

BSYBAC

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Smerter og smertelindring hos hjemmeboende palliative kreftpasienter



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 21.12.2024*

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## FORORD

### *DET VAR IKKJE DØDEN*

*Det var ikkje døden som lokka*

*eg drøymde*

*eg lengta*

*såg for meg*

*ein smertefri dag*

*- Tove Virata Bråthen*

*(Bråthen, 2019)*

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn for valg av tema:** Gjennom ulike praksisperioder samt erfaringer fra arbeidslivet har vi alle møtt palliative pasienter. En av de pasientgruppene som er en gjenganger blant disse er kreftpasientene. Kreftpasientene er en kompleks pasientgruppe med individuelle behov, der sykepleieren har en viktig rolle. Gjennom en praksisperiode på kreftavdelingen på sykehuset fikk vi et innblikk i denne pasientgruppen, hvor stikkordene smertelindring og livskvalitet er sentrale. Kreftsykdom var noe økende i 2021 likevel ble tre av fire friske, de resterende pasientene går inn i et palliativt forløp (kreftforeningen, 2023d). Smerter er en stor del av hverdagen til kreftpasienter, samtidig som det er utfordrerne med tilstrekkelig smertelindring (Kreftforeningen, 2023b). Derfor ser vi viktigheten av å studere dette nærmere for å kunne være bedre rustet i møte med pasientene. Det blir interessant å knytte erfaringer vi har opp til faglitteratur rundt temaet.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse temaet smerte og smertelindring av palliative kreftpasienter i hjemmet.

**Metode:** I denne oppgaven ble det utført et systematisk søk for å finne både kvalitative og kvantitative artikler som var aktuelle opp mot problemstillingen. Vi fant fem vitenskapelige artikler som vi brukte for å skrive en integrativ litteraturstudie.

**Resultater:** Gjennom denne oppgaven har vi sett at palliative kreftpasienter opplever sterke smerter. Dette påvirker dem både fysisk, psykisk, sosialt, åndelig og eksistensielt. Hverdagen og livskvaliteten til kreftpasientene preges av smertene og behovet for sterke opioider. Sykepleierne i de inkluderte studiene har mangler på kunnskap og redusert kapasitet til kartlegging og tilstrekkelig smertelindring.

**Nøkkelord:** Palliasjon, kreft, hjemmeboende pasienter, smerte, smertelindring, kreftpasient og livskvalitet.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN .....	6
1.3 HENSIKT.....	7
<b>2.0 TEORETISKE RAMMEVERK</b> .....	<b>8</b>
2.1 KREFT .....	8
2.2 PALLIATIV BEHANDLING TIL KREFTPASIENTER.....	8
2.2.1 <i>Kreftrelatert smerte</i> .....	9
2.2.2 <i>Ulike typer smerter</i> .....	9
2.2.3 <i>Behandling av smerter i hjemmet</i> .....	10
2.3 KATIE ERIKSSONS TEORI .....	10
2.4 LOVVERK .....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>13</b>
3.1 HVA ER METODE.....	13
3.2 KVANTITATIV OG KVALITATIV METODE .....	13
3.3 LITTERATURBASERT STUDIE SOM METODE .....	13
3.4 DATABASER OG SØKEORD .....	13
3.5 AVGRENSNINGER .....	14
3.6 ANALYSEARBEID.....	15
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
4.1. SMERTENS INNVIRKNING PÅ PASIENTENE .....	16
4.1.1 <i>Smerter og lindring</i> .....	17
4.1.2 <i>Livskvalitet</i> .....	18
4.2 UTFORDRINGER MED SMERTELINDRING I HJEMMET .....	18
4.2.1 <i>Informasjonsflyt</i> .....	18
4.2.2 <i>Tilgjengelighet</i> .....	19
4.2.3 <i>Kompetanse</i> .....	20

<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>21</b>
5.1 METODEDISKUSJON .....	21
5.1.1 Valg av metode .....	21
5.1.2 Land og sted for studiene.....	21
5.1.3 Deltakerne i studiene .....	22
5.1.4 Kvalitetsgransking av forfattere .....	22
5.1.5 Skriveprosessen.....	22
5.2 RESULTATDISKUSJON .....	23
5.2.1 Smertens innvirkning på pasienten .....	23
5.2.2 Utdringer med smertelindring i hjemmet.....	24
<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>27</b>
6.1 FORBEDRINGSPOTENSIALER TIL VIDERE PRAKSIS .....	27
<b>7.0 REFERANSER</b> .....	<b>29</b>
<b>8.0 VEDLEGG</b> .....	<b>1</b>
VEDLEGG 1: SØKELOGG .....	1
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE .....	3
VEDLEGG 3: ARTIKLER .....	6

## 1.0 INNLEDNING

I denne bacheloroppgaven ønsker vi å belyse smertelindring av palliative kreftpasienter i hjemmet. Kreft er en sykdom som berører mange hvert år og utviklingen kommer til å øke. Selv om det er flest eldre mennesker som rammes av kreft, forekommer sykdommen i alle aldre (Kreftforeningen, 2023a). Vi vet at «over 50% av alle som har kreft opplever smerter» (Kreftforeningen, 2023b), og derfor er smertelindring for kreftpasienter et viktig tema. Samtidig vet vi at smertelindringen hos disse pasientene ofte er utilstrekkelig, noe som påvirker hele deres livskvalitet betydelig (Kreftforeningen, 2023b).

Hensikten med denne oppgaven er å belyse palliative kreftpasienters opplevelse av smerter og hva som er utfordrende med smertelindring i hjemmet. Det er komplekst og utfordrende når det kommer til kreftmerter. Den palliative fasen handler i store trekk om symptomlindring og da er smertelindring et sentralt tema. Derfor er sykepleierens rolle viktig i kartleggingen for den enkelte pasientens behov for smertelindring.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom vår praksis som sykepleierstudenter har vi erfart at smerte er et omfattende tema, spesielt blant palliative kreftpasienter. «Fortsatt er det mange kreftpasienter som ikke får optimal smertebehandling, særlig pasienter med metastatisk sykdom og kort forventet levetid» (Helsedirektoratet, 2022). Kreftpasientene er en kompleks pasientgruppe med smerter som må behandles ut ifra individuelle behov, ettersom smerte er subjektivt. Erfaringene våre bygger på hvor utfordrende det er å smertestille pasientgruppen tilstrekkelig. Dette kommer også frem i forskning fra kreftforeningen (Kreftforeningen, 2023c).

Som sykepleier er en pliktet til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). For å kunne gjøre dette i praksis er det behov for kunnskap, ferdigheter og erfaring om smerter og smertelindringens påvirkning på pasienten. Vi tror at mer kunnskap om temaet vil bidra til en bedre praksis. Ut ifra det er håpet at dette skal bidra til en bedre hverdag og livskvalitet for de palliative kreftpasientene.

### 1.2 Presentasjon av problemstillingen

Smerte er et vidt tema som omhandler blant annet medikamentell og ikke- medikamentell lindring og kartlegging av de ulike formene for smerte. Grunnet temaets vidde, oppgavens størrelse og tidsbegrensningen har vi valgt å sette søkelys på kreftpasientenes subjektive opplevelse av smerte og smertelindring i hjemmet. Samtidig som vi har inkludert

sykepleiernes tanker rundt hva som er utfordrende med lindring i hjemmet. Temaet i seg selv er såpass vidt og vi ser at det kan være utfordrende å tilspisse den. Samtidig sett fra en annen vinkel har vi fått frem noen viktige punkter som vi tenker er relevante i møte med pasientgruppen og videre praksis.

Erfaringen vår som sykepleiestudenter er at de fleste kreftpasienter bor i hjemmet. Samtidig som det framover vil bli en økning av hjemmeboende pasienter, ettersom populasjonen er økende. Den teknologiske utviklingen og endringer i organisering av helse- og omsorgstjenesten resulterer også i økt tjenestetilbud i kommunen (Helsedirektoratet, 2021). Vi valgte å spesifisere oppgaven inn mot smerter og smertelindring da det er sentralt i behandlingen av palliative kreftpasienter. Vi har også sett i praksis at smerte er en stor del av kreftpasientenes hverdag. Dette er et aktuelt tema vi som sykepleiere kommer til å møte på i yrket. Samtidig som det er en kompleks og utfordrende del av sykepleien som vi ønsker å fordype oss i. Problemstillingen for oppgaven er derav *«Hvordan opplever sykepleiere og hjemmeboende palliative kreftpasienter smerte og smertelindring i hverdagen?»*.

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å få en bedre forståelse og kunnskap om den palliative kreftpasientens opplevelse av smerte og smertelindring samt sykepleierens rolle knyttet til dette i hverdagen. Vi vil se på temaet i lys av at pasientene er hjemmeboende og i palliativ fase.

