

Hvordan fremme smertelindring til pasienter med palliativ kreftbehandling i hjemmet?

Kandidatnummer: 845 & 888
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8654
Dato: 02.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 2. januar 2024
Tittel: Hvordan fremme smertelindring til pasienter med palliativ kreftbehandling i hjemmet?	
<p><u>Innledning</u> Pasienter med kreft i palliativ fase opplever mye smerter. Det totale smertebildet er ofte komplekst, og kan påvirkes av både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer. Samtidig viser det seg at smertelindring oppnås i langt mindre grad enn det som kan forventes hos denne pasientgruppen. Et stadig større antall pasienter som mottar palliativ kreftbehandling følges opp i hjemmet, og sykepleiere i hjemmesykepleien trenger derfor kunnskap om hva som kan fremme smertelindring til disse pasientene.</p> <p><u>Metode</u> Oppgavens metode er generell litteraturstudie. Gjennom et strukturert søk i CINAHL og Idunn ble tre kvalitative og én kvantitativ forskningsartikkel valgt for å belyse og besvare problemstillingen på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p><u>Resultat</u> Funn fra forskningsartiklene viser at sykepleiere i hjemmesykepleien ofte kjenner på usikkerhet og mangel på kunnskap knyttet til smertelindring i møte med pasienter som mottar palliativ kreftbehandling. Forskingen belyser samtidig pasienters erfaringer om hva de opplever som viktig i smertelindringen, og peker særlig på pasientenes behov for helhetlig pleie og omsorg som tar hensyn til den enkeltes ønsker. Personlige mål for smertelindring trekkes frem som nyttig i kartlegging og behandling.</p> <p><u>Diskusjon</u> Resultater fra forskningsartiklene diskuteres opp mot problemstillingen og i lys av relevant faglitteratur, etikk og lovverk. Diskusjonen følger et teoretisk rammeverk for personsentrert sykepleie, og tar for seg sykepleieferdigheter, omsorgsmiljøet, pleiesituasjoner og personsentrerte resultater. Basert på de ulike funnene ser man at en personsentrert tilnærming vil kunne bidra til å fremme smertelindring hos pasienter som mottar palliativ kreftbehandling. Samtidig er det behov for et økt fokus på kompetanseutvikling blant sykepleiere i hjemmesykepleien for å fremme smertelindring, og det er indikasjoner for ytterligere forskning på denne tematikken.</p>	

(Totalt antall ord: 267)

Forord

Som utgangspunkt for bacheloroppgaven gjennomførte vi våren 2023 et forberedende arbeid i emne BSY-402, hvor prosjektbeskrivelsen ble innlevert som en eksamensbesvarelse med kandidatnummer 509 og 589. I denne bacheloroppgaven har vi bearbeidet og benyttet tekstutdrag fra den innleverte eksamensbesvarelsen i BSY-402, og enkelte deler vil derfor ha likhetstrekk med besvarelsen som ble levert i vår. Dette gjelder oppgavens innledning samt presentasjon av søkehistorikk og utvalg av artikler i metodedelen. Det vil også være likheter mellom besvarelsene ved presentasjon av forskningsartikler i artikkelmatrise og ved sjekklister, da to av forskningsartiklene som ble benyttet i prosjektbeskrivelsen også er inkludert i bacheloroppgaven.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensninger	3
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Bakgrunn.....	5
2.1	Total smerte ved kreftsykdom	5
2.2	Sykepleieres smertelindrende funksjon	6
2.3	Hjemmesykepleie	7
2.3.1	Kommunikasjon og tillit.....	8
2.4	Personsentrert sykepleie.....	9
2.4.1	McCormack og McCance's rammeverk Person-Centred Practice	9
2.5	Etiske og juridiske rammer.....	10
3	Metode	12
3.1	Generell litteraturstudie	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	15
4	Resultater	17
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	17
4.2	Syntese av forskningsresultater	18
5	Diskusjon.....	19
5.1	Sykepleieferdigheter	19
5.2	Omsorgsmiljø	21
5.3	Pleiesituasjoner	22
5.4	Personsentrerte resultater	24
5.5	Metodediskusjon	25
6	Konklusjon.....	28
7	Referanseliste	29
	Vedlegg	34

1 Innledning

I denne bacheloroppgaven vil vi belyse temaet smertelindring til hjemmeboende pasienter med kreft som mottar palliativ behandling. Følgende kapittel begrunner valg av tema og dets sykepleiefaglige relevans, før oppgavens hensikt og problemstilling blir presentert.

Avslutningsvis beskrives avgrensningene vi har gjort, og det gis en kort avklaring av sentrale begreper.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2022 ble det registrert 38 285 nye krefttilfeller i Norge, og tall fra 2021 viser at 11 121 mennesker døde som følge av kreftsykdom dette året (Larsen et al., 2023, s. 20, 83). Pasienter med kreft opplever mye smerte, og 70% av pasienter med langtkommen kreft oppgir smerter som krever behandling (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 481). Samtidig viser det seg at smertelindring hos denne pasientgruppen oppnås i langt mindre grad enn det som kan forventes ut fra kunnskapen og legemidlene vi har kjennskap til i dag (World Health Organization, 2019). Statistikk viser at én av fire pasienter med kreft diagnostiseres med uhelbredelig sykdom og dør som følge av denne, og overgangen fra kurativ til palliativ fase inntreffer i det pasienten får vite at kreften ikke kan kureres (Kreftforeningen, 2023b; Utne & Nakken, 2019, s. 108). Pasienter med palliativ kreftbehandling kan likevel leve lenge før sykdommen fører til død, og i tidlig palliativ fase behøver ikke symptomene nødvendigvis å påvirke funksjonsnivået (Utne & Nakken, 2019, s. 108). Hos denne pasientgruppen viser det seg at smerteopplevelsen særlig kan påvirkes av psykososiale belastninger knyttet til å gå døden i møte (Trier, 2019, s. 853).

Konteksten er valgt på bakgrunn av et økende antall komplekse pasienter med behov for palliativ behandling, deriblant pasienter med kreft, som behøver oppfølging i hjemmesykepleien som en følge av samhandlingsreformen (St. meld. 47 (2008-2009); Trier, 2019, s. 889). Samtidig blir et stadig høyere antall pasienter med kreft behandlet poliklinisk mens de bor hjemme, slik at sykepleiere i hjemmesykepleien i større grad får ansvar for oppfølging av denne pasientgruppen (Utne & Nakken, 2019, s. 108).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

I tråd med yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et ansvar for å lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Smertelindrende behandling er en sentral del av sykepleie til pasienter med kreft, og behovet for smertelindring øker i den palliative fasen (Kreftforeningen, 2023a). Pasienter i hjemmesykepleien får ofte behandling over et lengre tidsperspektiv, slik at sykepleiere har muligheten til å ha tett kontakt med dem og spille en viktig rolle i den daglige smertelindringen (Norås, 2017, s. 303; Utne & Nakken, 2019, s. 108). Sykepleiere i hjemmesykepleien jobber i hovedsak selvstendig, noe som stiller krav til at hver enkelt sykepleier som møter vår valgte pasientgruppe innehar tilstrekkelig faglig kompetanse for å kunne tilby smertelindrende behandling av god kvalitet (Fjørtoft, 2016, s. 69, 81–82). Hos disse pasientene er det aktuelt å administrere behovsmedisiner for å lindre smerter, og sykepleier står i slike tilfeller ansvarlig for å vurdere indikasjonen for å gi smertestillende medikamenter (Olsen et al., 2018, s. 88). Vurderinger av smerteomfang og effekt av behandling blir gjort på bakgrunn av observasjoner gjennom korte møter i pasientens hjem, og det er viktig at sykepleier har god kunnskap om kartlegging og vurdering (Fjørtoft, 2016, s. 69; Grov & Lorentsen, 2022, s. 482).

I hjemmesykepleien går økt tidspress i arbeidet igjen som en utfordring som kan svekke kvaliteten, og et flertall av sykepleiere opplever at de ikke har tilstrekkelig tid hos den enkelte pasient (Fjørtoft, 2016, s. 130, 153; Birkeland & Flovik, 2018, s. 73). Utilstrekkelig kompetanse viser seg også å være en barriere som hindrer sykepleiere i å utøve god smertebehandling hos pasienter med kreft (Grov & Lorentsen, 2022, s. 490). I lys av vår problemstilling vil det være relevant å undersøke sykepleieres erfaringer med smertelindring til pasientgruppen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 73). Det vil også være relevant å få innsikt i pasienter med langtkommen kreft sine erfaringer med kreftrelaterte smerter, og deres ønsker og behov knyttet til smertebehandlingen (Kreftforeningen, 2023b).

1.3 Hensikt og problemstilling

Bacheloroppgavens hensikt er å utforske hvilke faktorer som vil kunne fremme smertelindring når sykepleiere møter pasienter med kreftsykdom som mottar palliativ behandling i hjemmet. Hovedvekten legges på en helhetlig tilnærming hvor både pasientperspektivet og sykepleierperspektivet kommer frem, og i mindre grad på spesifikke behandlingsmetoder.

På bakgrunn av tema og hensikt vil følgende problemstilling besvares:

«Hvordan fremme smertelindring til pasienter med palliativ kreftbehandling i hjemmet?»

1.4 Avgrensninger

Forskning viser at økende alder øker sannsynligheten for å bli rammet av kreftsykdom (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 475). Samtidig kan dødelig kreftsykdom ramme mennesker i alle aldersgrupper, og man ser at de rammede pasientene har flere fellestrekk knyttet til behandling av smerter til tross for ulik alder (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 481). Vi vil derfor inkludere pasienter ned til 18 år. Pasienter under 18 år vil derimot ekskluderes, ettersom smertebehandling i møte med barn krever en annen tilnærming enn hos voksne (Grønseth & Markestad, 2017, s. 165). Bacheloroppgaven er ikke avgrenset til å omhandle spesifikke kreft- eller behandlingsformer, men pasientgruppen vi har tatt utgangspunkt i må motta palliativ kreftbehandling og forskningen må kunne relateres til hjemmesykepleie. Vi ønsker å vektlegge smertelindring over tid hos pasienter med kreft som mottar palliativ behandling, og utelukker derfor pasienter i terminal fase (Utne & Nakken, 2019, s. 108).

1.5 Begrepsavklaring

Kreft: Kjennetegnes av ukontrollert celledeling og økt cellevekst i organet hvor den ukontrollerte celledelingen startet. Dette fører til en opphopning av kreftceller som danner kreftsvulster. Kreft kan ramme alle kroppens organer, og kan spre seg til andre organer eller over til blodbanen via lymfesystemet (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 477).

