2007).

Ut fra dette kan det se ut til at de ulike barrierene kan skyldes manglende kunnskap om smertelindring, dårlig erfaring med smertelindring eller en sterk overbevisning om at legemidler er skadelige for kroppen (Lorentsen og Grov 2011). Manglende kunnskap hos pasientene krever informasjon og undervisning om kreftsmarter som kan bidra til å redusere pasientenes usikkerhet og avklare misforståelser (Klepstad og Kaasa 2007). Rustøen et al. (2010) understreker viktigheten med et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier. Dette for at pasienten skal ta legemidlene til rett tid og forstå nødvendigheten av å ikke droppe medikamenter på grunn av ubehagelige bivirkninger i behandlingen.

Sykepleierens rolle vil dermed være å kartlegge og vurdere pasienters smerte for å kunne gi tilfredsstillende smertelindring (Berntzen et al. 2011). Smertekartlegging vil også være nødvendig for å kunne evaluere om behandlingen er god nok i forhold til målene en ønsker å nå (Torvik et al. 2010). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon har besluttet å bruke kartleggingsverktøyet ESAS som skal være en kvalitetsindikator for palliativ pleie i Norge (Helsedirektoratet 2015a). Det finnes mange ulike hjelpemidler og verktøy for å kartlegge smerte. Det vil derfor være av stor betydning å velge et verktøy som både pasienten og sykepleierne behersker. Like viktig vil det være at sykepleiere utarbeider gode rutiner for smertekartlegging og dokumentering av smerte (Torvik et al. 2010).

Til tross for god kunnskap, nasjonale retningslinjer og gode kartleggingsverktøy opplever mange kreftpasienter smerter (Helsedirektoratet 2015a). Dette kan ses i sammenheng med pasienters ønske om en velstrukturert plan, noe som kan tyde på at sykepleiere i større grad må forstå betydningen av og ta i bruk systematiske hjelpemidler, som vurderingsskjemaer eller skalaer for å kartlegge pasientens smerter. På grunn av dette vil det være en stor utfordring å få til en mer nøyaktig vurdering av pasientens smerte i smertebehandlingen (Dihle et al. 2006). Årsaken til at implementering og daglig bruk av vurderingsskjemaer møter motstand blant sykepleiere, kan være frykt for at det individuelle perspektivet forsvinner, eller at kartleggingen krever for mye tid (Ene et al. 2008).

Ut fra dette kan man se behovet for en bevisstgjøring innenfor temaet smerte. Sykepleiere trenger oppdatert kunnskap om smerte og smertebehandling. Det vil også være fordelaktig at det tilrettelegges for at det diskuteres og reflekteres rundt sykepleierens forståelse av smerte og hvordan man møter pasienter med smerter (Torvik et al. 2010). Et tiltak for å kunne bedre smertekartlegging

og behandling kan være å opprette en smertekontakt. Smertekontaktens oppgave vil blant annet være å bevisstgjøre holdninger til smerte og smertebehandling. De vil også ha ansvar for rådgivning og opplæring av sykepleiere når det gjelder systematisk kartlegging og observasjon, evaluering og dokumentasjon av smerte (Skauge et al.2005).

Et annet funn i studien viste at mangel på kommunikasjon om smerte og smertebehandling mellom pasient og helsepersonell var til hinder for optimal smertelindring. Kommunikasjon og informasjon mellom pasient og helsepersonell viste seg å ha stor innflytelse på pasienters smerteopplevelse. I følge Eide (2010) kan smerte ses som biologisk uttrykk for fare eller som et uttrykk for lidelse. Sykepleiere må kunne identifisere og utforske begge disse aspektene av smertetilstander. Smerte er en subjektiv opplevelse og det er store forskjeller knyttet til det å kunne kommunisere sin smerte og evnen til å tåle smerte. Beskrivelsen av smerte blir ofte ufullstendig, fordi opplevelsen rommer mer smerte enn det som kan uttrykkes med ord (Berntzen et al.2010). God smertelindring er avhengig av at sykepleieren oppfatter pasientens smerte og har evnen til å danne seg et bilde av opplevelse og årsak. På bakgrunn av dette vil kommunikasjon være helt grunnleggende med tanke på smertebehandling (Eide 2010). Dette understøttes av Joyce Travelbee (1999) som viser til viktigheten av å kjenne til pasientens opplevelse og vite hvilken mening han selv tillegger den. Hun forklarer at en kan ikke på forhånd vite hvordan den enkelte opplever sin sykdom, før helsearbeideren utforsker dette sammen med vedkommende og får fram hvilke meninger han tillegger sin tilstand. Travelbee(1999) beskriver videre at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene en sykepleier må ha for å etablere en relasjon til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten og kan etter hvert identifisere deres særegne behov.