## **2.0 TEORETISKE RAMMEVERK**

I dette kapittelet vil vi presentere relevant teori. Det vi har valgt å sette søkelys på er selve sykdommen kreft, palliativ behandling til kreftpasienter, aktuelt lovverk, behandling av smerter i hjemmet, Katie Erikssons lidelsesteori og kreftrelatert smerte. Disse punktene har vi valgt ettersom vi tenker at det er viktige temaer og ha kunnskap om for å kunne gi god sykepleie til hjemmeboende palliative kreftpasienter.

### **2.1 Kreft**

Ordet «kreft» er en samlebetegnelse på maligne tumorer. Malign tumor er det man på folkemunne omtaler som «ondartet svulst». Noen av de krefttypene som forekommer mest i Norge er kreft i bryst, lunge, prostata og ulike deler av tarmen (Bertelsen et al., 2022, s. 118). Behandlingen av de ulike kreftformene vil variere med bakgrunn i flere ulike faktorer som eksempelvis; beliggenhet, hissighet og størrelse av svulsten. Årsaken til at kreftsvulster oppstår er ofte ukjent, men det er kjent hvilke faktorer som kan ha innvirkning på utviklingen av kreft (kreftforeningen, 2023d). Livsstilsfaktorer som rusmidler, tobakk, kosthold, yrkesrelaterte forhold, fedme, samt arv og miljø er noen av faktorene (Bertelsen et al., 2022, s. 122-123).

Celledeling er en naturlig prosess som pågår konstant for å fornye celler i kroppen ved behov. Tumorer oppstår ved ukontrollert celledeling som følge av en mutasjon i cellens DNA. Når cellene deles ukontrollert vil det oppstå en oppsamling av celler som danner en svulst (Kreftforeningen, 2023a). Om svulsten er malign eller benign er avhengig av hvorvidt cellene er kreftceller eller ikke. Maligne tumorer er dannet av kreftceller som vokser raskere og har mulighet for å metastasere, eller med andre ord spre seg videre til andre vev i kroppen (Kreftforeningen, 2023a). Dette står i motsetning til benigne tumorer som også deles ukontrollert, men som ikke vil invadere omkringliggende vev og spre seg. Tumorene får navnet sitt etter hvilken vevstype de utgår fra (Bertelsen et al., 2022, s. 120). Behandlingen pasienten får kan enten være kurativ eller palliativ (Bertelsen et al., 2022, s. 126).

### **2.2 Palliativ behandling til kreftpasienter**

Mennesker som opplever livstruende sykdom som kreft, har ofte et langt og krevende sykdomsløp. Det er stor variasjon i hvor langt et palliativt forløp varer, da det kan vare alt fra få uker til flere år. Fellesbetegnelsen for pasienter i et palliativt forløp er at sykdommen er inkurabel. WHO definerer palliativ behandling som «lindring av symptomer for å oppnå best



mulig livskvalitet og eventuelt livsforlengelse for pasienter med inkurabel sykdom» (Helsedirektoratet, 2022). WHO tydeliggjør at palliasjon ikke bare gjelder for livets siste dager, men inngår igjennom hele sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2022).

Palliativ behandling omtales ofte som lindrende behandling når det kommer til kreftpasienter. Behandlingen vektlegger symptomlindring, livskvalitet, pleie og omsorg (Kreftforeningen, 2023b). Symptomlindring av smerter, kvalme, obstipasjon, samt redusert nedsatt allmenntilstand er et av hovedmålene med lindrende behandling for kreftpasienter. Det vil si at pasienten fremdeles kan få cytostatika, strålebehandling og kirurgi, men at målet ikke lenger er helbredelse av kreftsykdommen. Behandlingen endres fra kurativ til livsforlengende og lindrende behandling (Bertelsen et al., 2022, s. 134).

### ***2.2.1 Kreftrelatert smerte***

Smerter kommer i mange ulike former, både fysisk og psykisk. Videre påvirkes smerte også av sosiale, eksistensielle og åndelige faktorer (Kreftforeningen, 2023b). Dette er med å forklare hvorfor smerte er subjektivt. Det at smerte er subjektivt vil si at kun pasienten selv kan sette ord på hvordan det kjennes på kroppen og graden av smerten. Vi kan se omfanget av en fysisk skade hos en pasient, men vi kan ikke sette oss inn i pasientens emosjonelle tilknytning eller pasientens smerteterskel (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 439). Den subjektive opplevelsen av ubehag er til stede hos over halvparten av kreftpasientene. Ofte er dette det første symptomet på sykdommen og grunnen til at pasientene oppsøker lege. Likevel kan det være svært vanskelig å kartlegge smerter hos kreftpasienter da de ofte er et resultat av sammensatte faktorer og er svært komplekse. Årsaken til smerte kan være knyttet til sykdommen i seg selv og/eller behandlingen (Kreftforeningen, 2023b).

### ***2.2.2 Ulike typer smerter***

Fysiske smerter har grunnlag i fysisk ubehag, altså ubehag som er synlig i og på kroppen. Kreftsvulsten som dannes vil etter hvert som den vokser presse på rundliggende vev og nerver som videre skaper ubehag. Fysiske smerter kan være plassert i eksempelvis skjelettet, huden, indre organer og nerver. Angst, fortvilelse og depresjon kategoriseres som psykiske smerter. Psykiske smerter kan komme som en reaksjon på uforutsigbarhetene ved alvorlig sykdom. Pasientene opplever at de ikke lenger har kontroll over egen kropp (Kreftforeningen, 2023b). Videre medfølger et palliativt forløp med mange tanker rundt egen eksistens og meningen rundt livet, tanker om døden og tiden før det. Disse tankene kan medbringe en eksistensiell og åndelig smerte. Reduserte krefter gjør det vanskelig å opprettholde dynamikken i dagliglivet.

Alvorlig sykdom medbringer oftest at man ikke er i stand til å delta i samfunnet på samme nivå som før sykdommen. Forholdet man har til de rundt seg kan forandre seg og inntekten blir ofte redusert ettersom man sykemeldes. Dette kan resultere i sosial smerte i form av ensomhet og bekymring ovenfor framtiden (Kreftforeningen, 2023b).

### **2.2.3 Behandling av smerter i hjemmet**

Pasienter i palliative forløp bor for det meste i eget hjem, både fordi det ikke alltid er nødvendig å være innlagt, men også for de fleste ønsker det selv. Selv om pasientene har en dødelig kreftdiagnose, kan de gjennom god smertebehandling leve godt i eget hjem. Det som er utfordrende med pasienter i hjemmet sammenlignet med sykehus er at de ikke har helsepersonell rundt seg hele tiden. På sykehuset kan de enkelt ringe i snoren og sykepleieren kan raskt administrere smertestillende, men slik er det ikke i hjemmet. Derav er man avhengig av en viss grad av smertekontroll før pasienten sendes hjem (Kreftforeningen, 2023c).

Det er viktig å starte tidlig med smertekartleggingen, da det er lettere å få kontroll på smertene. Derav er det sentralt at pasienten meddeler smerteopplevelsen så snart som mulig, før de blir intense. Behandlingen som brukes i kurativ behandling av kreft brukes også som en del av smertelindringen ved lindrende kreftbehandling. Strålebehandling, kirurgi og medikamentell kreftbehandling brukes for å redusere størrelsen av svulsten, og derav reduserer presset på omkringliggende vev (Kreftforeningen, 2023b). Kartlegging handler om å lage en systematisk oversikt over det aktuelle problemet, i dette tilfellet smerter. Ved smertekartlegging er det sentralt å få oversikt over hvor smerten sitter, intensiteten, varighet, hva som lindrer og generelt hvordan det oppleves.

Ettersom at smerter er subjektivt er det sentralt at det pasienten selv uttrykker er hovedvekten i kartleggingen. Pasienten selv er den som kjenner på smertene og derav den eneste som kan sette ord på det. Ofte kan det være vanskelig å sette ord på smerter, hvor man har vondt og graden av smerte. Kartleggingsverktøy som eksempelvis ESAS er et godt hjelpemiddel for pasientene til å få satt ord på smertene (Kreftforeningen, 2023a). For å utføre god smertekartlegging er det grunnleggende at sykepleieren har kunnskap og ferdigheter samt en forståelse for betydningen av subjektiv smerte (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 438- 439).

## **2.3 Katie Erikssons teori**

Katie Eriksson er en finsk sykepleieteoretiker. Her velger vi å sette søkelys på hennes teori om lidelse. Ifølge Eriksson er lidelse en del av det å være menneske. Om vi hadde vært

foruten lidelse mener Eriksson at livet ville vært «tomt og uten følelser» (Eriksson, 1995, s. 13). I møte med pasienten kan sykepleieren møte tre former for lidelse: pleielidelse, livslidelse og sykdomslidelse. Det kan være vanskelig å skille disse lidelsene fra hverandre fordi de ofte går inn i hverandre og pasienten kan oppleve flere av dem samtidig (Eriksson, 1995, s. 66).