Smerte: Kan defineres som en «ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller truende vevsødeleggelse» (IASP, 2023). Smerte er en personlig og sammensatt opplevelse som kan påvirkes av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (IASP, 2023).

Total smerte: Kan defineres som «lidelsen som omfatter alle aspekter av en persons fysiske, psykologiske, sosiale, åndelige og praktiske utfordringer» (Didwaniya et al., 2015, s. 389).

Palliativ kreftbehandling: Omfatter behandling, pleie og omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom (Kaasa & Loge, 2016, s. 34–35). Dette innebærer forebygging og lindring av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial eller eksistensiell karakter (World Health Organization, 2020). Overgangen til palliativ fase i et kreftforløp inntreffer når

pasienten får vite at sykdommen ikke kan kureres (Utne & Nakken, 2019, s. 108). I bacheloroppgaven benyttes også begrepet «langtkommen kreft» om dette stadiet i pasientforløpet.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil vi presentere et faglig anerkjent kunnskapsgrunnlag med relevans for oppgavens problemstilling. Dette innebærer å forklare sentrale begreper og rammer for sykepleiefaglig praksis som kan knyttes opp mot problemstillingen.

2.1 Total smerte ved kreftsykdom

Smerte kan svekke pasientens livskvalitet betraktelig, og er det mest fryktede sykdomssymptomet blant pasienter med kreft (Kongsgaard, 2017, s. 181). Pasienter med kreft kan oppleve at smerte opptrer i ulike stadier av sykdommen (Utne & Nakken, 2019, s. 128). De kan vise seg som debutsymptomer for sykdommen eller i løpet av diagnostiseringen, men de kan også oppstå under behandling eller som en konsekvens av selve behandlingen. Smerter opptrer også ved avansert og uhelbredelig sykdom og når livet går mot en slutt (Utne & Nakken, 2019, s. 128). I den palliative fasen av et pasientforløp er smertene særlig fremtredende og pasienter rapporterer ofte om flere plagsomme symptomer samtidig (Kaasa & Loge, 2016, s. 47–48).

Når man snakker om fysisk smerte skiller man hovedsakelig mellom langvarige og akutte smerter (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 441). De akutte smertene har kort varighet og forsvinner når årsaken til smertene leges, mens langvarige smerter har hatt en varighet på minst 3 måneder med en forventning om at de ikke skal forsvinne av seg selv (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 441, 473). Pasienter med langtkommen kreft har ofte langvarig smerte med akutte episoder og smertetopper, som i mange tilfeller forårsakes av tumorrelaterte komplikasjoner eller ulike behandlingsmetoder slik som kirurgi eller cytostatikabehandling (Grov & Lorentsen, 2022, s. 481; Kongsgaard, 2017, s. 182).

Cicely Saunders innførte i sin tid begrepet «total pain», som i dagens sykepleie er et viktig begrep innen smertelindring og palliasjon (Didwaniya et al., 2015, s. 389). Hennes erfaringer i møte med døende pasienter ga en forståelse av at opplevelsen av smerte påvirkes av mer enn bare den fysiske smerten pasienten opplever, men at både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og praktiske utfordringer kan påvirke den totale smerteopplevelsen (Trier, 2019, s. 853). Senere forskning har undersøkt sammenhengen mellom negative emosjoner og smerte, og kommet fram til at disse aspektene gjensidig påvirker hverandre over tid (Finset, 2016, s. 377). En slik helhetlig forståelse av smerte samsvarer med IASP sin beskrivelse av at

smertebegrepet kan påvirkes av ulike faktorer, men samtidig belyser begrepet «total smerte» på en tydeligere måte kompleksiteten knyttet til pasienters smerteopplevelser (IASP, 2023; Didwaniya et al., 2015, s. 389).

I lys av total smerte, opplever et flertall av pasienter med kreftrelaterte smerter psykiske belastninger knyttet til sykdommen og behandlingen av den. Hos en stor andel av pasientene kommer dette til uttrykk som angst eller depresjon (Utne & Nakken, 2019, s. 138). Mange opplever økt psykisk stress når de får kreftdiagnosen eller mottar nedslående nyheter om sykdomsutviklingen, men også i sykdommens palliative fase når pasienten forstår at døden nærmer seg (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 480). Sosiale aspekter som tanken på å miste de man er glad i, eller bekymringer knyttet til uoppgjorte relasjoner, kan være belastende (Trier, 2019, s. 853). I tillegg kan pasienter med langtkommen kreft oppleve at eksistensielle aspekter som blant annet omhandler angst for døden eller muligheten til å finne mening med livet og lidelsen i den palliative fasen, kan påvirke det totale smertebildet (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 480- 482). Måten eksistensielle eller sosiale bekymringer utløser angst hos pasienter viser hvordan ulike aspekter gjensidig kan påvirke hverandre og forsterke den totale smerteopplevelsen (Trier, 2019, s. 853).

Smerter ved kreftsykdom er ofte en sammensatt og kompleks opplevelse for pasientene, og flere ulike former for smerte er gjerne fremtredende på samme tid. Smertene kan kreve ulike former for behandling eller kombinasjonsbehandling, og kan i mange tilfeller gjøre det utfordrende å lindre smerter (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 481). Når det kommer til hjemmeboende pasienter med langtkommen kreft kan smertelindring være utfordrende, da de i større grad enn andre pasienter kan oppleve psykososiale belastninger av å være overlatt til seg selv (Birkeland & Flovik, 2018, s. 66). Det er derfor særlig viktig for sykepleiere i hjemmetjenesten å vurdere den totale smerteopplevelsen hos en pasientgruppe i en sårbar livssituasjon (Kongsgaard, 2017, s. 194).

2.2 Sykepleieres smertelindrende funksjon

Sykepleiere spiller en sentral rolle i smertebehandlingen til pasienter med kreft i og med at de har mye kontakt med pasientene, og den totale smerteopplevelsen bør være utgangspunktet for behandlingen (Utne & Nakken, 2019, s. 128; Grovs & Lorentsen, 2022, s. 487-488). Hos pasienter med kreftrelaterte smerter er det nesten uten unntak nødvendig å gi medikamentell behandling, og som sykepleier er man ansvarlig for administrering av medikamentene (Utne

& Nakken, 2019, s. 131). Samtidig krever ulike aspekter ved smerte ulike intervensjoner. Sykepleier kan eksempelvis samarbeide med pasienten om å finne realistiske målsetninger knyttet til smertebehandlingen som kan fungere som en motivasjonsfaktor, forutsatt at målene rommer pasientens egne ønsker (Skaug, 2021, s. 78).

Gjennom kontinuerlig kartlegging og vurdering av smerter kan sykepleier få et innblikk i pasientens tilstand som gjør det mulig å følge opp endringer og vurdere effekten av ulik behandling (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 487-488). Kartlegging og vurdering av smerter til pasienter med kreftsykdom kan være utfordrende i og med at pasientene ofte har sammensatte smerteopplevelser (Utne & Nakken, 2019, s. 130). Det er likevel viktig å gjennomføre smertevurderinger for å kunne oppnå smertelindring til pasientgruppen, og her kan sykepleier kartlegge smerter gjennom både observasjon og samtale eller ved å ta i bruk kliniske kartleggingsverktøy for smerter (Utne & Nakken, 2019, s. 130; Grovs & Lorentsen, 487-488). Smertekartleggingsverktøy bidrar til en systematisk kartlegging og kan blant annet hindre sykepleiere i å undervurdere pasientenes symptomer, da det er vist at sykepleiere har en risiko for å utvikle toleranse for at pasienter opplever smerter (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 487-488). Det er viktig å kartlegge smerter fortløpende i pasientforløpet for å vurdere om pasientene er smertelindret (Utne & Nakken, 2019, s. 130).

Den palliative fasen kjennetegnes av at symptomer kommer til syne i større grad enn tidligere i sykdomsforløpet, noe som også øker behovet for sykepleie i denne fasen (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 505- 506). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), i revidert utgave (ESAS-r), er et verktøy som er utarbeidet for å kartlegge de oftest rapporterte symptomene blant pasienter med kreft (Utne & Nakken, 2019, s. 128). Dette er et standardisert selvrappoteringskjema som kartlegger åtte symptomer; smerte, slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tungpust, depresjon og angst (Bergh et al., 2012). Hos pasienter med kreft kan ofte flere symptomer opptre samtidig og smerteopplevelsen kan forsterkes av de øvrige symptomene, og ESAS-r er nyttig for å kartlegge flere symptomer på samme tid og danne et helhetlig bilde av pasientens smerte (Grovs & Lorentsen, 2022, s. 488).

2.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er helsehjelp som utøves til pasienter i deres eget hjem, med hovedfokus på å tilfredsstille pasientenes grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 33).

Kommunene har et stort ansvar for befolkningens helse, blant annet når det gjelder medisinsk

behandling og pleie og omsorg, og pasienter som mottar helsetjenester fra kommunen har ofte sammensatte behov for helsehjelp (Knutstad, 2019, s. 22; Kristoffersen, 2021, s. 325). Mer effektiv kreftbehandling gjør i dag at pasienter lever lengre med sykdommen, slik at det stadig finnes flere som lever med kroniske smerter som følge av kreftsykdom og behandling (Kongsgaard, 2017, s. 194). Samtidig kan pasienter med langtkommen kreft leve lenge i et palliativt behandlingsforløp, og mange har et ønske om å kunne bo og motta behandling i hjemmet lengst mulig (Utne & Nakken, 2019, s. 107; Gomes et al., 2013, s. 11).

I hjemmesykepleien arbeider sykepleiere mye selvstendig og alene, og dette stiller krav til den enkeltes faglige kompetanse (Fjørtoft, 2016, s. 69). I forbindelse med et økende antall pasienter med behov for palliativ kreftbehandling i hjemmet, øker behovet for kompetente sykepleiere i kommunehelsetjenesten som kan håndtere kompleks behandling og pleie av disse pasientene (Norås, 2017, s. 305; St. meld. 47 (2008-2009)). Samtidig som behovet for kompetente sykepleiere øker, ser man en stadig økende mangel på sykepleiere i norske hjemmesykepleiedistrikter (Gautun, 2021, s. 142). Kommunene opplever store utfordringer knyttet til rekruttering, og forskning viser at hele to av ti sykepleiervakter i turnus ikke dekkes av sykepleiere. Dette fører til økt arbeidsbelastning for sykepleiere på jobb, og kan gå ut over kvaliteten på pleien (Gautun, 2021, s. 142).