4.2.2 Betydningen trygghet og tillit i relasjoner

Resultatet viste at gode relasjoner mellom helsepersonell og pasienter var av stor betydningen for deres smerteopplevelser. Dette kan ses i sammenheng med Travelbee(1999), som sier at mellommenneskelige relasjoner kan påvirke pasienters holdninger til sin egen lidelse. Ved for eksempel til å finne mening i den, og følgelig hjelpe pasienten til å mestre både lidelsen og sykdommen bedre. Travelbee(1999) sier videre at en må kunne etablere et menneske-til-menneskeforhold for å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Ved å etablere et menneske-til-menneskeforhold gir det sykepleieren mulighet til å bli kjent med og opprette gjensidig forståelse, kontakt og tillit i relasjon til pasienten.

I studien kom det frem at pasientene la stor vekt på betydningen av tillit og trygghet for å etablere en god relasjon, som igjen viste seg å påvirke deres smerteopplevelse. Dette understøttes av Rosèn og Stiles(2007) som viser til at trygghet på seg selv eller behandleren kan være med på å redusere

smerteopplevelsen hos pasienter. Motsatt kan det ses som om usikkerhet og angst kan være med å forsterke smerteopplevelsen. Litteratur viser at både fysiologiske og psykologiske faktorer er med på å påvirke pasientens smerteopplevelse (Rosén og Stiles 2007). Det vil derfor være hensiktsmessig for sykepleieren å bruke tid sammen med pasienten for å forstå sammenhengen mellom fysiologiske og psykologiske faktorer. Ved å ta hensyn til og ved å vurdere begge aspektene i en dialog med pasienten, kan man oppnå en optimal smertelindring. Opplevelse av trygghet er helt avgjørende i forhold til behandling, noe som kan oppnås via gode relasjoner til sykepleieren, blant annet gjennom god informasjon (Rosén og Stiles 2007).

Resultatet viser til betydningen av gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier, noe som ifølge Nordtvedt og Nordtvedt(2001) er en forutsetning for god smertelindring. Det vil si at sykepleiere må ha tillit til pasientens smerteopplevelse og at pasienten må stole på at sykepleieren ønsker å hjelpe. Rosén og Stiles (2007) understøtter betydningen av et godt og tillitsfullt forhold til pasienten. Dette kan bidra til at pasienten gir sykepleiere verdifull informasjon om deres tanker og holdninger om smerte. Informasjonen kan være med å øke sykepleierens forståelse av pasientens smerte og dermed gi en større forutsetning for en optimal smertelindring.

Studien beskrev pasienters behov for å bli møtt med snillhet og respekt, og kompetente sykepleiere som var genuint interessert i å hjelpe. Dette var av betydning for deres tillitt til helsepersonell. Kristoffersen og Nordtvedt(2012) beskriver at tillit handler om å vise respekt og ha evnen til å vise empati. Pasientens tillit til sykepleierne handler ikke bare om kvaliteten på faglig virksomhet, men også med sykepleierens oppførsel og hvordan en fremstår som menneske. Dette kan ses i sammenheng med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer som sier at «*sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert*» (Norsk sykepleierforbund 2011 s. 7).

Litteratursøket viste at kommunikasjon var viktig for å oppnå en god relasjon, og at en åpen og ærlig dialog kunne bidra til å forstå pasienters smerter og bekymringer angående deres behandling. Kristoffersen og Nortvedt(2012) hevder at en forståelse av ens situasjon og erfaringer er ofte avgjørende for om pasienter opplever seg ivaretatt av sykepleieren. Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjoner, hvor kommunikasjon er et middel for å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Videre kan kommunikasjon forklares som et middel for å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom og lidelse (Travelbee 1999).

Til tross for nasjonale retningslinjer for smertebehandling er det fortsatt mange kreftpasienter som ikke får optimal smertebehandling (Helsedirektoratet 2015a). Dette kan blant annet ses i

sammenheng med at mange pasienter synes det er vanskelig å kommunisere sin smerte, på en måte som gjør at den blir oppfattet av sykepleiere. På en annen side kan sykepleiere også ha vanskeligheter med å oppfatte pasientens kommunikasjon av smerte og behov. En utfordring sykepleieren har er å kommunisere slik at den enkelte pasient føler seg hjulpet (Eide 2010).

Mennesker har forskjellige måter å gi uttrykk for smerter på, som kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å forstå hvor sterke smerter en har. Kvaliteten på smertelindringen kan ofte være avhengig av hvordan sykepleieren tolker eller oppfatter pasientens reaksjon på smerte. Dersom sykepleieren oppfatter reaksjonen som rimelig blir han sannsynligvis forstått, og smertene lindret. Hvis reaksjonen oppfattes som overdrevet, er det en risiko for at pasienten får for dårlig smertebehandling. Dette viser hvor avhengig pasienter er av sykepleiernes tolkning av hva som er rimelig reaksjon på deres smerter (Nortvedt og Nortvedt 2001).

Det vil dermed være nødvendig for sykepleierne å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter for å kunne forstå hva pasienten formidler, både verbalt og non verbalt (Eide og Eide 2012).

Kommunikasjonsferdigheter vil blant annet være å kunne lytte aktivt, observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler. En må kunne formidle informasjon, møte den andres behov på en god måte, strukturere en samtale og forholde seg åpent til vanskelige følelser. De ulike kommunikasjonsferdighetene brukes som et hjelpemiddel for å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å bedre hjelp og støtte. Det handler om å ta gode beslutninger sammen, og til å stimulere den andres utvikling på en best mulig måte (Eide og Eide 2012).