Pleielidelse er lidelse pasienten blir utsatt for ved pleie eller at pasienten ikke får den pleien han eller hun trenger. Det er ulike måter pasienten kan utsettes for pleielidelse, som eksempelvis at pasientens verdighet blir krenket, straff og fordømmelse, utøvelse av makt, samt at pleien til pasienten blir utelatt (Eriksson, 1995, s. 69-70).

En annen type lidelse ifølge Eriksson er livslidelse. Som ordet lyder innebærer dette at lidelsen påvirker det å leve. Hele livssituasjonen blir forandret og smerte kan være en årsak til dette. Pasientene kan oppleve at de mister sin verdi, når det som foregår går i strid med det naturlige. Da tar det tid før pasienten finner sin nye identitet og mening i livet (Eriksson, 1995, s. 74-76).

Eriksson beskriver sykdomslidelse som hvordan selve sykdommen og behandlingen kan påføre pasienten fysisk smerte. Smerten kan være altopplukende for pasienten. Pasienten kan også oppleve åndelig og sjelelig smerte. Dette kan være i form av følelse av skam eller skyld. Et eksempel er at pasienten føler på skyld og skam på grunn av en livsstil som kan ha ført til sykdom. Skam kan også oppleves når pasienten stadig må vente og spørre om informasjon og hjelp. Pasienten kan føle seg mislykket ettersom vedkommende ikke selv klarer å medvirke i behandlingen (Eriksson, 1995, s. 67-68).

## **2.4 Lovverk**

Helsepersonelloven har som formål å sikre god kvalitet og faglig forsvarlighet i helsetjenesten, gjennom å sette krav til helsektoren og helsepersonell. Alle som arbeider innen norsk helsesektor blir definert som helsepersonell og derav regulert under helsepersonelloven. Loven setter krav til yrkesutøvelse, organisering, og autorisasjon. Tittelen som «helsepersonell» medbringer dokumentasjonsplikt, meldeplikt, opplysningsplikt og taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §1-52).

Helse og omsorgstjenesteloven legger grunnlag for at alle som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester. Tilbudet kommunen gir skal være tilrettelagt for pasienten og utøves faglig forsvarlig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

Helsepersonell har også plikt til å holde seg faglig oppdatert (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).

Ifølge «pasient og brukerrettighetsloven § 3-1» har pasienter rett til å medvirke i de helse og omsorgs tjenestene de mottar. Pasienten har rett til å medvirke til valg av forsvarlige tjenesteformer som er tilgjengelige. Tilbudet til pasienten skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

### **3.0 METODE**

Som metode har vi benyttet oss av integrativ litteraturoversikt og fremgangsmåte for å svare på problemstillingen. Friberg (2017) trekker frem at i en integrativ oversikt er det nødvendig å sammenfatte data og finne likhetstrekk (Friberg, 2017, s. 150). Først presenterer vi en innføring i begrepet metode, deretter vil vi begrunne valget for metode, og til slutt presentere hvilke databaser og søkeord vi har tatt i bruk i søket etter forskningsartikler.

#### **3.1 Hva er metode**

Metode beskriver fremgangsmåten en tar i bruk for å utføre datainnsamlingen og komme frem til ny kunnskap. Det er et nyttig verktøy for å finne frem til den kunnskapen vi er ute etter for å kunne svare på problemstillingen. Derfor er det viktig at metoden passer til problemstillingen på en god måte. Metode er kort sagt et hjelpemiddel vi tar i bruk for å komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2020, ss. 53-54).

#### **3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode**

Inn under begrepet metode har vi to ulike retninger, kvantitativ og kvalitativ. «Forskjellen mellom disse metoderetningene er i første rekke knyttet til måten man samler inn data på» (Dalland, 2020, s. 56). Kvantitativ metode innebærer data basert på tall, i motsetning til kvalitativ metode som baseres på data som legges frem som tekst. Den kvalitative metoden fører derav til utdypende artikler med mer dybde i temaet, sammenlignet med kvantitativ metode som gir en bredde i tema (Dalland, 2020, s. 54). Vi har i vår oppgave valgt å bruke en artikkel som baseres på kvantitativ metode og fire med kvalitativ metode. Ettersom vi opplever at den kvantitative artikkelen gir relevante tallbaserte resultater på de kvalitative studiene. På denne måten utfyller de ulike artiklene hverandre.

#### **3.3 Litteraturbasert studie som metode**

En litteraturoversikt dreier seg om å få oversikt over kunnskap innenfor et visst område eller problem innenfor et sykepleiefaglig tema. Friberg (2017) mener man må forstå hvordan og på hvilket grunnlag studien har kommet frem til resultatene sine. Ved å ta i bruk denne metoden har vi søkt etter vitenskapelige artikler og videre analysert deres bruk av metode og studiens resultater (Friberg, 2017, s. 141-142).

#### **3.4 Databaser og søkeord**

Databasene vi valgte å benytte oss av var CINAHL og PubMed. Disse er samfunnsaktuelle databaser som inneholder relevante sykepleierelaterte artikler fra fagfelleverderte tidsskrift.

Her fant vi artikler basert på både kvantitativ og kvalitativ metode. Videre benyttet vi oss av ORIA som ikke er en database, men en søkemotor for å komme frem til aktuelt sykepleiefaglig innhold i andre fagfelleverderte tidsskrift og databaser som f.eks. Idunn.

I forberedelsen av søkeprosessen reflekterte vi rundt hvilke tema vi ønsket å finne artikler om, derav også hvilke søkeord som kan være aktuelle. Søkeord vi brukte i ORIA; «palliasjon», «kreft», «hjemmeboende pasienter», «smerte», «smertelindring», «smertekartlegging», «kreftpasient», «ESAS» og liknende. Videre i de internasjonale databasene CINAHL og PubMed benyttet vi engelskriftlige søkeord: «palliative care», «cancer patients», «pain management», «pain relief» og «home care». Vi benyttet oss av «AND» og «OR» for å innskrenke og utvide søket og få opp de mest aktuelle treffene. Når vi bruke «AND» slo vi sammen ulike søkeord for å få opp artikler som handlet om begge søkeordene. Eksempelvis «palliative patients AND cancer AND pain management». «OR» ble brukt for å utvide søket slik at vi fikk opp artikler som inneholdt et eller flere søkeord. Når vi brukte «OR» ble søket «pain management OR pain relief OR pain control». I søket huket vi også av for «suggest subject terms» som bidro til å oppnå relevante resultater innen vårt søk.

### 3.5 Avgrensninger

I søket etter artikler er det en nødvendighet å kunne avgrense søkeresultatet, for å få best mulig funn. Inklusjon og eksklusjonskriterier setter avgrensninger ved å eksempelvis utelukke artikler som er eldre enn ti år og som er på andre språk enn ønsket. Inklusjonskriteriene innebærer det vi ønsket å få frem, blant annet at artiklene måtte være fagfelleverderte og inneholde relevante tema for problemstillingen. I tillegg valgte vi IMRAD struktur slik at teksten inneholdt de kriteriene som trengs for at den er fagfelleverderte. I forhold til årgang merket vi av for at tekstene ikke skulle være eldre enn ti år, altså ifra 2013. Andre inklusjonskriterier var kreft, smerter, hjemmetjeneste og palliasjon da dette var temaer vi ønsket å finne forskning om. Vi ekskluderte artikler uten IMRAD struktur, andre språk enn engelsk og norsk, barn som deltakergruppe og spesifikk krefttype. Vi brukte disse eksklusjonskriteriene fordi vi ønsket å skrive om en voksen aldersgruppe.

Vi ønsket å se på temaet generelt i forhold til kreftsykdom og ikke bare knyttet til en spesiell krefttype, og derfor valgte vi det bort i søket. Oppgaven ble også avgrenset ved at vi valgte å fokusere på de palliative kreftpasientene med inkurabel sykdom. Grunnet oppgavestørrelsen valgte vi å legge hovedfokus på smertens innvirkning hos den palliative kreftpasienten og utfordringene knyttet til smertelindring i hjemmet.

Gjennom vårt søk har vi kommet frem til fem artikler som vi synes svarer på problemstillingen vår. Den første artikkelen handler om hva pasienter mener er viktig ved palliativ omsorg i hjemmet. Den andre artikkelen handler om sykepleierens erfaring med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Den tredje artikkelen er en kvantitativ studie om hvordan smerte påvirker pasienten i hverdagen. Den fjerde handler om sykepleierens smertekartlegging av palliative hjemmeboende kreftpasienter. Den siste artikkelen er en kvalitativ studie om tilstedeværelse av smerte hos palliative kreftpasienter. Vi valgte disse artiklene da de inneholder de inklusjonskriteriene vi hadde satt. Etter at artiklene var funnet, begynte vi med analysearbeidet.

### **3.6 Analysearbeid**

Analysearbeidet blir av Friberg (2017) beskrevet som en prosess hvor man skaper en ny helhet, ut ifra essensen av teksten. Prosessen starter ved å sette seg grundig inn i helheten av teksten, og deretter dele teksten inn i hovedpunktene som gir oss svar på problemstillingen. Den siste delen av analysearbeidet innebærer å sette hovedpunktene sammen til den nye helheten (Friberg, 2017, s.177-179).