2.3.1 Kommunikasjon og tillit

Omsorg trekkes frem i Helsepersonelloven §4 (2001) og i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2023) når sykepleieutøvelsen beskrives. Dette handler blant annet om relasjonsbygging og respekt i møte med pasienter (Birkeland & Flovik, 2018, s. 35). Arbeid i pasientens hjem åpner samtidig for tett kommunikasjon med pasientens pårørende, som kan fungere som ressurspersoner og samarbeidspartnere i pleien (Fjørtoft, 2016, s. 101). I hjemmesykepleien møter man pasientene over et lengre tidsrom, og dette gir en bedre forutsetning for å bli kjent med pasienten enn ved eksempelvis en sykehusinnleggelse (Birkeland & Flovik, 2018, s. 33). Relasjonen mellom sykepleier og pasient som mottar palliativ kreftbehandling i hjemmet omtales ofte som en tillitrelasjon, hvor sykepleier får kontakt med pasienten og pårørende daglig og inkluderes som en del av familien (Grov & Lorentsen, 2022, s. 509). Kommunikasjonen danner grunnlaget for relasjonen, og derfor er gode ferdigheter innen kommunikasjon viktig blant sykepleiere i hjemmetjenesten (Trier, 2019, s. 854). Dette kan blant annet handle om å lytte aktivt til pasienten, vise empati, gi støtte og ros eller å speile pasientens følelser (Reitan, 2016, s. 112).

Det har vist seg at den smertelindrende effekten kan forsterkes dersom pasienten opplever å bli møtt med trygghet, respekt og gjensidig tillit i relasjonen til sykepleieren (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 444).

2.4 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie regnes som et av sykepleiefagets fundament. Det er en tilnærming til sykepleie hvor den enkelte pasients situasjon og behov er i fokus og danner grunnlaget for individuelt tilpasset og helhetlig sykepleie (Skovdahl, 2022, s. 94–95). En slik tilnærming fremhever blant annet respekt for den enkelte og ivaretagelse av pasientens integritet og verdighet (Skovdahl, 2022, s. 94- 95). Sentralt i forståelsen av personsentrert sykepleie ligger et gjensidig samarbeid og en anerkjennende og likeverdig relasjon mellom sykepleier og pasient (Skovdahl, 2020, s. 101). I smertelindring til pasienter med kreftsykdom er det anbefalt med tidlige tiltak og en personsentrert tilnærming (Grov & Lorentsen, 2022, s. 494). Det er for eksempel vist at personsentrert sykepleie til pasienter i palliativ kreftbehandling har bidratt til bedre oppfølging av den enkelte, forbedret kommunikasjon og økt kvalitet på pleiemiljøet (Skovdahl, 2022, s. 95).

2.4.1 McCormack og McCance's rammeverk Person-Centred Practice

Det finnes flere eksempler på ulike rammeverk som bygger på verdiene i personsentrert sykepleie (Skovdahl, 2022, s. 103). Et av disse er Person-Centred Nursing Framework av McCormack og McCance som ble presentert for første gang i 2006 og har vært i stadig utvikling (McCormack & McCance, 2017, s. 37; Skovdahl, 2022, s. 104). I dette rammeverket belyses fire sentrale domener som i denne bacheloroppgaven oversettes til sykepleieferdigheter, omsorgsmiljø, pleiesituasjoner og personsentrerte resultater (McCormack & McCance, 2017, s. 38). Sammenhengen mellom de fire domenene kommer også tydelig frem, hvor man i første rekke må vurdere sykepleieferdigheter hos den enkelte sykepleieren. Sykepleieferdighetene er i andre rekke viktige i møte med omsorgsmiljøet, for å videre kunne tilby personsentrert sykepleie i pleiesituasjoner. På denne måten kan man til slutt bidra til å oppnå personsentrerte resultater av sykepleien (McCormack & McCance, 2017, s. 38).

Sykepleieferdigheter handler om de ferdigheter og egenskaper hos sykepleieren som kan medvirke til personsentrert yrkesutøvelse (McCormack & McCance, 2017, s. 41- 47).

Herunder inkluderes mellommenneskelige ferdigheter, profesjonell kompetanse, betydningen av selvinnsikt og avklarte verdier, og jobbengasjement. Det forklares at det er kombinasjonen av de ulike ferdighetene og egenskapene hos den enkelte sykepleieren som utgjør en personsentrert tilnærming (McCormack & McCance, 2017, s. 41–47). Omsorgsmiljøet handler om konteksten hvor utøvelsen av sykepleie finner sted (McCormack & McCance, 2017, s. 47–53). Her forklares fordeling av kompetanse på arbeidsplassen, effektive medarbeiderrelasjoner, fysisk miljø og organisatoriske faktorer med støttende og effektive systemer. Maktbalanse og rom for nyskapning og risiko presenteres også (McCormack & McCance, 2017, s. 47–53). Omsorgsmiljøet henger sammen med både den enkelte ansattes ferdigheter og egenskaper, og arbeidsplassens systemer og rutiner. Det hevdes at faktorer i omsorgsmiljøet har betydelig innvirkning på begrensninger eller styrker for en personsentrert tilnærming til pleiesituasjoner i neste domene (McCormack & McCance, 2017, s. 47-48). Pleiesituasjoner fokuserer på pasienten og beskriver personsentrert sykepleie i det øyeblikket den enkelte mottar pleie og omsorg (McCormack & McCance, 2017, s. 53–58). Under dette domenet forklares en helhetlig tilnærming til pasienten og dens situasjon, det å arbeide i tråd med pasientens verdier og delt beslutningstaking. I tillegg forklares betydningen av å ha et oppriktig engasjement til arbeidet og en sympatisk tilstedeværelse (McCormack & McCance, 2017, s. 53–58). Personsentrerte resultater representerer resultater man kan forvente å oppnå basert på de øvrige domene gjennom personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2017, s. 58–61). Det viser til pasientens opplevelse og vurdering av tilfredshet og inkludering i pleien, opplevelse av velvære og betydningen av å utvikle arbeidsplasser som bygger på verdiene i personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2017, s. 58–61).

2.5 Etiske og juridiske rammer

Krav til forsvarlighet trekkes frem både i etikk og lovverk. I tråd med de yrkesetiske retningslinjer har sykepleier et ansvar for å ivareta pasienten og yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2023). I dette ligger også ansvaret for å holde seg oppdatert på ny forskning og legge til rette for etisk refleksjon, hvor faglig og erfaringsbasert kompetanse skal ligge til grunn for yrkesutøvelsen (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Både helsepersonelloven og helse- og omsorgstjenesteloven lovfester at helsehjelpen som tilbys skal være forsvarlig og omsorgsfull (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1; Helsepersonelloven, 2001, §4). Dette innebærer at tilstrekkelig faglig kompetanse innad i tjenestene sikres, og at den enkelte som yter helsehjelp arbeider systematisk for å fremme

kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1, §4-2).

I helse- og omsorgstjenesten står pasientene i sentrum, og sykepleier har et ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Knutstad, 2019, s. 28; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Pasient- og brukerrettighetsloven har blant annet som formål å fremme tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-1). Loven inkluderer også pasientens rett til medvirkning i eget helsetilbud og individuelt tilpasset informasjon, hvor pasientens egne ønsker skal vektlegges (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1, §3-2). Her kan man også løfte frem sykepleierens ansvar for å respektere den enkelte pasients rett til å foreta valg (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene ansvaret for å tilby helsetjenester som er likeverdige og individuelt tilrettelagt for pasienter i kommunene som mottar helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1).

Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 legger vekt på kostnadseffektive tiltak for norsk helsevesen, og har som mål å i størst mulig grad utøve og tilby helsetjenester til pasienter og brukere i deres nærmiljø (St. meld. 47 (2008-2009)). Dette øker behovet for kompetente sykepleiere i kommunehelsetjenesten som kan håndtere kompleks behandling og pleie av pasienter med palliativ kreftbehandling i hjemmet (Norås, 2017, s. 305; St. meld. 47 (2008-2009)).

3 Metode

Hensikten med følgende kapittel er å presentere bacheloroppgavens metode. Innledningsvis beskriver vi generell litteraturstudie som metode, og presenterer vår søkeprosess og utvalg av forskningsartikler. Til slutt beskrives øvrig fag- og forskningslitteratur som er benyttet i oppgaven.

3.1 Generell litteraturstudie

Metoden for bacheloroppgaven er generell litteraturstudie, noe som er et vanlig format i bacheloroppgaven for sykepleie. Metoden defineres av Popenoe et al. (2021, s. 175) som en syntese og en analyse av publisert forskning som omhandler et relevant klinisk problem. For forfatteren av en litteraturstudie innebærer dette å først formulere et forskningsspørsmål og utføre et systematisk litteratursøk i en vitenskapelig database. Deretter velges relevante forskningsartikler som samsvarer med bestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier, før resultatene fra de ulike forskningsartiklene analyseres kritisk for å beskrive oppdatert kunnskap innenfor et fagområde. Avslutningsvis trekkes konklusjoner knyttet til valgt tema og forskningsspørsmål (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvalgelse av artikler

I søkeprosessen benyttet vi de vitenskapelige databasene CINAHL og Idunn. Søkeprosessen startet med at vi definerte nøkkelordene i problemstillingen og oversatte dem til engelske emneord for bruk i CINAHL. Vi benyttet følgende søkeord: “Cancer patients”, “Oncologic care”, “Oncology nursing”, “Palliative care”, “Pain management” og “Analgesia”. Søkene ble avgrenset til forskningsartikler publisert i perioden 2014- 2023 for å finne oppdatert forskning fra de siste ti årene, og vi avgrenset søket til engelsk og nordisk språk for å sikre forståelse og leselighet.

Søket i CINAHL ga 156 treff totalt og alle titlene ble lest. Ut fra informasjonen vi kunne innhente i titlene ekskluderte vi forskning som var relevant for sykepleiere med videreutdanning eller mastergrad, forskning relatert til pasienter med én spesifikk kreft- eller behandlingsform, eller som omhandlet pasienter i terminal fase eller pediatri.

Forskningsartikler som ikke samsvarte med geografisk område eller hjemmesykepleie som kontekst ble også ekskludert i denne prosessen (se tabell 2). Slik ble utvalget kuttet ned til 27 aktuelle artikler som fremsto relevante for vår problemstilling, og samtlige av disse

sammendragene ble lest. Ut fra sammendragene ekskluderte vi på nytt forskningsartikler på bakgrunn av valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2). Flere av sammendragene ga oss informasjon om hvorvidt forskningsartikkelen var fagfellevurdert og om studien var empirisk, som var inklusjonskriterier. Etter å ha lest de 27 sammendragene kuttet vi utvalget ned til åtte aktuelle forskningsartikler som ble lest i fulltekst. Av disse ekskluderte vi fem artikler på bakgrunn av inklusjons- eksklusjonskriteriene (se tabell 2), mens de tre gjenværende artiklene endte opp som valgt forskning for å besvare vår problemstilling.