4.2.3 Pasientens behov for informasjon og kunnskap

I studien kommer det frem at pasientene hadde behov for informasjon og kunnskap angående deres sykdom og behandling. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven(1999, § 4) har pasienter rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand. Eide og Eide(2012) beskriver at pasientinformasjon er i stor grad å formidle kunnskap som pasienten har behov for. Informasjonen som gis skal være individuell tilpasset og helsepersonell har ansvar for å sikre seg at innhold og betydning er forstått. Kunnskap kan gi en følelse av kontroll og opplevelse av mestring (Eide og Eide 2012). God informasjon kan også være med på å redusere engstelse og kan gi grunnlag for et bedre samarbeid mellom pasient og sykepleier(Kaasa 2007). Dette kan ses i sammenheng med yrkesetiske retningslinjer; «*Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått*» (Norsk sykepleierforbund 2011 s. 8). Det vil være betydelig variasjon i personlighet mellom pasienter, hvor noen ønsker begrenset informasjon, mens andre etterspør detaljert informasjon som kan være vanskelig å imøtekomme. Sykepleiere må kunne vurdere hvilken informasjon pasienten trenger og at

det vil være viktig å ikke overlesse pasienten med informasjon som han ikke evner å forholde seg til eller å huske. Kjennskap til deres personlighet kan bidra til å gi grunnlag for mer individualisert informasjon (Eide og Eide 2012).

All informasjon som blir formidlet av sykepleiere blir tolket av pasienter. Dersom det er mange sykepleiere involvert blir det også flere muligheter for feiltolkninger og usikkerhet. Dette viser hvor viktig det er med samstemt kommunikasjon og at informasjonen blir formidlet på en måte som blir forstått (Schjødt et al. 2007)

Resultatet vektlegger pasientens ønske om kunnskapsrike og erfarne sykepleiere ved behandling av deres smerter. Pasientene anså god kunnskap som en basis for sykepleierne og at kompetanse på sykdom og behandling var viktig for deres trygghet. Noe en pasient tydeliggjør ved å si;

«One discovers very quickly if the nurses have knowledge about the disease. They know what they are talking about. That makes me feel secure. I do not have confidence in all the nurses. I ask the ones I trust» (Kvåle og Bondevik 2010 s. 438-439).

Dette kan knyttes opp imot yrkesetiske retningslinjene hvor det står at sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette samsvarer også med helsepersonelloven som sier at sykepleiere skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleiernes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Loven sier også at sykepleierne skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven 1999, § 4)

Det vil si at sykepleierne må ha en sterk fagspesifikk kunnskapsbase både fra teori og forskning, samt erfarings- og personlig kunnskap. Kunnskapen må stadig oppdateres og fornyes (Nordtvedt og Grønseth 2011). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det også at sykepleiere skal ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere, herunder også andre sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette forstås som at det er viktig å utveksle kunnskap og erfaring med andre sykepleiere. Mange sitter inne med solide og omfattende kunnskaper etter mange års arbeid med bestemte pasientgrupper. Det vil være hensiktsmessig å dele og diskutere erfaringene med hverandre slik at viktig kunnskap kan komme alle pasienter til nytte (Nordtvedt og Grønseth 2011). Om dette sier Travelbee (1999) at sykepleieren skal være i stand til å vurdere når det er behov for å innhente mer kunnskap og innsikt, og sykepleieren skal vite hvor og til hvem en skal henvende seg for å skaffe denne kunnskapen.

Resultatet viste at bruk av opplæringsprogram hos kreftpasienter bidro til å øke kvaliteten på smertebehandlingen. Informasjon og kunnskap om smerte og smertebehandling hadde en positiv

effekt på pasientenes smerteintensitet, og kunne bidra til å redusere misoppfatninger knyttet til medikamentell behandling. Rustøen et.al(2010) viser også til forskning der eksisterende kunnskaper og lindring av kreftsmarter er satt i system, slik at sykepleier skal kunne hjelpe pasientene på en bedre måte (West et.al 2003). Intervensjonsopplegget er utviklet for å fremme kunnskaper om smerte og smertebehandling hos kreftpasienter og består av tre elementer: Informasjon og undervisning, opptrening i mestringsferdigheter og oppfølging av sykepleier(Rustøen et al.2010). Også denne intervensjonen viser seg å ha en positiv effekt for å lindre smerte. Intervensjonen bygger på eksisterende kunnskap og forskning innen smerte og smertebehandling, noe som gjør den verdifull for sykepleiere da den systematiserer og synliggjør sykepleierens funksjon i møte med kreftpasienter med smerter (West et.al 2003).

