



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

**Hvordan erfarer kreftpasienter
gjennombruddssmerter?**

**How do cancer patients experience breakthrough
pain?**

Forfatter: Line Marie Laumann

Totalt antall sider inkludert forsiden: 66

Molde, 16.05.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Aud Orøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 16.05.2018

Antall ord: 9996

Forord

Hvordan kan du
se gjennom mine øyne,
tale gjennom min stemme,
høre med mine ører
uten at menneskene
beveges, uten at
trærne vrir seg i angst
og stillheten farges av blod.

(Schibbye 2009, 35)

Sammendrag

Bakgrunn: Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge, etter hjerte- og karsykdommer. Over 262000 nordmenn hadde eller hadde hatt kreft i 2016. Samme året var det 32827 nye tilfeller av kreft. Antall krefttilfeller vil fortsette å øke. Kreftregisterets prognoser tilsier at i år 2030 vil rundt 40000 personer få kreft årlig. Hos pasienter med langtkommen kreft opplever rundt 80% smerter, og 30% av dem har perioder med økt smerte på grunn av svingende intensitet, også kalt gjennombruddssmerter.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å få kunnskap om kreftpasienters erfaringer med gjennombruddssmerter.

Metode: En litteraturstudie basert på seks kvalitative og fire kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Gjennombruddssmertene hadde store innvirkninger for kreftpasientene. Studien kom frem til fire hovedfunn: 1) å leve med gjennombruddssmerter- triggere, hyppighet, varighet og styrke, en konstant påminnelse om kreften, 2) gjennombruddssmertenes innvirkning på dagliglivet- fysiske begrensninger, redusert søvnkvalitet, humørsvingninger, endrede sosiale relasjoner, 3) å mestre livet med gjennombruddssmerter- med og uten medisiner, 4) møte med helsepersonell- manglende kunnskap og ønske om gjensidig kommunikasjon.

Konklusjon: Kreftpasienter erfarer at gjennombruddssmerter har stor innvirkning på deres liv, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt. Mange pasienter endrer livet sitt så ekstremt for å unngå utløsende triggere, at det gir dem en dårlig livskvalitet. Studien belyste at pasientene ikke er adekvat smertedekte. De erfarte mangel på kunnskap om, og behandling av, gjennombruddssmerter, både hos seg selv og hos helsepersonell. Det er et stort behov at helsepersonell ser betydningen, i en behandlingssammenheng, av å lytte til pasientenes erfaringer med gjennombruddssmerter.

Nøkkelord: Kreft, gjennombruddssmerter, pasient, erfaringer.

Summary

Background: Cancer is the most common cause of death in Norway, following cardiovascular disease. Over 262,000 Norwegians had or had had cancer in 2016. That same year there were 32,827 new cases of cancer. The number of cancer cases will continue to increase. The Cancer Register's forecasts indicate that by 2030 about 40000 people will receive cancer annually. In patients with advanced cancer, about 80% experience pain, and 30% of them have periods of increased pain due to fluctuating intensity, also called breakthrough pain.

Purpose: The purpose of the literature study was to gain knowledge about cancer patients' experiences with breakthrough pain.

Method: A literature study based on six qualitative and four quantitative research articles.

Result: Breakthrough pain had a major impact on cancer patients. The study revealed four main findings: 1) living with breakthrough pain- triggers, frequency, duration and strength, a constant reminder of cancer, 2) the impact of breakthrough pain on daily life- limitations, reduced sleep quality, mood swings, changing social relationships, 3) mastering life with breakthrough pain - with and without medication, 4) meeting with health personnel - lack of knowledge and desire for mutual communication.

Conclusion: Cancer patients experience that breakthrough pain has a major impact on their lives, both physically, psychologically, socially and spiritually / existentially. Many patients change their lives so extremely to avoid triggering triggers, giving them a poor quality of life. The study highlighted that patients are not adequately pain-impaired. They experienced a lack of knowledge about, and treatment of, breakthrough pain both in themselves and in healthcare professionals. There is a great need that health professionals see the importance, in a context of treatment, of listening to patients' experiences with breakthrough pain.

Keywords: Cancer, breakthrough pain, patient, experience.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Studiens hensikt	2
1.1.2	Problemstilling	2
2.0	Teori	3
2.1	Kreft.....	3
2.2	Kreftsmarter.....	3
2.3	Kommunikasjon og relasjoner.....	4
3.0	Metodebeskrivelse	6
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	6
3.2	Datainnsamling og litteratursøk	7
3.2.1	PICO-skjema	7
3.2.2	Litteratursøk	8
3.3	Kvalitetsvurdering	8
3.4	Etiske hensyn.....	9
3.5	Analyse	9
4.0	Resultat.....	11
4.1	Å leve med gjennombruddssmerter.....	11
4.1.1	Faktorer som fremkaller smerter	12
4.1.2	Hyppighet, styrke og varighet på gjennombruddssmertene	12
4.1.3	En konstant påminnelse om kreftens tilstedeværelse	13
4.2	Gjennombruddssmertenes innvirkning på dagliglivet	15
4.2.1	Fysiske begrensninger	15
4.2.2	Dårlig søvnkvalitet	16
4.2.3	Svingninger i humør og sinnsstemning	16
4.2.4	Endrede relasjoner med andre	16
4.3	Å mestre livet med gjennombruddssmerter.....	17
4.3.1	Å Håndtere smerten uten bruk av medisiner	17
4.3.2	Medisiner lindrer smerten og øker livskvaliteten.....	18
4.4	Møte med helsepersonell.....	19
4.4.1	Manglende kunnskap	19
4.4.2	Et ønske om gjensidig kommunikasjon	20
5.0	Diskusjon.....	22

5.1	Metodediskusjon.....	22
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	22
5.1.2	Datasamling og litteratursøk	24
5.1.3	Kvalitetsvurdering	25
5.1.4	Analyse.....	25
5.2	Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1	Livet med gjennombruddssmertene	26
5.2.2	Ringvirkninger av gjennombruddssmertene	27
5.2.3	Å klare brasene i livet med gjennombruddssmertene	28
5.2.4	Informasjon og åpenhet skaper trygghet	29
6.0	Konklusjon.....	32
6.1	Forslag til videre forskning	32
	Litteraturliste.....	33

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabeller over søkehistorikk

Vedlegg 3: Flow diagram som viser utvelgelsesprosessen

Vedlegg 4: Oversiktstabell for innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

1.0 Innledning

Gjennom min praksis i primærhelsetjenesten møter jeg kreftpasienter med smerteproblematikk. Jeg ønsket med denne oppgaven å tilegne meg mer kunnskap om kreftpasienters erfaringer med gjennombruddssmerter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge, etter hjerte- og karsykdommer (Jacobsen mfl. 2012). Over 262000 nordmenn hadde eller hadde hatt kreft i 2016. Samme året var det 32827 nye tilfeller av kreft, der av 15.064 kvinner og 17.763 menn. Det var i overkant av 11000 dødsfall som skyltes kreftsykdom (Kreftregisteret 2018).

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen beskriver at en generell insidens økning, samt en voksende og stadig eldre befolkning øker antall krefttilfeller. Smerte er et plagsomt og subjektivt symptom, og rundt 50% av kreftpasientene opplever smerte (Helsedirektoratet 2015). Hos pasienter med langtkommen kreft opplever rundt 80% smerter, og 30% av dem har perioder med økt smerte på grunn av svingende intensitet, også kalt gjennombruddssmerter (Zucco mfl. 2014). Som sykepleier møter jeg ofte pasienter med langtkommen kreft, som opplever smerteproblematikk. Mange har ikke adekvat smertelindring, og smertene har innvirkning på deres hverdag. Disse menneskene fortjener en tilfredsstillende smertelindring i livets slutfase.

Det kan være vanskelig å få kontroll over symptomene og smertene hos kreftpasienter, og det er viktig å forsøke å kontrollere disse (Hjermstad mfl. 2016). Studien til Rustøen mfl. (2013b), beskriver hvordan sykepleiere håndterer gjennombruddssmerter hos kreftpasienter, og hvordan sykepleieren tror smertene innvirker på pasientenes liv. Men hva med pasientens egen stemme? Blir den hørt, og når den frem til helsepersonellet? I primærhelsetjenestemeldingen kommer det frem at pasientens erfaringer, behov og ønsker skal prioriteres og respekteres. Pasientens meninger skal prioriteres, og beslutninger skal ikke tas uten at pasienten er med å bestemme (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Det er en økning i antallet pasienter med alvorlige og progredierende sykdommer, og flere av pasientene har komplekse og sammensatte behov ute i kommunene. Helsetjenesten

utfordres da både faglig, økonomisk og organisatorisk. Ut fra denne økningen, er det behov for en mer avansert sykepleierrolle. Dette er i tråd med anbefalinger gitt i St. Meld.26, Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Min videreutdanning som avansert klinisk sykepleier, heretter kalt AKS, svarer på denne etterspørselen. Som AKS vil jeg få en sentral rolle i møtet med kreftpasienter med smerteproblematikk, ute i primærhelsetjenesten. Jeg mener denne studien kan være et viktig bidrag for å få frem pasientperspektivet hos denne pasientgruppen. Dersom vi som helsepersonell klarer å se gjennom pasientens «øyne» hvordan de har det, vil det kunne bidra til en bedre forståelse av hverdagen hos en kreftpasient med gjennombruddssmerter, samt omsorgen vi yter til dem. Studien kan også bidra til at kreftpasienter kan lese om emnet, og kanskje det bedrer pasientens forståelse for sine opplevelser, føler seg mindre alene med smertene, eller reduserer deres bekymringer. Om pasienters egne opplevelser og erfaringer rundt dette tema i større grad skal komme frem er det behov for en analyse av det som finnes av pasienters egne beretninger rundt temaet gjennombruddssmerter.

1.1.1 Studiens hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å få kunnskap om kreftpasienters erfaringer med gjennombruddssmerter.

1.1.2 Problemstilling

Hvordan erfarer kreftpasienter gjennombruddssmerter?

2.0 Teori

2.1 Kreft

Kreft er ulike grupper sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling (Kreftregisteret 2018). Benigne (godartede) svulster er normale celler og betegnes derfor ikke som kreft. De er som oftest avgrenset av normalt vev og stopper som regel å vokse etter en stund. En godartet svulst kan vanligvis helbredes. Maligne (ondartede) svulster fortsetter å vokse raskt, kan infiltrere annet vev, og etter hvert gjøre alvorlig skade på nærliggende organer og vev. Kreft kan spre seg til andre steder i kroppen, for eksempel når løse kreftceller blir transportert rundt med blodet og lymfesystemet. Disse cellene kan slå seg ned helt andre steder i kroppen, og gi dattersvulster (metastaser) (Jacobsen mfl. 2012). I de fleste slike tilfeller vil pasienten etterhvert dø av sin kreftsykdom (Kreftregisteret 2018).

2.2 Kreft smerter

Mellom 20-50% av kreftpasienter opplever kroniske smerter, og av disse opplever 80% moderate til sterke smerter (Barbee Jr mfl. 2017). Ved langtkommen kreft angir 70-80% at de har behandlingskrevende smerter. Smerteproblematikken er størst ved kreftformer som har spredning til skjelettet. Pasienter med fremskreden sykdom har oftest sterkere smerter enn de med kortere sykdomsforløp (Lorentsen og Grov 2016). Smerter ved kreftsykdom skyldes i utgangspunktet at det er eller har vært en betydelig vevsødeleggelse. Tettheten av nerver er høy i hud, muskler, ledd og skjelett, noe som innebærer at svulstvekst i disse organer gir intense og lokaliserte smerter (Rosland og Tjølsen 2013). Smerter er den kreftrelaterte plagen som er mest fryktet. Begrepet kreft smerter kan gi inntrykk av at pasientene bare kan ha en type smerter, og at behandlingen enkelt kan standardiseres. Dette er ikke tilfellet. Kreftpasienter har ofte ulike typer smerter samtidig, noe som kan kreve svært ulik behandling (Lorentsen og Grov 2016).

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv» (Helsedirektoratet 2015, 62). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen beskriver at smerte er et sammensatt fenomen, som påvirkes av psykiske, sosiale, fysiske, kulturelle og

åndelige/eksistensielle forhold. Det er fortsatt mange kreftpasienter som opplever å ikke få optimal smertebehandling, spesielt pasienter med metastatisk sykdom og kort forventet levetid. Årsakene til dette er blant annet mangelfull kartlegging og klassifisering av symptomer i klinisk praksis, behandlingsprinsipper blir ikke anvendt, analgetika og onkologiske behandlingsmodaliteter blir ikke kombinert på en optimal måte, og pasientene blir ikke fulgt godt nok opp etter at smertebehandlingen er igangsatt. Klassifisering av smerten danner grunnlaget for behandlingsbeslutninger og prognostiske vurderinger. Man må ta hensyn til alle aspekter av smerteopplevelsen for å stille en så presis smertediagnose som mulig. Systematiske studier har identifisert de viktigste faktorene som best beskriver pasientens smerte og hva som er avgjørende for ulike behandlingsvalg: smertelokalisasjon, smerteintensitet, forekomst av gjennombruddssmerter, psykisk depresjon/stress og nevropatisk smerte. Disse faktorene må videre kartlegges ved bruk av standardiserte verktøy og/eller gjennom et strukturert intervju. Dersom en slik kartlegging avdekker et komplekst smertebilde, kan det indikere at det kan være vanskelig å oppnå smertelindring, og at pasienten vil trenge en bred tilnærming (Helsedirektoratet 2015).

Gjennombruddssmerter

Gjennombruddssmerter omtales som en forbigående forverring av smerte som opptrer enten spontant, eller i forbindelse med en spesifikk forutsigbar eller uforutsigbar trigger, tross av relativt stabil og adekvat kontrollert bakgrunnssmerte (Davies mfl. 2013).

Gjennombruddssmerter er ofte en stor utfordring. Anfallet er vanskelige å forutse og kommer ofte brått (Rosland og Tjølsen 2013). Antall pasienter som opplever gjennombruddssmerter varierer, men det anslås at rundt 50% av pasientene som er diagnostisert med kreft og kroniske smerter, har gjennombruddssmerter som ikke er adekvat smertedekt (Barbee Jr mfl. 2017).