I vårt analysearbeid brukte vi Friberg (2017) sin metode ved å sette nøkkelfunn inn i en tabell. Vi leste tekstene grundig flere ganger, før vi markerte ut nøkkelfunn som var aktuelle til problemstillingen. Nøkkelfunnene vi gikk ut ifra var knyttet til smerter, palliasjon, kartlegging av smerter, hjemmeboende og livskvalitet. Tabellen med nøkkelfunnene fungerte som en datareduksjon, hvor vi fikk oversikt over nøkkelfunn som går igjen i artiklene. Ved å foreta en resultatreduksjon valgte vi ut de mest relevante resultatene til vår problemstilling fra hver artikkel.

Gjennom analysearbeidet ble nøkkelfunnene grunnlaget for hovedpunktene som er relevante for vår problemstilling. De ulike temaene som gikk igjen i artiklene ble grunnlaget videre for funnene vi ønsket å utdype. Basert på de samlede funnene fra de fem artiklene ønsker vi å vektlegge smertens innvirkning på pasientene og utfordringer ved smertelindring i hjemmet. Hovedpunktene har relevante underpunkter. Hovedpunktene går vi dypere inn på i neste kapittel.

## 4.0 RESULTAT

Etter at analysearbeidet av forskningsartiklene var gjort kom vi frem til to nye hovedresultater som vi mener er relevante for vår problemstilling. Hovedpunktene vi vil se nærmere på er «smertens innvirkning på pasientene» og «utfordringer med smertelindring i hjemmet».

Hovedpunktene har også relevante underpunkter som utdyper resultatene.

Hovedfunn	Underkategorier
Smertens innvirkning på pasientene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Smerter og lindring</li> <li>- Livskvalitet</li> </ul>
Utfordringer med smertelindring i hjemmet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasjonsflyt</li> <li>- Tilgjengelighet</li> <li>- Kompetanse</li> </ul>

### 4.1. Smertens innvirkning på pasientene

En gjenganger i artiklene er hvordan pasientenes smerter er til hindring i hverdagen. Over halvparten av pasientene vektlegger at mangel på energi er en av de største utfordringene. Pasientene opplever at smertene påvirker dem i daglige oppgaver som før sykdommen ikke har vært et problem. De møter på hindringer under rengjøring, trening, mobilitet og på arbeid. Eksempelvis nevner flere pasienter at de ikke lenger har samme mulighet til å forflytte seg rundt både i og utenfor hjemmet. Reduserte krefter fører til at pasientene ikke lenger klarer å gå tur, kjøre bil, ta buss og liknende (Ehrlich et al., 2022, s. 643).

Videre har også smertene innvirkning på det sosiale. Mange av pasientene opplever og ikke strekke til på familiefronten, de kjenner på endringer i humøret, føler seg mer engstelige og frykter for framtiden (Ehrlich et al., 2022, s. 643). En pasient fra studien gjennomført av Hackett et al. (2016) meddelte at smertene fra sykdommen hadde stor innvirkning psykisk og fysisk. Fysisk sett hadde hun utfordringer med å bevege seg og finne en god hvilestilling uten stor smerte, og smertene var så uutholdelige at hun måtte ta til tårene. Dette hadde videre innvirkning på søvnen og den psykiske helsen (Hackett et al., 2016, s. 715).

For noen pasienter kan smertene oppleves som en større byrde enn selve kreftsykdommen. «It was the pain and not the cancer that was wiping him out» (Hackett et al., 2016, s. 716).



Pasientene med metastase kjente på muskelsmerter som gav en konstant intens verk. Den opplevde smerten kjentes som den var ukontrollerbar både i utholdenhet og alvorlighetsgrad (Hackett, 2016, s. 714 -715).

#### ***4.1.1 Smerter og lindring***

For pasientene som opplevde periodiske smerter, alt fra moderate til alvorlig sterke smerter, var bruk av ikke- opioide og opioide smertestillende en nødvendighet for å kunne lette på smertene. Morfin var en del av legemidlene som pasientene trengte for å komme seg gjennom dagen og kunne utføre daglige aktiviteter som var viktige for dem (Hackett et al., 2016, s. 716). Deltakerne i studien til Ehrlich et al. (2022) fikk spørsmål om hva som hadde hjulpet dem med smerter tidligere. Av de totalt 108 intervjuene ble det nevnt i 49 av dem at pasientene hadde positiv effekt av medikamenter. Dette ble derav den mest effektive behandlingen mot smerter i denne studien. I 14 av intervjuene oppga pasientene at de brukte en sammensetning av flere medikamenter, og blant medikamentene finner man oxykodon, hydromorfon, ibuprofen, tramadol og metadon (Ehrlich et al., 2022, s. 643).

Videre nevnes bevegelse, varme og kulde som fungerende smertelindrende tiltak. Bevegelser i form av å gå tur, strekke ut, svømming og fysioterapi. Flere pasienter oppgir at det har hjulpet dem å være bevisst på egen atferd, utvikle mestringsferdigheter, meditere og finne på aktiviteter (Ehrlich et al., 2022, s. 643). Den ene pasienten fra artikkelen til Hackett et al (2016) rapporterte at hun ble tilbudt stråling som behandling for smertene, og hun forteller at intensiteten av smerten ble redusert i etterkant (Hackett et al., 2016, s. 715).

Pasientene opplevde tilgjengeligheten fra fastlege og hjemmetjeneste også bidro til lindring. Eksempelvis at personellet kunne komme på besøk både dag og natt og pasienten kunne ringe til hjemmetjenesten om det var noen spørsmål som uroet dem. Ved at hjemmetjenesten og fastlegen var såpass tilgjengelige, kunne de ta ekstra besøk når det f.eks. var behov for injeksjoner eller en lengre prat (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 4).

Sykepleierne i studien til Molnes (2014) opplevde individuelle forskjeller når det kom til kartlegging av pasientenes smerter (Molnes, 2014, s. 149). Det oppgis at sykepleierne legger for stor vekt på egen kartlegging av smerter uten å henvende seg til pasienten selv, «vi tror nok at vi er flinkere til å lese og forstå pasienter enn det vi egentlig er» (Iheler & Sæteren, 2019, s. 8). Sykepleierne opplevde også at kartleggings skjema som eksempelvis ESAS kunne brukes som en samtalestarter om pasientens symptomer. Sykepleierne i studien til Iheler og

Sæteren (2019) beskriver at ESAS er et nyttig kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientens symptomer. «Det er pasientens egen kartlegging. Det er ikke vi som anslår noe» (Iheler & Sæteren, 2019, s. 6). Sykepleieren hadde det ofte travelt og da ble kartleggings skjema nedprioritert. Varierende bruk av kartleggingsverktøy fører til at kartleggingen ikke blir systematisk (Iheler & Sæteren, 2019, s. 8).

#### **4.1.2 Livskvalitet**

I artikkelen til Hackett et al. (2016) forteller pasientene hvordan smertene påvirket deres velvære, trivsel og humør; «Being unable to do normal things like get outside to the shops, potter in the garden and being with others affected well-being» (Hackett et al. 2016 s.716). Opplevelsen av hjelpeløshet og maktesløshet i forhold til håndtering av smertene hadde stor innvirkning på livskvaliteten (Hackett et al., 2016 s.716). Under kategorien «pain as an obstacle» beskriver pasientene i artikkelen til Ehrlich et al. (2022) utfordringer de har møtt på i forhold til smerter. Smertene knyttet til kreftsykdommen har stor innvirkning på deres daglige liv og påvirker livskvaliteten. Flere av pasientene opplever at de ikke lenger har muligheten til å fritt kunne dra på jobb, aktiviteter og sammenkomster slik som før sykdommen. Pasientene blir avhengige av andre til å hjelpe dem (Ehrlich et al., 2022, s. 643).

Pasientene i studien til Oosterveld-Vlug et al. (2019) opplevde at hjemmetjenesten tok seg tid til den enkelte pasienten. Et eksempel som blir nevnt var at sykepleier tok seg tid til en røyk sammen med den ene pasienten (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 4). Personfokusert omsorg var også et sentralt tema. Pasientene syntes det var viktig at helsepersonell hadde et helhetlig menneskesyn, at sykepleieren spurte pasienten om hvordan det gikk med dem og hadde en tillitsbasert relasjon; «Care should be highly personal, focused on the human being who is lying in bed. Very personal.» (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 4).

### **4.2 Utfordringer med smertelindring i hjemmet**

Når pasientene opplever sterke smerter, er det naturligvis et stort behov for smertelindring. Selve lindringen ser annerledes ut om man er på sykehus eller bor hjemme. Her har hjemmetjenesten og fastlegen en viktig rolle, vi skal se nærmere på hvilke utfordringer som kan oppstå.