I Idunn brukte vi følgende søkeord: “kreftpasienter”, “kreftsykepleie”, “palliasjon”, “palliativ omsorg”, “smertelindring” og “analgesi”. Søkeordene i Idunn ble forsøkt å samsvare best mulig med de engelske emneordene i CINAHL. Søket førte til åtte treff totalt, hvor vi leste samtlige titler, fire sammendrag og to fulltekster. Dette resulterte i én artikkel som valgt forskningslitteratur. Utvelgelsesprosessen i Idunn gjennomførte vi på lik måte som i CINAHL, beskrevet ovenfor. I løpet av søkeprosessen erfarte vi at en stor del av forskningen innenfor vår tematikk er gjennomført i land med helsesystemer som ikke kan relatere til det norske. I tillegg til at søket i CINAHL inkluderte færre enn fire forskningsartikler, ble søket i Idunn gjennomført særlig for å finne forskning fra en nordisk sykepleiekontekst.

Søkeperioden varte fra oktober til desember 2023, og i løpet av søkeprosessen gjennomførte vi flere søk enn det som er beskrevet i dette kapittelet. Søkene som resulterte i relevante forskningsartikler for å besvare oppgavens problemstilling er inkludert i Tabell 1.

Problemstillingens kontekst er sentrert rundt hjemmesykepleie. Vi valgte å ikke inkludere konteksten i søkene fordi det resulterte i få treff og ekskluderte litteratur som var relevant for problemstillingen. I stedet for å inkludere hjemmesykepleie i søket, gjennomførte vi heller en selektiv utvelgelse ut fra sammendragene for å finne forskningsartikler som samsvarte med problemstillingens kontekst.

Tabell 1 – Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 21/11-23	Idunn, 02/11-23
Søkeord og kombinasjoner	((MH "Cancer Patients") OR (MH "Oncologic Care+") OR (MH "Oncology Nursing+")) AND (MH "Palliative Care") AND ((MH "Pain Management") OR (MH "Analgesia+"))	("kreftpasienter" OR "kreftsykepleie") AND ("palliasjon" OR "palliativ omsorg") AND ("smertelindring" OR "analgesi")
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert fra og med 2014 Språk: Engelsk, norsk	Tid: Publisert fra og med 2014
Antall treff totalt	156	8
Antall gjennomleste titler	156	8
Antall gjennomleste abstrakt	27	4
Antall gjennomleste fulltekstartikler	8	2
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	1
Inkludert artikkel nummer 1	Fainsinger, R., Nekolaichuk, C., Fainsinger, C., Muller, V., Fainsinger, L., Amigo, P., Brisebois, A., Burton-Macleod, S., Ghosh, S., Gilbert, R., Tarumi, Y., Thai, V., & Wolch, G. (2017). What is stable pain control? A prospective longitudinal study to assess the clinical value of a personalized pain goal. <i>Palliative Medicine</i> , 31(10), 913-920. https://doi.org/10.1177/0269216317701891	
Inkludert artikkel nummer 2	Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., Reid, C.M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. <i>Palliative medicine</i> , 28(1), 71-78. https://doi.org/10.1177/0269216313486310	
Inkludert artikkel nummer 3	Sønning, H.E., Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. <i>Nordisk tidsskrift for helseforskning</i> , 16(1), 16. https://doi.org/10.1177/0269216313486310	
Inkludert artikkel nummer 4		Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 4(2), 142–156. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06

Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert forskningsartikkel (IMRaD-struktur)	Terminal fase
Relatert til hjemmesykepleie	Pasienter under 18 år
Vestlige land (USA og Canada, Europa) samt Australia og New Zealand	Forskningsresultater som kun er relevant for én spesifikk kreft- eller behandlingsform
Empirisk studie	Sykepleier med mastergrad eller videreutdanning (f.eks. kreftsykepleier)

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

I tillegg til de fire forskningsartiklene som er presentert i tabell 2, har vi anvendt annen fag- og forskningslitteratur i bacheloroppgaven. I dette delkapittelet begrunnes hovedvekten av fag- og forskningslitteratur som er benyttet i oppgaven, mens resterende og fullstendig litteraturbruk fremkommer avslutningsvis i referanselisten. Vi har benyttet primærkilder så langt det har latt seg gjøre ut fra litteraturens kildehenvisninger, noe som betyr at hovedvekten av kildene er hentet fra den opprinnelige utgaven av teksten (Dalland 2017, s. 162).

Store deler av litteraturen er hentet fra høgskolens bibliotek, og med utgangspunkt i litteratur som har vært gjennomgående pensum for bachelorutdanningen ved Lovisenberg Diakonale Høgskole. Dette inkluderer utvalgte sentrale kapitler fra “Klinisk sykepleie 1” av Stubberud og Grønseth (2022) og “Klinisk sykepleie 2” av Stubberud & Grønseth (2022) og “Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie” av Knutstad (2019). Denne litteraturen er basert på både forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og har blant annet gitt informasjon om grunnleggende teori og klinisk sykepleie til vår valgte pasientgruppe. “Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov og helse” av Kristoffersen et al. (2021) og “Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling” av Kristoffersen et al. (2021) er også pensumlitteratur vi har benyttet, som blant annet har gitt informasjon om sykepleierens funksjon- og ansvarsområder i tråd med problemstillingen. Etske og juridiske rammer er presentert ved kilder fra Norsk sykepleierforbund (2023) og Norsk Lovdata. Andre offentlige dokumenter vi har benyttet er World Health Organization sine retningslinjer for smertelindring i palliativ omsorg (2020) og behandling av kreftsmerte hos barn og voksne (2019), samt IASP (2023) sin definisjon av smerte.

For ytterligere kunnskap om sykepleie til pasienter med kreftsykdom og palliativ behandling er utvalgte kapitler i “Palliasjon: nordisk lærebok” av Kaasa og Loge (2016) og “Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling” av Reitan og Schjølberg (2016) benyttet. Personsentrert sykepleie er forklart ved bruk av “Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament” av Bjørnnes et al. (2022) og rammeverket “Person-Centred Practice in Nursing and Health Care- Theory and Practice” av McCormack og McCance (2017) som begge har vært pensumlitteratur i bachelorutdanningen. Litteratur som omhandler hjemmesykepleien inkluderer “Hjemmesykepleie- ansvar, utfordringer og muligheter” av Fjørtoft (2016) og “Sykepleie i hjemmet” av Birkeland og Flovik (2018). Stortingsmelding om samhandlingsreformen har gitt statlige føringer til hjemmesykepleien, og forskning fra søk i databasen Idunn har belyst tematikken rundt hjemmesykepleie og bemanning.

4 Resultater

I dette kapittelet vil de valgte forskningsartiklene bli presentert i en artikkelmatrise før hovedresultatene fra artiklene presenteres samlet i en syntese.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Fainsinger, R., Nikolaichuk, C., Fainsinger, L., Muller, V., Fainsinger, L., Amigo, P., Brisebois, A., Burton-Macleod, S., Ghosh, S., Gilbert, R., Tarumi, Y., Thai, V., Wolch, G., (2017) Canada	What is stable pain control? A prospective longitudinal study to assess the clinical value of a personalized pain goal.	Undersøke muligheten for å oppnå stabil smertekontroll hos pasienter ved bruk av kartleggingsverktøy og i tråd med personlige mål for smertelindring.	<i>Design:</i> Kvantitativt. <i>Deltakere:</i> Et utvalg pasienter (n=300) som mottar palliativ behandling. <i>Datasamling:</i> Kliniske kartleggingsverktøy, analysert ved deskriptiv statistikk	Funn i studien viser at pasienters personlige mål for smertelindring er nyttig i kartlegging av smerter. Over halvparten av deltakerne (60%) oppnådde smertelindring og stabil smertekontroll basert på personlige mål. 67% av deltakerne rapporterte mild grad av smerte i smerteintensitet for personlige mål.	Poeng: 9/9. Se vedlegg 1
Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., Reid, C. M. (2014) Storbritannia	What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study.	Undersøke pasienter med langtkommen kreft sine opplevelser av smertekontroll, og hvilke ønsker/behov de har tilknyttet behandlingen av smertene.	<i>Design:</i> Kvalitativt. <i>Deltakere:</i> Et utvalg pasienter (n=12) som mottar palliativ behandling. Alle med erfaringer fra ulike krefttyper og smerteopplevelser. <i>Datasamling:</i> Semistrukturerte, individuelle intervjuer på 35-65 min som ble tatt opp og transkribert.	Studien viser at pasienter med langtkommen kreft definerer smertekontroll ut fra om de er i stand til å gjennomføre aktiviteter/oppgaver og vedlikeholde relasjon med familie/venner. Pasientene opplever smerte som en trussel mot kontroll og selvstendighet. Artikkelen indikerer at individualiserte smerte- og aktivitetsmål for å fremheve hva pasienten vil oppnå med smertebehandlingen kan være nyttig.	Poeng: 9/9. Se vedlegg 2

Molnes, S. I. (2014) Norge	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.	Undersøke hvordan sykepleiere opplever kompetansen i smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.	<i>Design:</i> Kvalitativt. <i>Deltakere:</i> Sykepleiere (n=10) fra tre ulike distrikt i hjemmesykepleien. <i>Datasamling:</i> Individuelle, semistrukturerte intervjuer på 50-90 min som ble tatt opp og transkribert.	Sykepleiere i hjemmesykepleien opplever store utfordringer med å tilby kreftpasienter god smertelindring. For at flere kreftpasienter skal få en god og verdig behandling i eget hjem bør det fokuseres på symptomlindring, kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell, samt å styrke sykepleieres kompetanse knyttet til pasientgruppen.	Poeng: 9/9. Se vedlegg 3
Sønning, H. E., Fossum, M. (2020) Norge	«Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase.	Undersøke hvordan hjemmeboende kreftpasienter opplever egen livssituasjon i palliativ omsorgsfase.	<i>Design:</i> Kvalitativt. <i>Deltakere:</i> Hjemmeboende kreftpasienter (n=8) i alderen 35-63 år. <i>Datasamling:</i> Individuelle, semistrukturerte intervjuer på 40-84 min som ble tatt opp og transkribert.	Hjemmeboende pasienter med langtkommen kreft opplever lidelse knyttet til følelsen av å svikte sine nærmeste, leve med usikkerhet og uforutsigbarhet, og å være i en kamp med hverdagen. Pasientene trekker frem viktigheten av å føle seg sett og hørt i møte med helsepersonell. Studien understreker behovet for økt kunnskap knyttet til palliativ omsorg og behandling blant helsepersonell.	Poeng: 9/9. Se vedlegg 4

4.2 Syntese av forskningsresultater

Den valgte forskningslitteraturen finner at smertebehandling til pasienter som mottar palliativ kreftbehandling i hjemmet er utfordrende for både pasient og sykepleier, og man ser tendenser til at store deler av pasientgruppen ikke oppnår optimal smertelindring. Forskningen viser at pasienter med kreft som mottar palliativ behandling er en svært kompleks gruppe når det kommer til opplevelse av smerte, og finner at en personsentrert tilnærming hvor sykepleier ivaretar pasientens totale smerte og individuelle behov er essensielt i behandlingen av smerte. Kliniske smertekartleggingsverktøy trekkes frem som gode hjelpemidler i behandlingen. Forskningen understreker at økt kompetanse blant sykepleiere og god innsikt i hva pasientene ønsker å oppnå med smertebehandlingen vil kunne bidra til å fremme smertelindring.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere problemstillingen «*Hvordan fremme smertelindring til pasienter med palliativ kreftbehandling i hjemmet?*» i lys av de valgte forskningsartiklenes hovedresultater. Gjennom diskusjonen følger vi McCormack og McCance's teoretiske rammeverk for personsentrert sykepleie og belyser utvalgt tematikk fra de fire domene; sykepleieferdigheter, omsorgsmiljø, pleiesituasjoner og personsentrerte resultater. Videre diskuteres styrker og svakheter knyttet til valgt metode og valgte forskningsartikler.