2.3 Kommunikasjon og relasjoner

I en relasjon kan man ikke forstå den ene parten uavhengig av den andre. Man blir til en viss grad avhengig av den andre, og man står til enhver tid i en sammenheng. Gjensidig anerkjennelse og likeverd innebærer at partene er villige til å se den andres synspunkter, til å bytte posisjoner, og å se den andre som et subjekt.. Partene må ha like stor rett til egne opplevelser, og må henvende seg til hverandre som subjekter. Helsepersonells evne til

innlevelse, deltakelse, evnen til selvrefleksivitet og selvavgrensning blir avgjørende, og har betydning for den medisinske fremgangen (Schibbye 2009).

Å bidra til å hjelpe de hjelpeløse innebærer å respektere og beskytte de på en måte som gjør det mulig for dem etter hvert å hjelpe seg selv. Den syke pasienten har en varierende grad av hjelpeløshet, men de er fortsatt herrer over sitt eget liv. Riktignok vil det å være syk forandre pasienten i tanke, handling og følelser på en grunnleggende måte. Å bistå den syke til å mestre et mer utholdelig liv er en viktig oppgave for den som møter pasienten. Helsepersonell vet ikke alltid bedre enn pasienten selv. Helse og sykdom rommer mer enn bare biologi. Det innebærer at helsepersonell har en viktig rolle og et spesielt ansvar i kraft av sine medisinske, pleie- og omsorgsmessige ferdigheter og kunnskaper (Svenaesus 2003).

I en profesjonell sammenheng er det helsepersonellet som kommuniserer med pasientene, som setter rammer rundt samtalen. Hvordan samtalen på det første møtet forløper, og hvordan relasjonen starter, skaper rammene for kommunikasjonen videre. Forskning viser at pasientene mener relasjonene mellom helsepersonell og dem er det viktigste i samhandlingen. Det innebærer at helsepersonell bør lytte til det pasienten har å si, samt pasientens erfaringer blir anerkjent og trodd på (Jensen og Ulleberg 2015). Grunnlaget for god kommunikasjon dannes når pasient, helsepersonell og eventuelle pårørende, kommuniserer godt. Kommunikasjonskompetanse er den viktigste ressursen man innehar når man arbeider med mennesker. Helsepersonell har en viktig rolle i samhandlingen med andre helseaktører og pasientene (Røknes og Hanssen 2012).

3.0 Metodebeskrivelse

I den avsluttende eksamen på videreutdanningen i avansert klinisk sykepleie, skriver jeg en fordypningsoppgave, hvor jeg har valgt å gjennomføre en litteraturstudie. En litteraturstudie tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som svares på ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Litteraturstudien skal inneholde detaljerte beskrivelser av fremgangsmåten (Forsberg og Wengström 2013).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Engelsk/norsk/dansk/svensk språklige artikler
- Fagfellevurdert originalartikler publisert i vitenskapelige tidsskrift
- Etisk godkjente/vurderte artikler
- Studier med pasientperspektiv
- Artikler publisert etter 2008
- Artikler som omtaler voksne pasienter over 18 år
- Innholdet skal være relevant til hensikt og problemstilling
- Artikler fra alle land
- Studier gjort på kreftpasienter som opplever gjennombruddssmerter som følge av kreftsykdom
- Studier som omhandler alle typer kreft
- Artikler som omtaler begge kjønn

Eksklusjonskriterier:

- Artikler publisert før 2008
- Pårørendeperspektiv
- Helsepersonellperspektiv
- Artikler som hverken er etisk vurderte eller fagfellevurdert.
- Artikler med pasienter under 18 år
- Review artikler
- Artikler som omtaler pasienter med smerter med andre sykdommer enn kreft

3.2 Datainnsamling og litteratursøk

Et litteratursøk handler om å finne frem til aktuelle søkeord, samt kombinere disse på en måte som gjør at en sitter igjen med egnede referanser (Bjørk og Solhaug 2008). Under utarbeidelsen av en god søkestrategi leste jeg meg opp på relevant bakgrunns litteratur for å tilegne meg mer kunnskap på området.

3.2.1 PICO-skjema

Ut fra problemstillingen og bakgrunns litteraturen fant jeg ulike søkeord som kunne være relevante for databasesøkene, og satte ordene videre inn i et PICO-skjema. Ved hjelp av et PICO-skjema deler man opp problemstillingen, slik at søket kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Bokstavene i PICO står for følgende elementer (Nortvedt mfl. 2013):

P: Pasient/problem/populasjon. Jeg skrev inn de ulike søkeordene som omhandlet hvilke pasientsituasjoner jeg var interessert i. Søkeordene var: Cancer, Neoplasm*, advanced cancer, palliativ*, terminal*, end-of-life, die*, dying*

I: Intervensjon. Her skrev jeg inn søkeordene som omhandlet hvilket tiltak/intervensjon jeg ønsket å vurdere. Søkeord: Patient*.

C: Comparison. Her skal tiltak sammenlignes. Jeg skulle ikke sammenligne tiltak, så jeg brukte ingen søkeord her.

O: Outcome. Her skrev jeg inn søkeordene som omhandlet hvilket utfall/endepunkt jeg var interessert i å undersøke. Søkeordene jeg benyttet var: Breakthrough pain, BTCP, BTPc, BTP, breakthrough cancer pain, acute*, acute pain, experienc*.

Ikke alle elementer er relevante i alle studier (Nortvedt mfl. 2013). I denne litteraturstudien skulle jeg ikke sammenligne tiltak og utarbeidet dermed et PIO-skjema. PIO-skjemaet ligger som vedlegg 1.

3.2.1.1 Database

Jeg gjennomførte søk i databasene Ovid Medline, Cinahl og ProQuest med «advanced search», der jeg ved systematikken fra PIO-skjemaet fylte inn søkeord. Jeg søkte på et ord av gangen og brukte trunkeringstegn (*) der det kunne være aktuelt å utvide søket. Ved bruk av trunkeringstegn gir søket flere bøyinger av søkeordet, man vil få med alle varianter av ordet, noe som gir et bredere treff. Søkeoperatørene «AND» og «OR» brukte jeg når søkeordene skulle kombineres. «OR» for å kombinere synonymord, og som bidrar til en bredde i søket, mens «AND» snevrer inn søket ved å kombinere de forskjellige elementene i problemstillingen (Stobbe 2017). Jeg la også inn grenser (limits) på noen av søkene for å avgrense søket.

3.2.2 Litteratursøk

Jeg gjennomførte 11 søk i de ulike databasene for å finne relevante artikler til litteraturstudien. Jeg leste gjennom abstraktet tilhørende mange artikler, dette fordi jeg oppdaget at overskrifter kunne være misvisende i forhold til innholdet i artiklene. Søkehistorikk ligger som vedlegg 2. Jeg leste nøye gjennom 19 artikler i fulltekst etter søkene, og vurderte fortløpende hvilke artikler som kunne gi svar på problemstillingen. Ni artikler ble ekskludert da de ikke svarte på problemstillingen. Jeg satt igjen med 10 artikler som jeg vurderte som relevante for oppgaven. Se vedlegg 3 for flow diagram som viser utvelgelsesprosessen.

3.3 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsvurdere hver enkelt av de 10 artiklene benyttet jeg sjekklister for kvalitative og kvantitative artikler (Folkehelseinstituttet 2018). Ved å bruke databaser fra høgskolens bibliotek kunne jeg anta at artiklene var refereevurdert. For å kontrollere artiklenes refereebedømming søkte jeg opp tidsskriftene i register over vitenskapelige publiseringskanaler. Jeg skrev inn artikkelens tittel i søkefeltet, da kom det frem om tidsskriftet som artikkelen var publisert i, var på nivå 1 eller 2. Nivå 1 er arbeidet publisert gjennom en vitenskapelig fagfelleevaluering. Nivå 2 er begrenset til publiseringskanaler som anses å være faglig ledende i brede fagsammenhenger, altså de kanalene som utgir de

mest betydelige publikasjonene innen fagfeltet (Norsk Senter for Forskningsdata 2018) (jfr. nivået på artiklene i vedlegg 4).

3.4 Etske hensyn

Retningslinjene til fordypningsoppgaven ved høgskolen i Molde beskriver at det skal gjøres etiske overveielser (Høgskolen i Molde 2018). Dette bør gjennomføres før en starter opp arbeidet med litteraturstudien. Det er viktig å undersøke om studiene har gjort etiske overveielser, fått godkjenning av en etisk komité, samt at man presenterer alle resultater i studien, og ikke bare de som forfatteren har i sin hypotese (Forsberg og Wengström 2013). Ryddig bruk av personopplysninger og etiske overveielser er en forutsetning for forskningen, og for best mulig ivareta forholdet til de som stiller opp med sine opplevelser og erfaringer. Det handler om å sikre troverdigheten og ivareta personvernet i forskningsresultatene. Målet om å finne ny kunnskap må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners velferd og integritet (Dalland 2012). Det var viktig for meg at artiklene beskrev de etiske overveielserne, samt at pasientene ga muntlig eller skriftlig informert samtykke. Alle inkluderte artikler beskrev at pasientene ga muntlig og/eller skriftlig samtykke, og/eller var etisk godkjent av en etisk komite. Se vedlegg 4 for hvilke etiske vurderinger som er gjort i hver enkelt artikkel.

3.5 Analyse

For å analysere datasamlingen benyttet jeg meg av Evans (2002) systematiske analysemetode av innsamlede data. Metoden består av fire faser.

Første fase (Evans 2002) er «innsamling av data». Her samler man inn materialet som skal analyseres. Gjennom min søkeprosess, kvalitetsvurdering, inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble tilslutt ti artikler inkludert. Artiklene ble nummeret fra nummer 1-10.

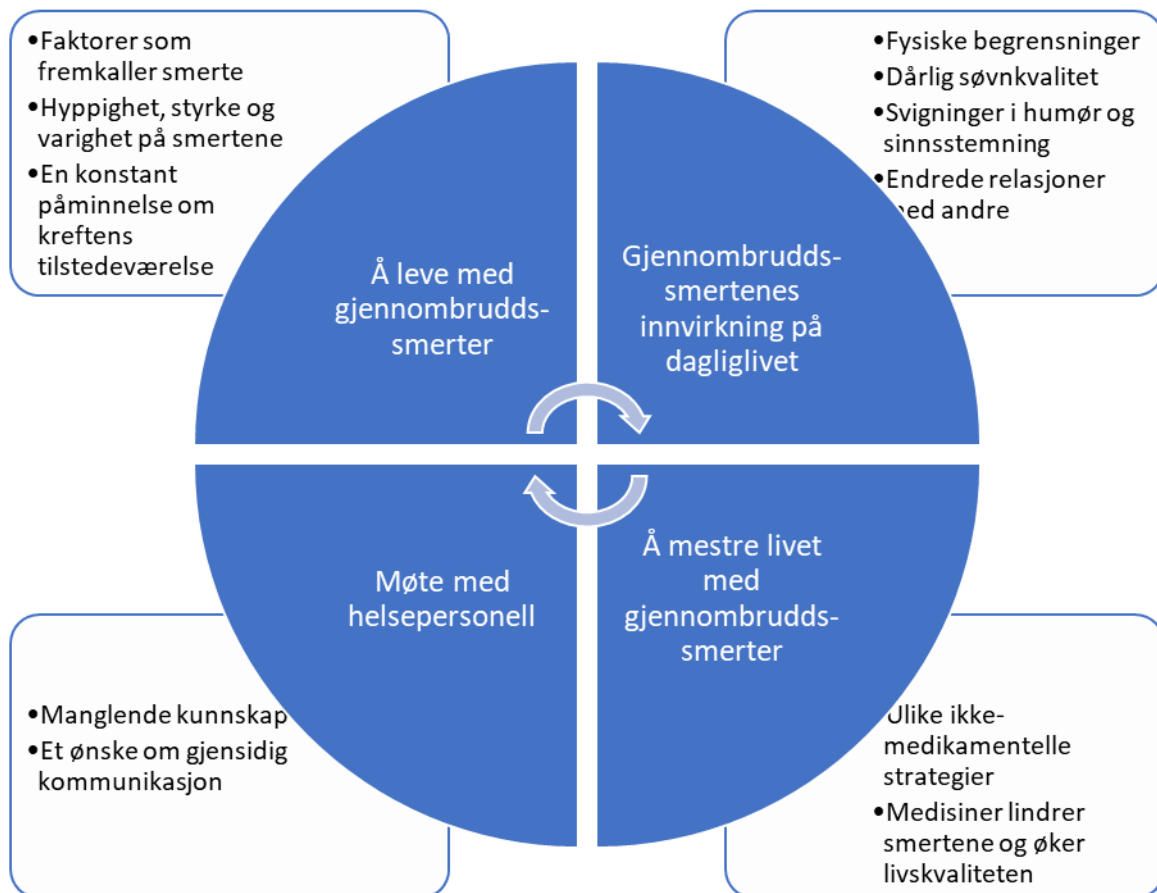
Andre fase omhandler «identifikasjon av hovedfunn» i de ulike artiklene (Evans 2002). Jeg leste grundig gjennom inkluderte artikler, for deretter å analysere dem. Jeg trakk ut nøkkelfunn fra hver enkelt artikkel, som var relevante for min hensikt og problemstilling.

Jeg markerte hvert enkelt funn ut fra tema med lapper av forskjellige farger. Dette er i tråd med anbefalinger fra Evans (2002) om å redusere volumet i teksten for å få frem hovedessensen i artiklene.

Fase tre omfatter «identifisering og kategorisering» av tema, samt gjøre en vurdering av gyldigheten av aktuelle funn (Evans 2002). Jeg samlet alle funnene, og så på likheter og ulikheter på tvers av artiklene. Jeg hadde på forhånd gitt artiklene nummer fra 1-10, og jeg nummererte funnene ut fra hvilken artikkel de tilhørte. Dette for å lettere kunne finne tilbake til teksten i artikkelen. Ettersom jeg under fase to hadde delt funnene inn i tema, fikk jeg et inntrykk av hvilke ulike tema som gikk igjen. Tema som var aktuelle for problemstillingen samlet jeg i egne hovedtema. Jeg laget ulike undertema til hovedfunnene for å dele opp funnene litt i kategorier som beskrev hovedfunnene. Funn som ikke gikk under hovedtema ble vurdert om de kunne legges under noen hovedtema, eller om funnene ikke svarte på problemstillingen.