#### **4.2.1 Informasjonsflyt**

Deltakerne i studien til Oosterveld- Vlug et al. (2019) fremmer viktigheten av at helsepersonellet er klar over den oppdaterte situasjonen hos pasienten. Hvor det innebærer at

de jevnlig har besøk eller telefonsamtale med fastlege og/eller hjemmetjenesten; «So by asking: How are you? How is the treatment going? Are the medicines effective?» (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 4).

God informasjonsflyt mellom ulike parter hadde stor betydning. Deltakerne i studien opplevde samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fastlegen som positivt. Derimot var samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten utfordrende. Pasientene opplevde at det til tider ikke var optimal informasjonsflyt mellom de ulike instansene. Dette kunne føre til misforståelser og feil i behandlingen. Derfor tok mange pasienter og pårørende selv en aktiv rolle i samarbeidet; «We learned to take control, otherwise you miss out on things.» (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 6). Dette belyses også i artikkelen til Molnes (2014) hvor flere av sykepleierne beskriver samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som utfordrende. Sykepleierne ønsket større søkelys på kommunikasjon mellom instansene, og de var bekymret for at dårlig kommunikasjon skulle føre til mistillit hos pasientene og pårørende (Molnes, 2014, s. 149-150).

#### **4.2.2 Tilgjengelighet**

Pasientene i studien til Oosterveld-Vlug et al. (2019) vektlegger at tilgjengeligheten av helsepersonell hadde stor betydning for pleien de mottok. Pasientene hadde en opplevelse av at hjemmetjenesten og fastlegen var tilgjengelig døgnet rundt, noe som gav dem trygghet (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 4). «Sykepleierne opplevde at bemanningen til tider er lav i forhold til pleietyngden» (Molnes, 2014, s. 148). Det resulterer i et dilemma hvor sykepleierne føler de ikke får utført tilstrekkelig sykepleie (Molnes, 2014, s. 148).

Dette nevnes også blant sykepleierne i studien til Ihler og Sæteren (2019); «mangel på tid var en barriere som sykepleierne fremhevet» (Ihler & Sæteren, 2019, s. 8). Når arbeidsoppgaver er tidkrevende og det er travelt blir oppgaver glemt og nedprioritert, som systematisk smertekartlegging ved hjelp av kartleggingsskjema (Ihler & Sæteren, 2019, s. 8). Et annet eksempel er administrering av smertepumpe hvor det er behov for flere ressurser sammenlignet med administrering av smertepaster og tabletter. Derav benyttes tabletter og smertepaster oftere fremfor smertepumpe (Molnes, 2014, s. 148).

Sykepleierne opplever at de bruker mye tid og ressurser på å diskutere med pasient og pårørende angående deres forventinger til hjemmetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skaper til tider et urealistisk bilde av hjemmetjenesten til pasientene når de skrives ut av sykehuset.

Flere av pasientene hadde et urealistisk bilde på tjenestetilbudet de hadde krav på fra kommunen, de ønsket gjerne hyppigere og flere besøk av hjemmetjenesten (Molnes, 2014, s. 149). Det var viktig at hjemmetjenesten og fastlegen var tilgjengelige om pasient og pårørende hadde spørsmål eller behov for hjelp. Pasientene i studien opplevde at hvis de ringte hjemmetjenesten hadde personalet mulighet for et tilsyn i hjemmet. Dette gav en opplevelse av å bli sett og prioritert. De intervjuede vektla viktigheten av at personalet planla for ulike avtaler på sykehuset frem i tid og gav god informasjon i forkant (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, ss. 3-5)

#### **4.2.3 Kompetanse**

Sykepleierne i studien til Molnes (2014) uttrykker at det var usikkerhet rundt smertelindring til kreftpasientene. De beskrev tvil rundt hvilke situasjoner det var behov for å gi ekstra smertestillende medikamenter, og at smertelindringspraksis derfor varierte avhengig av den enkelte sykepleiers erfaring og holdninger rundt smertelindring; «Noen av sykepleierne sa at det i noen tilfeller er hvem som er på jobb, som avgjør smertelindringen til pasienten» (Molnes, 2014, s. 148). Det var også usikkerhet når det kom til administrasjonsform på legemiddelet. Noen sykepleiere foretrakk tabletter og plaster fremfor smertepumpe. De opplevde en form for «sperre» når det kom til å administrere morfin; «Sykepleierne sa at det var flere sykepleiere som vegret seg mot å benytte morfin, noe som fører til at de er tilbakeholden med å gi smertestillende, da de er redde for å gi for mye» (Molnes, 2014, s. 149). Dette var en utfordrende diskusjon i hjemmetjenesten (Molnes 2014, s. 148).

Pasientene i studien til Oosterveld-Vlug et al. (2019) vektlegger at den medisinske kompetansen hos fastlege og hjemmetjenesten er avgjørende for god behandling i hjemmet (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 3). Sykepleierne i hjemmetjenesten ved studien til Molnes (2014) ønsket selv å oppdatere seg faglig, ettersom de opplever det som nødvendig for å kunne gi god behandling. Sykepleierne opplever at arbeidsplassen ikke legger opp til muligheter for faglig oppdatering, mye grunnet en hektisk hverdag; «Sykepleierne gav uttrykk for at det er viktig at man gjør hverandre tryggere og på den måten kan man sammen heve kompetansen.» (Molnes, 2014, s. 147).

## **5.0 DISKUSJON**

I dette kapittelet skal vi diskutere metoden for oppgaven og relevante tema som hvilke land studiene ble utført i, samt hvilke deltakergrupper som var med i studiene. Vi vil kvalitetsgranske artiklene og diskutere artiklenes relevans for oss i dag. Det vil også være en resultatdiskusjon hvor vi diskuterer resultatene fra artiklene og knytter det sammen med teorien og refleksjonene våre.

### **5.1 Metodediskusjon**

Metodediskusjonskapittelet går inn på litteraturstudiets framgangsmåte og utfordringene ved den. Vi diskuterer styrker og svakheter ved de ulike delene av metoden.

#### ***5.1.1 Valg av metode***

Ved valg av metode hadde vi som utgangspunkt hvilken type oppgave vi skulle skrive. Vi landet på en integrativ litteraturstudie. Vi valgte både kvantitativ og kvalitativ metode når det kom til artiklene, for å balansere styrkene og svakhetene ved de to metodene. Den kvantitative artikkelen gir oss tall på smertens påvirkning av pasienten, samtidig som de kvalitative artiklene gir oss et dypere innblikk gjennom pasienten og sykepleierens opplevelse og erfaringer med smerter hos palliative kreftpasienter i hjemmet. Med tanke på bacheloroppgavens omfang konkluderte vi med at fem artikler var tilstrekkelig for vår oppgave.

#### ***5.1.2 Land og sted for studiene***

Studiene vi har sett nærmere på i oppgaven ble utført i England, USA, Nederland og Norge. Vi valgte å bruke artiklene fra disse landene fordi vi mener at helsevesenet og kulturen i disse landene har likhetstrekk i forhold til vår problemstilling. Helsevesenet i disse utvalgte landene har likhetstrekk når det kommer til medisinsk kunnskap og utvikling samt helsevesenets oppbygging. Ideelt sett hadde vi fått best data til problemstillingen vår om alle studiene var utført i samme land, men landene vi fant studier fra mener vi er sammenlignbare. I tillegg fokuserer oppgaven i hovedsak på smerte, noe som er en subjektiv følelse uavhengig av hvilket land man kommer fra (Kreftforeningen, 2023b). Hvor studiene har funnet sted varierer. I fire av de fem artiklene bor pasientene hjemme, hvorav noen av dem mottar hjemmetjeneste. Sykepleierne som er en del av studiene, er fra to onkologiske sengeposter og tre ulike distrikt innenfor hjemmetjenesten.

### ***5.1.3 Deltakerne i studiene***

Deltakerne i studiene inkluderer pasienter med palliativ kreftsykdom, og sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen. Studiene til Hackett et al. (2016), Ehrlich et al. (2022) og Oosterveld- Vlug et al. (2019) inkluderer palliative kreftpasienter som bor i hjemmet og har utfordringer knyttet til smerte. En svakhet med å velge en så vid pasientgruppe kan være at det er mye variasjon innenfor gruppen, med tanke på krefttype og smerteopplevelse. Likevel ser vi at det kommer frem flere fellestrekk i artiklene. Derfor mener vi det er en relevant pasientgruppe. I Molnes (2014) sin studie presenteres sykepleiere som jobber i tre ulike distrikt for hjemmetjeneste. Studien til Ihler og Sæteren (2019) inneholder sykepleiere fra to onkologiske sengeposter sin erfaring med kreftpasienter og smerter. Alle deltakerne i studiene er menn og kvinner over 18 år.