5.1 Sykepleieferdigheter

Sønning og Fossum (2020, s. 123) belyser betydningen av mellommenneskelige ferdigheter hos sykepleiere. Pasientene i studien beskriver at opplevelsen av å bli hørt og respektert av sykepleier ga økt trygghet og tillit i relasjonen. De opplevde at samtale og ord i seg selv kunne ha en smertelindrende effekt (Sønning & Fossum, 2020, s. 123). Dette vektlegges også i pasient- og brukerrettighetsloven, hvor lovens bestemmelser skal bidra til å fremme sosial trygghet og tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-1). Flere av studiene understreker på den andre siden at pasienter kan oppleve svekket tillit i relasjon til sykepleier, og belyser hvordan dette kan påvirke smertelindringen (Gibbins et al., 2014, s. 74; Sønning & Fossum, 2020, s. 123). Eksempelvis hadde pasienter møtt sykepleiere som kommuniserte på måter som økte den psykososiale smerteopplevelsen ved at de stilte hensynsløse spørsmål om hvordan pasientene hadde det psykisk (Sønning & Fossum, 2020, s. 123). Dette viser hvordan uhensiktsmessig kommunikasjon kan øke pasientens opplevelse av sårbarhet og med det påvirke den totale smerteopplevelsen (McCormack & McCance, 2017, s. 44). Pasienter erfarte også at sykepleiere sjelden stilte spørsmål om smertene, og tolket dette som at sykepleierne ikke var opptatt av deres smerteopplevelser. Dette utfordret pasientenes tillit til sykepleierne og gjorde det vanskelig å kommunisere for å gi viktig informasjon om smertene (Gibbins et al., 2014, s. 74). Funnene viser hvordan relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient både kan fremme og hemme smertelindring.

Profesjonell kompetanse er en forutsetning for å kunne tilby og utøve personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2017, s. 42–43). Dette innebærer kunnskap om helhetlig sykepleie som kan bidra til å fremme smertelindring, hvor det skilles mellom teoretisk kunnskap, erfaringskunnskap og evnen til å bruke kunnskapen i praksis (McCormack & McCance, 2017,

s. 42–43). Sykepleiere i studien til Molnes (2014, s. 152) la vekt på verdien av å ha tilegnet seg erfaringskunnskap i møte med hjemmeboende kreftpasienter med behov for smertelindring. Samtidig mente de at det var viktig å dele disse erfaringene med kollegaer og på denne måten bidra til kunnskapsutvikling og kompetanseheving (Molnes, 2014, s. 147). Dette samsvarer med yrkesetiske retningslinjer som legger forskning og erfaringsbasert kompetanse som grunnlag for yrkesutøvelsen, og stiller sykepleier ansvarlig for faglig oppdatering og etisk refleksjon (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Funn fra studien viser derimot at sykepleierne ikke hadde en arena for faglig diskusjon og erfaringsutveksling, til tross for at flere opplevde usikkerhet knyttet til å gi smertelindrende behandling til kreftpasienter (Molnes, 2014, s. 147–149). Dette kan tyde på at sykepleiere i hjemmetjenesten kan bidra til å heve hverandres profesjonelle kompetanse ved å tilrettelegge for faglig refleksjon, og på denne måten fremme smertelindring hos pasienter med langtkommen kreft.

Selvinnsikt og avklarte verdier hos sykepleier handler om sykepleieren som individ, med sin historie og livserfaring som påvirker ens meninger, overbevisninger og hvordan man samhandler med andre (McCormack & McCance, 2017, s. 45–46). En gjentakende etisk problemstilling ved smertelindring av kreftpasienter i palliativ fase er bekymring for sedering som følge av sterke smertestillende medikamenter (Gibbins et al., 2014, s. 75; Molnes, 2014, s. 149). Enkelte sykepleiere fokuserer på tilstrekkelig smertelindring av pasienter i alle situasjoner mens andre er tilbakeholdne og opplever usikkerhet rundt når man skal gi og ikke gi smertelindring (Molnes, 2014, s. 148). Samtidig har pasientene på sin side ulike ønsker og behov for smertelindring, der de eksempelvis kan bekymre seg for sedative bivirkninger av legemidler og ønske å være mest mulig våkne og til stede (Gibbins, 2014, s. 75; Nortvedt, 2021, s. 186). Noen av sykepleierne i Molnes (2014, s. 148) sin studie hadde erfaringer av å selv være pårørende til pasientgruppen, som påvirket deres holdninger i møte med de aktuelle pasientenes smerteopplevelser. Ifølge pasientene selv kunne dette noen ganger oppleves som positivt, men det kunne også gå på bekostning av pleien (Molnes, 2014, s. 148).

Beskrivelsene er et eksempel på hvordan sykepleiers tidligere erfaringer og personlige meninger har betydning for smertelindringen, som kan knyttes til profesjonell kompetanse (McCormack & McCance, 2017, s. 42-46). Arbeid med selvrefleksjon sammen med åpenhet for tilbakemeldinger fra andre anbefales, og dette kan i tråd med punkt 2.14 fra yrkesetiske retningslinjer eksempelvis flytte fokuset fra uenigheter blant sykepleierne over på hensynet til pasientens behov for smertelindring (McCormack & McCance, 2017, s. 45; Norsk sykepleierforbund, 2023). Det kan tenkes at økt selvbevissthet og avklarte verdier hos den

enkelte sykepleier kan være en fremmede faktor for å lindre smerte hos kreftpasienter som mottar palliativ behandling.

5.2 Omsorgsmiljø

I omsorgsmiljøet er god fordeling av kompetanse på arbeidsplassen nødvendig for å kunne imøtekomme pasientens behov (McCormack & McCance, 2017, s. 48). Funn fra Molnes (2014, s. 147) viser at sykepleiere ønsket økt kompetanse om smertelindring til pasienter med palliativ kreftbehandling, men opplevde mangel på tid til faglig oppdatering. De erfarte også at arbeidsbelastningen blant de ansatte økte dersom de benyttet arbeidstid for å tilegne seg kunnskap (Molnes, 2014, s. 147). I samme studie kommer det frem at kun tre av ti sykepleiere benyttet ESAS-r i kartlegging av smerter og at manglende opplæring var blant grunnene til at det ikke ble benyttet, som kan indikere mangel på kompetanse (Molnes, 2014, s. 149). Funn fra Fainsinger et al. (2017, s. 915- 916) viser nytten av kartlegging av smerter for å smertelindre pasienter i palliativ behandling, hvor det blant annet kommer frem at 60% av deltakerne oppnådde smertelindring som resultat av smertekartlegging og behandling. Dette kan understreke viktigheten av å gjennomføre kartlegging i forbindelse med behandling og vurdering av effekt, som kan fremme smertelindring (Grov & Lorentsen, 2022, s. 488). Samhandlingsreformens krav om kompetanse og kunnskap i hjemmesykepleien kan i tråd med oppgavens problemstilling og annen valgt forskning peke på at den enkelte sykepleiers kompetanse er avgjørende i smertelindring til pasienter med palliativ kreftbehandling (St. meld. 47 (2008-2009); Sønning & Fossum, 2020, s. 128).

Kultur på arbeidsplassen og gode medarbeiderrelasjoner kan være faktorer som påvirker omsorgsmiljøet (McCormack og McCance, 2017, s. 50-52). Her kan man igjen vise til funn fra Gibbins et al. (2014, s. 76) sin studie, hvor pasienter opplevde det vanskelig å formidle sine smerteopplevelser til sykepleier. Satt i kontekst til omsorgsmiljøet, viser det til en kultur blant sykepleierne for å ikke spørre pasienter om smertene (McCormack & McCance, 2017, s. 52; Gibbins et al., 2014, s. 76). Sykepleiere i studien fra Molnes (2014, s. 148) erfarte at ansattes usikkerhet og personlige meninger påvirket smertebehandlingen, hvor det kunne være vanskelig å forbedre rutiner og prosedyrer dersom kollegaer ikke var åpne for endring. Som tidligere nevnt, opplevde sykepleierne at det ikke var kultur for å bruke tid til faglig oppdatering, og av den grunn hadde de mistet kompetent personell (Molnes, 2014, s. 147). Sykepleiere er satt inn i et system, og konteksten man arbeider innenfor påvirker sykepleieutøvelsen (Ingstad, 2019, s. 72–73). På samme tid har sykepleieren i henhold til de

yrkesetiske retningslinjene et individuelt ansvar for å ivareta pasienten og yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Det inkluderer blant annet punkt 1.2 om å rapportere dersom pasienter på arbeidsplassen utsettes for kritikkverdige forhold, hvor lojalitet til arbeidsplassen ikke skal hindre dette (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Nevnte funn viser tendenser til at ukultur på arbeidsplassen kan hemme smertelindring, og viser til den enkelte sykepleiers mulighet til å medvirke til en arbeidskultur hvor de ansatte fremmer smertelindring.