Intervensjonstilnærming handler i stor grad om å utruste pasienter med teknikker som gjør de i stand til å håndtere smerten. Det finnes mange og varierte intervensjoner innenfor sykepleie som påvirker pasientens opplevelse av smerte. Eksempler på ulike intervensjoner kan være pasientundervisning og informasjonsformidling, mestringsstrening og stresshåndtering. Sykepleie til pasienter med kreftsmarter kan basere seg på ulike kombinasjoner av intervensjonene. Dette kan bidra til hjelpe pasienten til å håndtere negative følelser og tanker omkring smerte og forsterkning av smerte. Kognitive strategier kan øke pasientens mestringssevne og redusere smerteintensitet (Valeberg og Wahl 2010).

4.2.4 Pasientens behov for et forutsigbart forløp

I studien kom det frem at pasientene hadde behov for en velstrukturert plan ved smertelindring. I følge Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen skal smertelindringen ha en plan som sørger for optimal smertelindring. En plan for palliative pasienter skal tilpasses deres spesielle situasjon med stadig endring i tilstand og vekslende behov for oppfølging og tiltak (Helsedirektoratet 2015a). En slik plan skal utformes etter vurdering og identifisering av pasientens smerter, for deretter å angi mål, ressurser og tiltak. Mål skal klargjøre hva pasienten og sykepleieren sammen skal jobbe mot. Dokumentasjon vil bidra til å gi et bilde av pasientens situasjon og det som skjer underveis i et pleie- og behandlingsforløp. En plan vil kunne sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleie og behandling (Dahl og Skaug 2012). Dette kan ses i sammenheng med Travelbee (1999) sin målrettet intellektuelle tilnærming hvor sykepleieren benytter sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne fram til pasientens behov for sykepleie, og hvordan behovene best skal møtes.

For pasienter i en palliativ fase er de helserelaterte behovene og symptomene komplekse og til dels sammensatte (Lorentsen og Grov 2011). Helhetlig omsorg forutsetter et tverrfaglig samarbeid, hvor mange yrkesgrupper er involvert i omsorgen (Rønningen et. al 2007). Studien viste at pasienter som

kom i kontakt med palliativt team fikk en større kontinuitet i deres behandling. Et palliativt team har en bred kompetanse innenfor palliasjon og vil ha en større forutsetning for å kunne møte pasientens sammensatte behov. Det tverrfaglige samarbeidet innebærer at alle involverte i behandlingen arbeider sammen mot et felles mål som er til det beste for pasienten. Samhandlingen kvalitetssikres ved å legge en felles individuell plan (Rønning et al 2007).

Ifølge helsedirektoratets rapport om lindrende behandling viser det seg at individuell plan tilbys i for liten grad (2015b). Noe som støttes av nyere forskning (Sægrov 2015). Dette står ikke samsvar med pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5) som sier at alle som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Den individuelle planen skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Nyere forskning viser til at sykepleierne trenger opplæring og nok tid for å kunne utarbeide en individuell plan. Dette var en forutsetning for å oppfylle kreftpasientenes rett til en individuell plan (Sægrov 2015). Ut fra dette kan det se ut som det er behov for en økt bevisstgjøring, ved at sykepleierne må bli bevisst at de har et selvstendig lovfestet ansvar for å utarbeide individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011). I tillegg kan det se ut til at det er behov for kompetanseheving, ved at de får opplæring og undervisning på området, da de hadde for lite kunnskap på hvordan de utformet en individuell plan.

Pasientene hadde behov for koordinering av pleien og et stabilt helsepersonell. Ifølge pasient og brukerrettighetsloven(1999, § 2-5) har pasienter med langvarige og komplekse behov rett på en koordinator uavhengig av om de er under kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. En koordinator skal sørge for at den enkelte pasient får nødvendig oppfølging, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011). Et stabilt helsepersonell kan forstås som at pasienten vil ha behov for en primærsykepleier. Primærsykepleieren vil kunne være med å sikre kontinuitet og tydeliggjøre ansvar. Et viktig prinsipp for palliasjon er at pasientene skal oppleve trygghet og skal ha tilgang til kvalifisert hjelp til enhver tid (Haugen et al.2007). Det er nærliggende å tro at ved å ha en koordinert pleie og et stabilt helsepersonell, vil dette kunne gi en følelse av trygghet som igjen vil ha en positiv effekt på smerteopplevelsen (Rosén og Stiles 2007).

Resultatet viste at pasientene hadde et behov for å være aktiv i egne behandlingsavgjørelser. Autonomi handler om å møte pasienten med respekt, ta pasientens perspektiv på alvor og la pasientene beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som mulig. Det å la pasienter beholde mest mulig makt og kontroll vil kunne styrke og stimulere pasienten til å delta i beslutningsprosesser og utøve myndighet (Eide og Eide 2012). Brukermedvirkning og autonomi vil derfor være sentrale

mål for arbeidet med individuelle planer. Som sykepleier vil dette innebære å styrke pasientens kompetanse, selvtillit og evne til å aktivt medvirke og ta ansvar når det skal formuleres mål, tas beslutninger og utføres handlinger knyttet til behandling og pleie (Kristoffersen 2012).