I den siste fasen skal man lage «en beskrivelse og syntese» av funnene. Fenomenet skal beskrives gjennom å formulere tema med referanser til datamaterialet (Evans 2002). Som resultat av de foregående fasene kom jeg frem til fire ulike hovedfunn. Hovedfunnene beskriver funn som er gjennomgående i artiklene. Disse ble satt sammen til en sammenhengende tekst, og med passende overskrifter. Hovedfunnene blir nærmere beskrevet i litteraturens resultatdel.

4.0 Resultat



Resultatene i litteraturstudien bygger på funn fra seks kvalitative og fire kvantitative artikler. Se vedlegg 4 for oversikt over inkluderte og vurderte artikler. De inkluderte artiklene svarer på min problemstilling ved å se på hvilke erfaringer pasienter har med gjennombruddssmerter. Jeg mener funnenes samlede helhet er viktig, da de ulike temaene henger sammen og påvirker hverandre. Jeg har valgt å sortere funnene i fire hovedtema for å systematisere og skape et mer oversiktlig bilde over mine funn.

4.1 Å leve med gjennombruddssmerter

Momenter som kunne relateres til å leve med gjennombruddssmerter ble omtalt av alle artiklene i ulik grad (Adam mfl. 2015, Bedard mfl. 2013, Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Erol mfl. 2018, Katz mfl. 2017, Liu mfl. 2017, McPherson mfl. 2013, Pathmawathi mfl. 2015 og Webber mfl. 2011).

4.1.1 Faktorer som fremkaller smerter

Mange pasienter identifiserte grunnen til gjennombruddssmerter, og opplevde en sammenheng mellom ulike handlinger og triggere som satte i gang smertene. Smertene kunne komme når pasientene slappet av, når de satt eller lå. På bakgrunn av det hadde mange gjort ekstreme endringer i livsstilen for å redusere hyppigheten og/eller styrken på deres gjennombruddssmerter (Liu mfl. 2017, Pathmawathi mfl. 2015, Webber mfl. 2011). Noen av triggerne pasientene beskrev var generelle bevegelser, husarbeid, værforhold, stress, angst, full urinblære, eller å stå i for lange perioder av gangen (Bedard mfl. 2013, Katz mfl. 2017). 124 pasienter beskrev at de hadde en spontan type gjennombruddssmerter, og dermed ikke kunne forutse når og hvorfor smertene kom. 141 pasienter viste at gjennombruddssmertene kom etter en handling, mens 54 opplevde kombinasjoner (Davies mfl. 2011).

I cannot walk, breakthrough pain can occur even when I am just sitting up or eating and I cannot do anything without assistance. I have to stay at certain position (lying down and bend) and as long as I keep this position, it will not be as painful (Liu mfl. 2017,4).

4.1.2 Hyppighet, styrke og varighet på gjennombruddssmertene

Pasientene hadde vanskeligheter med å uttrykke opplevelsene med gjennombruddssmertene, og å beskrive intensiteten på smertene ved hjelp av nummeret smerteskala (Webber mfl. 2011). Pasientene omtalte ofte gjennombruddssmertene som; skarpe, stikkende, brennende, skytende, som en krampe/spasme, verkende, bankende, strålende, pressende, klemmende eller strammende (Bedard mfl. 2013, Katz mfl. 2017, McPherson mfl. 2013). Smertene var sjelden lokalisert til ett område. De kom gjerne på 2-3 ulike steder samtidig, opplevdes som vedvarende og uutholdelige, og for noen uhyggelige og forstyrrende (Liu mfl. 2017, McPherson mfl. 2013, Pathmawathi mfl. 2015).

Smertene startet ofte som milde som økte i intensitet og var periodiske. Gjennomsnittlig opplevde pasientene tre episoder med gjennombruddssmerter hver dag. Episodene varte i rundt 30 minutter, og brukte 15 minutter før de nådde smertetoppen (Bedard mfl. 2013,

Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Katz mfl. 2017, McPherson mfl. 2013). Pasientene omtalte at smertene kom både spontant og etter gitte identifiserbare handlinger, og var uforutsigbare på varighet og timing (Adam mfl. 2015). 191 pasienter beskrev smerteintensiteten på gjennombruddssmertene som alvorlige, 118 som moderate, og 10 som milde (Davies mfl. 2011).

... Usually it builds up slowly like the tightening of the nerves and then the nerves feel stretched. Ah, at that time I know, okay... this is like the pain's going to come. I'll bear, bear and then it comes, when it comes it's terrible, I can't bear it. At the beginning I'll try to bear it first but when it reaches a certain point, it is when I cannot bear it anymore (Pathmawathi mfl. 2015, 555).

Pasientene ønsket å forstå meningen med gjennombruddssmertene, både opprinnelsen, hva som forårsaket dem, og den bakenforliggende sykdommen (Adam mfl. 2015). «It is the not knowing, I think that is always the worst... if it can be explained it is very helpful if not reliving and reassuring even, to some people» (Webber mfl. 2011, 2044). En slik forståelse hadde hos noen pasienter fjernet deres bekymringer rundt smertene, samt bidratt til en bedre behandling av gjennombruddssmertene (Webber mfl. 2011). «I didn't want my pain to go as it was a way for me to monitor my cancer... I know now that it's not such a link, knowing I can be pain free came as a relief» (Webber mfl. 2011, 2044).

Pasientene sammenlignet seg ofte med andre kreftpasienter. Dette førte til en rasjonalisering av smertenivået og var viktig for å oppleve mestring. Pasientenes opplevelse av å håndtere intense gjennombruddssmerter ga dem en følelse av å ha kontroll, samt å mestre smertene (McPherson mfl. 2013). På grunn av smertenes uforutsigbarhet beskrev nesten alle 94 pasientene at de ofte tok dagene dag-for-dag (Bedard mfl. 2013).

4.1.3 En konstant påminnelse om kreftens tilstedeværelse

If you are feeling pain then you are feeling down and the cancer is constantly on your mind and it is kind of like more of an uphill struggle, you feel like you are climbing up a great big mountain (Webber mfl. 2011, 2046).

De fleste pasientene levde med smerter på daglig basis, og gjennombruddssmertene var en konstant påminnelse om deres kreftsykdom. I livets slutfase opplevdes det å ha intense gjennombruddssmerter over lang tid, som stressende og slitsomt (Erol mfl.2018, Webber mfl. 2011). Pasientene var konstant bekymret for smertene, og emosjonelle reaksjoner var ofte en konsekvens av reduksjon av fysisk funksjonsnivå (Erol mfl. 2018, McPherson mfl. 2013, Pathmawathi mfl. 2015).

And there is another pain, that no one really talks about. It is the mental pain... The anguish of not being able to, of not being able to do something. Finding out that you can't do it. And that raises a certain... pain whether it is pain or psychological. It makes a big difference (McPherson mfl. 2013, 296).

Pasientene følte at de mistet kontroll over egen kropp, spesielt de som opplevde spontane smerter (Webber mfl. 2011). Noen pasienter ble overveldet over smerteepisodene, og hadde problemer med å kontrollere disse. Uforutsigbarheten på smertene ga pasientene en bekymring over at smertene kunne endre seg i fremtiden, samt tanken på å aldri bli frisk igjen (Pathmawathi mfl. 2015). Pasientene trodde gjennombruddssmerter var en del av det å skulle dø. Det var forventet økte smerter på slutten av livet, noe som var et tegn på progresjon i sykdommen. Dette gjorde at mange pasienter resignerte. De trodde at smertene måtte tolereres, og holdt ofte ut vedvarende smerter (McPherson mfl. 2013). "I am in my final stage. I cannot say but when you have this illness we cannot expect better. It is all I can say" (McPherson mfl. 2013, 296).

Kinesiske pasienter anså kreft som en dødsdom, uten noe håp for å overleve. Å få kreft var skjebnebestemt, og det var ingenting de kunne gjøre for å forebygge kreft. Smertene de opplevde kom fra noe utenfor som hadde tatt over hele deres kropp. Kineserne ble opplært fra de var unge til å tolerere smerter. Gjennombruddssmerter var uunngåelige hos kreftpasienter, og de måtte bare tåle smertene. De beskrev at de heller ville dø av kreft enn å ha smerter (Liu mfl. 2017).

The traditional Chinese culture taught us that we must be strong. It is a sign of weakness to take pain medication. So I take no medication for breakthrough pain, and I never think about painkillers for breakthrough pain. I will endure and all will be well (Liu 2017, 7).

4.2 Gjennombruddssmertenes innvirkning på dagliglivet

Alle studiene omtalte at gjennombruddssmertene hadde sterk negativ innvirkning på hverdagslivet generelt. Gjennombruddssmertene påvirket på et eller annet tidspunkt kreftpasientenes hverdag. Pasientene opplevde problemer med å lindre smertene optimalt, noe som påvirket dem både fysisk, sosialt og psykisk (Adam mfl. 2015, Bedard mfl. 2013, Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Erol mfl. 2018, Katz mfl. 2017, Liu mfl. 2017, McPherson mfl. 2013, Pathmawathi mfl. 2015, Webber mfl. 2011).

4.2.1 Fysiske begrensninger

«I've lost my day to day activities... if you took away the pain, I'd still have the tiredness... You could say it's to do with weakness, tiredness and pain» (Webber mfl. 2011, 2043). Smertene hindret flere pasienter i å utføre hverdagsaktiviteter. De opplevde redusert fysisk velvære på grunn av problemer med å kjøre bil, jobbe (både husarbeid, hagearbeid og jobb), handling og å lage mat, (Bedard mfl. 2013, Davies mfl. 2011, Katz mfl. 2017, Webber mfl. 2011). Av og til gjorde også smertene det vanskelig å sitte, stå opp og snu seg rundt (Liu mfl. 2017). Pasientene omtalte kroppen som svekket og det var vanskelig å opprettholde det hverdagslivet som de kjente fra tidligere (McPherson mfl. 2013). Pasientene led ofte av fatigue, energiløshet, noe som resulterte i fysisk inaktivitet (Erol mfl. 2018, Pathmawathi mfl. 2015).

Noen pasienter hadde endret livsstilen ekstremt på grunn av erfaringer med at bevegelse startet smertene, mens andre beskrev en lavere grad av negativ innvirkning fra gjennombruddssmertene (Webber mfl. 2011). 261 pasienter beskrev at smerten hindret dem i hverdagen, og 26 at smertene hindret dem av og til. Bare 33 pasienter i studien beskrev at smertene ikke hadde noen innvirkning på daglige aktiviteter (Davies mfl. 2011). Kinesiske pasienter beskrev at etterhvert som sykdommen progredierte, hadde de ingen mulighet til å endre livsstilen for å forhindre gjennombruddssmertene (Liu mfl. 2017).

“I don't think it has affected my life really. I still go out with the girls if I want to on an evening... but I can't walk too far as sometimes that can bring the dull aches on” (Webber mfl. 2011, 2043).

4.2.2 Dårlig søvnkvalitet

Søvnproblemer var et gjentakende rapportert tema (Bedard mfl. 2013, Erol mfl. 2018, Katz mfl. 2017). Flere pasienter brukte sovemedisiner (Erol mfl. 2018). Pasienter følte at gjennombruddssmertene påvirket deres søvnkvalitet kraftig (Pathmawathi mfl. 2015). Søvnforstyrrelser var et stort problem i forbindelse med gjennombruddssmerter. Smertene førte til kortere søvn, redusert søvnkvalitet og hyppige oppvåkninger (Liu mfl. 2017). Gjennombruddssmerter opplevdes som verst dersom de kom om natten, og var verre å håndtere med ulike mestringsstrategier (Adam mfl. 2015). «Pain means sleepless nights, gives so much discomfort and I even gave up on my life...» (Erol mfl. 2018, 32).

4.2.3 Svingninger i humør og sinnsstemning

Gjennombruddssmerter påvirket pasientenes humør og sinnsstemning. De følte en generell pessimisme, og mange opplevde angst og depresjon. Pasientene beskrev en lavere toleransegrense både på hendelser og mennesker. (Bedard mfl. 2013, Davies mfl. 2011, Katz mfl. 2017). Smertene utløste et høyt psykososialt stress hos pasientene (Webber mfl. 2011). Pasientene beskrev en sorg over smertene. De følte et av tap over det livet man hadde levd, og følte de mistet en del av meningen med, og gleden av livet (Liu mfl. 2017, Pathmawathi mfl. 2015). De opplevde håpløshet og hjelpeløshet (Erol mfl. 2018). Endringer i form av pasientens humør og sinnsstemning kom som et resultat av smertene. Sinne og irritabilitet ble hyppig uttrykt av pasientene mot smertene, seg selv og andre (helsepersonell, Gud og familiemedlemmer) (McPherson mfl. 2013). “The pain tortures me so much. When I am in pain, I would refuse to talk with anyone or throw a temper. I am fed up with this» (Liu mfl. 2017, 5).

4.2.4 Endrede relasjoner med andre

Gjennombruddssmerter tok ofte fokuset bort fra pasientenes forhold til andre og aspektet med livet (Davies mfl. 2011, Erol mfl. 2018, Katz mfl. 2017). Gjennombruddssmertenes innvirkning på hverdagslivet førte til endringer av ansvar, roller og funksjoner i familien. Når pasientene prøvde å opprettholde de roller og det ansvar de tidligere hadde hatt, uten å lykkes, kunne det føre til konflikter mellom pasienten og pårørende (McPherson mfl.

2013). 78 av 94 pasienter trengte assistanse i dagliglivet, og var avhengige av venner og familiemedlemmer for å utføre hverdagsaktiviteter (Bedard mfl. 2013). Dette kunne føre til endrede relasjoner, og for noen en sosial isolasjon da de ikke ville at familie og venner skulle se dem i smerter. Hos noen førte dette også til ødelagte parforhold (McPherson mfl. 2013). "...I do not want to do anything, close the curtains and stay in bed for many hours... I even do not want to see my grandchild who is my favourite person..." (Erol mfl. 2018,32). I nære og gjensidige forhold ble det ikke beskrevet store endringer i forholdet. Noen beskrev tilogmed en økende nærhet, mellom pasienten og pårørende, fordi de hadde delt erfaringen med sykdommen (Erol mfl. 2018).