Artiklene vi har valgt ut består av ulike perspektiv. Vi har både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv. Gjennom disse to perspektivene får vi et innblikk i problemstillingen fra ulike vinkler, som sammen skaper en bredere forståelse for temaet. Sykepleieperspektiv er relevant for å få en faglig vinkling som bygger på erfaring, kunnskap og ferdigheter knyttet til problemstillingen. Ettersom at smerte er en subjektiv opplevelse er det sentralt å ha med pasientens opplevelse og perspektiv. En svakhet med ulike perspektiv kan være at vi ikke får like dypt innblikk i den enkeltes perspektiv. Vi har benyttet oss av to artikler med sykepleieperspektiv og tre med pasientperspektiv. Etter vårt syn utfyller disse artiklene hverandre på en god måte. De resultatene som er tatt med i resultatdelen er det som er relevant for vår problemstilling, andre resultater som ikke var relevante har vi utelukket.

### ***5.1.4 Kvalitetsgransking av forfattere***

Kvalitetsgransking innebærer å forsikre seg om at artiklene er av god kvalitet, og skrevet av fagpersonell. Det er nødvendig å ha et overblikk over forfatterens utdanning og dens relevans til artikkelen de har skrevet, samt vår problemstilling. Forfatterne av artiklene består av både kvinner og menn som har en masterutdanning eller doktorgrad innenfor fagfeltet. Videre har flere av forfatterne en Ph.D. (doktorgrad) og har i tillegg ofte tilleggsutdannelse som sykepleier eller andre relevante utdannelse som gir dem god erfaring fra praksis. Eksempelvis beskriver Molnes (2014) at han i tiden studien ble gjennomført selv jobbet i hjemmetjenesten og derfor hadde egen erfaring rundt problemstillingen. Han beskriver at hans forforståelse kunne være med å påvirke studien (Molnes, 2014, s. 146).

### ***5.1.5 Skriveprosessen***

Gjennom skriveprosessen møtte vi på ulike dilemma knyttet til det oppgavetekniske. I forhold til kildehenvisning møtte vi på en utfordring i en av artiklene. I artikkelen til Ihler og Sæteren (2019) er det ikke oppgitt sidetall verken på nettsidene der den er publisert eller når vi laster den ned som PDF. Ettersom vi ikke har funnet sidetall på artikkelen har vi ingen sidetall å henvise til i kildene. Det gjør det noe vanskeligere å finne tilbake til hvor i artikkelen vi har hentet ut informasjon. Ved kildehenvisningen til kreftforeningen møtte vi på en utfordring når det kom til henvisning i teksten. Vi valgte å nummerere kildene med bokstavene a-d for å få en bedre oversikt over hvor de ulike kildene er brukt i teksten, og hvor informasjonen er hentet fra.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

I dette kapitlet vil vi diskutere de funnene vi har kommet frem til i sammenheng med teoridelen og våre egne refleksjoner og erfaringer rundt problemstillingen.

### ***5.2.1 Smertens innvirkning på pasienten***

Palliative kreftpasienter opplever oftest en eller annen form for smerte, og som tidligere nevnt gjelder dette over 50% av pasientgruppen. Smerter kommer i flere former, både fysisk, psykisk, åndelig, sosialt og eksistensielt. Dette er en stor del av lidelsen ved kreft (Kreftforeningen, 2023c). Det som kommer frem i artiklene er at tross den individuelle opplevelsen av smerte er det mange likheter mellom pasientene og deres opplevelse av de kreftrelaterte smertene. Den mest fremtredende smerten blant pasientene er fysisk smerte, som kan forklares gjennom sykdommens art og utvikling som beskrevet i teoridelen. Når kreftsvulsten vokser, vil den presse på omkringliggende vev og nerver som igjen kan gi smerter og ubehag (Kreftforeningen, 2023b).

Vi ser at de fysiske smertene har stor innvirkning på pasientenes psykiske helse (Hackett et al., 2016, s. 715). Eriksson beskriver i sin teori hvordan opplevelsen av langvarig sykdom og dens innvirkning på livet kan resultere i livslidelse. En gjenganger blant pasientene er kreftsmertenes innvirkning på energinivået og det sosiale livet. De har ikke lenger mulighet til å leve livet slik som før sykdommen. Videre beskriver Eriksson hvordan sykdom kan avgrense pasienten fra samfunnet, på en måte der pasienten føler de mister sin plass og verdi som menneske (Eriksson, 1995, ss. 74-76). Behandlingen og sykdommen i seg selv kan også medføre lidelse i form av sykdomslidelse (Eriksson, 1995, ss. 67-68).

Sett ut fra egne erfaringer i praksis er dette en kjent problemstilling. Vi har møtt på kreftpasienter som har store fysiske smerter. Det vi har sett er hvordan hverdagen blir styrt ut ifra graden av smertene. Behovet for sterke opioider påvirker også funksjonsnivået i den grad at pasientene blir sløvere og trenger mer hvile, noe som også kommer frem i studien til Hackett et al. (2016). Det vi så i praksis var at pasientene fikk nye mål for hverdagen. Blant annet å gå en tur i trappen, hente posten eller vaske klær kunne bidra til stor mestring. Behovet for å ha noen å snakke med var også noe vi så var viktig for pasientene. Det samme ser vi hos pasientene i studiene, det beskrives et stort behov for et støtteapparat av helsepersonell og/eller pårørende, som er til stede for pasienten (Hackett et al., 2016; Ehrlich et al., 2022; Oosterveld- Vlug et al., 2019; Ihler & Sæteren 2020). Når disse behovene blir ivaretatt kan det tenkes at både livslidelsen og sykdomslidelsen lindres.

Vi ser at mangel på tid og ressurser medfører at kvaliteten på smertekartleggingen varierer, samtidig som kartleggingen utføres ulikt. Konsekvensen som medfølger, kan være utilstrekkelig smertelindring. En rutinemessig oppfølging av kartleggingen er nødvendig for at det skal være nyttig. Dette er noe sykepleierne nevner er tidskrevende og kan bli nedprioritert (Ihler & Sæteren 2020). Egne holdninger har også innvirkning når det kommer til kartleggingen. Hvorvidt pasientens subjektive mening kommer frem i forhold til sykepleierens egne meninger kan være utfordrende og påvirke hvor god smertelindring pasienten får (Molnes, 2014, s. 148). Det er ikke forsvarlig at kvaliteten på smertelindringen som pasienten får kan være avhengig av hvilke sykepleiere som er på vakt når smertene oppstår. Da kan det ifølge Erikssons (1995) teori medføre pleielidelse grunnet uteblitt pleie. Pasientene har rett på faglig forsvarlig helsehjelp i dette tilfellet god smertelindring, uansett hvilken kommune de tilhører (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

### ***5.2.2 Utfordringer med smertelindring i hjemmet***

Vår erfaring fra praksis er at de fleste pasienter ønsker å bo i eget hjem så lenge som det er faglig forsvarlig. Hjemmet består av et kjent miljø, familie og daglige rutiner som kan gi en større følelse av trygghet og bedret livskvalitet, sammenlignet med sykehuset. Miljøet på sykehus kan virke skremmende for mange ettersom vi forbinder det med alvorlig sykdom og død, noe som kan være en ekstra belastning for både pasienten og pårørende (Kreftforeningen, 2023c).

Kommunen pasienten bor i har plikt til å gi personer som oppholder seg der faglig forsvarlig helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Pasientene har rett til



brukermedvirkning. Om pasienten ønsker å få behandling hjemme skal helsepersonell prøve å legge til rette for at pasienten skal få smertelindring i hjemmet, så sant det er faglig forsvarlig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Hvorvidt det er faglig forsvarlig å ha pasientene i hjemmet er avhengig av pasientens tilstand, tilgang til hjemmetjeneste og hjelp fra pårørende. Pasienter som ønsker å bo hjemme er avhengig av god smertekartlegging for å avklare om det er forsvarlig å bo hjemme. I hjemmet er det ikke samme mulighet for bolusdoser som på sykehuset, derav bør smertelindringen være best mulig før hjemreise. Flere av sykepleierne hadde god erfaring av samarbeid med palliativt team ved kontroll og lindring av kreftrelaterte smerter (Molnes, 2014, s. 150).

I samtlige av artiklene kommer det frem at pasientene opplever det positivt å motta helsehjelpen hjemme, og ha muligheten til å være i sitt eget hjem med familien rundt seg. I artikkelen til Oosterveld- Vlug et al. (2019) har de stor tilgang til hjemmetjenesten og fastlege i tillegg til at personalet har mulighet for å ta ekstra besøk når det er behov for det. På en annen side er det ikke alltid dette ser likt ut i praksis. Det vil variere hvor stor tilgang en har til hjemmetjenesten og fastlege. Noe av det vi har vært inne på er ressursmangelen i helsevesenet som også fører til mindre tid til den enkelte pasient (Molnes, 2014, ss. 149-150). Derfor ser vi at det er flere momenter som spiller inn når det kommer til personsentrert helsehjelp og at det er både fordeler og ulemper med å motta hjemmetjeneste (Oosterveld- Vlug et al. 2019, s. 4).