Studien antyder at noen pasienter frykter for å bli tvunget til å ta for mye ansvar i egen behandling. Ifølge Kristoffersen og Nordtvedt(2012) opplever mange pasienter det som en belastning å skulle bestemme selv. Kanskje forventes det at pasienten tar mer ansvar enn det han/hun ønsker ved vanskelige avgjørelser. Hirsch og Busch(2007) forklarer at pasienter som mottar palliativ behandling ofte ikke ønsker eller er i stand til å ivareta sin autonomi/selvbestemmelse, noe som kan skyldes uro, konsentrasjonsproblemer, problemer med hukommelsen, affekt, smerteproblematikk, desperasjon, dyp fortvilelse og opplevelse av meningsløshet. Dette hevder også helsedirektoratets(2015b) rapport om lindrende behandling, hvor mange pasienter velger å overlate viktige beslutninger til sykepleiere. Sykepleiere må derfor være bevisst at retten til medvirkning også kan bety retten til ikke å medvirke. Dette er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer som sier «*Sykepleieren respekterer pasientens rett til å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse*» (Norsk sykepleierforbund s. 8).

5.0 KONKLUSJON

Hensikten med litteraturstudien er å belyse kreftpasientens behov ved smertelindring i en palliativ fase. Videre vil studien avdekke barrierer som er til hinder for optimal smertelindring.

- God kommunikasjon og gjensidig tillit anser pasientene som viktige aspekter i relasjon til sykepleier. Dette kan gi en opplevelse av trygghet som igjen påvirker smerteopplevelsen.
- Trygghet bidrar til tillit og en større forståelse mellom pasient og sykepleier. Dette kan bidra til at pasienten kommuniserer om sin smerte og smertebehandling. Det kan gi sykepleieren en større forutsetning for å lindre smerte.
- Pasienter uttrykker et behov for erfarne sykepleiere som kan gi veiledning, formidle kunnskap og informasjon om smerte og smertebehandling. Opplæringsprogram som inkluderer disse faktorene kan bidra til å redusere smerteintensiteten.
- Pasientene uttrykker et behov for en velstrukturert plan og koordinering av pleien for å oppnå optimal smertelindring.
- Pasientens holdninger og erfaringer til kreftrelaterte smerter og smertelindring kan være med å påvirke kvaliteten på smertelindringen. Dette kommer til syne gjennom misoppfatninger og fordommer til medikamenter. Pasienter kan for eksempel unnlate å ta forskrevne legemidler i frykt for økt toleranse.
- Mangel på god kommunikasjon viser seg å være en barriere ved smertelindring. Pasientopplevelser og erfaringer er viktig for å kunne identifisere pasienters behov. Dermed står god kommunikasjon sentralt for å oppnå optimal smertelindring.

For å lykkes i smertebehandlingen kan det ses ut som om det trengs en kompetanseheving, faglig oppdatering og praktisk opplæring i smertelindring. Det kan tenkes at det trengs en bevisstgjøring iblant sykepleieren samt et tverrfaglig samarbeid for å behandle smerte på den beste måten for pasienten. Videre vil det være viktig å avklare forhold hos pasienten som bidrar til en utilfredsstillende smertelindring. Forskning som allerede finnes bør gjøres kjent sånn at den kan få konsekvenser for klinisk praksis, og komme pasienten til gode.

LITTERATURLISTE

Antòn A, Montalar J, Carulla J, Jara C, Batista N, Camps C, Cassinello J, Sanz-Ortiz J, Diaz-Rubio E, Martinez C, Ledesma F og Zubillaga E (2012) Pain in clinical oncology: Patient satisfaction with management of cancer pain, *European Journal of Pain*, vol 16, s.381-389.

Aubin M, Vèzina L, Parent R, Fillion L, Allard P, Bergeron R, Dumont S og Giguère A (2006) Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home, *Oncology Nursing Forum*, vol 33, s.1183-1188.

Berntsen H, Danielsen A & Almås H (2011) Sykepleie ved smerter, i: Almås H., Stubberud D-G., & Grønseth R(red) *Klinisk sykepleie* bind 1, s.355-398, 4.utg, Oslo, Gyldendal Akademisk

Beck S L, Towsley G L, Berry P H. Lindau K, Field R B og Jensen S (2010) Core aspect of satisfaction with pain managemnet: Cancer Patient`s Perspective, *Journal of Pain and Symptom Management*, vol 39, s.100-115.

Böström B, Sandh M, Lundberg D og Fridlund B (2004a) Cancer patients`experiences of care related to pain management before and after palliative care referral, *European Journal of cancer Care*, vol 13, s.238-245.

Böström B, Sandh M, Lundberg D og Fridlund B (2004b) Cancer-related pain in palliative care: patients`perceptions of pain management, *Journal of Advanced Nursing*, vol 45, s.410-419.

Dahl K og Skaug E-A (2012) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon I sykepleien, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F, Skaug E-A(red) *Grunnleggende sykepleie*, Bind 2, s.16-60, 2.utg, Oslo Gyldendal Akademisk

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

Dihle A, Bjølseth G og Helseth S (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4):469-479.