4.3 Å mestre livet med gjennombruddssmerter

Alle studiene viste at pasientene brukte ulike mestringsmetoder for å håndtere gjennombruddssmertene som de opplevde som effektive (Adam mfl. 2015, Bedard mfl. 2013, Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Erol mfl. 2018, Katz mfl. 2017, Liu mfl. 2017, McPherson mfl. 2013, Pathmawathi mfl. 2015, Webber mfl. 2011).

4.3.1 Å Håndtere smerten uten bruk av medisiner

Flere studier beskrev pasienters bruk av ikke-farmakologiske metoder for å redusere smerteintensiteten (Adam mfl. 2015, Davies mfl. 2011, Erol mfl. 2018, Katz mfl. 2017, Liu mfl. 2017, McPherson mfl. 2013, Pathmawathi mfl. 2015).

159 pasienter skildret hvordan de håndterte smertene uten bruk av medikamenter. Den mest vanlige metoden var bruk av varme, slik som en varmekanne, på det smertefulle området (Davies mfl. 2011). Ulike andre mestringsstrategier var massasje, akupunktur, meditasjon/visualisering, avslappende tøyninger, alkohol, lett trening, distraksjon som for eksempel TV/PCspill, engasjere seg i andre ting som håndarbeid, søvn, psykisk støtte og religiøse ritualer som å be (Katz mfl. 2017, Liu mfl. 2017, Pathmawathi mfl. 2015). Noen pasienter brukte roping, ba om hjelp, stønning, holde på smertefullt område eller utførte grimaser for å mestre de intense smertene (McPherson mfl. 2013). «I take a hot bath... bathing relaxes me so much, feel myself better» (Erol mfl. 2018, 32). Kinesiske pasienter brukte oftest å be til Gud for helbreding og namaz (Erol mfl. 2018).

4.3.2 Medisiner lindrer smerten og øker livskvaliteten

De aller fleste pasientene opplevde bedring av gjennombruddssmertene ved bruk av analgetika/opioider. Flere opplevde økt livskvalitet og bedre lindring. Opioider kunne gi pasientene en følelse av å opprettholde en bedre livskvalitet (Adam mfl. 2015, Bedard mfl. 2013, Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Katz mfl. 2017, McPherson mfl. 2013, Webber mfl. 2011). En pasient uttrykte et svært positivt syn på bruken av morfin, som han oppga hadde hjulpet han mestre noen av de emosjonelle utfordringene knyttet til terminal kreft (Adam mfl. 2015).

Maybe if I wasn't on any medication at all because I wasn't having pain, maybe I'd be a wee bit more, oh my God, a bit more scared maybe? Maybe I'd be a wee bit more agitated... sometimes you do have a wee kind of that feeling of euphoria that you would maybe get sometimes if you've had a glass of wine (Adam mfl. 2015, 757).

81 av 120 pasienter hadde blitt foreskrevet en sterk opioid som gjennombruddsmedisin. 15 pasienter tok opioidene hver gang de opplevde gjennombruddssmerter, mens 63 brukte opioider bare av og til ved gjennombruddssmerter (Davies mfl 2008). Pasientene erfarte også ulik effekt av medisineren. Det kunne ta mellom 30-60 min før medisinene begynte å virke, og det var grunnen til at flere valgte å ikke ta medisinen da smertene gjerne var over innen den tid (Adam mfl. 2015, Davies mfl. 2011, Erol mfl. 2018, Katz mfl. 2017, McPherson mfl. 2013, Webber mfl. 2011). "I do not take any medicine immediately, I wait some to relieve pain. If its intensity increases and becomes unbearable, then I take medicine" (Erol mfl. 2018, 32). Kun 35% av pasientene beskrev at de var svært fornøyde med tiden det tok før medisinene begynte å virke (Bedard mfl. 2013).

Pasientene tok ikke alltid sine medisiner for gjennombruddssmerter på grunn av frykt for bivirkninger eller avhengighet. De ville ikke maskere smertene, trodde de fremskyndet døden, eller mislikte å ta medikamenter. De ønsket ikke å bli stemplet som hypokonder eller stigmatisert som en rusmisbruker. De fryktet overdosering og toleranse for medikamentene. Pasientene manglet ofte kunnskap om bruken av gjennombruddssmertemedikament, smertene opplevdes ikke alltid alvorlige nok, og de

hadde restriksjoner for bruken av medikamenter (Adam mfl. 2015, Bedard mfl. 2013, Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Liu mfl. 2017, Webber mfl. 2011).

I don't like taking tablets if I don't need to, I don't, I just don't like doing things like that and obviously you hear horrible scary stories about people being addicted to the tramadols... I've never been one for taking medication when I don't need it... (Adam mfl. 2015, 757).

Samtidig ble ofte disse bekymringene moderert på grunn av forståelsen av at medisinene var nødvendig for å håndtere gjennombruddssmertene, og for å opprettholde en rimelig livskvalitet (Adam mfl. 2015, Webber mfl. 2011).

I mean I don't like the idea that I'm on morphine but on this level that I'm on it seems pretty good. I am just grateful there is something extra that I can take quite honestly... I always make sure I have tablets with me so I can just do whatever I want to do (Webber mfl. 2011,2044).

Noen pasienter valgte å bruke ikke-opioider for sine gjennombruddssmerter. Da brukte de paracetamol, benzodiazapiner, lidocaingel eller NSAIDs (Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Liu mfl. 2017, McPherson mfl. 2013).

4.4 Møte med helsepersonell

Pasienter hadde et stort behov for støtte og veiledning fra helsepersonell for å bedre deres forståelse av gjennombruddssmerter. Pasientene beskrev mangelfull kommunikasjon mellom helsepersonell og dem selv. Helsepersonellet formidlet lite informasjon om bruken av, og tilgjengeligheten av, medisiner for gjennombruddssmerter (Adam mfl. 2015, Davies mfl. 2008, Davies mfl. 2011, Erol mfl. 2018, Liu mfl. 2017, Pathmawathi mfl. 2015, Webber mfl. 2011).

4.4.1 Manglende kunnskap

Manglende kunnskap hos pasientene og utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell ga ulike problemer. Noen pasienter trodde smerter og kreft var synonyme (Adam mfl. 2015,

Liu mfl. 2017, Pathmawathi mfl. 2015). Pasientene hadde problemer med å forstå termen «gjennombruddssmerter», og med å skille mellom konstante bakgrunnsmerter og intermitterende gjennombruddssmerter. Noe som kunne skyldes at pasient og helsepersonell ikke snakket samme «språk» (Webber mfl.2011). Kinesiske pasienter var redde for å oppleves som en plage. De hadde ingen kunnskap om at smertelindring var et alternativ, og kom til sykehus kun for behandling av kreftsykdommen og ikke smertene. Helsepersonells mangelfulle kunnskaper ga pasientene ekstra påkjenninger. Flere pasienter opplevde bivirkninger ved for eksempel bruken av langtids- og hurtigvirkende medikamenter samtidig, da helsepersonellet ikke viste hvordan de kunne forebygge bivirkningene (Liu mfl. 2017).

Flere pasienter følte at leger og sykepleier hadde inadekvat kunnskap om smertebehandling og problemer med å oppnå smertekontroll hos pasientene, på tross av mange forsøk. Dette tolket pasientene slik at det var ingenting helsepersonell kunne gjøre med deres gjennombruddssmerter (Liu mfl. 2017, Pathmawathi mfl. 2015). Pasienter mente kunnskap om god smertelindring og alternative smertelindringsmetoder var viktig at helsepersonell kunne noe om. Pasientene uttrykte misnøye på det de opplevde som legers manglete kunnskap om smertelindring. Pasientene følte at legene slet med å lindre deres smerter, noe som førte til at pasientene led unødvendig og de følte de måtte holde ut smertene over en lengre periode enn nødvendig (Adam mfl. 2015, Davies mfl. 2008, Pathmawathi mfl. 2015, Webber mfl. 2011).

You`ve got to go through a trial to see which one works for you and I`m glad I did that... if you`re put on the wrong dose to start with and you`re as sick as I was then you don`t believe the pill`s ever going to work... (Webber 2011,2045).

4.4.2 Et ønske om gjensidig kommunikasjon

God kommunikasjon og kontinuitet mellom tjenestenivå ble verdsatt. Pasientene var glade over å få snakke med et kvalifisert helsepersonell (Adam mfl. 2015). Nesten halvparten av pasientene mente sykepleieren ikke kunne utføre systematisk kartlegging og rett smertebehandlingsstrategier (Erol mfl. 2018). Flere pasienter uttrykte misnøye med kommunikasjonen mellom helsepersonell og dem selv. Noen pasienter opplevde at helsepersonell var ufølsomme overfor pasientens smerteopplevelse, og var misfornøyde

med sykepleierens omsorgsgivning. Noen pasienter opplevde sykepleieren som uforskammet og utålmodige når de håndterte pasientene med smerter. Det ble rapportert at enkelte sykepleiere ikke alltid trodde på pasientens smerteintensitet. Pasientene benyttet da i stedet ikke-farmakologiske mestringsstrategier, enn å rapportere til sykepleier, fordi sykepleieren ville da bare trøste verbalt i stedet for å gi gjennombruddssmertemedikamenter (Davies mfl. 2011, Liu mfl. 2017, Pathmawathi mfl. 2015 og Webber mfl. 2011). Pasientene rapporterte at sykepleieren gjorde kun det legen hadde sagt hun skulle gjøre, og tenkte ikke selv (Liu mfl. 2017).

Nurses only give ordered medications, they do not do anything except this... no information... They only do their task, talk and smile with each other while giving medications, without regarding our pain. We need more information and tenderness... they approached us technically, but we are not machines, we have emotions (Erol mfl. 2018, 32).

Pasientene følte frustrasjon rundt legenes holdning. Legen hadde nesten ingen gjensidig kommunikasjon med pasienten før han forlot pasientrommet (Liu mfl. 2018). Pasientene ble også skuffet over at legen ikke kom innom regelmessig, noe som igjen skapte stress hos pasienten. Legen hadde av og til problemer med å gi informasjon om fremtidig behandling, og å gi pasienten en forklaring på smertene. På grunn av mangelfull kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell følte pasientene at de til stadig måtte gjenta og be om informasjon, dette førte til mer misnøye (Adam mfl. 2015). Noen erfarte at helsepersonell brukte lang tid før de satte i gang smertelindring, og pasientene måtte vente lenge før helsepersonell kom med medisiner til dem. Helsepersonell satte begrensninger på bruken av smertelindring, forklarte dårlig til pasienten hvordan og når pasienten kunne ta medikamentene, og ga manglende informasjon til pasientene om mulighetene for alternativer behandling av gjennombruddssmerter (Erol mfl. 2018, Pathmawathi mfl. 2015).

Sometimes they come and sometimes they don't come, to be honest. Sometimes they come see us, sometimes we keep calling, calling, calling, then we don't know after how many times before they'll come. Sometimes, they come faster but cannot make decisions, they call their seniors but it takes very long for them to make decision, they should understand, but they don't (Pathmawathi mfl. 2015, 556).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Metodediskusjonen skal diskutere litteraturstudiets metodiske fremgangsmåte, svakheter og styrker ved søkestrategi, kvalitetsvurderingen og analyse, samt om noe kunne vært gjort annerledes.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg brukte litt tid på å finne rett problemstilling til temaet. Den ble endret noe frem og tilbake gjennom arbeidet med studien. Jeg endte opp med å ha fokus på kreftpasienters erfaringer med gjennombruddssmerter. Å utarbeide gode inklusjons- og eksklusjonskriterier hjalp meg med å inkludere artikler som svarte på problemstillingen, og å ekskludere de som ikke omhandlet temaet.

Jeg søkte etter artikler som var skrevet på språk jeg behersket: engelsk, norsk, svensk og dansk. Alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk. Rett oversettelse fra engelsk til norsk opplevdes til tider litt vanskelig. På grunn av det kan noen funn ha blitt feiltolket, oversatt feil eller oversett. Dette kan anses som en svakhet i oppgaven. Å ekskludere artikler skrevet på språk jeg ikke behersker gjorde det lettere for meg videre i arbeidet med artiklene og studien.

Problemstillingen min var formulert på en måte som gjorde at kvalitativ forskning best kunne bidra til å svare på den. Jeg ønsket av den grunn å inkludere flest kvalitative artikler. Jeg fant imidlertid mindre kvalitative artikler enn forutsett, og inkluderte derfor også kvantitative artikler. Litteraturstudien inneholder seks kvalitative og fire kvantitative artikler. Det er som oftest best å ha studier gjort med samme design, samtidig ser jeg det som en styrke med ulikt design. De kvantitative artiklene kan bygge opp under funnene i de kvalitative artiklene, og gjøre funnene mer troverdige.

Alle artiklene inneholdt pasientperspektiv, mens to inneholdt også pårørendeperspektiv. Det kom godt frem hva som var pasient- og pårørendeperspektiv, jeg inkluderte kun funn som omhandlet pasientperspektivet. Dette kan være en svakhet da jeg kan ha oversett noen

funn som hadde pasientperspektiv, samtidig ser jeg på det som en styrke da pasientperspektivet i artiklene besvarte min problemstilling godt.

De inkluderte artiklene kommer fra sju land. En fra USA, tre fra Storbritannia, en fra Skottland, en fra Kina, to fra Canada, en fra Tyrkia og en fra Malaysia. Artikler fra forskjellige land kan gi funn basert på ulik kulturell bakgrunn, noe som kan være en svakhet for studien. Funnene bør være overførbare til vårt helsesystem, og levemåte. Jeg synes det var interessant å inkludere artikler fra ulike land og verdensdeler, for selv med ulik kultur var funnene relativt like. Dette kan anses som en styrke med å gi bredde i funnene, samt gir studien en større troverdighet og validitet.

Fra skolen er det et krav at artiklene er fagfellevurderte, alle artiklene var vurdert på nivå 1 og 2. Når man har med mennesker og sårbare tema å gjøre er det viktig for meg at artiklene beskriver etiske hensyn. Dette var beskrevet i alle mine inkluderte artikler. Det gir litteraturstudien en styrke med at hensynet til pasientene ble ivaretatt gjennom studien. En artikkel fra Canada omtaler kun at etiske prosedyrer er fulgt. Artikkelen svarer på min problemstilling, er fagfellevurdert og utgitt av et kjent tidsskrift med nivå 1. Dermed valgte jeg å inkludere denne artikkelen. En annen artikkel fra Canada beskrev at informert samtykke hos pasientene ble innhentet først like før pasientene fullførte undersøkelsen. Dette kan oppleves som uetisk av forskerne, samtidig hadde pasientene muligheten til å trekke seg underveis og studien fikk etisk godkjenning fra alle sentrenes review board. Denne kvantitative artikkelen bygger opp under funn i de kvalitative artiklene, samt er utgitt av et kjent tidsskrift., med nivå 1. Derfor valgte jeg å inkludere også denne artikkelen.