Et annet moment er kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som pasientene påpeker er viktig (Oosterveld- Vlug et al. 2019; Molnes, 2014). Denne kommunikasjonen er viktig for at pasientene skal oppleve at det er en flyt i helsehjelpen de mottar. Opplevelsen av å være en «kasteball» imellom instansene kan på den måten reduseres. Likevel ser vi at kommunikasjonen mellom instansene kan være utfordrende, og at det ikke alltid er tilstrekkelig. Konsekvensen av dette kan føre til feil og misforståelser (Oosterveld-Vlug, et al., 2019, s. 6). Erikssons teori viser til pleielidelse og det er noe pasientene kan oppleve når kommunikasjonen svikter mellom instansene, men også mellom helsepersonell og pasient.

Helsepersonelloven legger et grunnlag for sykepleierens yrkesutøvelse. Den setter krav til sykepleierens kunnskap, holdninger og ferdigheter. Kravene er med på å sikre faglig forsvarlige tjenester (Helsepersonelloven, 1999). Likevel er det gjennomgående i studiene at sykepleierne har mangler på kunnskap om smertelindring og kartlegging, samt erfaring med bruk av sterke opioider. Hos pasientene kommer det også frem at de opplever at kompetansen

til sykepleierne burde vært høyere (Hackett et al., 2016; Oosterveld- Vlug et al., 2019; Ihler & Sæteren 2020; Molnes, 2014). Videre nevnes det også at sykepleierens holdninger kan være en utfordring når det kom til smertelindring (Molnes, 2014, s. 148).

Det kommer frem av artikkelen til Molnes (2014) at god smertelindring kommer an på hvilken sykepleier som er på vakt. En grunn til dette kan være sykepleiernes holdninger og manglende kunnskap om smertelindring til palliative kreftpasienter. Ressursmangel kan også være en årsak til utilstrekkelig smertelindring. Om sykepleieren hadde hatt bedre tid til hver pasient kunne de gitt bedre behandling, observert over tid og gitt den administrasjonsmåten med best effekt. Videre nevner også sykepleierne at det er vanskelig å finne tid til å oppdatere seg faglig grunnet ressursmangel. Sykepleierne opplevde seg som en byrde ovenfor kollegaene sine om de brukte arbeidstiden på å oppdatere seg faglig, ettersom arbeidsoppgaver da ble delegert videre (Molnes, 2014, s. 148).

Sykepleiere har plikt til holde seg faglig oppdatert og tilegne seg nødvendig kunnskap slik at de kan utføre faglig forsvarlig helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Det er uvisst hvorvidt mangelen på kunnskap har grunn i utdanningen eller sykepleierens evne til å holde seg faglig oppdatert. Flere av sykepleierne i studien til Molnes (2014) mener at det burde vært større fokus på smertelindring i sykepleierutdanningen (Molnes, 2014).

Erfaringsmessig fra praksis ser vi at det er svært individuelt hva man lærer om smertelindring som sykepleierstudent.

Ifølge Erikssons teori utsetter sykepleieren pasienten for pleielidelse når sykepleier unnlater å gi omsorg og behandling (Eriksson, 1995, ss. 69-70). Vi tenker at ved mangel på ressurser, kompetanse og erfaring rundt smertelindring til palliative kreftpasienter, er det fare for at sykepleier unnlater å gi pasienten tilstrekkelig pleie og omsorg. Selv om dette ikke er en ønsket og bevisst handling fra sykepleiers perspektiv utsettes pasienten for pleielidelse likevel.

## 6.0 AVSLUTNING

Vi har gjennom denne oppgaven sett nærmere på smertens innvirkning på den palliative kreftpasienten og utfordringer med smertelindring i hjemmet, sett ut fra både et pasient- og sykepleieperspektiv. De funnene vi har gjort er at kreftpasientene opplever sterke smerter, noe som påvirker deres hverdag og livskvalitet betydelig. Vi har sett at tilstedeværelsen av helsepersonell er viktig for pasientene. Samtidig ser vi at sykepleierne uttrykker utfordringer knyttet til tid og ressurser når det kommer til tilstrekkelig smertekartlegging og oppfølging. Det er også for lite kunnskap hos sykepleierne om smerter og bruk av sterke opioider ved smertelindringen.

I lys av Eriksson sin teori om lidelse kan vi se sammenhengen mellom hvordan redusert smertelindring og kartlegging kan skape ulike former for lidelse. I teorien til Eriksson kommer det frem viktigheten av hva pasientene kan oppleve av lidelse og hva vi som sykepleiere må være oppmerksomme på. For at vi skal kunne gi tilstrekkelig og helhetlig omsorg til den enkelte pasient, forutsetter det at vi lytter til pasientene og får frem deres subjektive opplevelse. I avsnittet under vil vi komme med noen punkter som vi tenker er aktuelle for en bedre praksis med bakgrunn i funnene vi har gjort knyttet til problemstillingen; «Hvordan opplever sykepleiere og hjemmeboende palliative kreftpasienter smerte og smertelindringen i hverdagen?».

### 6.1 Forbedringspotensialer til videre praksis

Basert på oppgavens funn vil vi komme med konkrete eksempler på hvilke forbedringspotensialer som finnes. Slik at dette kan bidra til en bedre praksis.

**Internundervisning:** Et forslag for å øke kompetansenivået er at ledelsen generelt i hjemmetjenesten arrangerer internundervisning eller sender personalet på relevante kurs. Eksempler på relevante temaer kan være ulike administrasjonsmetoder for smertelindring, smertekartlegging ved bruk av for eksempel kartleggingsverktøy og palliativ omsorg. Helsepersonell vil på den måten bli rustet til å utføre sine arbeidsoppgaver og kan gi pasientene bedre behandling og omsorg.

**Videreutdanning av sykepleiere:** Ledelsen kan oppfordre og legge til rette for at sykepleierne kan ta videreutdanning for eksempel innen kreft eller palliasjon. Da vil sykepleieren som tar videreutdanningen få mer kompetanse, samtidig som vedkommende kan lære bort til de andre sykepleierne. På denne måten kan hele avdelingen øke sin kompetanse.

**Ressursmangel:** Ansettelse av mer helsepersonell kunne redusert ressursmangelen og tidspresset som oppstår i tjenestene. Helsepersonell ville fått bedre tid til pasientene og andre oppgaver på avdelingen, inkludert å oppdatere seg faglig og forbedre smertelindringen til pasientene.

**Utdanningsløpet:** Vi har sett at flere av sykepleierne savner undervisning rundt smerter og smertelindring i sykepleieutdanningen. Et større fokus på smerte og teorien rundt smertelindring i utdanningen vil skape økt kunnskapsnivå, større trygghet blant sykepleierne og bedre smertelindring til pasientene.

**Kommunikasjon:** Utvikling av klare retningslinjer på hvordan PLO og internmeldinger skal benyttes og utføres. For å videreformidle informasjon, både mellom instanser og videre ut til pasientene. God kommunikasjon skaper tillit og trygghet blant alle inkluderte parter.

## 7.0 REFERANSER

- Bråthen, T. V. (2019, 10 9). *Jeg ser- Jeg lytter- Jeg bryr meg!* Hentet 13.12 2023 fra livsrom: <https://livsrom.life/jeg-ser-jeg-lytter-jeg-bryr-meg/>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.
- Danielsen, A., & Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter: *Klinisk sykepleie 1* (Vol. 6). (D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, Red.) Oslo, Norge: Gyldendal.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. (Ø. Randers-Pehrson, Overs.) TANO.
- Friberg, F. (2018). *Dags för uppsats*. Polen: Studentlitteratur.
- Helse- og omsorgstjenesteloven*. (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30) Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30?searchResultContext=1318&rowNumber=1&totalHits=1095>
- Helsedirektoratet. (2019, 20 05). *palliativ behandling- definisjon*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm-handlingsprogram/palliativ-behandling/palliativ-behandling--definisjon>
- Helsedirektoratet. (2021, 10 14). *Befolkningens behov for helsehjelp*. Hentet 13.12 2023 fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov/situasjonsbeskrivelse-kompetansebehov-i-spesialisthelsetjenesten/befolkningens-behov-for-helsehjelp>
- Helsepersonelloven. (2019) *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64?searchResultContext=1362&rowNumber=1&totalHits=4535>
- Iheler, E. M., & Sæteren, B. (2019, november 11). Sykepleierens erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien forskning*.
- Kreftforeningen (a). (2023, august 15). *Kreftforeningen*. Hentet 16.11 2023 fra Hva er kreft?: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftforeningen (b). (2023, 08 11). *Kreftforeningen*. Hentet 11 15 fra Smerte: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/>
- Kreftforeningen (c) . (2023, November 13). *Kreftforeningen*. Hentet 15.11 2023 fra Palliativ (lindrene) behandling: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>

kreftforeningen (d). (2023, oktober 3). *Kreftforeningen*. Hentet 15.11 2023 fra Kreft i Norge: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Molnes, S. I. (2014, 05 06). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2014(2), ss. 147-156.

Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C., & Francke, A. L. (2019, november 06). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 18(1).

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63?searchResultContext=1691&rowNumber=1&totalHits=4176>

## 8.0 VEDLEGG

### Vedlegg 1: Søkelogg

Tabell som viser søkeloggen til artiklene vi har brukt i oppgaven.

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler.
29/10-23	Idunn	Hjemmeboende OG kreftpasienter OG smertelindring	År 2013- 2023	3	3	2	1
1/11 - 23	CINAHL	Essential elements AND palliative care at home AND cancer	År 2013-2023 Full tekst Språk: engelsk Academic Journals	2	2	2	1
30/10 - 23	Oria	ESAS OG kreftpasienter	År 2013-2023 Fagfelleurdert tidsskrift	1	1	1	1

31/10-23	CHIN AL	Palliative patient AND cancer AND pain management	År 2013 – 2023 Full tekst Språk: engelsk Academic Journals	8	5	2	1
14/11-23	CHIN AL	Patient and caregivers perspective AND pain AND advanced cancer	År 2013-2023 Språk: Engelsk Academic Journals	5	3	3	1



**Vedlegg 2: Litteratormatrise**

Litteratormatrisen viser en oversikt artiklene vi har brukt i bacheloroppgaven.

<b>Forfatter(e)</b> <b>Årstill</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	<b>Artikkel- tittel</b>	<b>Hensikten med studien</b>	<b>Perspektiv</b> <b>(sykepleier/ pasient/ pårørende)</b>	<b>Metode og analyse</b>	<b>Utvalg/ populasjon</b>	<b>Hovedfunn/ resultater</b>
Elise Marie Ihler Berit Sæteren 2019 Sykepleien forskning Norge	Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter	Utforske sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS for å kartlegge symptomer hos sykehuspasienter med kreft i palliativ fase.	Sykepleieperspektiv	Kvalitative dybdeintervjuer av 6 sykepleiere fra 2 onkologiske sengeposter fra et sykehus i helse sørøst. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet til intervjuene. De analyserte datamaterialet med Malteruds systematiske tekstkondensering.	6 sykepleiere fra 2 onkologiske sengeposter som fortalte om bruk av ESAS i møte med palliative kreftpasienter.	Det vil være vanskelig å følge pasientens symptomer over tid hvis ESAS ikke dokumenteres rutinemessig. Sykepleierne identifiserer flere barrierer og forbedringstiltak for rutinemessig bruk av ESAS.
Julia Hackett, Mary Godfrey and Michael I Bennett 2016 Palliative Medicine	Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer. A qualitative	Hensikten med studien var å utforske pasienters og omsorgspersoners erfaringer med avansert	Pasient perspektiv	De brukte en kvalitativ tolkningsmetode. Studien ble utført i to tjenestemiljøer i en nord engelsk by På en onkologisk poliklinikk	Det var 21 kreftpasienter og 16 pleiere fra onkologisk poliklinisk kreftsenter og et hospice.	Det ble oppdaget tre smertemønstre som kunne skilles ut når det gjelder kompleksitet, alvorlighetsgrad, forbigående og grad av opplevd kontroll over smerte. Smerte var dynamisk og var knyttet til

England	longitudinal study.	kreftsmertner og prosessene de deltar i for å håndtere smerte.		og palliativ hospicetjeneste.		endringer i sykdomsprosessen, tilgang til og effektiviteten av smertelindring. Det er for lite kompetanse om smerter både for pasienter og sykepleiere. Smerter er komplekst og hvordan den blir forstått har mye å si for hjelpen man får og smertebehandlingen. Variert effekt av smertelindring for ulike smertetyper var utfordrende for å oppnå god smertelindring.
Sven Inge Molnes 2014 Idunn Norge	Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Hensikten med artikkelen var å sette søkelys på smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter og hva de etterlyser av spesiell kompetanse for å oppleve trygghet.	Sykepleierperspektiv.	Det var en kvalitativ studie som innebar data som ble innhentet i individuelle intervjuer med respondenter fra hjemmesykepleien. Ti sykepleiere deltok i studien. Det ble brukt en intervjuguide i noen tilfeller og taleopptak. Analysen tar utgangspunkt i Thagaards temasentrerte analysestrategi.	Distriktslederne i ulike hjemmetjenester var behjelpelig med å identifisere aktuelle respondenter som hadde erfaringer med lindrende smertebehandling til hjemmeboende kreftpasienter, og ut ifra de gitte inklusjonskriteriene. Inklusjonskriteriene i studien var at sykepleierne jobbet i hjemmesykepleien og at de minimum hadde jobbet der i ett år. Det var ti sykepleiere som	De fant ut at det å tilby kreftpasienter den beste smertelindringen var en stor utfordring.  Det er behov for økt kompetanse innen smertelindring hos sykepleiere.  Man bør fokusere mer på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasientene og pårørende og helsepersonell.  Funnene i denne studien styrker det faktum at det trengs å

					ønsket å delta i studien.	prioritere smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.
M. G. Oosterveld-Vlug B. Custers J. Hofstede G. A. Donker P. M. Rijken J. C. Korevaar A. L. Francke 2019 BMC Nederland	What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer	Hensikten med studien var å finne ut hva pasienter og pårørende synes er viktig for å oppnå høy kvalitet i den palliative omsorgen.	Pasient perspektiv	Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med 13 pasienter med langtkommen kreft og 14 pårørende til pasientene. Deltakerne I studien fortalte om deres syn på hvilke behov som var dekket og hvilke mangler tilbudet fra fastlege og hjemmesykepleie hadde.	13 pasienter med palliativ kreft og 14 pårørende til disse. Noen av de pårørende var ektefelle til pasienten, mens andre var barn av pasienten.	Pasient og pårørende mente at det er viktig at både fastlege og hjemmetjenesten har god medisinsk kompetanse, er tilgjengelige, personfokuserte og i forkant. De påpekte også at det var god informasjonsflyt mellom tjenestene og innad i tjenestene. Pasientene ga utrykk for at det kunne være vanskelig og få med seg informasjon og holde en oversikt over de involverte partene.
Olga Ehrlich Nathan S. Schweitzer Donna L. Berry 2022 USA	Functional goals and how palliative patients with cancer managed pain.	Hensikten med studien var å beskrive motiverende faktorer for smertelindring og pasientenes opplevelse av smerte.	Pasientperspektiv	Studien er en kvantitativ innholdsanalyse. De intervjuet pasientene og tok lydopptak. Deretter ble resultatene delt inn i 5 ulike kategorier.	Deltakerne i studien var 27 pasienter som opplevde kreftsmarter.	Studien kom frem til at nåværende kartlegging av smerte ikke var god nok, noe som kunne gjøre det utfordrende for sykepleierne å behandle pasientenes smerter.

**Vedlegg 3: Artikler**

Forenklet artikkeloversikt.

Forfatter, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
<b>Artikkel 1</b> Oosterveld-Vlug et al. 2019  What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer.	(Dalland, 2020) Palliativ omsorg i hjemmet	Hensikten med studien var å finne ut hva pasienter og pårørende synes er viktig for å oppnå høy kvalitet i den palliative omsorgen.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode
<b>Artikkel 2</b> Sven Inge Molnes 2014  Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Smertelindring til hjemmeboende pasienter	Hensikten med artikkelen var å sette søkelys på smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter og hva de etterlyser av spesiell kompetanse for å oppleve trygghet.	Sykepleier perspektiv	Kvalitativ metode
<b>Artikkel 3</b> Olga Ehrlich Nathan S. Schweitzer Donna L. Berry 2022	Palliative kreftpasienter i hjemmet og deres opplevelse av smerte	Hensikten med studien var å beskrive motiverende faktorer for smertelindring og pasientenes opplevelse av smerte.	Pasient perspektiv	Kvantitativ metode

Functional Goals and How Palliative Patients With Cancer Managed Pain.				
<p><b>Artikkel 4</b></p> <p>Elise Marie Ihler</p> <p>Berit Sæteren</p> <p>2019</p> <p>Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter.</p>	<p>Kartlegging av smerte ved bruk av ESAS</p>	<p>Utforske sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS for å kartlegge symptomer hos sykehuspasienter med kreft i palliativ fase.</p>	<p>Sykepleier perspektiv</p>	<p>Kvalitativ metode</p>
<p><b>Artikkel 5</b></p> <p>Julia Hackett, Mary Godfrey and Michael I Bennett.</p> <p>2016</p> <p>Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer. A qualitative longitudinal study.</p>	<p>Smerter i forbindelse med kreftsykdom.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske pasienters og omsorgspersoners erfaringer med avansert kreftsmerte og prosessene de deltar i for å håndtere smerte.</p>	<p>Pasient perspektiv</p>	<p>Kvalitativ langsgående studie.</p>