Eide H(2010) Kommunikasjon, relasjon og smerte i; Rustøen T og Wahl A K (red) *Ulike tekster om smerte – Fra Nocisepsjon til livskvalitet*, s.354-372, Oslo, Gyldendal Akademisk

Eide og Eide (2012) Informerende ferdigheter i; *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*, s. 2 utg.292-308, Oslo, Gyldendal Akademisk

Ene K W, Norberg G ,Berg I ,Johansson F G og Sjöström B (2008) Postoperative pain management- The influence of surgical ward nurses, *Journal of clinical nursing*, 17 (15) s. 2042-2050

Forord, Eg ser av Bjørn Eidsvåg URL:

<http://www.bjerneidsvag.no/album/passe-gal/sanger/eg-ser>

(Lokaliseringsdato 15.05.2015)

FOR(2011) Forskrift om habilitering og rehabilitering § 16 URL:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=individuell+plan>

(Lokaliseringsdato 15.05.15)

Forsberg C og Wengström Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier-värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Natur och kultur

Graneheim U H og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24 (1), s. 105-112

Haugen D F, Jordhøy M S og Hjermsstad M J (2007) Organisering av palliative tilbud i: Kaasa S(red) *Palliasjon- Nordisk lærebok*, s.197-212, 2.utg, Oslo, Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2015a) Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. URL:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

(Lokaliseringsdato 23.01.15)

Helsedirektoratet (2015b) Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene URL:

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt_IS-2278.pdf

(Lokaliseringsdato 23.04.2015)

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell av 2. juli 1999, nr. 64 URL:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

(Lokaliseringsdato 09.05.2015)

Hirsch A & Busch C J (2007) Ritualer ved dødsfall i; Kaasa S (red) *Palliasjon- Nordisk lærebok*, s. 143-152. 2 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Jacobsen R, Samsanaviciene J, Liuabarskiene Z og Sciupokas A (2010) Barriers to pain management among Lithuanian cancer patients, *World Institute of Pain - Pain Practice*, vol 10, s.145-157.

Johnston M P (2007) Pain i : Langhornet M E, Fulton J S og Otto S E (red) *Onkology nursing*, St.Louis : Mosbyelsevier

Kaasa S (2007) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Kaasa S og Borchgrevink P C (2007) Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I; Kaasa S (red) *Palliasjon. Nordisk lærebok*, s. 271-283, 2.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Klepstad P og Kaasa S (2007) Opioider i: Kaasa S (red) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, s. 361-374, 2.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Kreftregisteret (2012) *Cancer in Norway* URL:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

(Lokaliseringsdato 23.01.2015)

Kristoffersen N J og Nortvedt P (2012) Relasjonen mellom sykepleier og pasient i: Kristoffersen N J, Nortvedt F, Skaug E-A(red) *Grunnleggende sykepleie*, s. 83-133, Bind 1, Oslo, Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J (2012) Sykepleier i organisasjon og samfunn i; Kristoffersen N J, Nortvedt F, Skaug E-A(red) *Grunnleggende sykepleie*, s.281-341, Bind 1,Oslo, Gyldendal Akademisk

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

Kössler I (2011) *Patienters perspektiv och upplevelser ac cancersjukdom och cancervård* i; Hellbom M og Thomè B (red)Perspektiv på onkologisk vård, Studentlitteratur AB, Lund

Kaasa S og Loge J H (2007) Diagnostikk innen palliasjon-en generell innføring i: Kaasa S(red) *Palliasjon– Nordisk lærebok*, s. 75-88, 2.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Lorentsen B V og Grov K E (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R(red) *Klinisk sykepleie bind 2*, 4.utg, s. 401-437, Oslo, Gyldendal Akademisk

Nortvedt P og Grønseth R (2011) Klinisk sykepleie – Funksjon og ansvar i: Almås H, Stubberud D-G, og Grønseth R(red) *Klinisk sykepleie*, bind 1, s. 17-32, 4.utg, Gyldendal Akademisk, Oslo

Nortvedt F og Nortvedt P (2001) *Smerte: fenomen og forståelse*, Gyldendal Akademisk, Oslo

Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere URL:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

(Lokaliseringsdato 23.04.2015)

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

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>

(Lokaliseringsdato 10.05.15)

Polit D F og Beck C T (2012) Nursing Research, Generating and assessing evidence for nursing practice, Philadelphia, Wolters Kluwer Health

Potter V, Wiseman C E, Duun S M og Boyle F M (2003) Patient barriers to optimal cancer pain control, *Psycho- Oncology*, vol 12, s.153-160.

Rosèn G og Stiles T C (2007) Smertebehandling og psykologi i: Kaasa S(red) *Palliasjon- Nordisk lærebok*, s. 261-269, 2.utg, Oslo, Gyldendal Akademisk

Rustøen T, Torvik K, Valeberg B, Utne U, Stubhaug A. (2010) Kreft og smerter i: Rustøen T og Wahl A K (red) *Ulike tekster om smerte – Fra Nocisepsjon til livskvalitet*, s. Oslo, Gyldendal Akademisk

Rønning M, Strand E og Hjermstad M J (2007) Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien i: Kaasa S (red) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, s. 213-227, 2.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk

Schjødt B, Haugen D F, Straume M, Værholm (2007) Familien i; Kaasa S (red) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, s.89-114, 2. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Sjøblöm og Rygg (2012) Inspirert av Hellzen, Johanson og Peilert for urval i SBU-rapport(1999).