Støttende organisatoriske faktorer i omsorgsmiljøet innebærer blant annet betydningen av effektive systemer som ivaretar pasientsikkerheten (McCormack & McCance, 2017, s. 52). I denne sammenhengen viser studien fra Molnes (2014, s. 148) at tidspress blant sykepleiere i hjemmesykepleien kan være en faktor som hindrer smertelindring til hjemmeboende pasienter med kreftsykdom. Det førte for eksempel til mindre tid til observasjon og kartlegging av smerter, da sykepleierne hadde en rekke andre viktige arbeidsoppgaver (Molnes, 2014, s. 148). Sønning og Fossum (2020, s. 123) belyser liknende problematikk, hvor pasienter med psykososiale smerteopplevelser og behov for samtale erfarte at sykepleiere ikke hadde tid til dette. Funnene i studiene kan ses i sammenheng med forskning som viser økende sykepleiermangel i hjemmesykepleien i norske distrikter (Gautun, 2021, s. 155). Dette indikerer at organisatoriske faktorer kan ha en innvirkning på sykepleieutøvelsen når det kommer til å tilby smertelindring, hvor blant annet tidspress kan gjøre det utfordrende for sykepleiere å etterleve kravet til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1; Helsepersonelloven, 2001, s. §4). Helse- og omsorgstjenesteloven lovfester at enhver som yter helsehjelp skal sørge for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2). Slik kan man se at kontekstuelle faktorer på en arbeidsplass kan svekke utøvelsen av personsentrert sykepleie og med det hemme smertelindring til pasienter.

5.3 Pleiesituasjoner

McCormack og McCance (2017, s. 58) beskriver en helhetlig tilnærming i pleiesituasjoner som integrerer hele mennesket og dets fysiske, psykiske, sosiokulturelle, og åndelige behov. Tilnærmingen underbygges i yrkesetiske retningslinjer punkt 1.1 hvor sykepleier stilles ansvarlig for å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, og samsvarer med pasienters opplevelse av smerter og andre symptomer som en helhet (Norsk Sykepleierforbund, 2023; Gibbins et al., 2014, s. 76). Sønning og Fossum (2020, s. 123) belyser kreftpasienters forventninger om å møte helsepersonell som viser tilstedeværelse og oppmerksomhet

tilknyttet den totale smerteopplevelsen, som i tillegg til fysisk smerte kan påvirkes av blant annet uforutsigbarhet i hverdagen og bekymring for fremtiden. Med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestelovens §1-1 kan man i denne sammenhengen se sykepleierens enkeltansvar for å tilrettelegge for likeverdig og individuelt tilpasset helsehjelp i møte med pasienter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Dette innebærer blant annet hensynet til den enkeltes sosiale kontekst (McCormack & McCance, 2017, s. 58). Pasienter beskriver eksempelvis at det å være nær mennesker som bryr seg kan oppleves som smertelindrende (Sønning & Fossum, 2020, s. 124). Liknende funn beskriver at pasienter hadde et ønske om at smertelindringen skulle bidra til opprettholdelse av nære relasjoner (Gibbins et al., 2014, s. 75). I lys av problemstillingen kan det tenkes at en helhetlig tilnærming til sykepleie, slik som å tilrettelegge for at pasienten kan opprettholde sosial rolle, kan fremme smertelindring.

Pleiesituasjoner innebærer å arbeide i tråd med pasientens verdier, som formes av hva den enkelte anser som viktig i livet og hvordan den opplever mening i det som skjer, blant annet i lys av sin psykososiale kontekst (McCormack & McCance, 2017, s. 54). Deltakerne i studien til Gibbins (2014, s. 76) hadde på den ene siden erfaringer med sykepleiere som vektla behandling av primærsykdommen og nærmest så vekk fra smertene, og på den andre siden sykepleiere som var opptatt av fysiske smerter fremfor total smerte. Ved direkte spørsmål om hva deltakerne selv ønsket å oppnå med smertelindringen inkluderte svarene andre ønsker, blant annet å kunne utføre hverdagslige aktiviteter slik som husarbeid og hobbyer, og opprettholde sosiale relasjoner (Gibbins et al., 2014, s. 74–75). Tilsvarende ønsker om å leve normale liv ble beskrevet i Sønning og Fossum (2020, s. 125), hvor deltakerne videre utdypet sine behov for å oppleve kontroll i hverdagen, forutsigbarhet og trygghet for å unngå smerte og andre belastninger. Smerte ble betraktet som en trussel mot muligheten til å opprettholde kontroll, selvstendighet og individuell rolle (Gibbins et al., 2014, s. 78). Det beskrives også at deltakere definerte sin opplevelse av smertekontroll ut fra hva de evnet å utføre av de hverdagslige aktivitetene (Gibbins et al., 2014, s. 75). For å fremme smertelindring til denne pasientgruppen kan man derfor se betydningen av å danne seg en forståelse av pasientens verdier og være bevisst på å tilegne seg kunnskap om dette for å tilby personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2017, s. 54). Også lovverk vektlegger sykepleiers ansvar for å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-1).

Delt beslutningstaking handler om å tilrettelegge for at pasienten kan delta i beslutninger relatert til pleien med hensyn til egne verdier, opplevelser, bekymringer og fremtidige ambisjoner (McCormack & McCance, 2017, s. 54). Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 om pasientens rett til medvirkning kan ses i sammenheng med dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). Pasienter med kreftsykdom har ofte sammensatte og komplekse smerteopplevelser, samt individuelle ønsker og behov (Grov & Lorentsen, 2022, s. 481). I to av studiene belyses verdien av å utvikle personlige mål for smertelindring til pasienter med kreft som mottar palliativ behandling (Fainsinger et al., 2017, s. 919; Gibbins et al., 2014, s. 77). Fainsinger et al. (2017, s. 915-916) studerte effekten av personlige mål i forbindelse med kartlegging og behandling av smerter, og fant at 60% av deltakerne oppnådde det de definerte som stabil smertekontroll. Lignende funn ses i Gibbins et al. (2014, s. 77), hvor personlige smertemål i tillegg til aktivitetsmål fremheves som nyttig for å sette lys på hva pasientene selv ønsker å oppnå av smertelindringen. Funnene fra de to studiene indikerer at smertelindring kan fremmes ved å utvikle personlige mål gjennom delt beslutningstaking med sykepleier. Ifølge litteraturen bør pasientens ønsker inkluderes når personlige målsettinger utarbeides (Skaug, 2021, s. 78-79). Det kan oppstå en etisk vanskelig situasjon dersom pasientens ønsker strider imot det sykepleieren mener er riktig eller viktig. De yrkesetiske retningslinjer 1.4 fremhever at sykepleier skal respektere den enkeltes rett til å ta egne valg, samtidig som punkt 2.4 stiller sykepleieren ansvarlig for å utøve faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Veien mot en løsning på et slikt etisk problem forutsetter en åpen dialog mellom sykepleier og pasient slik at målene både kan være forsvarlige, realistiske og motiverende på samme tid (Skaug, 2021, s. 78-79).

5.4 Personsentrettede resultater

Tilfredshet med pleien forklarer resultater av pleien basert på pasientens opplevelse (McCormack & McCance, 2017, s. 59). Det fremkommer eksempelvis en sammenheng mellom pasientenes opplevelse av smertekontroll og resultater av smertelindringen (Gibbins et al., 2014, s. 75; Fainsinger et al., 2017, s. 915-916). Deltakerne uttrykte at opplevelse av smertekontroll ikke var enstydig med forventningen om å være fri for smerter, og resultatet av smertelindringen handlet heller om i hvilken grad pasientene fungerte i hverdagen (Gibbins et al., 2014, s. 75; Fainsinger et al., 2017, s. 915-916). Flere deltakere senket sine forventninger til hva som kunne oppnås av smertelindring, og baserte heller resultatene på hva de mestret å utføre av hverdagslige aktiviteter til tross for smerter (Gibbins et al., 2014, s. 75). I Fainsinger

et al. (2017, s. 915-916) sin studie kan man se liknende funn, hvor 67% av pasientenes forventede resultat av smertelindring inkluderte mild grad av smerte så lenge de fungerte på ønsket fysisk og psykososialt nivå. Et viktig holdepunkt for å kunne tilby pasienter best mulig smertelindring og oppnå best mulige resultater, er god kartlegging før oppstart av behandling (Groven & Lorentsen, 2022, s. 488). Det er vist at det kan være en utfordring for helsepersonell å benytte kartleggingsverktøy slik som ESAS-r for pasienter med kreftrelaterte smerter (Molnes, 2014, s. 149). Til tross for dette, kan man se viktigheten av at sykepleiere er trygge på kartlegging, vurdering og behandling av pasienters smerteopplevelser for å oppnå resultater etter pasientenes forventninger av smertelindringen (Gibbins et al., 2014, s. 72).

Som et resultat av personsentrert sykepleie kan man forvente at pasienten opplever å bli inkludert i egen pleie og omsorg knyttet til smertelindring (McCormack & McCance, 2017, s. 59). Dette forutsetter at pasientene mottar tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand og pleietilbud, og at informasjonen er individuelt tilpasset (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-2). Gibbins et al. (2014, s. 76) fant i sin studie at nærmest alle deltakerne ønsket informasjon om hva som forårsaket de kreftrelaterte smertene. Noen ganger var dette et større behov enn smertelindring, hvor behovet for informasjon kunne handle om frykt for sykdomsforverring. Smerter relatert til kreftsykdom trenger derimot ikke å bety sykdomsforverring, som kan knyttes opp mot funn som indikerer at pasienter med kreft har et økt behov for informasjon i den palliative fasen (Groven & Lorentsen, 2022, s. 490; Sønning & Fossum, 2020, s. 128). På en annen side kan sykepleier i enkelte tilfeller ha et større behov for å informere enn pasienten har for å vite (Groven & Lorentsen, 2022, s. 495). Da er det nødvendig å tilpasse seg etter pasientens situasjon og ønsker, hvor informasjon ikke skal formidles mot pasientens uttrykte vilje (Groven & Lorentsen, 2022, s. 495; Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-2). For å fremme personsentrert smertelindring kan man se betydningen av å gjøre seg kjent med pasientens informasjonsbehov i inkludering av egen pleie og omsorg. Et viktig hensyn i palliativ behandling er nettopp å lytte til pasientens ønsker og behov, og litteraturen viser at de fleste pasienter drar nytte av tilstrekkelig informasjon for å oppnå best mulig smertelindring (Nortvedt, 2021, s. 186).

5.5 Metodediskusjon

Oppgavens metode er generell litteraturstudie, hvor hensikten er å gi leseren oppdatert og god forståelse av kunnskap som allerede finnes innenfor det valgte temaet (Popenoe et al., 2021, s. 175; Thidemann, 2019, s. 78). Studien kan dermed bidra til å oppdatere sykepleiere på

forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.3 (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Generell litteraturstudie som metode er samtidig tids- og kostnadseffektivt ved at man benytter allerede etablert forskning i stedet for å forske på temaer selv, og grunnet tidsrammen som ble gitt i vår bacheloroppgave ville ikke en empirisk studie vært aktuell å gjennomføre (Thidemann, 2019, s. 74).