Jeg har reflektert over mitt etiske ståsted. Som sykepleier med mange års erfaringer, går jeg inn i litteraturstudien med en forforståelse av temaet. Dette kan være en svakhet for studien. Jeg er klar over at man aldri vil klare å være helt objektiv mot temaet, og har prøvd å bruke resultatene slik de kommer frem i studiene. Dette ser jeg på som en styrke for studien. Studien har pasientperspektiv og ikke et sykepleieperspektiv, noe jeg ser på som en styrke for å redusere påvirkning av datamaterialet.

Et av mine inklusjonskriterier var pasienter over 18 år. Dette mener jeg er viktig for oppgaven min, da barns erfaringer med kreftmerter vil være ulik voksnes. Jeg la ikke inn

søkeord eller limits som omhandlet alder, men jeg har hele tiden vært bevisst på å ekskludere pasienter under 18 år. Et stort aldersspenn kan være en svakhet i studien da erfaringer hos en yngre kreftpasient, sammenlignet med en eldre kreftpasient kan være ulik. Samtidig var det ingen av de inkluderte artiklene som omtalte funn på slike ulikheter. Dette tolker jeg at pasienterfaringene ikke er så ulike, og ser heller på det som en styrke for oppgaven, ved at pasientenes erfaringer kan være like uavhengige av alder.

I følge retningslinjer for fordypningsoppgaven ved Høgskolen i Molde (2018) skal artiklene ikke være eldre enn fem år. I databasesøkene fant jeg ikke tilstrekkelige forskningsartikler som svarte på problemstillingen. Dermed utvidet jeg søkene til 2008-2018. Jeg har ikke i alle søk avgrenset til årstall. Det at jeg ikke har holdt meg til det samme i alle søk, kan være en svakhet da det kan gi en uryddig fremstilling. Av de inkluderte artiklene var tre eldre enn dette. En fra 2008 og to fra 2011. Dette kan ses som en svakhet i oppgaven, da det på dette feltet stadig er endringer, og nyere funn kunne sagt noe nytt innen temaet. Funn fra disse artiklene samsvarer med funn i nyere forskning, og jeg anså disse som relevante for problemstillingen, og ble derfor inkludert. Dette anser jeg som en styrke i oppgaven.

Jeg inkluderte alle typer kreftdiagnoser. Dette kan være en svakhet for studien da pasientene kan oppleve smerter ulikt avhengig av kreftdiagnose. Alle inkluderte artikkel omtaler, i samme artikkel, flere ulike krefttyper. Jeg valgte derfor å ikke spesifisere diagnoser, og heller se på mangfoldet i mine inkluderte artikler.

5.1.2 Datasamling og litteratursøk

Tidlig i arbeidet hadde jeg veiledning av bibliotekar til å systematisere søkeord og utarbeide et PIO-skjema. Dette brukte jeg til å utføre strukturerte databasesøk. Dette ser jeg på som en styrke for oppgaven. Jeg gjennomførte mange databasesøk underveis, og endret problemstilling flere ganger, noe som også førte til endringer i PIO-skjemaet. Dette kan ha virket inn negativt på søkene, og ført til at relevante artikler «falt bort» samtidig som det også ga meg relevante artikler. For å åpne opp mine søk mer tilførte jeg søkeord som «palliative*», «terminal*», «die*», «dying*» og «end-of-life» i noen av mine siste søk. Det ga meg to nye artikler som jeg inkluderte.

Jeg søkte i Ovid Medline, ProQuest og i Cinahl. Det kan være positivt at jeg gjennomførte søk i ulike databaser opp mot relevante artikler for problemstillingen. Ved databasesøk fant jeg dubletter på artikler som allerede var funnet. Dette ser jeg på som en styrke i oppgaven min da det viste meg at mine artikkelfunn var aktuelle for litteraturstudien. Jeg lagret kontinuerlig søkehistorikken, og oppdaterte med inkluderte artikler underveis. Dette ser jeg på som en styrke da det ga meg muligheten til å enkelt gå tilbake til aktuelle søk. En styrke for oppgaven var også at jeg underveis fortløpende bestilte og skrev ut relevante artikler.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsvurdere artiklene benyttet jeg meg av standardiserte sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Folkehelseinstituttet (2018). Dette kan ses på som en styrke i troverdigheten, samtidig har jeg liten erfaring med kvalitetsvurdering. Resultatene kunne blitt vurdert annerledes av andre med mer erfaring. Dette kan være en svakhet for studien.

5.1.4 Analyse

Under analysen benyttet jeg meg av Evans (2002). Det hjalp meg til å jobbe strukturert gjennom mitt analysemateriale. Dette ser jeg på som en styrke. Samtidig opplevde jeg analysearbeidet som noe krevende, og brukte lang tid på denne delen. Det kan være en svakhet at det kun var jeg som gjennomførte analysearbeidet. Jeg kan ha feiltolket eller oversett viktige funn. Jeg synes det var noe vanskelig å samle funnene fra hver enkelt artikkel til hovedfunn. Mange av funnene henger sammen, og det opplevdes tildels utfordrende å skille disse fra hverandre uten å ta funnene ut av sin rette kontekst. Samtidig må også min egen tolkning og forforståelse medregnes i en slik prosess. Dette kan ses på som en svakhet. Det at jeg leste meg opp på temaet, samt en god søkestrategi, var et godt utgangspunkt for analyseprosessen. Jeg leste også alle artiklene flere ganger hver. Det gjorde at jeg fikk med meg flere av funnene. Dette ser jeg på en styrke i oppgaven min.

5.2 Resultatdiskusjon

Funnene i litteraturstudien viser at gjennombruddssmerter har en betydelig innvirkning på pasientenes hverdag både fysisk, psykisk og sosialt. En studie, gjort på 1000 kreftpasienter i Europa, beskrev 806 pasienter at gjennombruddssmertene hindret dem i å gjøre ting de ønsket. Smertene hadde en markant negativ effekt på livskvaliteten, på grunn av lidelsene (en direkte effekt) og ved påvirkning av dagligdagse aktiviteter (en indirekte effekt).

Gjennombruddssmerter er en heterogen tilstand, og episodene varierer mellom individer, og innenfor enkelt personer (på samme tid) (Davies mfl. 2013).

5.2.1 Livet med gjennombruddssmertene

Mine funn viser at flere pasienter lever med smerter på daglig basis, og gjennombruddssmertene er en stadig påminnelse om kreftsykdommen. Pasientene er konstant bekymret for smertene, og ønsker kunnskap om gjennombruddssmerter slik at de lettere kan forstå smertene, gi smertene en mening, hvorfor de kommer og av hvilke grunner. Jeg tenker det er viktig å gi pasientene en opplevelse av mening og sammenheng. I praksis har jeg opplevd at dersom jeg tar meg tid til å høre på pasientens bekymringer, samt svarer på spørsmål pasientene lurer på, blir de tryggere, og smertelindringen mer effektiv. Jeg som AKS innehar nå, etter endt utdanning, en større lærdom som kan benyttes for å hjelpe pasientene til å se meningen med smertene, og til å se en sammenheng. Jeg kan også bidra med å tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid med ulike instanser som kan hjelpe pasienten. Aaron Antonovsky (2013) omtaler begrepet salutogenese, læren om hvilke faktorer som opprettholder helse og velvære. Sentralt i dette begrepet er opplevelsen av sammenheng. For at mennesket skal kunne mestre sitt liv må man oppleve at livet er begripelig, håndterbart og meningsfullt. Begripelighet handler om hvordan en opplever at hendelser en utsettes for er forståelige, sammenhengende, strukturert og gir en klar informasjon. Begrepet håndterlig sikter til hvordan man opplever at man har ressurser nok til å takle kravene man er stilt ovenfor. At noe er meningsfylt betyr at det oppleves som viktig for personen og gir mening. For å kunne mestre situasjonen en er i må man føle en sammenheng. Opplevelse av en sammenheng innebærer at man har tillit til at indre og ytre hendelser er strukturert, forutsigbar og forståelig, og at en har ressurser nok tilgjengelig til å takle alle krav stimuliene stiller.

Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF 2018) beskriver at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, samt ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Som sykepleier skal vi møte pasienten på denne måten:

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (NSF 2018).

Studien viser at pasientene har vanskeligheter med å beskrive gjennombruddssmertene ved hjelp av smerteskala. De synes det er lettere å beskrive smertene ved hjelp av hvordan de føler smertene. De omtaler smertene som blant annet skytende, brennende, klemmende og strålende. Mange pasienter kan forutsi hva som trigger gjennombruddssmertene, samtidig har noen også spontane smerter som de ikke klarer å forutsi når kommer. Smertene starter gjerne som milde, som øker i styrke. Pasientene opplever rundt tre episoder med gjennombruddssmerter hver dag. Dette fører til at mange pasienter endrer livsstilen ekstremt. Som AKS er det viktig at vi er oppmerksomme på dette. Dersom vi tar med i våre behandlingsbeslutninger hvilke aspekter av smerteopplevelsen pasientene erfarer, kan det bidra til en mer presis smertediagnose og smertebehandling. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen beskriver en lite optimal smertebehandling på bakgrunn av mangelfull kartlegging av pasientens smerteintensitet, forekomsten av gjennombruddssmerter og smertelokalisasjon (Helsedirektoratet 2015).

5.2.2 Ringvirkninger av gjennombruddssmertene

Litteraturstudien viser at gjennombruddssmerter har store ringvirkninger for dagliglivet til kreftpasienter. Smertene fører ofte til dårligere fysisk velvære, da de blir begrenset i å utføre hverdagsaktiviteter slik som å lage mat, kjøre bil, gå på jobb eller husarbeid. Gjennombruddssmertene oppleves verre når de kommer om natten, og gir pasientene dårligere søvnkvalitet. For flere pasienter utløser smertene et sterkt psykososialt stress, og mange får angst og depresjoner. De føler de mister en del av meningen med livet, og beskriver en sorg og håpløshet over smertene. Enkelte blir irritable og har en lavere toleransegrense både overfor hendelser og familiemedlemmer. Forandringer av

hverdagslivet fører ofte til endrede roller og relasjoner i pasientens familiesituasjon. Pasientene opplever å bli avhengige av andre familiemedlemmer. Ofte prøver pasientene å opprettholde roller de tidligere hadde i familien uten å lykkes, noe som kan føre til konflikter mellom pasienten og pårørende, og for noen ødelagte parforhold.

Et menneske har et forhold til andre menneskers følelser. Andre menneskers følelser kan vekke følelser hos meg som person. Som person har jeg en viss evne til å leve meg inn i andre menneskers måter å erfare ting på. Denne evnen har grunnleggende betydning for etikken. Den motiverer oss til å gjøre godt mot andre, lindre og hjelpe, og den hindrer oss i å gjøre vondt mot andre (Eide mfl. 2013).

Smerte er ikke bare et problem for pasienten fordi det å ha vondt hemmer daglig aktivitet og påvirker funksjonsevnen. Smerte er et problem fordi det å ha smerter er en opplevelse av å ha vondt. Pasientene lever med kroniske smerter hverdag, hele døgnet. Når en hele tiden opplever smerter, øker stressnivået i kroppen, man blir irritabel, noe som påvirker relasjonen til de andre rundt en. Det som før var uproblematisk, blir en dobbel anstrengelse, eller pine, noe som preger hele tilværelsen. Pasientene må konsentrere seg om å konsentrere seg, og anstrenge seg for å være vennlig (Nortvedt og Grønseth 2016).

I min praksis bør jeg ha dette i minne, og på denne måten bidra til å hjelpe både pasienten og pårørende til å forstå hverandre. Dersom jeg som AKS kan bidra til at begge parter forstår den andre, samt hjelper dem til å snakke litt sammen, kan det bidra til en større åpenhet, og kanskje mindre frustrasjon for alle.

5.2.3 Å klare brasene i livet med gjennombruddssmertene

Mine analyser viser at for å håndtere livet med gjennombruddssmerter benytter pasientene seg av både medisiner og alternative metoder. Alle pasientene har foreskrevet medisiner for gjennombruddssmertene, og de opplever bedring ved bruk av disse. Samtidig viser funn at pasientene ikke alltid tar sin gjennombruddsmedisin. Mye av dette skyldes uvitenhet om bruken av medisinene, samt redsel for blant annet å bli avhengig. Studien til Davies mfl (2013) viste at bare 531 (53%) av pasientene tok sin gjennombruddsmedisin hver gang de opplevde gjennombruddssmerter. 207 pasienter beskrev en grunn som at smertene ikke var så sterke, og 174 ga til grunn at smertene ikke alltid var så langvarige.

Funnene viser at som alternativ til medikamenter benytter pasienter seg ofte av andre mestringsstrategier slik som distraksjon fra smertene, flytte fokuset over på andre ting, for eksempel håndarbeid, massasje eller religiøse ritualer som å be. Lorentsen og Grov (2016) beskriver at tiltak av ikke-medikamentell art kan til en viss grad, og over kort tid, bidra til å redusere pasientens smerteopplevelse. Det kan virke angstdempende og redusere stress. Følelsen av fysisk velvære påvirker også smerteopplevelsen. Med min utdanning som AKS mener jeg det kan være en fordel for pasientene å lære seg å benytte seg av mestring uten medikamenter. Dersom jeg kan hjelpe pasientene til også å mestre smertene på denne måten, vil det kunne virke positivt inn på pasientene, og gi dem en følelse av kontroll over eget liv og gi en mestringsfølelse. Som AKS bør vi inneha en evne til å forstå og se konsekvensene sykdommen har for pasientene. Nortvedt og Grønseth (2016) beskriver at å ha troen på pasientens egne ressurser er vesentlig. Vi kan på den måten understøtte pasientens egne mestringsressurser.