Skauge M, Kråkenes L og Paulsen B (2005) Smertekontakt – en vei å gå for å utvikle kunnskap og praktiske ferdigheter i forhold til smerte og smertebehandling, *Kreftsykepleien*, 4: 6-9

Sægrov S (2015) Sjukepleiærens arbeid med individuell plan for krefttrauma. *Sykepleien Forskning* 2015 10 (1):54-61.

Torvik K, Skauge M, Rustøen T (2010) Smertekartlegging- Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler i; Rustøen T og Wahl A K (red) *Ulike tekster om smerte – Fra Nocisepsjon til livskvalitet*, s. 52-75, Oslo, Gyldendal Akademisk

Travelbee J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Universitetsforlaget, Oslo

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

Valeberg B T og Wahl A K(2010) Smerte og mestring i: Rustøen T og Wahl A K (red) *Ulike tekster om smerte – Fra Nocisepsjon til livskvalitet*, s. 308-320, Oslo, Gyldendal Akademisk

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

West C M, Dodd M J ,Paul S M, Schumacher K, Tripathy D, Koo P og Miaskowski C (2003) The PRO-SELF: Pain Control Program – an effective approach for cancer pain management. *Oncology Nursing Forum*, Jan-Feb; 30(1):65-73. Rewiew.

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, Shirahige Y og Eguchi K (2012) Pain intensity, quality of life,quality of palliative care and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer, a Japanese, nationwide, region-based,multicenter survey, *Journal of Pain Symptom Managemnet*, vol 43, s.503-514.

Yildirim Y K, Cicek F og Uyar M (2009) Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction and barriers in Turkish cancer patient, *Pain Management Nursing*, vol 10, s. 220-228.

VEDLEGG 1. Oversikt over søkehistorikk

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Leste Abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Medline 22.01.2015	2005- currant Danish,English Norwegian or Swedish	Barriers OR Communication Barriers AND Pain AND Neoplasms	153	120	33	10	1
Medline 21.01.2015	Abstract 2005-currant Danish,English,	Pain Management AND/OR Pain Measurement	33	18	15	5	1

	Norwegian or Swedish	Pain Perception AND/OR Patient Satisfaction AND					
Medline 21.01.2015	Abstract 2005-Current Qualitative	Patient Satisfaction AND Pain Management AND Neoplasms	23	10	13	8	2
Medline 02.02.15	Abstract 2000-currant Language; Danish, Swedish, Norwegian or English	Perception OR Satisfaction AND Neoplasms AND Palliative care AND	16	4	10	4	2

		Pain management					
Cinahl 15.02.15	Abstract 2000-currant Language; Danish, Swedish, Norwegian or English	Nursing Intervention OR Intervention AND Cancer pain AND Pain management	74	65	9	7	1
Håndsök 02.02.15							1
Håndsök 22.01.15							1

VEDLEGG 2. Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift/ journal	Studienes hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Anton et al. (2012) Spania European Journal Of Pain	Å vurdere kreftpasienters tilfredshet med smertebehandling.	Kvantitativ studie Data hentet fra spørreskjema	525 Pasienter	Pasienter som ble involvert i smertebehandlingen var mer fornøyd med den medikamentelle behandlingen. Dette kunne bidra til en lavere smerteintensitet.	Studien er godkjent av etisk komité.

<p>Aubin et.al (2006)</p> <p>Canada</p> <p>Oncology Nursing Forum</p>	<p>Å evaluere effekten av et opplæringsprogram for å redusere smerter</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>En kontrollgruppe og en eksperimentell gruppe.</p> <p>Data hentet fra Intervju</p>	<p>80 Pasienter</p> <p>41 fullførte</p>	<p>Seks uker med opplæringsprogram hadde moderat positiv effekt på smertelindring gjennom myndiggjøring av pasientene</p>	<p>Studien er godkjent av etisk komité.</p>
<p>Beck et al. (2010)</p> <p>USA</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management</p>	<p>Å beskrive pasientens forventninger til smertelindring, årsaker til utilfredsstillende og tilfredsstillende smertelindring, samt å utforske avvik mellom rangeringer av høy tilfredshet med smertebehandling med høy smerteintensitet</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Data hentet fra intervju og spørreskjema</p>	<p>33 Pasienter</p>	<p>De fleste pasientene forventet smertelindring. Fire nøkkelementer var viktig for kvaliteten ved smertelindringen;</p> <p>Å bli behandlet riktig, å ha et trygt nettverk, ha en god relasjon til helsepersonell og en effektiv smertebehandling.</p>	<p>Studien er godkjent av University of Utah Institutional Review Board</p>