Generell litteraturstudie er en relevant metode å benytte for å belyse vår problemstilling, men oppgavens rammer og vurderingskriterier har likevel satt noen begrensninger. Ett av kriteriene var at søket skulle utføres i utvalgte databaser; CINAHL, Medline og Idunn. Selv om dette er hensiktsmessige databaser for å finne sykepleiefaglig forskning, kan det tenkes at relevant litteratur fra andre aktuelle databaser har blitt utelukket i søket. Et annet kriterium var at vi skulle innhente forskningsartiklene fra ett og samme søk. Dette kan ha vært en styrke for å sikre at samtlige forskningsartikler var relevante for å kunne belyse og svare på problemstillingen. Samtidig forutsatte dette at vi valgte gode søkeord og hensiktsmessige inklusjons- og eksklusjonskriterier for søket. Oppgaven hadde en begrensning i antall ord og inkluderte forskningsartikler, og dette kan ha vært en svakhet som gjorde det vanskelig å belyse hele tematikken. Av den grunn kan det tenkes at vi kan ha utelatt viktige aspekter fra forskningen.

Tre av våre valgte forskningsartikler benytter kvalitativ metode mens Fainsinger et al. (2017) benytter kvantitativ metode. Bakgrunnen for å inkludere kvantitativ forskning i studien var å få et utvidet breddeperspektiv av tematikken som inneholdt objektive og målbare data (Dalland, 2017, s. 52). Underveis i arbeidet viste det seg likevel at kvalitativ metode var best egnet til å svare på vår problemstilling, da denne metoden baserer seg på å oppnå dybdekunnskap gjennom å utforske menneskelige egenskaper og dynamiske prosesser (Thidemann, 2019, s. 76). Smerte er et subjektivt fenomen, og de kvalitative studiene har gitt et bedre innblikk i pasienter og sykepleieres erfaringer knyttet til tematikken enn den kvantitative, og gått mer i dybden på ulike faktorer som kan fremme smertelindring. Forskningsartiklene med kvalitativ metode har også belyst hvordan personsentrert sykepleie kan ha en innvirkning på behandlingen. Det kan tenkes å være en svakhet for oppgavens diskusjon at det ble utfordrende å inkludere funn fra Fainsinger et al. (2017) i like stor grad som de øvrige forskningsartiklene. Samtidig kan denne kvantitative forskningsartikkelen ha gitt innsikt i tendenser knyttet til kartlegging og behandling av smerter ved kreftsykdom som i

større grad kan generaliseres enn i kvalitative intervju, grunnet at et større utvalg har deltatt i studien.

Av de tre valgte kvalitative forskningsartiklene belyser Sønning og Fossum (2020) og Gibbins et al. (2014) pasientenes perspektiv på problemstillingen, mens Molnes (2014) belyser tematikken fra sykepleieres perspektiv. Av den grunn har vi vurdert Molnes (2014) sine funn til å ha størst relevans i de delene av diskusjonen som omhandler sykepleieferdigheter og omsorgsmiljøet, mens funn fra Sønning og Fossum (2020) og Gibbins (2014) i større grad kan relateres til pleiemiljø og personsentrerte resultater. Det kan styrke oppgavens diskusjon at ulike perspektiv kommer frem, da dette gir flere innfallsvinkler når problemstillingen skal belyses. Samtidig vil det kunne begrense muligheten til å i større grad gå i dybden av ett av perspektivene. De tre kvalitative forskningsartiklene har benyttet samme design i studiene; semistrukturerte, individuelle intervjuer. En styrke ved bruk av dette designet er at deltakerne har hatt mulighet til å utdype erfaringer og opplevelser, noe som bidrar til økt innsikt og forståelse av tematikken (Thidemann, 2019, s. 73). På den andre siden utelukkes eksempelvis muligheten til å innhente informasjon fra en større gruppe slik som i studier som har benyttet strukturerte spørreskjemaer (Dalland, 2017, s. 123).

Deltakere i studien til Sønning og Fossum (2020) er pasienter som bor i Norge og mottar hjemmesykepleie, mens deltakere i Molnes (2014) sin studie er sykepleiere som jobber i norske distrikter i hjemmesykepleien. Det kan ses som en styrke at konteksten i de to studiene kan relateres til norsk sykepleieutøvelse og er relevant for klinisk praksis. De to øvrige forskningsartiklene er studier utført i Storbritannia og Canada, og det kan tenkes at enkelte kulturelle ulikheter kan være utfordrende å overføre til rammene i norsk pleiekontekst. Gibbins et al. (2014) og Fainsinger et al. (2017) har i tillegg rekruttert sine deltakere på bakgrunn av at de mottar palliativ behandling og har erfaringer med kreftrelaterte smerter, uten et krav om at de bor hjemme. Det kan vurderes som en svakhet for å belyse problemstillingen at ikke alle deltakerne er rekruttert ut fra en hjemmesykepleiekontekst. Likevel vurderer vi at funn fra disse forskningsartiklene har gitt relevante implikasjoner for praksis i hjemmesykepleien i en norsk pleiekontekst, og vist at utvalgene sammen har vært representative for å kunne belyse vår problemstilling for bacheloroppgaven.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke faktorer som kan bidra til å fremme smertelindring til pasienter med kreftsykdom som mottar palliativ behandling i hjemmet. Etter å ha diskutert funn fra fire relevante forskningsartikler, tyder resultatene på at sykepleiere i hjemmesykepleien har behov for økt teoretisk og klinisk kompetanse knyttet til denne tematikken. Sykepleier kan bidra til å fremme smertelindring ved å ta i bruk sin profesjonelle kompetanse gjennom kommunikasjonsferdigheter, observasjon, kartlegging og vurdering. Pasienter som mottar palliativ kreftbehandling har ofte sammensatte smerteopplevelser hvor både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle aspekter kan påvirke den enkeltes totale smertebilde. Resultater fra forskningen viser at en personsentrert og helhetlig tilnærming i møte med pasientene bør vektlegges. Dette innebærer å tilrettelegge for at pasienten inkluderes i pleien, slik at den enkeltes verdier og ønsker for smertebehandlingen imøtekommes. Å utarbeide personlige mål for smertelindringen sammen med pasienter trekkes frem som et nyttig verktøy som kan bidra til at pasientene opplever smertekontroll i hverdagen. Funn fra forskningsartiklene understreker verdien av en trygg relasjon mellom pasient og sykepleier, som bygger på gjensidig respekt og tillit. Trygge møter og samtaler med sykepleiere som tar seg tid til å lytte kan redusere pasientens totale smerteopplevelse. Samtidig kan man se at sykepleiere i hjemmesykepleien opplever tidspress i arbeidet, som kan gjøre det krevende å imøtekomme pasientenes behov og gjennomføre nøyaktige observasjoner for å vurdere smerter. Det kan også føre til utfordringer med å legge til rette for faglig oppdatering og utvikling av kompetanse blant de ansatte på arbeidsplassen. Resultatene fra litteraturstudien indikerer at det er et behov for mer kunnskap og økt bevissthet knyttet til smertelindring til pasienter med palliativ kreftbehandling blant sykepleiere i hjemmesykepleien. Basert på gjennomført litteratursøk kan man også se behovet for ytterligere forskning som tar utgangspunkt i en hjemmesykepleiekontekst som kan relateres til norsk sykepleieutøvelse. Avslutningsvis ser man at verdier som bygger på personsentrert sykepleie kan være essensielt for å fremme smertelindring til pasienter som mottar palliativ kreftbehandling i hjemmet.

7 Referanseliste

- Bergh, I., Aass, N., Haugen, D., Kaasa, S., & Hjermland, M. J. (2012). Symptomkartlegging i palliativ medisin. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *18*(9). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.11.1083>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., & Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter. I R. Grønseth & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utgave., s. 437–490). Gyldendal.
- Didwaniya, N., Tanco, K., Cruz, M. de la, & Bruera, E. (2015). The need for a multidisciplinary approach to pain management in advanced cancer: A clinical case. *Palliative & Supportive Care*, *13*(2), 389–394. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000108>
- Fainsinger, R., Nekolaichuk, C., Fainsinger, L., Muller, V., Fainsinger, L., Amigo, P., Brisebois, A., Burton-Macleod, S., Ghosh, S., Gilbert, R., Tarumi, Y., Thai, V., & Wolch, G. (2017). What is stable pain control? A prospective longitudinal study to assess the clinical value of a personalized pain goal. *Palliative Medicine*, *31*(10), 913–920. <https://doi.org/10.1177/0269216317701891>
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 372–386). Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforl. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021083148030
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Universitetsforlaget*, *38*(2), 142–157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>

- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71–78. <https://doi.org/10.1177/0269216313486310>
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(1), 7–19. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>
- Grov, E. K., & Lorentsen, V. B. (2022). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I R. Grønseth & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utgave., s. 475–520). Gyldendal.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- IASP. (2023). *Terminology*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: I helsefag og sykepleie* (1. utgave.). Gyldendal.
- Knutstad, U. (2019). Pasienten i helse- og omsorgstjenesten, med krav om faglig forsvarlig sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utgave., Bd. 3, s. 21–29). Cappelen Damm akademisk.
- Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 181–197). Cappelen Damm akademisk.

- Kreftforeningen. (2023a, mai 2). *Lindrende/palliativ behandling*. Kreftforeningen.no.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/#h-livsforlengende-behandling>
- Kreftforeningen. (2023b, mai 2). *Smerte*. Kreftforeningen.no. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/>
- Kristoffersen, N. J. (2021). Arbeidsområder, samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utgave., s. 319–373). Gyldendal.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin—En innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34–50). Gyldendal akademisk.
- Larsen, I., Møller, B., Johannesen, T., Robsahm, T., Grimsrud, T., Larønningen, S., Seglem, A., Hestad, J., Jakobsen, E., & Ursin, G. (2023). *Cancer in Norway 2022—Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Cancer registry of Norway.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (Second edition.). Wiley-Blackwell.
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 142–156.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. nsf.no. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utgave.). Gyldendal.
- Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 303–328). Cappelen Damm akademisk.

- Olsen, L. A., Kofoed, E., & Rygg, L. Ø. (2018). *Håndtering av legemidler*. Cappelen Damm.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175–186. <https://doi.org/doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Reitan, A. M. (2016). Klinisk kommunikasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 104–131). Gyldendal akademisk.
- Skaug, E.-A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utgave., s. 43–89). Gyldendal.
- Skovdahl, K. (2022). Personsentrert sykepleie. I E. K. Grov, I. M. Holter, A. K. Bjørnnes, & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament: 1: Sykepleiens fundament* (6. utgave., Bd. 1, s. 94–118). Cappelen Damm akademisk.
- St. meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Sønning, H. E., & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag». En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livvsituasjon i palliativ fase. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 117–132. <https://doi.org/10.7557/14.4319>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021112348035

- Trier, E. L. (2019). Palliativ omsorg og sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utgave., Bd. 3, s. 850–895). Cappelen Damm akademisk.
- Utne, I., & Nakken, E. (2019). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utgave., Bd. 3, s. 104–146). Cappelen Damm akademisk.
- WHO. (2020, august 5). *Palliative care*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- WHO. (2019, januar 1). *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Fainsinger, R., Nikolaichuk, C., Fainsinger, L., Muller, V., Fainsinger, L., Amigo, P., Brisebois, A., Burton-Macleod, S., Ghosh, S., Gilbert, R., Tarumi, Y., Thai, V. & Wolch, G. (2017). What is stable pain control? A prospective longitudinal study to assess the clinical value of a personalized pain goal. <i>Palliative Medicine</i> , 31(10), 913- 920. https://doi.org/10.1177/0269216317701891				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvantitativ metode med prospektiv longitudinell deskriptivt design. Datasamlingens metode er kartlegging og vurdering ved bruk av ulike kliniske verktøy. Design og metode er hensiktsmessig da forskeren ønsker å undersøke muligheten for å oppnå stabil smertekontroll ved bruk av kliniske verktøy.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: 300 deltakere rekruttert fra tre ulike sykehus. Inklusjonskriterier var pasienter med langtkommen kreft over 18 år som mottar palliativ behandling. 69 pasienter hadde ikke smerter ved førstegangsvurderingen og ble ekskludert fra studien. I løpet av datasamlingen døde 28 deltakere og 39 ble utskrevet. Av 231 deltakere med smerter, var det 3 deltakere som motsatte seg å vurdere personlige smertemål og 59 som var kognitivt svekket og ute av stand til å vurdere personlige smertemål ved førstegangsvurdering, og ble ekskludert. Det kommer frem at det var utfordringer med å rekruttere deltakere til studien, og forklarer at studien endte opp med et relativt lite utvalg deltakere (n= 169) for analyse og resultater. Studien forklarer at et større utvalg deltakere fra et variert utvalg sykehus, klinikker og institusjoner vil styrke de aktuelle funnene.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		



5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Deltakere er rekruttert fra tre ulike sykehus. Alle har kreftsykdom og mottar palliativ behandling. Personlige mål for smertelindring blir trukket frem som en nyttig intervensjon for klinisk praksis.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Data fra kartleggingen ble ført inn i et digitalt skjema, og videre analysert ved bruk av deskriptiv statistikk i SPSS. P-verdi på <0.05 ble benyttet for statistisk signifikans. I tillegg ble en subanalyse av sensitivitet og spesifisitet for smerteintensitet (fra 0= ingen smerte, til 10= verst tenkelige smerte) gjennomført.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: 60% av deltakerne oppnådde smertelindring og stabil smertekontroll basert på personlige mål. 67% rapporterte mild grad av smerte i smerteintensitet for personlige mål.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Studien hevder at det er viktig å inkludere pasientens personlige smertemål for smertelindring som en standard kartlegging i klinisk praksis. Den fremhever også at dette bør gjøres over en lengre periode med jevnlig kartlegginger og peker på fordeler ved å tilrettelegge for individuell smertelindring.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Studien konkluderer med at smertelindring bør inkludere pasienters personlige smertemål som en standard, og at disse er gjennomførbare mål for å oppnå resultater av smertelindring.	x		
	Totalt antall poeng: ****			9 poeng

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., Reid, C.M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. <i>Palliative medicine</i> , 28(1), 71-78. https://doi.org/10.1177/0269216313486310				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode og design er benyttet i studien. Semistrukturerte, individuelle intervjuer på 35-65 min som ble tatt opp og transkribert. Design og metode er hensiktsmessig da forskeren ønsker å belyse deltakernes erfaringer, holdninger og opplevelser knyttet til problemstillingen.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne var pasienter med langtkommen kreft som mottok palliativ behandling. Samtlige av deltakerne hadde erfaringer med smerte knyttet til sykdommen. 15 personer takket ja til å delta i studien, men 3 av disse ble for syke til å delta på intervjuene.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Deltakerne i studien er hentet ut fra ulike kontekster; sykehus, hospice eller hjemmesykepleie. Alle har ulike typer kreft, men felles er at de mottar palliativ behandling. Smerte- og aktivitetsmål blir trukket frem som nyttig intervensjon for klinisk praksis.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Det er benyttet en konstant sammenligningsteknikk for å analysere funnene. Tre personer leste transkripsjonene og tolket teksten, og møttes jevnlig for å sammenligne tolkningene og definere ulike temaer fra funnene.	x		



7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene er presentert i fire hovedkategorier: 1) Pasientens ønske om å opprettholde egen rolle og selvstendighet. 2) Pasientens ønske om å senke forventningene knyttet til smerteopplevelser. 3) Helsepersonellens rolle. 4) Betydningen av smerte ved langtkommen kreftsykdom.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Deltakerne formidler hva de selv ønsker å oppnå gjennom smertelindringen. Resultatene gir innsikt i hvordan sykepleier kan bruke pasientens ønsker for å sette konkrete mål knyttet til smertelindringen.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Artikkelen konkluderer med at pasienter med langtkommen kreft definerer smertekontroll ut fra om de er i stand til å gjennomføre aktiviteter/oppgaver og vedlikeholde relasjon med familie/venner, og indikerer at individualiserte smerte- og aktivitetsmål for å fremheve pasientens ønsker for smertebehandlingen kan være nyttig.	x		
Totalt antall poeng: ****		9 poeng		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 4(2), 142–156. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode og utforskende design er benyttet i studien. Individuelle, semistrukturerte intervjuer på 50-90 min som ble tatt opp og transkribert. Design og metode er hensiktsmessig da forskeren ønsker å belyse deltakernes erfaringer, holdninger og opplevelser knyttet til problemstillingen.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Alle ti sykepleiere som deltok i studien hadde erfaringer med palliativ smertebehandling til hjemmeboende kreftpasienter, samt at de hadde jobbet i hjemmesykepleien i minimum ett år.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er sykepleie i hjemmet, og deltakerne er sykepleiere fra tre ulike omsorgsdistrikt i hjemmesykepleien i Midt-Norge. Sykepleierne trekker frem relaterbare utfordringer fra klinisk praksis, og disse underbygger behovet for økt kunnskap som i hovedsak trekkes frem som intervensjon i artikkelen.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Forskeren har benyttet Thagaards temasentrerte analysestrategi, hvor meningsbærende enheter med beslektet innhold ble organisert i grupper og gitt representative kodenavn. Videre ble kodegrupper med fellestrekk slått sammen, slik at funnene resulterte i tre hovedkategorier.	x		



7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene er presentert i tre hovedkategorier: 1) Faglig oppdatering: Sykepleierne opplever lite fokus på og lite rom for faglig oppdatering, og at det er vanskelig å holde på kompetent personell. 2) Hjemmesykepleien: Ressursmangel og tidspress gir mindre tid til smerteobservasjon og kartlegging, og dermed dårligere smertelindring. Ulike holdninger og usikkerhet blant sykepleiere fører til ulik praksis i utøvelse av smertelindring. 3) Omgivelsene: Tidspress og mangel på ressurser fører til ufullstendige journaler og rapporter ved overflytning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, slik at unødvendig tid må brukes til å innhente informasjon om pasienten.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene er innhentet ut fra sykepleieres erfaringer av hjemmesykepleie i norske distrikt, og er derfor gjenkjennbare og relevante for praksis.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Studien konkluderer med et økt behov for kompetanse innen smertelindring blant sykepleiere for at flere kreftpasienter skal kunne få en god og verdig behandling i sitt eget hjem. Dette underbygges i resultatene og diskusjonen av disse.	x		
Totalt antall poeng: ****		9 poeng		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Sønning, H.E., Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. <i>Nordisk tidsskrift for helseforskning</i> , 16(1), 16. https://doi.org/10.1177/0269216313486310				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode og utforskende, fenomenologisk design er benyttet i studien. Individuelle, semistrukturerte intervjuer på 40-84 min som ble tatt opp og transkribert. Design og metode er hensiktsmessig da forskeren ønsker å fokusere på deltakerperspektivet når erfaringer, holdninger og opplevelser knyttet til problemstillingen belyses.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne var åtte hjemmeboende pasienter med kreftsykdom med avsluttet kurativ behandling. Alle deltakerne mottok palliativ behandling, og har særlig erfaringer med psykososial smerte.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er hjemmet, og deltakerne (35-63 år, kvinner og menn) er rekruttert fra to ulike fylker. Alle i ulike livsfaser, og med et tidsaspekt for gjenværende levetid som er vanskelig å anslå. Samtlige deltakere hadde enten små eller voksne barn. Deltakerne trekker frem ulike lidelsesfaktorer knyttet til sin livssituasjon, samt behovet for bedre informasjon, oppfølging og tilstedeværelse i dialog med hjemmesykepleiere.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Forskeren har benyttet Giorgi sin deskriptive fenomenologiske analyseprosess. Intervjuene ble lest i sin	x		



	helhet, før meningsdannede enheter ble identifisert. Deretter ble fellestrekk i alle intervjuene identifisert og sammenfattet til en generell beskrivelse av fenomenet. Innholdet ble transformert fra hverdagsspråk til sykepleievitenskapelig språk.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene presenteres som fire temaer: 1. Følelsen av å leve med usikkerhet og uforutsigbarhet om fremtiden. 2. Betydningen av å føle seg sett og hørt i møte med helsepersonell og medmennesker. 3. Den belastende følelsen av å svikte sine nærmeste. 4. Utfordringen med å håndtere hverdagens krav.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Deltakerne oppgir lidelsesaspekter knyttet til å leve med uhelbredelig kreftsykdom i en norsk kontekst. Resultatene gir innsikt i hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan møte pasienten på en god måte i en sårbar fase.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Studien konkluderer med at det er behov for mer informasjon, oppfølging og tilstedeværelse i dialogen mellom pasientgruppen og helsetjenesten. Dette underbygges i resultatene og diskusjonen av disse.	x		
	Totalt antall poeng: ****			9 poeng

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.