Når helsepersonell nærmer seg et sykt menneske for å forsøke å forstå hva det er som er galt, befinner helsepersonell seg i en viss avstand fra pasienten som hun skal hjelpe. Dersom helsepersonell har egen erfaring med sykdom, vil det kunne hjelpe dem med å forstå pasientens situasjon bedre, men i sitt daglige arbeid må helsearbeideren likevel bygge bro over en slags avstand for å kunne nå frem til pasienten, samt for å nå en forståelse av pasientens individuelle, opplevde situasjon. Helsepersonell må tolke gjennom å lytte til pasienten og iaktta hvordan pasienten oppfører seg. Helsepersonell er på mange måter sysselsatt med tolkning i sine forsøk på å forstå betydningen av de tilstandene som syke mennesker befinner seg i. Å forstå et sykt menneske handler ikke bare om kjemi og biologi, men også om å nærme seg et kompleks av tanker og følelser som bunner i en unik personlighet og identitet. Helsepersonell bør etablere en forståelse for en konkret væren-i-verden som har inntatt hjemløse former. Slike tolkninger krever stor varsomhet og dyktighet for å lykkes (Svenaeus 2003).

5.2.4 Informasjon og åpenhet skaper trygghet

Det er viktig å inneha særskilt kompetanse i kommunikasjon for helsepersonell som jobber med pasientene (Eide og Eide 2004). Funn i studien viser at pasientene erfarer utilstrekkelig kommunikasjon mellom pasientene og helsepersonell, noe som gjør at pasientene ikke er fornøyde. Røknes og Hanssen (2012) beskriver at god kommunikasjon

danner grunnlaget for alle møter mellom pasienter og helsepersonell. Studien viser også at kunnskapsmangel hos pasienter er et gjennomgående tema. Flere pasienter vet ikke hvordan de skal bruke gjennombruddssmertemedisinene, noen føler at helsepersonell ikke lytter til deres erfaringer, og pasientene har for lite kunnskap om medikamentene. Jeg tenker at pasienter som allerede er stresset på grunn av daglige smerter og lidelser, har et stort behov for informasjon og veiledning. De har et behov for å føle at de er med på å bestemme over sin egen hverdag og medbestemmende i fremtidige behandlinger. Zucco mfl. (2014) beskrev viktigheten av at smertebehandlingen primært skulle baseres på pasientens egne preferanser. Pasientene burde få informasjon og bli gitt undervisning om medisinbruken. Tiden man som helsepersonell bruker på dette øker pasientens forståelse for bruken av medikamentene og reduserer feil bruk av medisinene. Funn i min studie beskriver at leger og sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan kommunisere med pasientene, noe som gjør pasientene utrygge på om helsepersonell kan lindre deres smerter, og om de selv klarer å mestre smertene. Som AKS er det viktig å bygge en god relasjon med pasientene, slik at vi står bedre rustet til å kunne hjelpe pasienten med å mestre de utfordringene som gjennombruddssmerter gir. Ifølge Røkenes og Hanssen (2012) vil ikke en relasjon oppstå av seg selv. Relasjonen er et resultat av samhandling mellom helsepersonell og pasient. For å få en god relasjon trengs en samhandlingsprosess som skaper trygghet, tillit og en opplevelse av tilknytning og troverdighet. På denne måten utvikles det en bærende relasjon.

Flere funn i studien viser at flertallet av pasientene beskriver en utilstrekkelig kunnskap om smertelindring hos helsepersonell. Noen pasienter omtaler det faktum at helsepersonell ikke alltid tror på pasientenes smerteintensitet, og dermed ikke gir pasientene tilstrekkelig smertelindrendemedikamenter. Rustøen (2013a) undersøkte hvordan sykepleierne håndterte gjennombruddssmerter hos kreftpasienter. 38% av sykepleierne oppga at de ikke kjente til medikamenter som ble foreskrevet for gjennombruddssmerter, 57% oppga at de vanligvis ga opioider oralt for denne type smerter. Dette viste at pasienter ikke alltid fikk tilfredsstillende behandling av gjennombruddssmertene og at sykepleierne trengte mer kunnskap og bedre opplæring i behandling av denne typen smerter (Rustøen mfl. 2013a). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen beskriver at er det mange kreftpasienter som fortsatt ikke får optimal smertebehandling, særlig pasienter med metastatisk sykdom og kort forventet levetid. Årsaken til det kan være at kartlegging og klassifikasjon av symptomer og smerter, ofte er mangelfull i klinisk praksis.

Velfungerende behandlingsprinsipper blir ofte ikke anvendt i klinisk praksis. Analgetika og onkologiske behandlingsmetoder blir ikke kombinert på en optimal måte, slik som for eksempel kombinasjon av opioider, ko-analgetika og smertelindrende strålebehandling. Pasientene blir ikke fulgt godt nok opp etter at smertebehandlingen er igangsatt (Helsedirektoratet 2015).

Når en pasient får beskjeden om alvorlig sykdom er det ikke informasjonen i seg selv som er ødeleggende, men alt sykdommen symboliserer. Med denne beskjeden har helsepersonell skapt en midlertidig skade hos pasienten. Pasienten vil bruke mange timer, dager eller uker på å finne meningen i denne informasjonen. Dette kan komme til uttrykk gjennom et større behov for smertestillende hos pasientene. Dette er viktig at vi tenker på for å forstå pasienters stadige klager på mangelfull informasjon fra helsepersonell. Helsepersonell må vurdere om deres møte med pasientene skaper en opplevelse av sammenheng og medbestemmelse hos pasienten (Antonovsky 2013).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive kreftpasienters erfaringer med gjennombruddssmerter. Studien kom frem til at gjennombruddssmerter har en betydelig innvirkning på hverdagslivet til kreftpasientene. Mange pasienter endrer livet sitt så ekstremt for å unngå utløsende triggere, at det gir dem en dårlig livskvalitet. Studien belyser at noen pasienter erfarer mangel på kunnskaper om gjennombruddssmerter og behandling av disse hos seg selv og helsepersonell. Studien viste at pasientene ikke var helt smertedekte. Medikamenter som gis bruker lang tid før de begynner å virke, og når medisinen virker, er gjerne gjennombruddssmertene over. Som helsepersonell bør vi være lyttende og åpne for pasientene. Vi bør prøve å styrke deres mestringsstrategier, gi pasientene psykisk, fysisk og sosial støtte, samt bidra til å fremme en bedre livskvalitet hos pasientene. Smertelindring burde prioriteres høyere i praksisfeltet.

Hvilken betydning vil det ha dersom helsepersonell øker sin kompetanse på området? Vil det kunne virke inn på pasientens erfaringer og opplevelser? Det kan nok med fordel være mer fokus på områdene kommunikasjon og relasjoner under utdanningene. Vår faglige kunnskap må ha sitt grunnlag i evnen til å være medfølende og kunne forstå opplevelsen av sykdommen, samt det å leve med konsekvensene av sykdommen (Nortvedt og Grønseth 2016). Under prosessen i studien tilegnet jeg meg mye ny kunnskap om hvordan jeg som AKS kan bruke omsorgen på en mer bevisst og bedre måte, for å ivareta kreftpasienter med gjennombruddssmerter.

6.1 Forslag til videre forskning

Det finnes endel god forskning på emnet. Jeg fant mange kvantitative artikler. Det kunne med fordel vært gjennomført flere kvalitative studier på emnet, for enda bedre få frem pasienterfaringene. Samtidig ser det ut som det er en utfordring for praksisfeltet å implementere pasienterfaringene inn i behandlingsbeslutningene godt nok. Videre forskning kan være på hvilke forutsetninger eller faktorer som må ligge til grunn for at praksisfeltet tar i bruk allerede eksisterende forskning. Det kunne vært interessant å undersøke hvordan helsepersonell kan hjelpe pasientene mestre smertene ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak.

Litteraturliste

Adam, Rosalind, Maria Giatsi Clausen, Susan Hall og Peter Murchie. 2015. "Utilising out-of-hours primary care for assistance with cancer pain: a semi-structured interview study of patient and caregiver experiences". *British journal of General Practice*. November 2015: 754-760.

Antonovsky, Aron. 2013. *Helsens mysterium- den salutogene modellen*. 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Barbee Jr, Jerry, Carmen Russell, Joe Cotton og Jessica Fleischfresser. 2017. "Breaking Through Breakthrough Cancer Pain". *Pharmacy Times*. Oktober 2017: 19. (Lest 5.4.18). <http://www.pharmacytimes.com/resource-centers/pain/breaking-through-breakthrough-cancer-pain>

Bedard, Gillian, Philippa Hawley, Liying Zhang, Marissa Slaven, Pierre Gagnom, Stuart Bisland, Margaret Bennett, Francois Tardif og Edward Chow. 2013. "A survey of Canadian cancer patients` perspectives on the characteristics of breakthrough pain". *Support Care Cancer* 21: 2557-2563.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008. *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Davies, Andrew N., Joanna Vriens, Alison Kennett og Michelle McTaggart. 2008. "An Observational Study of Oncology Patients` utilization of Breakthrough Pain Medication". *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 35 No. 4: 406-411.

Davies, Andrew, Giovambattista Zeppetella, Steen Andersen, Anette Damkier, Tove Vejlgaard, Friedemann Nauck, Lukas Radbruch, Karl-Frederik Sjolund, Mariann Stenberg og Alison Buchanan. 2011. "Multi-centre European study of breakthrough cancer pain: Pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies". *European Journal of Pain* 15: 756-763.

Davies, Andrew, Alison Buchanan, Giovambattista Zeppetella, Josep Porta-Sales, Rudolf Likar, Wolfgang Weismayr, Ondrej Salma, Tarja Korhonen, Marilene Filbet, Philippe Poulain, Kyriaki Mystakidou, Alexandros Ardavanis, Tony O'Brien, Pauline Wilkinson, Augusto Caraceni, Furio Zucco, Wouter Zuurmond, Steen Andersen, Anette Damkier, Tove Vejlgaard, Friedemann Nauck, Lukas Radbruch, Karl-Fredrik Sjolund og Mariann Stenberg. 2013. "Breakthrough Cancer Pain: An Observational Study of 1000 European Oncology Patients". *Journal of Pain and Symptom Management Vol. 46 No. 5*: 619-628.

Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2013. *Fordi vi er mennesker- En bok om samarbeidets etikk*. 2. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2004. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Erol, Ozgul, Serap Unsar, Lale Yacan, Meryem Pelin Seda Kurt og Bülent Erdogan. 2018. "Pain experience of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study". *European Journal of Oncology Nursing 33*: 28-34.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing 20(2)*: 22-26.

Folkehelseinstituttet. 2018. *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. (Lest 03.04.18). <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematisk litteraturstudier: vädering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarne och bokförlaget Natur & kultur.

Helsedirektoratet. 2015. *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer*. (Lest 30.03.2018).

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

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Meld. St. 26 (2014–2015). (Lest 30.03.2018).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Hjermstad, Marianne Jensen, Stein Kaasa, Augusto Caraceni, Jon H Loge, Tore Pedersen, Dagny Faksvåg Haugen og Nina Aass. 2016. “Characteristics of breakthrough cancer pain and its influence on quality of life in an international cohort of patients with cancer”. *Supportive & palliative care*. 2016 (6): 344-352.

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2018. *Retningslinjer for fordypningsoppgave- Master del I – Avansert klinisk sykepleie i kommune- og spesialisthelsetjenesten*. Molde: Høgskolen i Molde 2018.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2012. *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, Per og Inger Ulleberg. 2015. *Mellom ordene- Kommunikasjon i profesjonell praksis*. 1.utgave, 2.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Katz, Nathaniel P., Kavita L. Gajria, Alicia C. Shillington, Judith J Stephenson og Qing Harshaw. 2017. “Impact of breakthrough pain on community-dwelling cancer patients: results from the National Breakthrough Pain Study”. *Postgraduate Medicine Vol 129, NO. 1*: 32-39.

Kreftregisteret. 2018. *Fakta om kreft*. (Lest 28.03.2018).
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

Liu, Qiang, Lu-Lu Gao, Ya-Liang Dai, Yu Wang, Hai-Xia Wang, Xiang-Jiang Luo, Xiao-Min Chai, Guo-Xia Mu, Xiao-Yan Liang, Xi Zhang, Juan Liu, Jian-Qiang Yu og Yu-

- Xiang Li. 2017. "Breakthrough Pain: A Qualitative Study of Patients with Advanced Cancer in Northwest China". *Pain Management Nursing 2017*: 1-10.
- Loretsen, Vibeke Bruun og Ellen Karine Grov. 2016. "Generell sykepleie ved kreftsykdommer". I *Klinisk sykepleie- bind 2*. 5. Utgave. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og red. Hallbjørg Almås, 397-436. Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- McPherson, Christine J., Thomas Hadjistavropoulos, Michelle M. Lobchuk, Kelly N. Kilgour. 2013. "Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain". *Pain Research and Management Vol 18 No 6*: 293-300.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2018. *Sjekklister for vurdering av forskning*. (Lest 06.04.2018). <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Norsk senter for forskningsdata. 2018. *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=the+journal+of+continuing+education+in+nursing&__checkbox_bibsys=true&tv=true
- Norsk Sykepleier Forbund. 2018. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (Lest 23.04.2018). https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, Monica Wammen, Gro Jamtvedet, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reinart. 2013. *Jobb kunnskapsbasert! - En arbeidsbok*. 3.opplag. Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, Per og Randi Grønseth. 2016. "Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse". I *Klinisk sykepleie- bind 1*. 5. utgave. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og red. Hallbjørg Almås, 17-40. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pathmawathi, Subramanian, Tan Seng Beng, Lee Mei Li, Roshalina Rosli, Supermani-an Sharwend, Rasaiah R. Kavitha og Boey Chiong Meng Christopher. 2015. "Satisfaction

with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A qualitative Study”. *Pain Management Nursing Vol 16, No 4: 552-560.*

Prisma. 2009. *Transparent Reporting of Systematic reviews and meta-analyses.* (Lest 19.04.2018). <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>

Rosland, Jan Henrik og Arns Tjølsen. 2013. “Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte”. I: *Palliasjon- Nordisk lærebok.* 2.utgave, 4. opplag. Red. Stein Kaasa, 311-326. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Rustøen, Tone. Jenske I. Geerling, Theodora Pappa, Carina Rundström, Isolde Weisse, Sian C. Williams, Bostjan Zavratnik, Ulf E. Kongsgaard og Yvonne Wengström. 2013a. “A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices”. *European Journal of Oncology Nursing 17: 95-100.*

Rustøen, Tone. Jenske I. Geerling, Theodora Pappa, Carina Rundström, Isolde Weisse, Sian C. Williams, Bostjan Zavratnik og Yvonne Wengström. 2013b. “How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patient`s daily lives- Results of a European survey”. *European Journal of Oncology Nursing 17: 402-407.*

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* Bergen: Fagbokforlaget.

Schibbye, Anne-Lise. 2009. *Relasjoner.* Oslo: Universitetsforlaget.

Stobbe, Japke. 2017. “Undervisning i databasesøk”. Forelesning på Høgskolen i Molde 2017, 20. september 2017.

Svenaesus, Fredrik. 2003. *Sykdommens mening- og møtet med det syke mennesket.* 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Webber, Katherine, Andrew N. Davies og Martin R. Cowie. 2011. “Breakthrough pain: A qualitative study involving patients with advanced cancer”. *Support Care Cancer 19: 2041-2046.*

Zucco, Furio, Cesare Bonezzi og Diego Fornasari. 2014. “Breakthrough Cancer Pain (BTcP): A Synthesis of Taxonomy, Pathogenesis, Therapy and Good Clinical Practice in Adult Patients in Italy”. *Advances in Therapy Vol 31 Issue 7*: 657-682.

Vedlegg 1

PIO-skjema

P	I	O
Cancer Neoplasm* Advanced cancer Palliativ* Terminal* End-of-life Die* Dying*	Patient*	Pain* Breakthrough pain Breakthroug cancer pain BTP BTCP Acute pain Experienc*

Vedlegg 2

Oversiktstabeller over søkehistorikk

Søk 1

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	23.03.18	Cancer OR Neoplasms	ProQuest	0	0	0	0
2	23.03.18	Patient	ProQuest	0	0	0	0
3	23.03.18	Breakthrough pain	ProQuest	0	0	0	0
4	23.03.18	Experience	ProQuest	0	0	0	0
5	23.02.18	1 AND 2 AND 3 AND 4	ProQuest	146	46	3	1
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							1

Søk 2

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	23.03.18	Cancer	Cinahl	0	0	0	0
2	23.03.18	Patient	Cinahl	0	0	0	0
3	23.03.18	Breakthrough Pain	Cinahl	0	0	0	0
4	23.03.18	Experience	Cinahl	0	0	0	0
5	23.03.18	1 AND 2 AND 3 AND 4	Cinahl	43	21	3	0
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							0

Søk 3

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	23.03.18	Cancer* OR Neoplasm*	Ovid Medline	29568 31	0	0	0

2	23.03.18	Patient*	Ovid Medline	61524 93	0	0	0
3	23.03.18	1 AND 2	Ovid Medline	11766 17	0	0	0
4	23.03.18	Breakthrough pain OR Breakthrough cancer pain OR BTCP OR BTP	Ovid Medline	1476	0	0	0
5	23.03.18	3 AND 4	Ovid Medline	594	0	0	0
6	23.03.18	Experienc*	Ovid Medline	95004 1	0	0	0
7	23.03.18	5 AND 6	Ovid Medline	155	0	0	0
8	23.03.18	Limit 2013- current, english, norwegian, swedish, Danish	Ovid Medline	49	35	4	4
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							4

Søk 4

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	24.03.18	Cancer OR Neoplasm*	Ovid Medline	2728844	0	0	0
2	24.03.18	Patient*	Ovid Medline	5509742	0	0	0
3	24.03.18	1 AND 2	Ovid Medline	1069898	0	0	0
4	24.03.18	Breakthrough cancer pain OR Breakthrough	Ovid Medline	1219	0	0	0

		pain OR BTCP OR BTP OR BTPc					
5	24.03.18	3 AND 4	Ovid Medline	507	0	0	0
6	24.03.18	Experience*	Ovid Medline	827503	0	0	0
7	24.03.18	5 AND 6	Ovid Medline	132	65	5	3
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							3

Søk 5

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	24.03.18	Cancer OR Neoplasm*	Ovid Medline	2728844	0	0	0
2	24.03.18	Patient*	Ovid Medline	5509742	0	0	0
3	24.03.18	1 AND 2	Ovid Medline	1069898	0	0	0
4	24.03.18	Episodic pain OR Acute cancer pain OR Breakthrough pain	Ovid Medline	924	0	0	0
5	24.03.18	3 AND 4	Ovid Medline	492	0	0	0
6	24.03.18	Experience*	Ovid Medline	639873	0	0	0
7	24.03.18	5 AND 6	Ovid Medline	47	23	2	0
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							0

Søk 6

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Antall inkluderte artikler
1	01.04.18	Cancer pain OR Breakthrough pain OR Breakthrough cancer pain OR BTP OR BTCP	Ovid Medline	1328	0	0	0
2	01.04.18	Patient*	Ovid Medline	896873	0	0	0
3	01.04.18	1 AND 2	Ovid Medline	941	0	0	0
4	01.04.18	Impact	Ovid Medline	178192	0	0	0
5	01.04.18	3 AND 4	Ovid Medline	105	47	0	0
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							0

Søk 7

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste fulltekst	Antall inkluderte artikler
1	01.04.18	Cancer pain OR Breakthrough pain OR Breakthrough cancer pain OR BTP OR BTCP	Ovid Medline	1328	0	0	0
2	01.04.18	Patient*	Ovid Medline	896873	0	0	0

3	01.04.18	1 AND 2	Ovid Medline	941	0	0	0
4	01.04.18	Quality of life	Ovid Medline	60533	0	0	0
5	01.04.18	3 AND 4	Ovid Medline	212	36	4	0
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							0

Søk 8

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste fulltekst	Inkluderte artikler
1	01.04.18	Cancer OR Neoplasms*	ProQuest	0	0	0	0
2	01.04.18	Patient*	ProQuest	0	0	0	0
3	01.04.18	Breakthrough pain OR breakthrough cancer pain OR BTP OR BTCP	ProQuest	0	0	0	0
4	01.04.18	Experienc*	ProQuest	0	0	0	0
5	01.04.18	1 AND 2 AND 3 AND 4	ProQuest	73	36	3	0
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							0

Søk 9

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste fulltekst	Inkluderte artikler
1	05.04.2018	Cancer* OR Neoplasm*	Ovid Medline	418590	0	0	0
2	05.04.2018	Breakthrough cancer pain OR Breakthrough	Ovid Medline	2018	0	0	0

		pain OR BTCP OR BTP OR Acute pain OR Transient exacerbation of pain OR Intermittent episodes of pain					
3	05.04.2018	1 AND 2	Ovid Medline	271	0	0	0
4	05.04.2018	Patient*	Ovid Medline	902638	0	0	0
5	05.04.2018	3 AND 4	Ovid Medline	208	0	0	0
6	05.04.2018	Palliativ* OR Terminal* OR End-of-life OR Die* OR Dying*	Ovid Medline	187079	0	0	0
7	05.04.2018	5 AND 6	Ovid Medline	43	0	0	0
8	05.04.2018	Limit 21 to «qualitative (maximizes sensitivity) »	Ovid Medline	29	7	2	0
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:							0

SØK 10

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste fulltekst	Antall inkluderte artikler
---	------	---------	----------	-----------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------------

1	06.04.2018	Cancer* OR Neoplasm*	Ovid Medline	2752827	0	0	0
2	06.04.2018	Palliativ* OR Terminal* OR Die* OR Dying* OR End-of-life	Ovid Medline	1569448	0	0	0
3	06.04.2018	1 AND 2	Ovid Medline	208392	0	0	0
4	06.04.2018	Patient*	Ovid Medline	5521356	0	0	0
5	06.04.2018	3 AND 4	Ovid Medline	106253	0	0	0
6	06.04.2018	Pain* OR Breakthrough* OR Acute* OR BTP OR BTCP	Ovid Medline	1607713	0	0	0
7	06.04.2018	5 AND 6	Ovid Medline	17536	0	0	0
8	06.04.2018	Experience*	Ovid Medline	829539	0	0	0
9	06.04.2018	7 AND 8	Ovid Medline	2943	0	0	0
10	06.04.2018	Limit 2013- current, limit English, Norwegian, Danish, Swedish, limit qualitative (maximizes sensitivity)	Ovid Medline	329	0	0	0

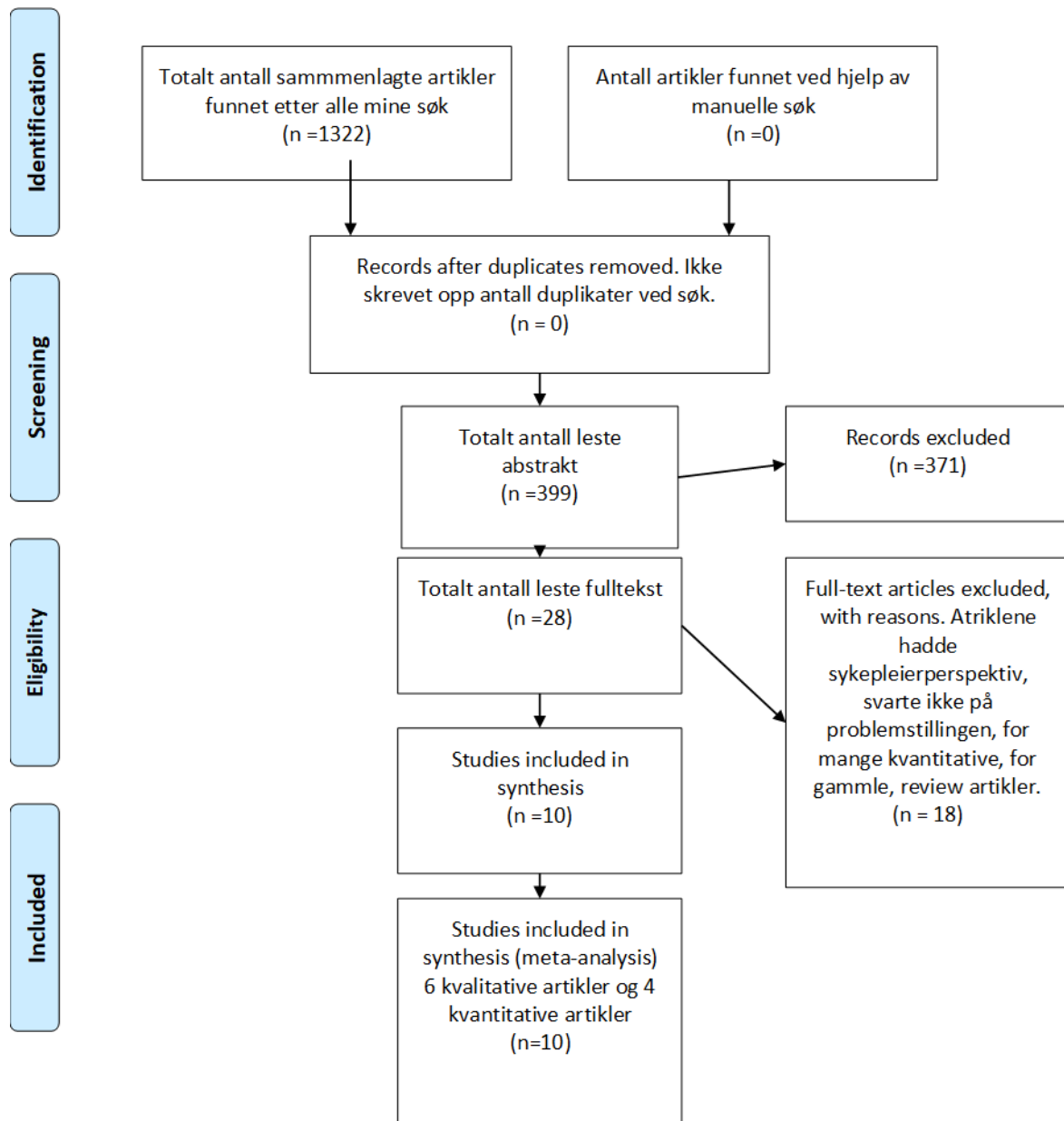
11	06.04.2018	Limit qualitative (best balance of sensitivity and specificity)	Ovid Medline	315	51	2	2
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:				2			

Søk 11

#	Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste fulltekst	Antall inkluderte artikler
1	06.04.2018	Cancer* OR Neoplasm*	Ovid Medline	2752827	0	0	0
2	06.04.2018	Palliative*	Ovid Medline	68933	0	0	0
3	06.04.2018	1 AND 2	Ovid Medline	40349	0	0	0
4	06.04.2018	Patient*	Ovid Medline	5521356	0	0	0
5	06.04.2018	3 AND 4	Ovid Medline	30565	0	0	0
6	06.04.2018	Breakthrough pain OR Pain*	Ovid Medline	597768	0	0	0
7	06.04.2018	5 AND 6	Ovid Medline	6598	0	0	0
8	06.04.2018	Experience*	Ovid Medline	829539	0	0	0
9	06.04.2018	7 AND 8	Ovid Medline	1320	0	0	0
10	06.04.2018	Limit 2013-current	Ovid Medline	171	32	0	0
Totalt inkluderte artikler fra dette søket:				0			

Vedlegg 3

Flow diagram som viser utvelgelsesprosessen (Prisma 2009).



Vedlegg 4

Oversiktstabell for innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instru- ment	Deltagere / frfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Tidsskrift- nivå / Kvalitet
Adam, Rosalind, Maria Giatsi Clausen, Susan Hall og Peter Murchie. 2015. Skottland. British journal of General Practice. November 2015, 754- 760.	Utilising out-of- hours primary care for assistance with cancer pain: a semi-structured interview study of patient and caregiver experiences.	Å undersøke erfaringer, synspunkter og meninger fra pasienter og deres omsorgsperson er som har brukt OOH som primæromsorg for å håndtere kreftsmertner.	Kvalitativ semi- strukturert intervju studie.	11 pasienter og 4 familiemedlem Pasientene var mellom 49-72 år, med en gjennomsnittsa lder på 56,6. Ni pasienter var kvinner og to var menn.	Seks sentrale temaer -å forstå smerte og forutsi smertenes intensitet -oppfatninger om smertestillende midler -prioritet tilgang på telefon på dagtid -kontinuitet i omsorg og kommunikasjon mellom alle involverte -barrierer for å søke hjelp i OOH-perioden -tilfredshet / misnøye med OOH-omsorg.	Skriftlig informert samtykke fra både pasient og omsorgsgivere. Godkjent av North of Scotland Regional Ethics Committee.	Nivå 2. Kvalitets- sjekket
Bedard, Gillian, Philippa Hawley,	A survey of Canadian cancer patients` perspectives on	Formålet med denne studien var å undersøke kanadiske	Kvantitativ Ikke- intervensjo nell under-	94 pasienter. 57% var kvinner	96% beskrev at kreftsmertner påvirket deres dagligliv. Over 50% klarte ikke gå på	Studien mottok godkjenning fra alle sentrenes	Nivå 1 Kvalitets- sjekket

<p>Liying Zhang, Marissa Slaven, Pierre Gagnon, Stuart Bisland, Margaret Bennett, Francois Tardif og Edward Chow.</p> <p>2013. Canada.</p> <p>Support Care Cancer 21:2557-2563.</p>	<p>the characteristics of breakthrough pain</p>	<p>pasienters bevissthet om og erfaring med gjennombrudds smerter hos kreftpasienter (BTPc).</p>	<p>søkelse ble gjennomført ved hjelp av spørsmål.</p>	<p>50% var mellom 50-69 år.</p>	<p>jobb eller handle. Femti prosent av pasientene sa at en episode av BTPc varte i mer enn 60 minutter, med smerteskår på gjennomsnittlig 7,8 / 10, påvirker normalt arbeid (7,2 / 10) og generell aktivitet (7,1 / 10). Bare 35% av pasientene var svært fornøyd med tiden det tok før medisinene begynte å virke. De som ikke alltid tok medisiner for gjennombruddssmertene uttalte det var fordi smerten ikke alltid var alvorlig (37%), de var redde for å bli tolerante (23%) eller avhengige (12%). Pasientene oppgav at de viktigste egenskapene ved en eventuell ny behandling for BTPc var evnen til å lindre smerte helt (47%), og raskt (43%). Pasientene uttrykte vilje til å prøve transmukosale</p>	<p>institusjons review board,</p> <p>Informert samtykke ble innhentet før pasientene avsluttet undersøkelsen.</p>	
---	---	--	---	---------------------------------	--	---	--

<p>Davies, Andrew N., Joanna Vriens, Alison Kennett og Michelle McTaggart.</p> <p>2008. Storbritannia.</p> <p>Journal of Pain and Symptom Management Vol. 35 No. 4: 406-411.</p>	<p>An Observational Study of Oncology Patients` utilization of Breakthrough Pain Medication</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke bruken av smertestillende ved gjennombrudds smerter blant en gruppe kreftpasienter utenfor sykehus.</p>	<p>Kvantitativ Studien er en prospektiv observasjons studie.</p>	<p>120 pasienter deltok i studien. Gjennomsnittsalder var 58 år. 63 menn og 57 kvinner.</p>	<p>produkter (80%) eller naseprodukter (59%). 88 pasienter opplevde gjennombruddssmerter, bare 81 pasienter hadde blitt foreskrevet en sterk opioid som gjennombruddsmedisin. Tre pasienter hadde aldri tatt gjennombruddsmedisinen, på grunn av bekymringer for overdosering/toleranse og uvitenhet om gjennombruddsmedisinering. Av de resterende pasientene brukte 15 opioidene hver gang de opplevde gjennombruddssmerter, mens 63 brukte opioider bare noen ganger. Pasientenes grunner for å ta gjennombruddsmedisin varierte (f.eks. begynnelsen av smerten, smertevarighet, smerteintensitet), også pasientenes grunner til ikke alltid å ta</p>	<p>Studien var godkjent av den lokale Clinical Research og Local Research Ethics Committee.</p> <p>Skriftlig samtykke fra samtlige deltakere.</p>	<p>Nivå 1. Kvalitets-sjekk</p>
--	---	--	--	---	--	---	--------------------------------

<p>Davies, Andrew, Giovambattista Zeppetella, Steen Andersen, Anette Damkier, Tove Vejlgard, Friedemann Nauck, Lukas Radbruch, Karl-Frederik Sjolund, Mariann Stenberg og Alison Buchanan.</p> <p>2011.</p>	<p>Multi-centre European study of breakthrough cancer pain: Pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å kartlegge gjennombrudds smerter i en variert populasjon av kreftpasienter (ni steder og fire land), ved hjelp av en anbefalt diagnostisk algoritme og et spesifikt utviklet spørreskjema.</p>	<p>Kvantitativ multisentre t studie. Spørsmål</p>	<p>320. 80 pasienter fra hvert land (Tyskland, Danmark, Sverige og Storbritannia). 23-91 år, med en gjennomsnittsalder på 61. 52% kvinner.</p>	<p>gjennombruddsmedisin varierte (f.eks. mangel på intensitet av smerte, bivirkninger av gjennombruddsmedisin, bekymringer rundt bivirkninger av gjennombruddsmedisinering). Gjennomsnittlig episoder med gjennombruddssmerter var 3/dag. 44% av pasientene rapporterte hendelsesutløst gjennombruddssmerter, 39% spontan type smerte og 17% en kombinasjon. Gjennomsnittlig varte smertene i 60 min, og 15 min til smertetopp. 3% rapporterte "mild" smerte, 37% "moderat" smerte og 60% "alvorlig" smerte. 90% av pasientene uttalte at smerten forstyrret deres daglige aktiviteter. Alle pasientene brukte opioider som gjennombruddssmerter-</p>	<p>Pasientene fikk et informasjonshefte om studien, gitt mulighet til å stille spørsmål, også spurt om å signere et samtykke.</p> <p>Studien var godkjent av lokal forsker etisk komite.</p>	<p>Nivå 1. Kvalitets-sjekket</p>
---	--	--	---	--	---	--	---

Storbritannia. European Journal of Pain 15: 756-763.					medisin (hovedsakelig oral morfin/oksykodon), mens 28% brukte ikke-opioider, og 50% brukte ikke-farmakologiske strategier. Bare 55% tok medisin hver gang de opplevde gjennombruddssmerter. 65% ville definitivt vurdere å bruke et oralt transmukosalt produkt. 42% av pasientene ville definitivt vurdere å bruke et intranasalt produkt, med 26% pasienter som angir at de definitivt ikke ville bruke et slikt preparat. 60% pasienter ville definitivt vurdere å bruke et subkutant produkt, og 44% av pasientene ville definitivt vurdere å bruke et intrapulmonalt produkt		
Erol, Ozgul, Serap Unsar, Lale Yacan, Meryem Pelin Seda Kurt og	Pain experience of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study.	Målet med denne studien var å undersøke smerteopplevelsene hos pasienter med	En kvalitativ beskrivende studie. Data ble samlet ved	16 pasienter med langtkommen kreftsykdom. Pasientene var på en	Hovedtema -smerteoppfattelse og opplevelser -effekter av smerte på dagliglivet	Pasientene ble informert om studiens hensikt og anonymisering. Pasientene	Nivå 1 Kvalitets-sjekket

<p>Bülent Erdogan.</p> <p>2018. Tyrkia.</p> <p>European Journal of Oncology Nursing 33: 28-34.</p>		<p>langtkommen kreft, hvordan de mestrer smertene og å presentere pasienterfaring er på smertehåndteringsmetoder hos sykepleiere.</p>	<p>bruk av semi-strukturert intervju. Data ble analysert av Colaizzis fenomenologiske metode.</p>	<p>kreftavdeling på University hospital in Edirne city, Trakya region, nordvest i Tyrkia</p>	<p>-smertehåndtering og styringsstrategier -pasientens perspektiver på sykepleiernes tilnærming til smerte.</p>	<p>ga både muntlig og skriftlig samtykke.</p> <p>Etisk godkjent av Ethical Committee of Taryka University Medical Falcilty.</p>	
<p>Katz, Nathaniel P., Kavita L. Gajria, Alicia C. Shillington, Judith J Stephenson og Qing Harshaw.</p> <p>2017. USA.</p> <p>Postgraduate Medicine Vol 129, NO. 1: 32-39.</p>	<p>Impact of breakthrough pain on community-dwelling cancer patients: results from the National Breakthrough Pain Study.</p>	<p>Å karakterisere kreftrelaterte gjennombrudds smerter (BTcP) blant kreftpasienter</p>	<p>Kvantitativ Data fra Den nasjonale gjennombrudds-smerteundersøkelsen, analyserte en delmengde av pasienter med BTcP. I strukturerte</p>	<p>112 pasienter. 83 kvinner og 29 menn, med en gjennomsnittsalder på 53,6.</p>	<p>De fleste pasientene opplevde ≥ 2 BTcP episoder/dag, gjennomsnittlig 15 minutter til smertetopp, gjennomsnittlig varighet på 30 minutter. Svak smerte ved utbrudd som gradvis forverret ble rapportert av 54,5%, tilfeldig smerte utløst av fysisk aktivitet ble rapportert av 58%. De fleste pasienter som brukte medisin for gjennombruddssmertene brukte umiddelbart virkende opioid (oxykodon, hydrokodon,</p>	<p>Informert samtykke.</p> <p>Etisk godkjent</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Kvalitets-sjekket</p>

<p>Liu, Qiang, Lu-Lu Gao, Ya-Liang Dai, Yu Wang, Hai-Xia Wang, Xiang-Jiang Luo, Xiao-Min Chai, Guo-Xia Mu, Xiao-Yan Liang, Xi Zhang, Juan Liu, Jian-Qiang Yu og Yu-Xiang Li.</p>	<p>Breakthrough Pain: A Qualitative Study of Patients with Advanced Cancer in Northwest China.</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke oppfatningen av gjennombrudds smerter hos kreftpasienter i Nordvest-Kina.</p>	<p>telefonintervju. Kvalitativ semi-strukturert studie. Studien var beskrivende og fortolkende ansikt-til-ansikt intervju.</p>	<p>9 kreftpasienter. Pasientene ble samlet fra tre ulike sengeposter på The Oncology Department of the General Hospital of Ningxia Medical University.</p>	<p>og bare 1 fikk en hurtigvirkende opioid. 24,1% rapporterte at farmakologisk behandling for gjennombruddssmerter virket hver gang. Pasienter rapporterte at gjennombruddssmertene hadde stor innvirkning på aktivitet, humør, evne til å gå og arbeide, sosiale relasjoner, sove og nytelse av livet. Fem temaer -lidelse på grunn av gjennombruddssmerter -håpløshet og hjelpeløshet -forståelse av gjennombruddssmerter og medisiner -sterk som en kineser -støtte som trengs fra helsevesenet.</p>	<p>Informert samtykke fra pasientene. Godkjent av ethics committee of Ningxia Medical University</p>	<p>Nivå 1 Kvalitets-sjekket</p>
--	--	--	---	--	---	---	--

2017. Kina.							
Pain Management Nursing. 2017: 1-10							
McPherson, Christine J., Thomas Hadjistavropoulos, Michelle M. Lobchuk, Kelly N. Kilgour.	Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: Patient and family caregiver perspectives on the experience of pain.	Å utforske og beskrive kreftproblemer og opplevelser hos eldre voksne med langtkommen kreft og deres omsorgsgivere.	Kvalitativ beskrivende studie. Semi- strukturerte intervju.	18 pasienter. 8 menn og 10 kvinner. Alder 65-93 år. 15 omsorgsgivere.	Tre temaer. -"Føle kreftsmerte" sensoriske aspektene av smerten, dets opprinnelse og betydning som tilskrives smerten. -"Reaksjoner på kreftsmerte", pasientens og omsorgspersoners atferdsmessige, kognitive (dvs. holdninger, tro og kontroll) og følelsesmessige respons på smerten. -"Å leve med kreftsmerte", individuelle og sosiale endringer som et resultat av å leve med kreftsmerte.	Fulgt etiske prosedyrer	Nivå 1 Kvalitets- sjekket
2013. Canada.							
Pain Research and Management Vol 18 No 6: 293-300.							
Pathmawathi, Subramanian, Tan Seng Beng, Lee	Satisfaction with and Perception of Pain Management	Denne studien hadde som formål å undersøke	Kvalitativ beskrivende og Fortolkende	21 pasienter. 8 menn og 13 kvinner.	Fem temaer -smerte sett på som en uutholdelig opplevelse som forårsaket	Muntlig og skriftlig samtykke fra alle pasientene.	Nivå 1 Kvalitets- sjekket

<p>Mei Li, Roshaslina Rosli, Supermani- an Sharwend, Rasaiah R. Kavitha og Boey Chiong Meng Christopher.</p> <p>2015. Malaysia.</p> <p>Pain Management Nursing, Vol 16, No 4 552- 560.</p>	<p>among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A qualitative Study.</p>	<p>opplevelsene av gjennombrudds smerter blant palliative pasienter</p>	<p>e design. Med åpne intervjuer</p>		<p>elendighet i pasientens liv -forverring av kroppsfunksjon og ingen håp om bedring -utilstrekkelig smertelindring -ufølsomme helsepersonell angående pasientens smerteopplevelse -erfaringer med smertemestrings hos pasienter.</p>	<p>Studien var godkjent av sykehusets etiske komité.</p>	
<p>Webber, Katherine, Andrew N. Davies og Martin R. Cowie.</p> <p>2011. United Kingdom.</p>	<p>Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer</p>	<p>Hensikten var å utforske pasientenes individuelle opplevelse av å leve med gjennombrudds smerter som kreftsyk.</p>	<p>Kvalitativ Dyptgåend e semi- strukturert intervju.</p>	<p>10 pasienter fra et stort kreftsykehus i Storbritannia.</p>	<p>Hovedtema: -innvirkning på dagliglivet -kommunikasjon med helsepersonell -mestring av gjennombruddssmerter</p>	<p>Studien ble godkjent av Royal Marsden Hospital`s Committee for Clinical Research, Imperial College London`s Research and Development</p>	<p>Nivå 1 Kvalitets- sjekket</p>

<p>Support Care Cancer 19: 2041-2046.</p>						<p>Group og The Royal Marsden Hospital`s Research Ethics Committee.</p> <p>Alle pasientene ga informert skriftlig samtykke.</p>	
---	--	--	--	--	--	---	--