Boström et al. (2004)	Å undersøke kreftpasienters erfaringer med smertelindring før og etter henvisning til palliative pleie. Videre hensikt var å finne ut sammenhengen mellom smertekontroll og andre aspekter av pleie.	Kvantitativ studie	75 Pasienter	Studien viser en betydelig forbedring av smertelindring etter henvisning til palliativ pleie.	Studien er godkjent av etisk komité.
Sverige		Data hentet fra spørreskjema			
European Journal of Cancer Pain					
Boström et al. (2004)	Beskrive kreftpasienters oppfatning av hva som er avgjørende for god smertelindring i den palliativ pleien.	Kvalitativ studie	30 Pasienter	Pasientene beskrev 3 viktige aspekter de mente var viktig for å oppnå god smertelindring; Kommunikasjon, planlegging og tillit, samt en åpen og ærlig relasjon med helsepersonell.	Studien er godkjent av etisk komité.
Sverige		Data hentet fra Intervju			
Journal of Advanced Nursing					

<p>Jacobsen et al. (2010)</p> <p>Litauen</p> <p>World Institute of Pain</p> <p>Pain Practice</p>	<p>Å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling og undersøke om barrierer for smertebehandling påvirker pasientens smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.</p>	<p>Beskrivende tverrsnittstudie</p> <p>Kvantitativ</p>	<p>270 Pasienter</p> <p>217 fullførte</p>	<p>Kreftpasienters høyeste barrierer for smertebehandling er avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som dødsighet.</p>	<p>Studien er godkjent av etisk komité.</p>
<p>Kvåle og Bondevik (2010)</p> <p>Norge</p> <p>Oncology Nursing Forum</p>	<p>Å få innsikt i pasientenes oppfatning av sykepleiernes kunnskap om kreft og behandling knyttet til kvaliteten i sykepleien.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Data hentet fra Intervju.</p>	<p>20 Pasienter</p>	<p>Pasientene tok for gitt at sykepleierne hadde kunnskap om kreft og behandling. Tema identifisert som viktig faktor på hvorfor denne kunnskapen var viktig; Det gjør at pasientene føler seg trygge, og lindrer lidelse ved å gi nyttig informasjon.</p>	<p>Studien er godkjent av etisk komité.</p>

Potter et al. (2003)	Å utforske kreftpasienters barrierer for optimal smertelindring?	Kvantitativ studie	101 Pasienter	Studien viser sammenhengen mellom barrierer og utilstrekkelig smertelindring.	Studien er godkjent av etisk komité.
Australia		Data hentet fra	93		
Psycho- Oncology		Spørreskjema	fullførte		
Valeberg et al. (2010)	Å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smerte og smertebehandling og undersøke om barrierer for smertebehandling påvirker pasientens smerteintensitet og smertens påvirkning på funksjon.	Beskrivende tverrsnittstudie	270 Pasienter	Kreftpasienters høyeste barrierer for smertebehandling er avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som dødsighet.	Studien er godkjent av etisk komité.
Norge		Kvantitativ	217 fullførte		
Sykepleien Forskning					

Volker et al. (2004)	Å undersøke Kreftpasienters behov i den den palliative fasen.	Kvalitativ studie Data hentet fra Intervju	7 Pasienter	Pasientene beskrev ulike aspekter som var viktige i den palliative fasen	En liten studie med kun 7 pasienter Studien er godkjent av Institutional review board
USA Oncology Nursing Forum					
Yamagishi et al. (2012)	Å evaluere smerteintensitet, livskvalitet, kvaliteten på palliativ pleie og tilfredshet hos kreftpasienter.	Kvantitativ studie Data hentet fra spørreskjema	Spørreskjema sendt til 1493 pasienter 859 pasienter svarte	Studien viser viktigheten av en god relasjon med helsepersonell, å bli akseptert som et individ, å være fri fra fysiske og emosjonelle plager.	Studien er godkjent av Institutional review board
Japan Journal of Pain And Symptom Management					

<p>Yildirim et al. (2009)</p> <p>Tyrkia</p> <p>Pain Management Nursing</p>	<p>Å utforske effekten av smerteutdanningsprogram på smerteintensitet, pasientens tilfredshet med smertelindring og pasientrelaterte barrierer.</p>	<p>En randomisert prospektiv eksperimentelt design</p> <p>En kombinasjon av en kvantitativ og kvalitativ studie</p> <p>Data hentet fra spørreskjema og intervju</p>	<p>40 Pasienter</p>	<p>Resultatet viser at smerteutdanningsprogrammet reduserer smerteintensiteten, forbedrer tilfredsheten med behandlingen og reduserer pasientens barrierer til smertelindring.</p>	<p>Studien er godkjent av etisk komité.</p>
--	---	---	---------------------	--	---

Artikkelgransking/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejters for urval i SBU-rapport (1999).

Database : Dato:

Titel:

Forfattere:

.....

År: Tidsskrift/journal:

Land hvor studien ble gjennomført:

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:

.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon

Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv

Randomisert Kontrollert

Intervensjon Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N): Trafal (N)

Tidspunkt for studien? Studiens lengde:

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydlig avgrensning/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja	Nei
Er utvalget relevant?	Ja	Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja	Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja	Nei
Kommunisérbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja	Nei
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttig?	Ja	Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Støtrelsen beskrevet Ja Nei

Intervusjonen beskrevet Ja Nei

Adelkvar statistisk metode Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse:

.....

.....

Forsatt vurdering: Ja Nei

Motivering: